

Tartu Ülikool  
Psühholoogia instituut

Kristi Otto

ISIKSUSTEOMADUSTE MUUTUMINE ENNE JA PÄRAST RAVI  
DEPRESSIOONI DIAGNOOSIGA PATSIENTIDEL  
Seminaritöö

Juhendaja: Kaia Kastepõld-Tõrs

Läbiv pealkiri: Isiksuseomadused ja depressiooni ravi

Tartu 2014

## **Kokkuvõte**

Käesoleva töö eesmärgiks oli võrrelda depressioonitaseme mõju isiksusejoontega (Rootsi ülikoolide isiksuseskaala alaskaaladega) enne ja pärast antidepressant escitalopraami ravi. Uuringu valim koosnes 174st Tartu Ülikooli Psühhiaatrikliiniku depressiooni diagnoosiga patsiendist. Uuritavad täitsid ankeedi sotsiograafiliste andmete kohta ja kahel korral eestikeelse Rootsi Ülikoolide Isiksuse Skaala ning Becki depressiooniküsimustiku – enne ja pärast ravi. BDI skoor alanes 30.6-lt 11.3-le pärast ravi. Pärast ravi kõige rohkem alanes sotsiaalse soovitatavuse, psüühilise ärevuse, stressile vastuvõtlikkuse ning ärrituvuse skaala, kõige vähem muutus füüsilise agressiooni.

## **Abstract**

The aim of this study is to compare the effect of depression levels with personality traits (Swedish universities Scales of Personality subscales) before and after treatment with antidepressant escitalopram. The study sample consisted of 174 outpatients with Major Depressive Disorder recruited at the Psychiatry Clinic of the Tartu University Hospital. Participants completed a questionnaire of sociodemographic variables and the Estonian version of Swedish universities Scales of Personality and Beck Depression Inventory (BDI) twice – before and after treatment. BDI score decreased from 30.6 to 11.3 after treatment. The analysis of variance showed that the biggest differences after treatment appeared on social desirability, psychic trait anxiety, stress susceptibility and trait irritability scales, the smallest difference appeared on physical trait aggression.

## Sissejuhatus

Maailma Tervishoiu Organisatsiooni (WHO) andmetel on depressioon levinud psüühikahäire, mille all kannatab üle 350 miljoni inimest eri vanusegruppides ja mille levik on tõusu teel kogu maailmas. See põhjustab inimesele suuri kannatusi ja funktsioneerimisprobleeme tööl, koolis ja perekonnas ning halvimal juhul tagajärjeks võib olla suitsiid, iga aasta üle 1 miljoni suitsiidi põhjuseks on depressioon (World Health Organisation, 2012). Hoolimata sellest, et teatakse efektiivseid ravimeetodeid depressioonile, maailmas vähem kui pooled neist, kes peaksid saama, saavad vajalikku ravi (WHO, 2012). Depressiooni üheks peamiseks sümptomiks on anhedoonia – võimetus kogeda positiivseid emotsioone (Dunn, 2012).

Depressiooni seostatakse palju isiksuseomadustega. Tänapäeval populaarseima “viiefaktorilise” isiksusetooria järgi põhilisi isiksuseomadusi on viis: neurootilisus, ekstravertsus, avatus kogemusele, sotsiaalsus ja meelekindlus (Cherry, <http://psychology.about.com/od/personalitydevelopment/fl/How-Many-Personality-Traits-Are-There.htm>). On uuringuid, mis näitavad, et vanemaks saades inimeste neurootilisus, ekstravertsus ja avatus kogemusele vähenevad ning sotsiaalsus ja meelekindlus kasvavad (McCrae jt., 2004). Roberts'i ja DelVecchio (2000) poolt läbiviidud ülevaate uuringust (koosnes 152 longituuduuringu metaanalüüsist) selgus, et iseloomujoonte püsivus suureneb vanusega, kuid siiski on kindlaks tehtud, et erinevad elusündmused mõjutavad isiksuseomadusi, näiteks lahutatud naistel suurenes ekstravertsus ja avatus võrreldes abiellunud naistega (Costa jt., 2000).

Üldiselt kõrgema neurootilisusega inimesed kogevad tugevamalt negatiivseid emotsioone, mille tõttu on neil ka kõrgemad depressiooni sümptomid, kuid sotsiaalsematel inimestel on madalamad depressiooni sümptomid (Karreman jt., 2012). Isiksuse ja depressiooni ülevaate uuringus (Klein jt., 2011) on samuti välja toodud, et depressioon on seotud tunnustega nagu neurootilisus/negatiivne emotsionaalsus, ekstravertsus/positiivne emotsionaalsus ja meelekindlus. Depressioonis naistel on kõrgem neurootilisus, ekstravertsus ja meelekindlus kui depressioonis meestel ning meestel on kõrgem avatus (Goodwin & Gotlib, 2004). Kirjanduse põhjal on isiksusel ja depressioonil suur seos, kuid nende vahel on ka palju lünki ja vastuolulisi järeldusi (Klein jt., 2011). Isiksuseomadused näivad inimestel olevat küll suhteliselt püsivad, kuid siiski mõningad tegurid (näiteks teatud

elusündmused jne) muudavad/mõjutavad neid elu jooksul. Kas selleks võib olla ka depressiooni ravi?

Antidepressantravi on efektiivne ravivorm mõõdukale kuni raskele depressioonile (WHO, 2012), seega depressiooni levikuga kaasneb paratamatult ka antidepressantide levik. Antidepressandid on kõige sagedamini kasutatavad retseptiravimid 18-44 aastaste ameeriklaste seas ning võrreldes aastaid 1988-1994 aastatega 2005-2008 on nende kasutamismäär kasvanud ligi 400% (Pratt., 2011). Tänu antidepressantide laialdasele kasutusele on suureks kliiniliseks ja ühiskondlikuks küsimuseks: kas need mõjutavad isiksust (Jylha jt., 2012)? Sellele vastuse leidmine on ka käesoleva seminaritöö eesmärk.

On leitud, et efektiivsel antidepressantravil on mõju neurootilisusele, mille keskmine tase langes ja ekstravertsusele, avatusele ja meelekindlusele, mille keskmine tase tõusis pärast ravi (Costa jt., 2005), kuid selle asemel, et seostada depressiooni põhjustatud muutusi isiksuseomaduste hinnangu tasemetes kui moonutusi, autorid (Costa jt.) tõlgendasid seda hoopis nii, et kuna isiksusejoontel on bioloogiline alus, siis bioloogiliste (haigusest või ravist tingitud) muutustega kaasneb ka isiksuseomaduste muutumine.

Neurootilisus vahendab muutusi depressioonis peale selektiivsete serotoniini tagasihaarde inhibiitorite (SSRIde) ravi nii, et igasugune SSRIde ravi mõju toimub läbi neurootilisuse vähendamise. SSRI-dega ravitud patsientidel esines suurem neurootilisuse muutus kui nendel, keda raviti mitte-SSRI-dega. Suuremat neurootilisuse muutust seostati suurema depressiooni sümptomite muutusega. (Quilty jt., 2008)

Uuringus, kus käsitleti küsimust, kas depressiooniga patsientidel ravi on seotud muutustega neurootilisuses ja ekstravertsuses saadi tulemuseks, et neurootilisus vähenes kahe aastase uuringu käigus nii raviga kui ravita grupis. Ekstravertsus ei muutunud oluliselt ja aja jooksul vähenenud depressiivsed sümptomid seostati vähendunud neurootilisusega. (Renner jt., 2013)

Kõrge neurootilisus on isiksuse riskitegur, mis kajastab suurt geneetilist haavatavust depressioonile ja riski võib suurendada ka madal ekstravertsus. On saadud tulemusi, et depressiooniga patsientidel, kes võtsid paroksetiini esines suurem isiksuse muutus kui platseebo patsientidel. Paroksetiin näitas suurt ravimimõju neurootilisuse ja ekstravertsuse skooridele. Paroksetiin näib omavat konkreetset farmakoloogilist mõju isiksusele, mis on erinev mõjust depressioonile. Selle uuringu

autorid (Tang jt., 2009) järeldasid, et depressiooniga patsientidel esines oluline isiksuse muutus SSRIga ravi ajal; selline isiksuse muutus ei olnud sõltuv depressiooni arenemisest; ja see võis kaasa aidata ägedale ja pikaajalise ravi tulemustele. Kuigi SSRI-d on kõige levinum depressiooniravi, näis neile, et need mehhanismid on jätkuvalt limiteeritud.

Isiksuseomadused võivad vastastikku toimida paanikahäire arengu ja väljendumistega. Vöhma ja kolleegide (2010) uuring püüdis kindlaks teha erinevusi isiksuseomadustes paanikahäirega ja tervete patsientide vahel ning uurida suhteid isiksuse valdkondade ja eri demograafiliste ja kliiniliste paanikahäire näitajate vahel. Kõik Rootsi ülikoolide isiksuseskaala isiksusejooned, väljaarvatud eraldumine ja füüsiline agressiivsus, olid oluliselt kõrvale kaldunud paanikahäire grupis võrreldes tervetega. SSP tegurid neurootilisus ja agressiivsus, aga mitte ekstravertsus, olid oluliselt kõrgemad paanikahäire grupis kui kontrollgrupis. Märkatavamaid kõrvalekaldeid isiksuseomadustes täheldati siis kui paanikahäire oli koos afektiivse kaashäirega. Ainult vähesed demograafilised ja kliinilised muutujad olid seotud SSP skoorides paanikahäire grupiga. Need tulemused täiendavad mittetoimetuleva isiksusemusteri tõestust paanikahäirega patsientide seas, eriti kõrge neurootilisuse ja ilmselge ärevusega. SSP vajalikkus tõestas lisada kiiniliselt asjakohase isiksuseomaduste teabe paanikahäirega patsientidel. (Vöhma jt., 2010)

Kuna kirjanduses on veel palju segadust tekitavat teavet antud teemal, siis antud seminaritöö eesmärk oli leida selgemat vastust küsimusele kas ja kuidas muutub depressiooni diagnoosiga patsientide enesekohane hinnang oma isiksusele pärast ravi. Seda saame analüüsides ja võrreldes depressiooni sügavuse (BDI skoori) ja Rootsi ülikoolide isiksuseskaalade andmeid enne ja pärast ravi.

Tuginedes eelnevalt viidatud uuringutele on püstitatud hüpotees käesolevas uuringus: enne depressiooni ravi patsiendid hindavad oma isikuomadusi negatiivsemalt kui pärast ravi.

## Meetod

Antud töös on kasutatud dr Triin Elleri poolt 2006.a. kogutud andmeid, depressiooniga patsientide tsütokiinide ja antidepressantide ravivastuse uurimistöö raames.

### **Valim**

Uuringu valim koosnes 174st Tartu Ülikooli Psühhiaatriakliiniku depressiooni diagnoosiga patsiendist, kellest 58 (33.3%) olid mehed ja 116 (66.7%) naised. Keskmise vanus oli 31,4 aastat (standardhälve, SD=11.7 aastat, vahemikus 17-63).

Patsientidega viidi läbi diagnoosi kinnitamiseks struktureeritud psühhiaatriline intervjuu (*Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. 5.0.0)*). Suurimal osal valimist ehk 97-l uuritavaal (55.7%) oli diagnoos F33.11 (Mõõdukas korduv depressioon somaatiliste sümptomitega), 37-l (21.3%) F33.10 (Mõõdukas korduv depressioon somaatiliste sümptomiteta), 17-l (9.8%) F32.11 (Mõõdukas depressioon somaatiliste sümptomitega), 10-l (5.7%) F32.10 (Mõõdukas depressioon somaatiliste sümptomiteta), 8-l (4.6%) F33.2 (Raske korduv depressioon psühhootiliste sümptomiteta), 2-l (1.1%) F32.2 (Raske depressioon psühhootiliste sümptomiteta), 2-l (1.1%) F33.1 (Mõõdukas korduv depressioon) ja ühel isikul diagnoos puudus.

Kõik katseisikud täitsid Rootsi ülikoolide isiksuseskaala eestikeelse versiooni ja Becki Depressiooniküsimustiku enne ravi algust ja pärast ravi.

### **Mõõtmisvahendid**

**Demograafiliste andmete küsimustik** – küsimused soo, vanuse, perekonna seis, töö ja hariduse kohta.

**M.I.N.I. 5.0.0** – rahvusvaheline neuropsühhiaatriline miniintervjuu (*Mini-International Neuropsychiatric Interview*) (Sheehan jt., 1998). on lühike struktureeritud intervjuu depressiooni diagnoosimiseks. Loodud USA ning euroopa psühhiaatrite ja arstide poolt just selle mõttega, et oleks lühike kuid täpne mõõtmisvahend mitmekülgselt kliiniliste uuringute jaoks.

**Rootsi ülikoolide isiksuseskaala SSP** (Gustavsson jt., 2000, eestikeelne versioon Aluoja jt., 2009) hindab psühhopatoloogiaga seotuid isiksusejooni ja koosneb 91-st väitest, mis on grupeeritud 13-ks alaskaalaks: somaatiline ärevus, psüühiline ärevus, vastuvõtlikkus stressile, kehtestavuse puudumine, impulsiivsus, seikluste otsimine, isoleerumine, sotsiaalne soovitus, kibestumine, ärritus, umbusklikkus, verbaalne agressioon, füüsiline agressioon. Iga alaskaala koosneb 7 väitest, millele saab vastata skaalal 1-st (ei kehti üldse) 4-ni (kehtib täiesti). Alaskaalad saab jaotada veel kolmeks üldisemaks faktoriks: neurootilisus, agressioon ja ekstravertsus.

**Becki Depressiooniküsimustik** (*Beck Depression Inventory*) (Beck jt., 1961) on valikvastustega test depressiooni sügavuse mõõtmiseks nii noorukite kui täiskasvanute seas. BDI koosneb 21-st küsimusest. Igal küsimusel on neli vastusevarianti, mida saab hinnata skaalal 0-3 (järjestatud depressiooni süvenemise suunas).

BDI skooride tähendus:

- <8- ei ole depressiivne
- 8-13- minimaalsed sümptomid
- 14-19- kerge depressiivsus
- 20-28- mõõdukas depressiivsus
- 29-63- raske depressiivsus

### ***Katse käik***

Tartu Ülikooli Psühhiaatriakliiniku depressiooni diagnoosiga (mis oli kindlaks tehtud M.I.N.I. 5.0.0.-ga) patsiente raviti estsitalopraamiga, 10-20 mg/päevas 12 nädalat. Estsitalopraam on serotiniini tagasihaaret pärssiv antidepressant ilma teisi retseptoreid mõjutamata (Eller, 2008). Teised ravimid, ka põletikuvastased ravimid, ei olnud lubatud uuringu ajal, väljaarvatud hormonaalsed rasestumisvastased vahendid ja *zolpidem* või *zopiclon* unetuse korral.

Kõik katseisikud täitsid Rootsi ülikoolide isiksuseskaala eestikeelse versiooni ja Becki Depressiooniküsimustiku enne ravi algust ja pärast ravi.

### ***Andmeanalüüs:***

Andmete analüüsiks kasutati statistilise andmetötluse programmi SPSS 22.0 (IBM). Töös kasutati valimi kirjeldamiseks kirjeldavaid statistikuid, katseisikute SSP alaskaalade keskmiste (enne ja pärast ravi) võrdlemiseks sõltuva grupi t-testi ja muutujate vaheliste seoste analüüsimiseks Pearsoni korrelatsioonianalüüsi. Statistilised otsused tehti usaldusnivool  $p < 0,05$ .

## Tulemused

### *Katseisikute üldandmed*

Valimi keskmine haridusaastate arv oli 13.14 (SD=2.8 aastat, vahemikus 9-29), 67 (38.5%) olid abielus, 59 (33.9%) elasid elukaaslasega ning 26 (14.9%) olid lahutatud. 111 (63.8%) valimist töötasid või olid ettevõtjad ning 45 (25.9%) töötud või otsisid tööd. Valimist 71 (40.8%) ei olnud saanud eelnevalt ravi, 93 (53.4%) olid saanud ühe korra ning 10 (5.7%) kaks korda. Depressiooni episoodi keskmiseks kestvuseks oli 11.1 kuud (SD=14.3, vahemikus 1st 72ni). Depressiooni episoodide keskmine arv oli 2.9 (SD=1.9, vahemikus 1st 11ni).

SSP alaskaaladest ilmnes, et kõige suuremad naiste ja meeste vahelised erinevused keskmistes on psüühilise ärevuse ja kehtestavuse puudumisel (naistel suuremad kui meestel) ja umbusklikkuse ning füüsiline agressiooni keskmistes (meestel suuremad kui naistel).

Andmete vaheliste seoste leidmiseks viidi läbi korrelatsioonianalüüs.

Varasemad uuringud (McCrae jt., 2004) on esitanud tulemusi, et vanemaks saades inimestel väheneb neurootilisuse, ekstravertsuse ning kogemusele avatuse skoor. Antud töö korrelatsioonanalüüsi tulemused näitasid statistiliselt olulist ( $p < 0,05$ ) negatiivset nõrka seost vanuse ja seikluste otsimise vahel ( $r = -0.185$ ,  $p = 0.015$ ), samuti vanuse ja verbaalse ( $r = -0.230$ ,  $p = 0.002$ ) ning füüsilise ( $r = -0.171$ ,  $p = 0.025$ ) agressiooni vahel.

Statistiliselt oluline oli samuti eelneva ravi seos (positiivne nõrk) somaatilise ärevuse ( $r = 0.154$ ,  $p = 0.044$ ), psüühilise ärevuse ( $r = 0.179$ ,  $p = 0.019$ ) ja kehtestavuse puudumisega ( $r = 0.173$ ,  $p = 0.023$ ).

### *Enne ja pärast ravi*

Valimi BDI skoori keskmine enne ravi oli 30.6, SH= 9.2, vahemikus 15st-58ni. BDI skooride põhjal 50.6%-l kogu valimist oli raske depressiivsus, 45.2%-l mõõdukas depressiivsus ja ülejäänud 4.2%-l kerge depressiivsus. Pärast ravi valimi BDI skoori keskmine oli 11.3, SH=12.0, vahemikus 0st-55ni. Pärast ravi 52.7%-l valimist ei olnud enam depressiooni, 12.2%-l esines minimaalseid sümptomeid, 13.5%-l kerget depressiooni, 15.1%-l mõõdukat depressiooni ja 11.5%-l rasket depressiooni.

SSP alaskaalade keskmiste hinnangute vaheliste erinevuste hindamiseks kasutati sõltuvate gruppide t-testi. T-testi tulemused on statistiliselt olulised kuna kõikidel  $p=0.000$ . Tabel 1 esitab kogu valimi SSP alaskaalade keskmised (K) ning standardhälbed (SH) enne ja pärast ravi ning skaalade keskmiste muutuse (A) pärast ravi.

**Tabel 1.** Katseisikute isiksusejoonte (SSP alaskaalade) keskmiste (K) tulemused ja standardhälbed (SH) enne ja pärast ravi ning keskmiste alanemismäär (A).

SSP alaskaala	Enne ravi		Pärast ravi		A
	K	SH	K	SH	
<b>Somaatiline ärevus</b>	2.28	0.83	0.54	0.18	<b>1.74</b>
<b>Psüühiline ärevus</b>	2.66	0.91	0.45	0.16	<b>2.21</b>
<b>Vastuvõtlikkus stressile</b>	2.60	0.89	0.42	0.13	<b>2.18</b>
<b>Kehtestavuse puudumine</b>	2.50	0.84	0.44	0.12	<b>2.06</b>
<b>Impulsiivsus</b>	2.13	0.77	0.48	0.12	<b>1.65</b>
<b>Seikluste otsimine</b>	2.23	0.87	0.44	0.15	<b>1.79</b>
<b>Isoleerumine</b>	2.22	0.77	0.47	0.12	<b>1.75</b>
<b>Sotsiaalne soovitus</b>	2.70	0.84	0.35	0.05	<b>2.35</b>
<b>Ärrituvus</b>	2.57	0.88	0.42	0.12	<b>2.15</b>
<b>Kibestumine</b>	2.32	0.80	0.48	0.13	<b>1.84</b>
<b>Umbusklikkus</b>	2.30	0.85	0.47	0.13	<b>1.83</b>
<b>Verbaalne agressioon</b>	2.29	0.87	0.45	0.13	<b>1.84</b>
<b>Füüsiline agressioon</b>	1.97	0.89	0.54	0.19	<b>1.43</b>

*Märkused: SSP=Rootsi isiksuseskaalad*

Pärast ravi kõige rohkem alanes sotsiaalse soovitus (A= 2.35), psüühilise ärevuse (A= 2.21), stressile vastuvõtlikkuse (A= 2.18) ning ärrituvuse (A= 2.15) määr, kõige vähem muutus füüsilise agressiooni (A= 1.43) määr.

Tabel 2 esitab korrelatsioonianalüüsi tulemusena saadud BDI depressiooni skoori ja isiksusejoonte vahel ilmnenuid statistiliselt olulisi seoseid. Enne ravi ilmnes BDI skoori seos somaatilise ärevuse, psüühilise ärevuse, stressile vastuvõtlikkuse, kehtestavuse puudumise, ärrituvuse, kibestumise ja umbusklikkusega ning pärast ravi lisandus seos isoleerumisega. Enne ravi esinev positiivne keskmine seos ( $r= .310$ ) ärrituvuse ja BDI skoori vahel tähendab, et mida kõrgem on ärrituvuse tase seda kõrgem on BDI skoor ja vastupidi. Pärast ravi esinev keskmise tugevusega negatiivne seos ( $r=0.518$ ) somaatilise ärevuse ja BDI skoori vahel tähendab, et mida suurem on

BDI skoor seda väiksem on somaatiline ärevus. Neid seoseid võib üldistada üldkogumile kuna  $p < 0,05$ .

**Tabel 2.** Seosed isiksusejoonte ja BDI depressiooni skoori vahel enne ja pärast ravi, kasutati Pearsoni korrelatsioonanalüüsi.

SSP alaskaala	Enne ravi		Pärast ravi	
	r	p	r	p
Somaatiline ärevus	.250*	.001	-.518*	.000
Psüühiline ärevus	.258*	.001	-.513*	.000
Vastuvõtlikkus stressile	.208*	.007	-.505*	.000
Kehtestavuse puudumine	.239*	.002	-.416*	.000
Impulsiivsus	.122	.115	-.131	.116
Seikluste otsimine	.036	.646	.064	.442
Isoleerumine	.116	.134	-.308*	.000
Sotsiaalne soovitus	.074	.339	.022	.793
Ärrituvus	.310*	.000	-.491*	.000
Kibestumine	.246*	.001	-.448*	.000
Umbusklikkus	.238*	.002	-.346*	.000
Verbaalne agressioon	.056	.472	.013	.873
Füüsiline agressioon	.049	.528	.001	.995

Märkus:  $r =$  Pearsoni korrelatsioonikordaja; \*  $p < ,05$

Kokkuvõttes saab püstitatud hüpoteesi lugeda tõeseks. Enne depressiooni ravi patsiendid hindavad oma isiksuseomadusi (SSP alaskaalasi) negatiivsemalt kui pärast ravi. Selle tõestuseks on SSP alaskaalade keskmiste alanemine (Tabel 1.)

### Arutelu

Käesoleva töö eesmärgiks oli võrrelda depressioonitaseme mõju isiksusejoontega (Rootsi ülikoolide isiksuseskaala alaskaaladega) enne ja pärast antidepressant estsitalopraami ravi. Uuringus püstitatud hüpotees: enne depressiooni ravi patsiendid hindavad oma isikuomadusi negatiivsemalt kui pärast ravi, leidis kinnitust kuna sõltuvate muutujatega t-testist tuli välja, et pärast ravi depressiivsuse tase (BDI skoor) langes oluliselt kogu valimil ja samuti SSP 13-alaskaala tasemed langesid oluliselt. Analüüsides valimi BDI skooride ja SSP alaskaalade keskmisi saime kinnitust, et depressiooni sügavusest olenevad hinnangud, mida patsiendid enda isiksusele annavad. Enne ravi valimi depressiooni sügavuse (BDI) keskmine oli 30.6 ja pärast ravi 11.3. See muutus kinnitab eelnevat teavet (WHO, 2012), et antidepressant estsitalopraami kasutamine depressiooni diagnoosi korral on väga tõhus ravim. Kui enne ravi 50.6%-l valimist oli raske depressiivsus ja 45.2%-l

mõõdukas depressiivsus, siis pärast ravi olid protsendid vastavalt 11.5% ja 15.1%. Pärast ravi 52.7%-l valimist ei esinenud enam depressiivsust üldse.

SSP alaskaaladest ilmnenuid naiste ja meeste vahelist erinevust, et naistel on suurem kehtestavuse puudumise skoor kui meestel, saab seostada loogiliselt (üldiselt) naiste malbema ja tagasihoidlikuma loomusega.

Aluoja jt. (2009) uuringu järgi moodustavad SSP 13-alaskaalat veel kolm üldisemat faktorit: (neurootilisus, agressioon ja ekstravertsus). Selle põhjal meie vanuse seos alaskaala seikluste otsimisega kinnitab osaliselt McCrae jt (2004) uuringu tulemust (et vanuse kasvades neurootilisus, ekstravertsus väheneb), kuna seikluste otsimine kuulub ekstravertsuse alla (Aluoja jt, 2009), kuna see omas negatiivset nõrka seost  $r = -0.185$  vanusega.

SSP alaskaalade kõikide skooride keskmised alanesid kuid kõige suurem langus pärast ravi esines sotsiaalse soovitatavuse, ärrituvuse, psüühiline ärevuse ja stressile vastuvõtlikkuse puhul. See kattub osaliselt sissejuhatuses väljatoodud artiklite sisuga, et neurootilisus on depressiooniga seotud. See kinnitab Kleini ja kolleegide (2011) uuringut, kus on samuti välja toodud, et depressioon on seotud tunnustega nagu neurootilisus/negatiivne emotsionaalsus, ekstravertsus/positiivne emotsionaalsus ja meelegendus, kuna psüühiline ärevus ja vastuvõtlikkus stressile kuuluvad neurootilisuse alla (Aluoja jt, 2009).

Korrelatsioonianalüüsides sai antud töö kinnitust Aluoja jt (2010) uuringus väidetule, et vähesed demograafilised ja kliinilised muutujad olid seotud SSP skoorides paanikahäire grupiga, kuna enamus seosed olid suuremad kui olulisusenivoo 0.05, kuid siiski üheks statistiliselt oluliseks tulemuseks oli, et vanuse ja seikluste otsimise vahel on nõrk negatiivne seos ( $r = -0.185$ ,  $p = 0.015$ ), mida saab loogiliselt ka tõlgendada, et mida vanem inimene on seda vähem ta seiklusi otsib. Samuti vanuse ja verbaalse ( $r = -0.230$ ,  $p = 0.002$ ) ning füüsilise ( $r = -0.171$ ,  $p = 0.025$ ) agressiooni vahel oli nõrga tugevusega seos.

### Kirjanduse loetelu

- Aluoja, A., Voogne, H., Maron, E., Gustavsson, J. P., Võhma, Ü., Shlik, J. (2009). Personality traits measured by the Swedish universities Scales of Personality: Factor structure and position within the five-factor model in an Estonian sample. *Nord J Psychiatry*, 63, 231-236.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571.
- Cherry, K. (2014). *How Many Personality Traits Are There?* Psychology. <http://psychology.about.com/od/personalitydevelopment/fl/How-Many-Personality-Traits-Are-There.htm> (26.04.14).
- Costa, P. T., Bagby, R. M., Herbst, H. J., & McCrae, R. R. (2005). Personality self-reports are concurrently reliable and valid during acute depressive episodes. *Journal of affective disorders*, 89, 45–55.
- Costa, P. T., Jr, Herbst, J. H., McCrae, R. R., & Siegler, I. C. (2000). Personality at midlife: stability, intrinsic maturation, and response to life events. *Assessment*, 7(4), 365–378.
- Dunn, B. D. (2012). Helping Depressed Clients Reconnect to Positive Emotion Experience: Current Insights and Future Directions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19, 326-340.
- Eller, T., Vasar, V., Shlik, J., Maron, E. (2008) Pro-inflammatory cytokines and treatment response to escitalopram in major depressive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 32, 445–450.
- Goodwin, R. D., Gotlib, I. H. (2004). Gender differences in depression: the role of personality factors. *Psychiatry Research*, 126, 135-142.

- Gustavsson, J. P., Bergaman, H., Edman, G., Ekselius, L., von Konorring, L., Linder, J. (2000). Swedish universities Scales of Personality(SSP): construction, internal consistency and normative data. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(3), 217-25.
- Jylha, P., Ketokivi, M., Mantere, O., Melartin, T., Holma, M., Rytsälä, h., Isometsa, E. (2012). Do antidepressants change personality?—A five-year observational study. *Journal of Affective Disorders* 142, 200–207.
- Klein, N. D., Kotov, R., Bufferd, J. S. (2011). Personality and Depression: Explanatory Models and Review of the Evidence. *Annual Review of Clinical Psychology*. 7, 269–95.
- Karreman, A., Assen, M. A. L. M., Bekker, M. H. J. (2012). Intensity of positive and negative emotions: Explaining the association between personality and depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 54, 214-220.
- McCrae, R. R., Costa, P. T., Hřebíčková, M., Urbanek, T., Martin, T. A., Oryol, V. E., Senin, I. G. (2004). Age differences in personality traits across cultures: Self-report and observer perspectives. *European Journal of Personality*, 18, 143–157.
- Pratt, A. L., Brody, J. D., Gu. Q. (2011). Antidepressant Use in Persons Aged 12 and Over: United States, 2005–2008. *NCHS Data Brief*, 76.
- Quilty, L. C., Meusel, L. C., Bagby, R. M. (2008). Neuroticism as a mediator of treatment response to SSRIs in major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders* 111, 67–73.
- Renner, F., Penninx B. W. J. H., Peeters, F., Cuijpers, P., Huibers, M. J. H. (2013) Two-year stability and change of neuroticism and extraversion in treated and untreated persons with depression: Findings from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Affective Disorders* 150, 201–208.
- Roberts, B. W., & DelVecchio, W. F. (2000). The rank-order consistency of personality traits from childhood to old age: A quantitative review of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 126(1), 3–25.

Sheehan, D. V, Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., Dunbar, G. C. (1998). The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *J Clin Psychiatry*, 59 (20), 22-33.

Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J., Shelton, R., Schalet, B. (2009). Personality Change During Depression Treatment. *Arch Gen Psychiatry*, 66(12), 1322-1330.

Võhma, Ü., Aluoja, A., Vasar, V., Shlik, J., Maron, E. (2010). Evaluation of personality traits in panic disorder using Swedish universities Scales of Personality. *Journal of Anxiety Disorder*, 24, 141-146.

WHO. World Health Organisation. (2012). Depression. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/> (26.04.14).

Käesolevaga kinnitan, et olen korrektselt viidanud kõigile oma töös kasutatud teiste autorite poolt loodud kirjalikele töödele, lausetele, mõtetele, ideedele või andmetele.

Olen nõus oma töö avaldamisega Tartu Ülikooli digitaalarhiivis DSpace.

/Kristi Otto/