

Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduste valdkond
Psühholoogia instituut

Grete Kõlvart

Impulsiivsuse alaskaalade seosed internaliseerimisspektri häirete diagnooside ja
sümptomitega

Uurimistöö

Juhendajad: Helo Liis Soodla, MA,
Kirsti Akkermann, PhD

Läbiv pealkiri: Impulsiivsus internaliseerimisspektris

Tartu 2025

Impulsiivsuse alaskaalde seosed internaliseerimisspektri häirete diagnooside ja sümptomitega

Kokkuvõte

Impulsiivsuse rolli on peamiselt uuritud eksternaliseerivates häiretes, mistõttu on teadmised selle seostest internaliseeriva dimensiooniga piiratud. Käesoleva uurimistöö eesmärk on uurida impulsiivsuse alatahkude seoseid internaliseerimisspektri häirete ja sümptomitega. Valimisse kuulus 621 inimest, sh 367 psüühikahäiretega patsienti ja 254 diagnoosita isikut. Andmed koguti enesekohaste mõõdikutega ning analüüsiti korrelatsioonanalüüside, t-testide ja ühesuunalise ANOVA abil. Tulemused näitasid, et internaliseerivate sümptomitega on kõige tugevamas positiivses korrelatsioonis impulssikontrolli raskused ja düsfunktsionaalne impulsiivsus. Funktsionaalne impulsiivsus näitas mõõdukaid negatiivseid seoseid internaliseerivate sümptomitega. Kõrgemaid impulsiivsuse skooore täheldati bipolaarse häire ja maania, obsessiiv-kompulsiivne häire ja post-traumaatilise stressihäire gruppides. Selgus ka, et diagnooside arv oli seotud impulsiivsuse alatahkude esinemise määraga, eelkõige funktsionaalse impulsiivsuse puhul. Tulemused näitavad erinevate impulsiivsuse alatahkude olulisust internaliseerivates häiretes, samuti häirete koosesinemise ja impulsiivsuse rolli edasise uurimise vajalikkust.

Märksõnad: impulsiivsus, internaliseerimisspekter, internaliseerivad psüühikahäired

Impulsivity subscales associations with internalizing spectrums's diagnoses and symptoms

Abstract

The role of impulsivity has mostly been studied in externalizing disorders, leaving its links with internalizing psychopathology unclear. This study examined associations between impulsivity subscales and internalizing disorders and symptoms in 621 individuals (367 psychiatric patients and 254 without a diagnosis). Data was collected using self-report questionnaires and analyzed through correlation analyses, t-tests, and ANOVA. Impulse control difficulties and dysfunctional impulsivity were positively correlated with internalizing symptoms, while functional impulsivity showed negative associations. Higher impulsivity scores appeared in bipolar/mania, OCD, and PTSD groups. Impulsivity subscale levels also differed by diagnosis count, particularly for functional impulsivity. These findings highlight the importance of considering different facets of impulsivity in internalizing disorders and the need for further investigation into comorbidity and impulsivity.

Keywords: impulsivity, internalizing spectrum, internalizing disorders

Sissejuhatus

Impulsiivsust peetakse eelkõige väljapoole nähtava ehk eksternaliseeriva probleemkäitumise oluliseks tunnuseks, kuid impulsiivsuse seostest internaliseeriva spektri psüühikahäiretega on vähe teada. Vaatamata sellele on mitmed uuringud näidanud, et impulsiivsuse roll psühhopatoloogias võib olla laiaulatuslikum, olles üldiseks riskiteguriks nii internaliseerivate kui ka eksternaliseerivate häirete puhul (Carver jt, 2017). Selle uurimistöo eesmärk ongi uurida, millist rolli mängib impulsiivsus internaliseeriva spektri psüühikahäirete sümptomite profiilides ja millised erinevused joonistuvad välja diagnooside võrdlusel. Impulsiivsuse alatahkude kirjeldamine ja täpsem hindamine internaliseerivat tüüpi psühhopatoloogias võimaldab probleeme täpsemalt kontseptualiseerida ja töötada välja individualiseeritud raviplaane.

Psühhopatoloogia dimensionaalne struktuur

Praegune klassifitseerimissüsteem psühhopatoloogias on kategoriaalne. Psüühikahäired jagunevad eraldiseisvatesse kategooriatesse ning kategooriasse kuulumine sõltub piisava sümptomite arvu olemasolust (Krueger & Markon, 2006a). Sellel lähenemisel on aga mitmeid probleemkohti, näiteks sagedased häirete koosinemised, ebaselged piirid häirete vahel ja kõrge heterogeensus diagnooside sees (Kotov jt, 2017). Taksomeetriliste meetodite abil uuritakse, kas psüühikahäired moodustavad selge kategooria (taksoni) või sümptomid jaotuvad pigem pidevalt, ilma selge piirita. Senised uuringud viitavad, et enamik psüühikahäireid on oma olemuselt dimensionaalsed – see tähendab, et psüühikahäired esinevad elanikkonnas pidevalt erineval määral ega jaotu hästi kindlatesse raamidesse (Van Heugten – Van Der Kloet & Van Heugten, 2015).

Nendest probleemidest tingituna on psühholoogias ja psühhiaatrias toimumas üleminek ühelt süsteemilt teisele, mis tõenäoliselt muudab seda, kuidas me psühholoogilisi probleeme mõistame, uurime ja käsitleme. Näiteks on loodud vastukaaluks kategoriaalsele lähenemisele empiirilisel tõendatud psühhopatoloogia hierarhiline taksonoomia (HiTOP) mudel, mis rühmitab sümptomeid alt-üles meetodil sündroomideks ja spektriteks, ning käsitleb neid konstrukte dimensionaalselt. (Lahey jt, 2021). Hiljutistes uuringutes on HiTOPi raames välja pakutud erinevaid dimensioonide taksonoomiaid (Conway jt, 2019; Krueger jt, 2018), mis võiksid potentsiaalselt asendada DSM-5 (American Psychiatric Association, 2022) ja RHK-11 (World Health Organization, 2019) kategoriaalseid häireklasse.

Dimensionaalseid klassifikatsioonisüsteeme hindavad uuringud on järjekindlalt tuvastanud kaks põhilist dimensiooni psüühikahäirete jaotuses – internaliseeriv ja eksternaliseeriv (Kotov jt, 2017). Internaliseeriv psühhopatoloogia esindab seisundite spektrit, mida iseloomustab kõige paremini negatiivne afektiivsus ning sinna alla kuuluvad depressioon, ärevushäired, post-traumaatiline stressihäire (PTSH), söömishäired, samuti seksuaalfunktsiooni häired ja obsessiiv-kompulsiivne häire (Kotov, 2017). Teist, eksternaliseerivat dimensiooni iseloomustab sotsiaalselt sobimatu käitumine, mille korral inimene ei suuda peatada oma reaktsioone ega maha suruda soovimatut käitumist. See spekter hõlmab sõltuvushäireid, opositsioonilist trotsliku häiret (ODD), käitumishäiret, antisotsiaalset isiksushäiret ja aktiivsus- ja tähelepanuhäiret (ATH) (Krueger & Markon, 2006b; Kotov jt, 2017).

Teoreetikud on väitnud, et eksisteerib ka psühhopatoloogia laiaulatuslik üldtegur (p-faktor), mis peegeldab kõikide psüühikahäirete ja nende sümptomite ühisosa (Lahey jt, 2012). On esitatud erinevaid hüpoteese selle kohta, mis võiks olla kõikide psüühikahäirete latentseks ühisosaks. Näiteks mitmed p-faktorit käsitlevad artiklid on seostanud seda negatiivse afektiivsusega (Tackett jt, 2013), üldise mõttekäigu protsessi häirumisega (Caspi ja Moffitt, 2018) ja ka lihtsalt toimetuleku langusega (Oltmanns jt, 2018). Üha enam on p-faktorit seostatud ka impulsiivsete käitumismustrite ja pidurdava kontrolli raskusega (Caspi jt, 2013). Seoseid on leitud ka nii madala koostöövalmidusega kui ka madala meelekindlusega (Caspi jt, 2013; Castellanos-Ryan jt, 2016), mis omakorda korreleerub emotsioonipõhise impulsiivsusega (Carver jt, 2008). Crisp & Grant (2024) oma hiljutises uuringus leidsid ka, et psüühikahäirete komorbiidsus on seotud kõrgema impulsiivsuse skooriga. See võib viidata kasulikkusele vaadelda impulsiivsust transdiagnoosilise tegurina laia valiku psühhiaatriliste häirete puhul.

Impulsiivsus

Nii p-faktorit puudutavad leiud kui ka internaliseerivate ja eksternaliseerivate häirete metaanalüüside tulemused viitavad sellele, et suutmatus soovimatut käitumist takistada iseloomustab mõlemat dimensiooni (Carver jt, 2017). Dimensionaalsetes süsteemides on oluline mõista, millised jooned, nagu näiteks impulsiivsus, mõjutavad just kindlaid psüühikahäirete spektreid ja millised üleüldist psühhopatoloogiat. Impulsiivsus on mitmetahuline konstrukt, mida on määratletud kui soodumust kiiretele planeerimata

reaktsioonidele nii sisemistele kui ka välistele stiimulitele arvestamata sellega kaasnevaid negatiivseid tagajärgi (Moeller jt, 2001).

Üks peamised impulsiivsuse käsitlusi on Whiteside'i & Lynam'i (2001) impulsiivsuse nelja tahu mudel, mis on seotud isiksuse suure viisikuga (*Five Factor Model* - FFM). Tuvastati neli erinevat isiksuse tahku, mis olid seotud impulsiivse käitumisega, mida nimetati kärsituseks (*urgency*), ettekavatsuse puudumiseks (*lack of premeditation*), püsivuse puudumiseks (*lack of perseverance*) ja elamustejanuks (*sensation seeking*). Kõiki neid tunnuseid tähistas FFM-i erinev tahk. Näiteks on ettekavatsuse (puudumine) ja püsivuse (puudumine) seotud meelekindlusega, kärsitus neurootilisusega ja elamustejanu on ekstravertsuse komponent (Whiteside & Lynam, 2001). Isiksuse viie faktori mudeli dimensioonidele tuginedes töötati välja järgmised alaskaalad: ettekavatsuse puudumine, kärsitus, püsivuse puudumine ja elamustejanu. Hilisemalt jagati kärsituse alaskaala kaheks – negatiivseks ja positiivseks kärsituseks, mis ilmnevad vastavalt negatiivsete ja positiivsete emotsioonide foonil (Cyders jt, 2007).

Dickman (1990) pakkus välja kahemõõtmelise impulsiivsuse teooria, mis põhineb inimese infotöötusel. Töös tuuakse esile tõendeid funktsionaalse ja düsfunktsionaalse impulsiivsuse eristamise kasulikkuse kohta. Dickman leidis, et parim viis düsfunktsionaalse impulsiivsuse iseloomustamiseks on öelda, et see kujutab endast kalduvust kiirele ning vigasele teabetöötusele (st tegutseda suhteliselt vähese läbimõeldusega) olukordades, kus selline tegutsemine tekitab inimesele raskusi. Funktsionaalne impulsiivsus kujutab samuti kiiret ja vähese ettemõtlemisega tegutsemisstiili, kuid olukordades, kus selline strateegia on optimaalne tänu indiviidi muudele isiksuseomadustele, st see tuleb talle pigem kasuks kui kahjuks.

Veel üheks oluliseks impulsiivsuse aspektiks on raskused emotsioonide reguleerimisel. Emotsioonidega seotud impulsiivsust ehk impulsikontrolli raskusi defineeritakse kui kalduvust reageerida impulsiivselt kogetava kõrgendatud emotsionaalse seisunde ajal (Whiteside & Lynam, 2001). Üle 40 000 inimesega metaanalüüsis võrreldi impulsikontrolli raskusi impulsiivsuse teiste aspektidega ja see kujunes parimaks ennustajaks iga kliinilise diagnoosi ja sümptomite rühma jaoks, sealhulgas depressioon, ärevus, söömishäired, piiripealne isiksusehäire, suitsidaalsus ja mittesuitsidaalne enesevigastamine (Berg jt, 2015). Kliinilistes populatsioonides ennustavad impulsikontrolli raskused madalamat elukvaliteeti,

suuremat kaasuvate haiguste esinemissagedust, enesevigastusi, suitsidaalsust, agressiivsust ja kehva sotsiaalsed heaolu. Impulsiivsus raskused näivad olevat transdiagnostiline haavatavuse tegur nii internaliseerivate kui ka eksternaliseerivate häirete puhul (Pearlstein jt, 2018).

Impulsiivsus internaliseerivates häiretes

Enne DSM-5 avaldamist oli üldiselt impulsiivsuse rolli psüühikahäiretes uuritud küllaltki vähe. Siiani on raskusi impulsiivsuse rolli fikseerimisega psüühikahäiretes, mis tuleneb osaliselt kirjanduses leiduvatest lahkavustest impulsiivsuse määramise ja mõõtmise kohta (Moeller jt, 2001). Enamikes uuringutes on seda peetud siiski eksternaliseerimisspektri häirete keskseks tunnuseks (Krueger & Markon, 2006a). Impulsiivsuse uurimine laiemas hulgas psüühikahäiretel võib olla oluline aspekt selgitamiseks komorbiidsust, nagu meeleolu- ja ärevushäirete kõrge kaasuv määr (Crisp & Grant, 2024).

Chamorro jt (2012) jõudsid oma töös järeldusele, et internaliseerivad ja eksternaliseerivad häired ei ole spektri vastandpoolused, vaid pigem positiivses korrelatsioonis olevad konstruktid, mis on kooskõlas ka mõningate varasemate teooriatega. Sellest vaatenurgast eeldatakse, et eksternaliseerivate häirete riskitegurid suurendavad üldiselt ka internaliseerivate häirete riski. Komorbiidsus eksternaliseerivate ja internaliseerivate häirete vahel võib tuleneda traumaatilistest kogemustest, puudulikest pidurduslikest kontrollist ning üldistest riskikäitumisega seotud raskustest. Samasuunalisi järeldusi toetab ka Crispi ja Granti (2024) uuring, kus 20 psüühikahäirega patsientide seas leiti, et peaaegu kõikide häirete patsiendid näitasid kõrgemat planeerimatut impulsiivsust (*nonplanning impulsiveness*), tähelepanu impulsiivsust (*attentional impulsiveness*) ning üldist BIS-i (Barratti impulsiivsuse skaala) ja SST-ga (*Stop Signal Task*) mõõdetud impulsiivsust võrreldes kontrollrühmaga.

On täheldatud ka depressiooni ja impulsiivsuse kõrgemat omavahelist korrelatsiooni võrreldes tervete inimestega (Fields jt, 2021). Tulemuste tõlgendamisel on oluline silmas pidada, millist impulsiivsuse tahku mõõdeti ja missuguseid mõõdikuid kasutati. Enesekohaseid mõõdikuid kasutatavad uuringud on näidanud kõrgemat impulsiivsust depressiooniga patsientide hulgas, ent näiteks käitumist hindavate mõõdikute (impulsiivne otsuste tegemine või pidurduslik kontroll) on saadud erisuguseid tulemusi (Fields jt, 2021). Braham jt (2015), Swann jt (2008) ja Crisp & Grant (2024) leidsid oma uuringutes, et

depressioon on tugevalt seotud planeerimatus ja kognitiivse impulsiivsusega. Kuigi depressiooni ei peeta tavaliselt impulsikontrolli häireks, on selle seisundi ühiseks tunnuseks raskused kognitiivse fookuse säilitamisel ja tuleviku planeerimisel (Crisp & Grant 2024). Varasemad uuringud on näidanud, et depressiooni puhul remissioonis olevad patsiendid tegutsevad vähem impulsiivselt kui tõsiste depressiivsete sümptomitega patsiendid, mis viitab sellele, et depressiivsete sümptomite vähenemine võib parandada impulsiivset käitumist (Fields jt, 2021).

Eriti on leitud seoseid emotsioonipõhise impulsiivsuse ja internaliseerivate sümptomite vahel. Näiteks Johnson jt (2017) leidsid, et emotsionaalse seisundi ajal kogetavad impulsikontrolli raskused on märkimisväärselt seotud nii ärevuse kui ka depressiooniga, samas kui emotsioonidega mitteseotud impulsiivsus näitas seost agressiooni ja ainete tarvitamisega (Johnson jt, 2017). Pawluk ja Koerner (2013) leidsid, et üldistunud ärevushäirega patsientidel on kõrgem negatiivne kärsitus (*negative urgency*), kuid madalam planeerimatus tase (ehk kõrgem planeeritus) ning madalam funktsionaalne impulsiivsus võrreldes kontrollrühmaga.

Kuigi DSM-5 järgi on impulsiivsus tunnustatud mitme häire diagnostiliseks kriteeriumiks, ei ole veel selge, kuidas see mõjutab psüühikahäireid ja riskikäitumise kujunemist (Bakhshani, 2014). Vajaka jääb uuringutest, mis keskenduksid sellele, kuidas impulsiivsus sobiks transdiagnostilise raamistikuga ja kuidas saaks seda empiiriliste andmete põhjal kliinilisse praktikasse integreerida. Selle raamistiku poole liikumine lahendaks mõned DSM-5-ga seotud kitsaskohti, kuid vaja on täiendavaid tõendeid, et teha kindlaks, kas impulsiivsust saab kasutada transdiagnostilise tegurina või on see häire tunnuseks liiga levinud, et olla spetsiifilise psühhopatoloogia tugevaks indikaatoriks. Samas võib impulsiivsuse erinevate tahkude süstemaatiline arvestamine pakkuda kliinilist kasu, aidates vältida vale diagnoose, mis tulenevad sümptomite kattumisest ja häirete komorbiidsusest. Näiteks kaasuva agorafobiaga paanikahäire näitas eriti suurt impulsiivsust motoorse BIS-i (motor impulsiveness), kogu BIS-i ja SST-i mõõtmiste osas, hoolimata sellest, et paanikahäirel ja agorafobial eraldi olid tunduvalt madalamad skoorid (Crisp & Grant 2024).

Käesolev töö

Käesolev uurimistöö keskendub impulsiivsuse alatahkude uurimisele internaliseerivates häiretes (söömishäired, ärevushäired, obsessiiv-kompulsiivne häire, post-traumaatiline

stressihäire, depressioon ja düstüümia, maania ja bipolaarne häire, lisaks ka sõltuvushäire). Seni on impulsiivsust seostatud eelkõige eksternaliseerivate psüühikahäiretega, näiteks käitumishäired, antisotsiaalne isiksushäire, sõltuvushäired. Internaliseerivates häiretes on impulsiivsust tunduvalt vähem uuritud ning peamiselt üksikute häirete kaupa. Kuigi üha enam uuringuid viitab sellele, et impulsiivsus võib olla üldine riskitegur kogu psühhopaatoloogia ulatuses, on suhteliselt vähe teada, kuidas impulsiivsuse erinevad alatahud (nt funktsionaalne ja düsfunktsionaalne impulsiivsus, impulsikontrolli raskused) seostuvad laiemal valikul internaliseerivate häirete ja sümptomitega. Impulsiivsuse alatahkude uurimine psüühikahäiretes on oluline, et mõista, kuidas see mõjutab häire teket, raskusastet ja kliinilist kulgu. Käesoleva töö eesmärk on uurida, millised impulsiivsuse tahud on kõige tugevamalt seotud depressiooni ja ärevust hindavate mõõdikute ning nende põhjal loodud internaliseerimise üldfaktoriga. Samuti soovitakse teada saada, milline näeb välja impulsiivsuse alatahkude profiil internaliseerimisspektri häiregruppide lõikes.

Uurimisküsimus:

1. Kuidas erineb impulsiivsuse alatahkude profiil erinevate internaliseerivate häiretega patsientide lõikes?

Kirjanduses leitud tulemuste põhjal, seab autor järgmised hüpoteesid:

1. Enesekohaselt mõõdetud impulsiivsus on positiivses korrelatsioonis depressiooni, seisundi- ja püsiärevust hindavate mõõdikutega ning nende põhjal loodud internaliseerimisspektri üldfaktoriga.
2. Depressiooni, seisundi- ja püsiärevusega on impulsiivsuse tahkudest kõige tugevamas positiivses seoses tugeva emotsiooni foonil esinevad impulsikontrolli raskused.

Meetod

Valim

Uurimistöö valim koosneb $N = 621$ inimesest, kellest 367 (59,1%) on psüühikahäirega patsiendid ning 254 (40,1%) terved kontrollisikud. Andmed on kogutud varasema teadustöö raames ning uuringu protseduurid on kooskõlastatud Tartu Ülikooli inimuuringu eetikakomiteega (uuringud nr 243/T-20, 196/T-17, 364/T-13). Psüühikahäiretega inimeste alavalimi moodustamiseks koguti andmeid Kognitiivse ja Käitumisteraapia Keskuse

kliiniliste psühholoogide vastuvõtule pöördunud isikutelt ning Tartu Ülikooli Kliinikumi psühhiaatriakliiniku patsientidelt. Terveid kontrollisikuid värvati uuringusse ülikooli meililistide ja avalike sotsiaalmeedia üleskutsete kaudu. Andmeid kogusid kliinilised psühholoogid ning kõik osalejad andsid peale uuringu käigu selgitamist kirjaliku informeeritud nõusoleku.

Kliiniline valim hõlmab 12 psüühikahäire patsiente. Kliinilises grupis on enim esindatud söömishäired (67,8%), depressiooni ja düstüümiaga patsiendid (51,2%) ja üldistunud ärevushäirega patsiendid (27,8%). Täpsemaid diagnoose on näidatud tabelis 1. Valim koosneb valdavalt naistest (94,7%), kuid on ka 31 meest ning kaks inimest, kes märkisid soo küsimuses variandi “muu”. Koguvalimi keskmine vanus on 28,25 eluaastat. Kliinilise valimi keskmine vanus on mõnevõrra noorem (23,68) kui kontrollgrupis (34,82). Haridus varieerub algharidusest kõrghariduseni, viimane on omandatud 29,5% isikutest ning keskharidus on olemas 29,9% osalenutest. 13,1% on kutseharidusega.

Tabel 1.

Demograafiliste ja diagnostiliste andmete kirjeldav statistika valimigruppide lõikes

	Kokku		Kliiniline		Kontroll	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Sugu						
Naine	588	94,7	357	97,3	231	90,9
Mees	31	5	10	2,7	21	8,9
Muu	2	0,3			2	0,8
Haridus						
Algharidus	48	7,8	35	9,7	13	5,2
Põhiharidus	121	19,7	95	26,2	26	10,4
Keskharidus	183	29,9	119	32,9	64	25,5
Kutseharidus	80	13,1	42	11,6	38	15,1
Kõrgharidus	181	29,5	71	19,6	110	43,8
Diagnoos						
Söömishäired	249	40,1	249	67,8		
Sõltuvushäire	54	8,7	54	14,7		
Agorafoobia	52	8,4	52	14,3		

	Kokku		Kliiniline		Kontroll
Sotsiaalfoobia	72	11,7	72	19,8	
Üldistunud ärevushäire	101	16,4	101	27,8	
Paanikahäire	39	6,3	39	10,7	
OCD	24	3,9	24	6,6	
PTSH	23	3,7	23	6,3	
Maania ja bipolaarne häire	14	2,3	14	3,9	
Düstüümia ja depressioon	186	30,2	186	51,2	
Kontrollid	249	40,1			

Märkus. N = valimi suurus. OCD = obsessiiv-kompulsiivne häire; PTSH = post-traumaatiline stressihäire

Mõõtevahendid

Töös kasutati hüpoteeside kontrollimiseks andmeid osalejate psüühikahäirete diagnooside kohta, meeleolu- ja ärevushäire sümptomite ning impulsiivsuse taseme kohta. Diagnooside andmed saadi kas psühhiaatrilisest epikriisist, perearsti saatekirjalt või kliinilise psühholoogi hinnangu põhjal. Teisi muutujaid hinnati enesekohaste küsimustikega.

Meeleolu- ja ärevushäirete sümptomite mõõdikud

Spielbergeri seisundi- ja püsiärevuse skaala (STAI ehk *Spielberger's State-Trait Anxiety Instrument*; Spielberger jt, 1970, eestikeelne versioon Kreegipuu, 1997) on 40 väitest koosnev enesekohane küsimustik, mis hindab ärevust kahel alaskaalal: esimene mõõdab seisundiärevust (tuleb vastata küsimusele „Kuidas Te ennast praegu tunnete?“) ja teine püsiärevust (tuleb vastata küsimusele „Kuidas Te ennast tavaliselt tunnete?“). Tunnuseid mõõdetakse 4-punktilisel skaalal (1 – „üldse mitte“ ja 4 – „see on täiesti nii“). Töös kasutati alaskaalade koondskoore.

Montgomery-Asbergi depressiooni hindamiskaala enesekohane versioon (MADRS ehk *Montgomery-Åsberg depression rating scale*; Fantino ja Moore, 2009) mõõdab indiviidi depressiooni hetkelist seisundit ehk kuni kolm päeva minevikku. See koosneb üheksast

küsimusest, kus vastajal tuleb valida seitsme variandi vahel: 0 tähistab probleemide puudumist ning 6 tugevat depressioonile viitavat seisundit. Küsimused puudutavad meeleolu, ärevustunnet, und, söögiisu, keskendumisvõimet ja algatusvõimet. Töös kasutatakse mõõdiku koondskoori.

Impulsiivsuse mõõdikud

Dickmani impulsiivsuse skaala (*Dickman's Impulsivity Inventory*; DFI; Dickman, 1990, eestikeelne versioon Kuppert, 2005) on enesearuande küsimustik, millega hinnatakse funktsionaalset ja düsfunktsionaalset impulsiivsust. Küsimustikus on 24 väidet, milles vastajatel tuli hinnata nende kehtivust viiepallisel skaalal (0 - pole üldse nõus; 4 - täiesti nõus). 12 väidet moodustavad düsfunktsionaalse impulsiivsuse ning ülejäänud 12 tunnust funktsionaalse impulsiivsuse komponendi. Töös kasutatakse mõlema alaskaala koondskoori.

Rootsi Ülikoolide Isiksuse Skaalad (*Swedish Universities Scales of Personality*; Gustavsson jt, 2000, eestikeelne versioon Aluoja jt, 2009) mõõdavad psüühikahäiretega seotud isiksuseomadusi. Küsimustikus on 91 väidet, mis moodustavad 13 alaskaalat: somaatiline ärevus, psüühiline ärevus, stressitundlikkus, suutmatus end kehtestada, impulsiivsus, seiklusjanu, eemaldumine, sotsiaalne soovitus, kibestumine, ärritavus, umbusaldamine, verbaalne agressiivsus ja füüsiline agressiivsus. Väiteid hinnatakse 4-punktilisel skaalal: „Ei kehti üldse,“ „Ei kehti kuigivõrd,“ „Kehtib päris hästi“ ja „Kehtib täiesti.“ Impulsiivsuse hindamiseks kasutatakse impulsiivsuse ja seiklusjanu alaskaala koondskoori.

Emotsiooni Reguleerimise Raskuste Skaala (*Difficulties in Emotion Regulation Scale* ehk DERS; Gratz ja Roemer, 2004, eestikeelne versioon Vachtel, 2011) hindab emotsioonide reguleerimist. See koosneb 34 väitest, mille kehtivust peab vastaja hindama viiepallisel skaalal (1 - peaaegu mitte kunagi; 5 - peaaegu alati). Skaala on jaotatud kuute alaskaalasse: raskused eesmärgipärasel tegevusel, emotsionaalse selguse puudumine, impulsikontrolli raskused, emotsionaalsete reaktsioonide mitteaktsepteerimine, emotsioonide mitteteadvustamine ja emotsiooniregulatsiooni strateegiate puudumine. Antud töös kasutatakse vaid impulsikontrolli raskuste alaskaala koondskoori.

Statistiline analüüs

Esmalt liideti Exceli abiga kaks andmefaili üheks – ühildati haridusastmed ning diagnoosirühmad. Seejärel eemaldati andmestikust isikud, kelle diagnoosi olemasolu kohta puudus informatsioon või kelle diagnoos oli ebamäärane. Lisaks kontrollisikutele jäid alles 12 diagnoosirühma kuuluvad isikud (vt Tabel 1). Allesjäänud osalejate puhul kasutati analüüsides kogu saadaval olevat informatsiooni.

Andmeanalüüs viidi läbi programmi JASP 0.19.3 ja RStudio (version 2024.12.1+563) abil. Andmete analüüsiks ettevalmistamiseks tehti kõigepealt muutujatevaheline korrelatsioonanalüüs, kasutades impulsiivsuse alaskaalasisid. Enne analüüsi läbiviimist kontrolliti andmete normaaljaotuslikkust (asümmeetria- ja järsakusastmekordajad $-1;1$). Esimese ja teise hüpoteesi kontrollimiseks tuli eelnevalt luua internaliseerimisspektri üldfaktor. Selleks viidi läbi uuriv faktoranalüüs. Lähtuti järgmistest eeldustest 1) muutujad oleksid arvtunnused vähemalt järjestikyskaalal, 2) tunnuste vahel peaks leiduma märkimisväärseid lineaarseid seoseid, 3) vaatlusi/mõõtmisi vähemalt 10 korda rohkem kui mõõdetud tunnuseid ning 4) valim võiks olla vähemalt 200. Eelduseid kontrolliti ka KMO ($> .5$ hea sobivus) ja Bartletti ($< .05$ hea sobivus) testidega (Watkins, 2018).

Esimese hüpoteesi testimiseks tehti korrelatsioonanalüüsid Pearsoni korrelatsioonikordajaga kaasates kirjeldatud impulsiivsuse mõõdikud (DFI düsfunktsionaalne ja funktsionaalne impulsiivsus; DERS impulsikontrolli raskused; SSP impulsiivsuse ja seiklusjanu alaskaala) ja internaliseerivat patoloogiat peegeldavad mõõdikud (MADRS, STAI), et uurida impulsiivsuse seost internaliseerivat patoloogiat hindavate mõõdikutega ning nende põhjal loodud internaliseerimisspektri üldfaktoriga. Lisaks tehti iga impulsiivsuse mõõdiku puhul ka osakorrelatsioon, mille kaudu hoiti kontrolli all teiste muutujate mõju, et näha ühe alaskaala unikaalseid seoseid internaliseerivate mõõdikutega. Teise hüpoteesi kontrollimiseks võrreldi juba arvatatud korrelatsioonide tugevusi, eeldades, et kõige tugevamas positiivses korrelatsioonis internaliseerivat patoloogiat hindavate mõõdikutega on tugeva emotsiooni foonil esinevad impulsikontrolli raskused.

Püstitatud uurimisküsimust – kuidas erineb impulsiivsuse alatahkude profiil internaliseerivate häiretega patsientide lõikes, lahendati peamiselt sõltumatute gruppide t-testidega, võrreldes üht diagnoosirühma ülejäänud kliinilise valimiga. Iga häiregrupi sees arvutati välja

keskmised skoorid impulsiivsuse alatahkudes ning efekti suurused. Hiljem võrreldi neid standardiseeritud kujul. Enne t-testide läbiviimist, kontrolliti eeldusi – sõltuv muutuja vähemalt intervallskaalal; sõltumatud muutujad kategoriaalsed; rühmade hajuvused gruppide lõikes on homogeenised (Levene'i $p > .05$); sõltuva muutuja jaotus on gruppide lõikes ligilähedane normaaljaotusele (asümmeetria- ja järsakusastmekordajad $-1;1$). Väiksemate häirerühmade puhul ($N < 50$) vaadati normaaljaotuslikkust Shapiro-Wilki testi alusel ($p > .05$). Gruppide standardiseeritud keskmised tulemused ning efekti suurused arutati ka RStudio programmis. Efekti suurused raporteeriti joonisel Cohen'i d -na ning neid tõlgendati järgmiselt: väike ($d = 0,2$), keskmine ($d = 0,5$) ja suur ($d = 0,8$) (Cohen, 1988).

Lisaks uuriti ühesuunalise ANOVA teel, kas ja kuidas diagnooside arv mõjutab erinevate impulsiivsuse alatahkude esinemise määra. Kontrolliti eeldusi (samad, mis t-testi puhul). Gruppidevaheliste erinevuste analüüsimiseks kasutati Tukey ja Games-Howelli *post hoc* teste. Skaaladel, mille andmed ei olnud normaaljaotuslikud, viidi läbi ka mitteparameetrilised Kruskal-Wallis H ja Dunn testid.

Tulemused

Muutujatevahelised korrelatsioonid

Võrreldavuse huvides arutati impulsiivsuse alatahkude vahelised korrelatsioonid Pearsoni korrelatsioonikordajaga, isegi kui üks muutujatest (DERS_IMPULSE) ei vastanud täielikult normaaljaotuse eeldustele (asümmeetria- ja järsakuskordaja > 1). Kõikide alaskaalade vahelised korrelatsioonid olid statistiliselt olulised, v.a. düsfunktsionaalse ja funktsionaalse impulsiivsuse ning impulsikontrolli raskuste ja seiklusjanu vahelised korrelatsioonid. Kõige tugevam positiivne korrelatsioon esines düsfunktsionaalse impulsiivsuse ja SSP impulsiivsuse alaskaala vahel.

Tabel 2.

Korrelatsioonid impulsiivsuse alaskaalade vahel

Tunnused	1	2	3	4
1. SSP_IMP	–			

2. SSP_AS	0,393**	–		
3. FI	0,123*	0,323**	–	
4. DFI	0,626**	0,233**	-0,075	–
5. DERS_IMPULSE	0,362**	0,072	-0,197**	0,398**

Märkus. Pearson'i r ; * $p < 0.01$, ** $p < 0.001$. Tunnused 1-5 ($N = 621$). SSP_IMP = SSP impulsiivsuse alaskaala; SSP_AS = Seiklusjanu alaskaala; FI = Funktsionaalse impulsiivsuse alaskaala, DFI = Düsfunksionaalse impulsiivsuse alaskaala; DERS_IMPULSE = Impulsiivsus raskuste alaskaala

Internaliseerimisspektri üldfaktori loomine

Viidi läbi uuriv faktoranalüüs, et leida internaliseerimisspektri üldfaktor. Selleks kasutati kolme järgmist mõõdikut – Spielbergeri püsi- ja seisundiärevuse skaala ning Montgomery-Asbergi depressiooni hindamiskaala enesekohane versioon. Esmalt kontrolliti eelduseid. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi abil vaadati andmete sobivust faktoranalüüsiks. Nii üldine MSA (väärtusega 0,76) kui ka individuaalsed MSA-d olid tublisti üle sobivuse lävendi (|.5|). Bartletti sfäärilisuse test näitas, et mõõdikute vahelised korrelatsioonid on statistiliselt olulised ($p < .001$). Kõikide muutujate vahelised korrelatsioonid jäid vahemikku $r = 0,7 - 0,8$. Multikollineaarsus puudus.

Faktorite eraldamiseks kasutati suurima tõepära meetodit (*maximum likelihood*). Nii Kaiser (omaväärtus 1) kui ka Catelli kriteeriumi järgi tekib 1 faktor. Faktormudeli pööramine polnud antud kontekstis vajalik – faktoreid oli vaid üks. Tekkinud faktor seletas ära 78,2% andmete varieeruvusest.

Korrelatsioonanalüüsid

Selleks, et teada saada, kas ja kuidas on impulsiivsuse alatahud seotud seisundi- ja püsiärevuse mõõdikute ning nende põhjal loodud internaliseerimisspektri üldfaktoriga, tuli viia läbi korrelatsioonanalüüsid. Lisaks tavalistele korrelatsioonanalüüsidele, arvutati iga impulsiivsuse alaskaala ning internaliseeriva mõõdiku (depressiooni, ärevuse skaalade ja internaliseerimisspektri üldfaktori) vahelised osakorrelatsioonid, kus olid kontrolli alla

võetud kõik ülejäänud impulsiivsuse mõõdikud. See võimaldab hinnata iga impulsiivsuse alaskaala unikaalset seost konkreetse internaliseeriva mõõdikuga.

Impulsiivsuse alatahkudest olid impulsiikontrolli raskused ning funktsionaalne ja düsfunktsionaalne impulsiivsus statistiliselt oluliselt seotud kõikide internaliseerivate mõõdikutega, olenemata sellest, kas tegemist on tavalise korrelatsiooni või korrigeeritud ehk osakorrelatsiooniga (vt Tabel 3). Kõige rohkem erinesid seosed tavalise ning osakorrelatsiooni vahel SSP impulsiivsuse ning seiklusjanu alaskaalade puhul – nende niigi pigem nõrgad seosed kahanesid veelgi ja mitmel juhul muutusid statistiliselt ebaolulisteks.

Kõrgeimas, küll negatiivses, korrelatsioonis oli funktsionaalne impulsiivsus internaliseerivate mõõdikutega – funktsionaalse impulsiivsuse tugevad negatiivsed seosed internaliseerivate mõõdikutega säilisid ka osakorrelatsiooni korral. Kõrgeim positiivne korrelatsioon ilmnis impulsiikontrolli raskuste ning depressiooni vahel ($r = 0,418$). Kõrgeim positiivne korrigeeritud korrelatsioon esines düsfunktsionaalse impulsiivsuse ja depressiooni vahel ($r = 0,298$). Internaliseerimisspektri üldfaktoriga ilmnis kõrgeim positiivne korrelatsioon samuti impulsiikontrolli raskustel ($r = 0,396$), ent kõrgeim korrigeeritud korrelatsioon düsfunktsionaalse impulsiivsusega ($r = 0,293$). Kõrgeim negatiivne korrelatsioon ilmnis mõlemal juhul funktsionaalse impulsiivsusega (vt Tabel 3).

Tabel 3.

Korrelatsioonid depressiooni, seisundi- ja püsiärevuse mõõdikute, nende põhjal loodud internaliseerimisspektri üldfaktori ning impulsiivsuse alaskaalade vahel

Mõõdikud	STAI_S	STAI_T	MADRS	INT_FA
Isiksuslik impulsiivsus	0,145*	0,170**	0,217**	0,195**
<i>korrigeeritud</i>	-0,040	-0,058	-0,038	-0,049
Seiklusjanu	-0,074	-0,099*	-0,080	-0,094*
<i>korrigeeritud</i>	0,025	0,038	0,027	0,029
Funktsionaalne impulsiivsus	-0,433**	-0,544**	-0,474**	-0,523**

<i>korrigeeritud</i>	-0,398**	-0,525**	-0,432**	-0,494**
Düsfunksionaalne impulsiivsus	0,301**	0,373**	0,381**	0,382**
<i>korrigeeritud</i>	0,197**	0,291**	0,298**	0,293**
Impulssikontrolli raskused	0,301**	0,376**	0,418**	0,396**
<i>korrigeeritud</i>	0,157*	0,211**	0,258**	0,236**

Märkus. Pearson'i r ; * $p < 0.05$, ** $p < 0.001$. STAI_S = Seisundiärevuse skaala; STAI_T = Püsiärevuse skaala; MADRS = Depressiooni skaala enesekohane versioon; INT_FA = Depressiooni ning ärevuse skaalade põhjal loodud internaliseerimise üldfaktor

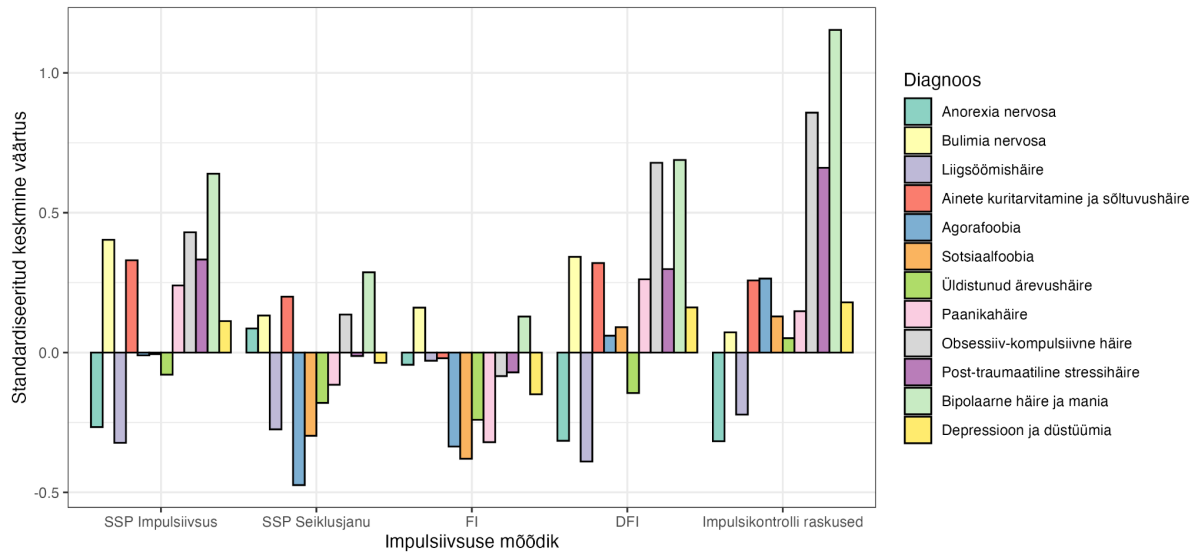
Impulsiivsuse alatahkude profiil internaliseerivate häirete lõikes

Järgnevalt võrreldi igat impulsiivsuse alatahku 12 diagnostilise grupi lõikes. Selleks viidi iga diagnoosigrupi sees läbi t-testid, kokku 60 t-testi, võrreldes ühe grupi tulemusi ülejäänud valimiga. Analüüsid viidi läbi vaid psüühikahäiretega patsientide seas ($N = 367$). Efekti suuruste joonisel (vt Joonis 2) on võrreldavuse huvides kõik efekti suurused raporteeritud Coheni d -na, ent mõningatel juhtudel oli normaaljaotuslikkusest kõrvalekaldumusi. Kõrvalekalded olid pigem väikesed ning tabelis 4 on välja toodud ka mitteparameetriliste testidega arvatud efekti suurused (vt Lisa 1).

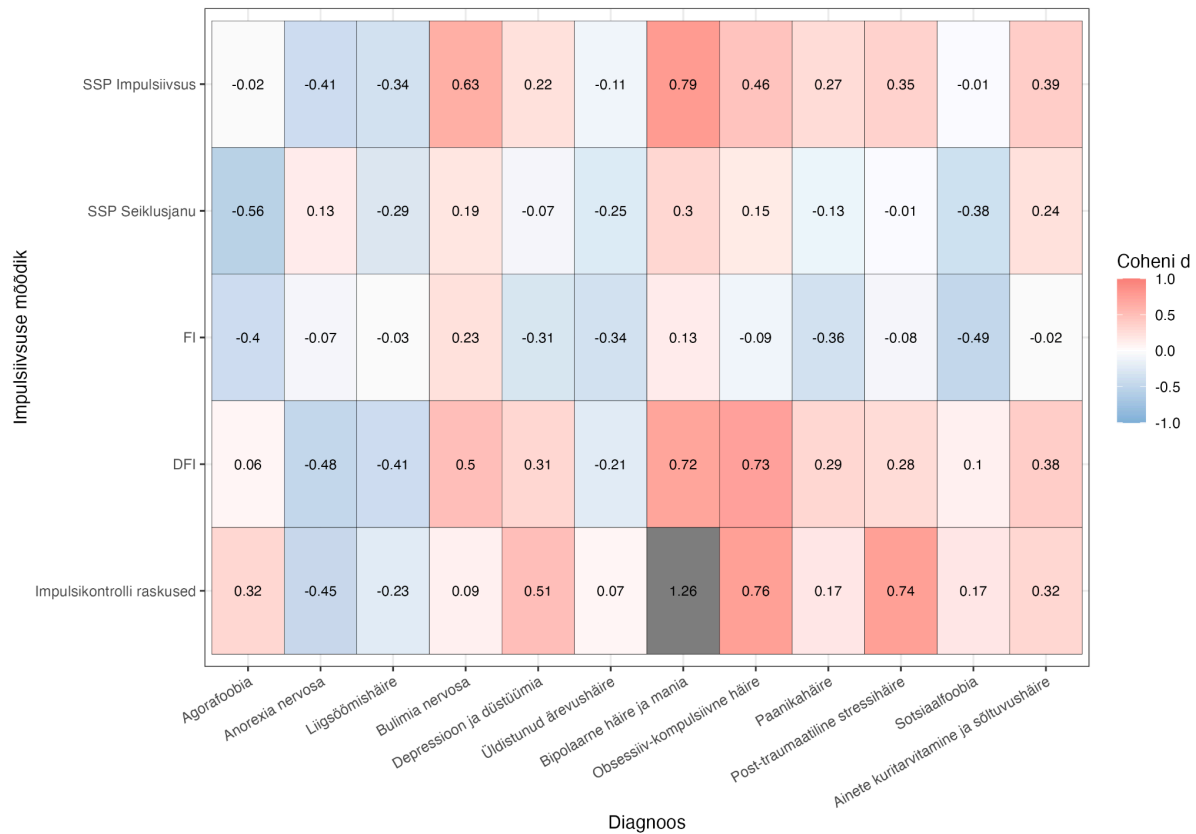
Kõige kõrgemad keskmised skoorid ja suuremad efekti suurused ilmnemid impulssikontrolli raskuste alatahus, kus eriti silmapaistvad olid bipolaarse häire ja maania grupi tulemused ($z = 1,15$, $d = 1,26$, $p < .001$). Kõrgeid väärtusi täheldati ka obsessiiv-kompulsiivse häire (OCD) puhul ($z = 0,86$, $d = 0,76$, $p < .05$) ning post-traumaatilise stressihäire (PTSH) korral ($z = 0,66$, $d = 0,74$, $p < .05$) puhul. Düsfunktsionaalse impulsiivsuse alatahus ilmnemid samuti kõrged skoorid OCD ($z = 0,68$, $d = 0,73$, $p < .001$) ning bipolaarse häire ja maania ($z = 0,69$, $d = 0,72$, $p < .05$) gruppides. Ka SSP impulsiivsuse skaalal ilmnemid kõrgeim skoor bipolaarse häire ja maania grupis ($z = 0,64$, $d = 0,79$, $p < .05$), ent antud impulsiivsuse tahus oli üsna kõrge skoor ka bulimia nervosa häiregrupis ($z = 0,4$, $d = 0,63$, $p < .001$).

Teisalt ilmnemid negatiivsed keskmised väärtused ja efekti suurused SSP seiklusjanu ning funktsionaalse impulsiivsuse alatahkudes. Näiteks näitas agorafobia häiregrupp madalaimat seiklusjanu skoori võrreldes koguvõrreldes ($z = -0,47$, $d = -0,56$, $p < .001$). Funktsionaalse

impulsiivsuse skoorid olid enamikel häiregruppidel madalamad kui koguvalimil, välja arvatud bipolaarse häire ja maania ning bulimia nervosa grupid, kelle puhul esinesid positiivsed keskmised väärtused.



Joonis 1. Impulsiivsuse alatahkude standardiseeritud keskmised väärtused internaliseerivate häirete (lisaks ainete kuritarvitamine ja sõltuvushäire) lõikes. FI = Funktsionaalne impulsiivsus; DFI = Düsfunksionaalne impulsiivsus



Joonis 2. Impulsiivsuse alatahkude efekti suurused internaliseerivate häirete (lisaks ainete kuritarvitamine ja sõltuvushäire) lõikes. Kõik efekti suurused on raporteeritud Coheni d väärtustena. FI = Funktsionaalne impulsiivsus; DFI = Düsfunksionaalne impulsiivsus

Diagnooside arvu seos impulsiivsuse alatahkude esinemise määraga

Ühesuunalise ANOVA abil uuriti, kas diagnooside arv mõjutab impulsiivsuse alatahkude esinemise määra. Valim jagati kolme gruppi: kontrollisikud ($N = 249$), ühe diagnoosiga isikud ($N = 159$) ja kahe või rohkem diagnoosiga isikud ($N = 212$).

Ainus impulsiivsuse skaala, mille puhul ei esinenud gruppide vahel statistiliselt olulist erinevust, oli SSP seiklusjanu skaala [$F(2; 340) = 0,18, p = 0,839, \eta^2 = 0,001$].

Funktsionaalse impulsiivsuse puhul olid kõikide gruppide vahel statistiliselt olulised erinevused [$F(2; 585) = 36,61, p < .001, \eta^2 = 0,111$]. Tukey HSD järeltestid näitasid, et suurim erinevus funktsionaalses impulsiivsuses oli kontrollisikute ning kahe või rohkem diagnoosiga isikute vahel ($t(585) = 8,42, p < .001, d = 0,81$).

Impulsiikontrolli raskustes ning düsfunktsionaalses impulsiivsuses esines statistiliselt oluline erinevus kontrollisikute ja diagnoosidega isikute vahel, kuid ei olnud vahet, kas isikul oli üks

või rohkem diagnoose. SSP impulsiivsuse alaskaala puhul näitasid Dunn'i järeltestid statistiliselt olulist erinevust ainult kontrollisikute ja kahe või rohkem diagnoosiga isikute vahel ($z = -3,89$, $p < .001$, $r = 0,21$). Düsfunksionaalse impulsiivsuse, SSP impulsiivsuse ja impulsiikontrolli raskuste skaalade puhul olid diagnoosidega isikutel kõrgemad skoorid, ent funktsionaalse impulsiivsuse puhul oli olukord vastupidine – mida rohkem diagnoose, seda väiksem oli skoor.

Arutelu

Käesoleva töö eesmärk oli uurida impulsiivsuse alatahkude seoseid internaliseeriva dimensiooni ja internaliseerimisspektri häiretega. Selleks püstitati uurimisküsimus ja kaks hüpoteesi. Esimene hüpotees eeldas, et enesekohaselt mõõdetud impulsiivsus korreleerub positiivselt depressiooni, seisundi- ja püsiärevust hindavate mõõdikutega ning nende põhjal loodud internaliseerimisspektri üldfaktoriga. Hüpotees leidis kinnitust.

Sooviti teada saada ka impulsiivsuse tahkude üldisemat seost internaliseeriva psühhopatoloogiaga. Selleks loodi seisundi- ja püsiärevuse ning depressiooni skaalade põhjal internaliseerimisspektri üldfaktor. Loodud internaliseerimisspektri üldfaktor näitas tugevamaid positiivseid seoseid impulsiikontrolli raskuste alaskaala ($r = 0,396$) ning düsfunktsionaalse impulsiivsusega ($r = 0,382$). See viitab taas sellele, et impulsiivsuse maladaptiivsed aspektid – mis väljenduvad tugeva emotsiooni foonil esinevates impulsiikontrolli raskustes ning üldises kahjustavas impulsiivses käitumises – on tihedamini seotud internaliseerivate probleemidega.

Teine hüpotees väitis, et internaliseerivate mõõdikutega on kõige tugevamas positiivses seoses emotsiooni foonil esinevad impulsiikontrolli raskused. Tulemused toetasid seda hüpoteesi osaliselt: kõige kõrgemad korrelatsioonid internaliseerivate näitajatega ilmnedid tõepoolest impulsiikontrolli raskuste puhul, ent osakorrelatsioonide analüüsis osutus tugevamaks hoopis düsfunktsionaalse impulsiivsuse seos. See viitab sellele, et düsfunktsionaalse impulsiivsuse unikaalne panus internaliseerivate sümptomite selgitamisel on suurem kui impulsiikontrolli raskustel. Kuigi osakorrelatsioonide koefitsiendid jäid pigem tagasihoidlikeks, võib düsfunktsionaalne impulsiivsus kajastada spetsiifilisemaid omadusi, mis on omased internaliseerivale patoloogiale. Kõrgeim korrigeeritud korrelatsioon ilmned düsfunktsionaalse impulsiivsuse ja depressiooni vahel ($r = 0,298$).

Oluline tulemus korrelatsioonianalüüsidest oli ka funktsionaalse impulsiivsuse märkimisväärne negatiivne seos kõikide internaliseerivate mõõdikutega. Kõige tugevam negatiivne korrelatsioon esines püsiärevusega ($r = -0,544$), seose tugevus säilis ka osakorrelatsiooni korral ($r = 0,525$). Tulemustest järeldub, et inimesed, kellel on hea funktsionaalne impulsiivsus, kogevad vähem internaliseerivaid sümptome nagu ärevus ja depressioon. Funktsionaalne impulsiivsus, mis kujutab endast kiiret ja vähese mõtlemisega tegutsemist, olles samaaegselt indiviidile kasulik, võib tõenäoliselt aidata indiviidil vältida liigset muretsemist ning ülemõtlemist, mis on omased internaliseerivale patoloogiale. Varasemalt on leitud, et kõrgema funktsionaalse impulsiivsusega inimestel on kõrgem enesehinnang, parem planeerimisvõime ning neil esineb vähem suhtlemisraskusi. Suhtlemisraskused ning madal enesehinnang leiti olevat seotud internaliseeriva sümptomaatikaga (Cosi jt, 2011).

Püstitatud uurimisküsimusega sooviti teada saada, kuidas erineb impulsiivsuse alatahkude profiil erinevate internaliseerivate häiretega patsientide lõikes. Analüüsist tuleb välja üpriski mitmekesine profiil. Üldine tendents oli see, et impulsiivse kontrolli raskuste ning SSP ja düsfunktsionaalse impulsiivsuse alatahkudes olid enamike häiregruppide keskmised väärtused ning efekti suurused positiivsed. Erandina saab välja tuua anorexia nervosa ja liigsöömishäire, mille puhul esinesid kõikides nimetatud impulsiivsuse alatahkudes negatiivsed väikesed kuni mõõdukad efekti suurused. Varasemalt on leitud anorexia nervosa ja liigsöömishäire ning impulsiivsuse suhtes erinevaid tulemusi (Howard jt, 2020; Carr jt, 2021). Nii anorexia nervosa grupis kui ka liigsöömishäire puhul on madalam impulsiivsus kliiniliselt oluline tulemus. Enamike häiregruppide positiivsed efekti suurused antud impulsiivsuse alaskaaladel näitavad, et impulsiivsus omab internaliseerivates häiretes olulist rolli.

Silmapaistvalt kõrged skoorid väljatoodud alatahkudes esinesid bipolaarse häire ja maania, OCD, PTSH ning bulimia nervosa (v.a. impulsiivse kontrolli raskuste alaskaalal) häiregruppides. Bipolaarse häire ja maania tulemus ühtib varasemate leidudega, kus impulsiivsust peetakse isegi antud psüühikahäire põhitunnuseks (Najt jt, 2006). Ka bulimia nervosa puhul, kus inimene kogeb kontrollimatuid söömissööste, on seos kõrgenenud impulsiivsusega aimatav. OCD ning PTSH psüühikahäiretes on impulsiivsust vähem uuritud, kuid ühes hiljutises uuringus leiti, et just emotsioonidega seotud impulsiivse kontrolli raskused on oluline tunnus (lisaks suutmatusele leppida ootamatustega) OCD häire raskusastme ennustamisel (Xu jt,

2024). Varasemalt on leitud ka, et impulsiivsematel inimestel on suurem tõenäosus sattuda ohtlikesse olukordadesse ning kogeda elu jooksul traumeerivaid sündmusi (Chamorro jt, 2012). See võib seletada PTSH-ga inimeste impulsiikontrolli raskuste kõrget skoori ($z = 0,66$, $d = 0,74$, $p < .05$).

Vastupidiselt eelmainitud impulsiivsuse mõõdikutele, esinesid funktsionaalse impulsiivsuse ja SSP seklusjanu alatahkudes valdavalt negatiivsed keskmised väärtused ja efekti suurus. Agorafoobia häiregrupis ilmnis seklusjanu alaskaalal mõõdukas negatiivne efekti suurus ($z = -0,47$, $d = -0,56$, $p < .001$), mis läheb üldisemalt kokku agorafoobia häire olemusega. Funktsionaalse impulsiivsuse alatahus olid suurimad negatiivsed efektid täheldatud just ärevushäirete (agorafoobia, üldistunud ärevushäire, paanikahäire ja sotsiaalfoobia) ning depressiooni ja düstüümia puhul. Ka internaliseerivate mõõdikutega läbiviidud korrelatsioonanalüüsis näitas kõrgeimat negatiivset korrelatsiooni püsiärevusega ($r = -0,544$). Ärevushäirete ja depressiooniga inimestel näib olevat väiksem kalduvus tegutseda kiiresti ja efektiivselt olukordades, kus see võiks olla kasulik – vastupidi nende pidurdatud ning ülekaalutlev tegutsemine on ilmselt üheks toimetulekut raskendavaks teguriks.

Ühesuunalise ANOVA tulemused näitasid, et diagnoosi olemasolu mõjutas statistiliselt oluliselt kõigi impulsiivsuse mõõdikute skooride, välja arvatud SSP seklusjanu puhul. Funktsionaalse impulsiivsuse alaskaalal olid statistilised olulised erinevused kõigi kolme grupi (kontrollgrupi, ühe diagnoosiga ning kahe või rohkema diagnoosiga inimeste) vahel. Impulsiikontrolli raskuste ning düsfunktsionaalse ja SSP impulsiivsuse skoorid suurenesid diagnooside arvu kasvades, samas kui funktsionaalse impulsiivsuse skoorid vähenesid. Tulemused viitavad sellele, et psüühikahäirete komorbiidsus on seotud probleemsemate impulsiivsuse alatahkude süvenemisega ning impulsiivse käitumise kasulike aspektide vähenemisega.

Siiski tuli ANOVA analüüsist välja, et impulsiikontrolli raskuste ning düsfunktsionaalse impulsiivsuse skoorides ei olnud diagnooside arv määrav tegur. Kuna internaliseerivate häiregruppide võrdluses olid kaasatud ainult psüühikahäiretega isikud, võib eeldada, et funktsionaalse impulsiivsuse puhul võivad diagnooside arvu erisused mõjutada tulemusi. Seetõttu oleks edasistes uuringutes soovitatav kontrollida diagnooside arvu, kui võimalikku segavat muutujat, vähemalt funktsionaalse impulsiivsuse võrdlustes, et selgitada välja, kas leitud erinevused püsivad ka komorbiidsuse arvestamisel.

Käesoleva töö üheks piiranguks on valimi ühekülgsus – 94,7% valimist moodustasid naised. Seetõttu ei olnud võimalik hinnata sugudevahelisi erinevusi. Teiseks, kuna tegemist oli läbilõikeuuringuga, ei võimalda tulemused teha põhjuslikke järeldusi impulsiivsuse alatahkude ja internaliseerivate häirete vaheliste seoste kohta. Põhjuslikkuse tuvastamiseks tuleks läbi viia eksperimentaalne või longituuduuring. Antud uurimistöös kasutati ka vaid enesekohaseid mõõtevahendeid, mistõttu võivad tulemused olla mõjutatud näiteks sotsiaalselt soovitatavast vastamisest, mida uurijana ei ole võimalik kontrollida. Impulsiivsust on võimalik hästi mõõta ka kasutades käitumuslike mõõdikuid, mida võiks järgnevates uuringutes kaasata. Uurimistöös kasutati viite impulsiivsuse alaskaalat, kuigi impulsiivsuse alatahke on veel teisi (nt motoorne impulsiivsus, kognitiivne impulsiivsus, negatiivne ja positiivne kärsitus (*urgency*), planeerimatus). Oleks huvitav teada, kas nende mõõdikute seos internaliseerimisspektriga oleks kuidagi teistsugune. Viimaseks, kuigi valim hõlmas erinevaid diagnoosigruppe, oli mõnede gruppide suurus suhteliselt piiratud, mis võib mõjutada tulemuste üldistatavust.

Jätkusuunana oleks huvitav uurida, kas funktsionaalne impulsiivsus võiks olla internaliseerivate häirete kaitsefaktor. Samuti võiksid tulevased tööd kasutada kombineeritud meetodikat, põimedes enesekohaseid mõõdikuid käitumuslike mõõdikutega. Hea oleks korrata uuringut suuremas ja mitmekesisemas valimis, kus diagnoosigrupid oleksid arvukamad ja ühtlasemad ning kaasatud oleks ka rohkem meessugu. Kokkuvõttes näitasid käesoleva töö tulemused, et impulsiivsuse ja selle alaskaalade mitmesuguseid seoseid internaliseerimisspektri häirete diagnooside ja sümptomitega. See kinnitab varasemate uuringute tulemusi, et impulsiivsus pole vaid eksternaliseerimisspektri oluline omadus, vaid on tihedalt seotud ka internaliseerivate häiretega.

Kasutatud kirjandus

Aluoja, A., Voogne, H., Maron, E., Gustavsson, 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. *Nordic*

Journal of Psychiatry, 63(3), 231–236. <https://doi.org/10.1080/08039480802571036>

- American Psychiatric Association (Ed.). (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR* (Fifth edition, text revision). American Psychiatric Association Publishing.
- Bakhshani, N. (2014). Impulsivity: a predisposition toward risky behaviors. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*, 3(2).
<https://doi.org/10.5812/ijhrba.20428>
- Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2009). Anxiety and Anxiety disorders in children and Adolescents: Developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 483–524. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2009.06.002>
- Berg, J. M., Latzman, R. D., Bliwise, N. G., & Lilienfeld, S. O. (2015). Parsing the heterogeneity of impulsivity: A meta-analytic review of the behavioral implications of the UPPS for psychopathology. *Psychological Assessment*, 27(4), 1129–1146.
<https://doi.org/10.1037/pas0000111>
- Bickel, W. K., Jarmolowicz, D. P., Mueller, E. T., Koffarnus, M. N., & Gatchalian, K. M. (2012). Excessive discounting of delayed reinforcers as a trans-disease process contributing to addiction and other disease-related vulnerabilities: Emerging evidence. *Pharmacology & Therapeutics*, 134(3), 287–297.
<https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2012.02.004>
- Braham, S., Kacem, I., Mlika, S., Moalla, Y., Walha, A., Gaddour, N., Ayadi, H., & Ghribi, F. (2015d). Impulsivité et problèmes d’internalisation et d’externalisation chez l’adolescent. *L’Encéphale*, 41(3), 215–220. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.03.003>
- Carr, M. M., Wiedemann, A. A., Macdonald-Gagnon, G., & Potenza, M. N. (2021). Impulsivity and compulsivity in binge eating disorder: A systematic review of behavioral studies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 110, 110318. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2021.110318>

- Carver, C. S., Johnson, S. L., & Joormann, J. (2008). Serotonergic function, two-mode models of self-regulation, and vulnerability to depression: What depression has in common with impulsive aggression. *Psychological Bulletin*, *134*(6), 912–943.
<https://doi.org/10.1037/a0013740>
- Carver, C. S., Johnson, S. L., & Timpano, K. R. (2017). Toward a Functional View of the p Factor in Psychopathology. *Clinical Psychological Science*, *5*(5), 880–889.
<https://doi.org/10.1177/2167702617710037>
- Caspi, A., Houts, R., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S., Harrington, H., Israel, S., Meier, M. H., Ramrakha, S., Shalev, I., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2013). The p Factor. *Clinical Psychological Science*, *2*(2), 119–137.
<https://doi.org/10.1177/2167702613497473>
- Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2018). All for One and One for All: Mental Disorders in One Dimension. *American Journal of Psychiatry*, *175*(9), 831–844.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17121383>
- Castellanos-Ryan, N., Brière, F. N., O’Leary-Barrett, M., Banaschewski, T., Bokde, A. L., Bromberg, U., Büchel, C., Flor, H., Frouin, V., Gallinat, J., Garavan, H., Martinot, J., Nees, F., Paus, T., Pausová, Z., Rietschel, M., Smolka, M. N., Robbins, T. W., Whelan, R., . . . Conrod, P. J. (2016). The structure of psychopathology in adolescence and its common personality and cognitive correlates. *Journal of Abnormal Psychology*, *125*(8), 1039–1052. <https://doi.org/10.1037/abn0000193>
- Chamorro, J., Bernardi, S., Potenza, M. N., Grant, J. E., Marsh, R., Wang, S., & Blanco, C. (2012). Impulsivity in the general population: A national study. *Journal of Psychiatric Research*, *46*(8), 994–1001. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.04.023>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>

- Conway, C., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Fried, E. I., Hallquist, M. N., Kotov, R., Mullins-Sweatt, S. N., Shackman, A. J., Skodol, A. E., South, S. C., Sunderland, M., Waszczuk, M. A., Zald, D. H., Afzali, M. H., Bornovalova, M. A., Carragher, N., Docherty, A. R., Jonas, K., Krueger, R. F., . . . Eaton, N. R. (2019). A hierarchical taxonomy of psychopathology can transform mental health research. *Perspectives on Psychological Science, 14*(3), 419–436. <https://doi.org/10.1177/1745691618810696>
- Cosi, S., Hernández-Martínez, C., Canals, J., & Vigil-Colet, A. (2011). Impulsivity and internalizing disorders in childhood. *Psychiatry Research, 190*(2–3), 342–347. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.036>
- Crisp, Z. C., & Grant, J. E. (2024). Impulsivity across psychiatric disorders in young adults. *Comprehensive Psychiatry, 152*449. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2023.152449>
- Cyders, M. A., Smith, G. T., Spillane, N. S., Fischer, S., Annus, A. M., & Peterson, C. M. (2007). Integration of impulsivity and positive mood to predict risky behavior: Development and validation of a measure of positive urgency. *Psychological Assessment, 19*(1), 107–118. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.1.107>
- Dickman, S. J. (1990). Functional and dysfunctional impulsivity: Personality and cognitive correlates. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*(1), 95–102. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.1.95>
- Eaton, N. R., Krueger, R. F., Markon, K. E., Keyes, K. M., Skodol, A. E., Wall, M., Hasin, D. S., & Grant, B. F. (2013). The structure and predictive validity of the internalizing disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(1), 86–92. <https://doi.org/10.1037/a0029598>

- Eaton, N. R., Krueger, R. F., & Oltmanns, T. F. (2011). Aging and the structure and long-term stability of the internalizing spectrum of personality and psychopathology. *Psychology and Aging, 26*(4), 987–993. <https://doi.org/10.1037/a0024406>
- Fantino, B. ja Moore, N. (2009). The self-reported Montgomery-Åsberg depression rating scale is a useful evaluative tool in major depressive disorder. *BMC Psychiatry, 9*(1), 26. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-9-26>
- Fields, S., Schueler, J., Arthur, K., & Harris, B. (2021). The Role of Impulsivity in Major Depression: A Systematic review. *Current Behavioral Neuroscience Reports, 8*(2), 38–50. <https://doi.org/10.1007/s40473-021-00231-y>
- Gratz, K. L., and Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/b:joba.0000007455.08539.94>
- Gustavsson, J. P., Bergman, H., Edman, G., Ekselius, L., Von Knorring, L., & Linder, J. (2000). Swedish universities Scales of Personality (SSP): construction, internal consistency and normative data. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 102*(3), 217–225. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.102003217.x>
- Hankin, B. L., Snyder, H. R., Gulley, L. D., Schweizer, T. H., Bijttebier, P., Nelis, S., Toh, G. Y., & Vasey, M. W. (2016). Understanding comorbidity among internalizing problems: Integrating latent structural models of psychopathology and risk mechanisms. *Development and Psychopathology, 28*(4pt1), 987–1012. <https://doi.org/10.1017/s0954579416000663>
- Howard, M., Gregertsen, E. C., Hindocha, C., & Serpell, L. (2020). Impulsivity and compulsivity in anorexia and bulimia nervosa: A systematic review. *Psychiatry Research, 293*, 113354. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113354>

- Johnson, S. L., Tharp, J. A., Peckham, A., Carver, C. S., & Haase, C. M. (2017). A path model of different forms of impulsivity with externalizing and internalizing psychopathology: Towards greater specificity. *British Journal of Clinical Psychology*, *56*(3), 235–252. <https://doi.org/10.1111/bjc.12135>
- Kendler, K. S., Prescott, C. A., Myers, J., & Neale, M. C. (2003). The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. *Archives of General Psychiatry*, *60*(9), 929. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.9.929>
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Clark, L. A., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., Ivanova, M. Y., Lynam, D. R., Markon, K., . . . Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, *126*(4), 454–477. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>
- Kreegipuu, M. (1997). Negatiivsete kognitsioonide seos emotsionaalsete häiretega. Raamatust Rosendahl, W., Hennig, H., & Saarma, M. (toim-d). *Entwicklungen und Tendenzen in der Medizinischen Psychologie: ein Leitfadens. Arengusuundi meditsiinipsühholoogias*. Lengerich, Berlin, Düsseldorf, Leipzig, Riga, Scottsdale, Wien, Zagreb: Pabst Science Publishers.
- Krueger, R. F. (1999). The structure of common mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, *56*(10), 921. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.10.921>
- Krueger, R. F., & Finger, M. (2001). Using item response theory to understand comorbidity among anxiety and unipolar mood disorders. *Psychological Assessment*, *13*(1), 140–151. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.13.1.140>

- Krueger, R. F., Kotov, R., Watson, D., Forbes, M. K., Eaton, N. R., Ruggero, C. J., Simms, L. J., Widiger, T. A., Achenbach, T. M., Bach, B., Bagby, R. M., Bornovalova, M. A., Carpenter, W. T., Chmielewski, M. S., Cicero, D. C., Clark, L. A., Conway, C., De Clercq, B., DeYoung, C. G., . . . Zimmermann, J. (2018). Progress in achieving quantitative classification of psychopathology. *World Psychiatry, 17*(3), 282–293. <https://doi.org/10.1002/wps.20566>
- Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2006a). Reinterpreting Comorbidity: A Model-Based Approach to Understanding and Classifying Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology, 2*(1), 111–133. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095213>
- Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2006b). Understanding psychopathology. *Current Directions in Psychological Science, 15*(3), 113–117. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2006.00418.x>
- Krueger, R. F., & Piasecki, T. M. (2002). Toward a dimensional and psychometrically-informed approach to conceptualizing psychopathology. *Behaviour Research and Therapy, 40*(5), 485–499. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00016-5](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00016-5)
- Kuppert, K. (2005) Dickmani impulsiivsuse küsimustiku psühhomeetrilised omadused ja seosed viiefaktorilise mudeliga. Seminaritöö. Psühholoogia osakond. Tartu Ülikool.
- Lahey, B. B., Applegate, B., Hakes, J. K., Zald, D. H., Hariri, A. R., & Rathouz, P. J. (2012). Is there a general factor of prevalent psychopathology during adulthood? *Journal of Abnormal Psychology, 121*(4), 971–977. <https://doi.org/10.1037/a0028355>
- Lahey, B. B., Moore, T. M., Kaczkurkin, A. N., & Zald, D. H. (2021). Hierarchical models of psychopathology: empirical support, implications, and remaining issues. *World Psychiatry, 20*(1), 57–63. <https://doi.org/10.1002/wps.20824>

Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001).

Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, *158*(11),

1783–1793. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1783>

Najt, P., Perez, J., Sanches, M., Peluso, M., Glahn, D., & Soares, J. (2006). Impulsivity and bipolar disorder. *European Neuropsychopharmacology*, *17*(5), 313–320.

<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2006.10.002>

Neemre, M. (2023). Ärevustundlikkuse roll ärevuse, depressiooni ja söömishäirete püsimisel. Magistritöö psühholoogias. Psühholoogia instituut: Tartu Ülikool.

<https://hdl.handle.net/10062/91812>

Oltmanns, J. R., Smith, G. T., Oltmanns, T. F., & Widiger, T. A. (2018). General Factors of Psychopathology, Personality, and Personality Disorder: across Domain Comparisons. *Clinical Psychological Science*, *6*(4), 581–589.

<https://doi.org/10.1177/2167702617750150>

Pawluk, E. J., & Koerner, N. (2013). A preliminary investigation of impulsivity in generalized anxiety disorder. *Personality and Individual Differences*, *54*(6), 732–737.

<https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.11.027>

Pearlstein, J. G., Johnson, S. L., Modavi, K., Peckham, A., & Carver, C. S. (2018).

Neurocognitive mechanisms of emotion-related impulsivity: The role of arousal.

Psychophysiology, *56*(2). <https://doi.org/10.1111/psyp.13293>

Slade, T., & Watson, D. (2006). The structure of common DSM-IV and ICD-10 mental disorders in the Australian general population. *Psychological Medicine*, *36*(11),

1593–1600. <https://doi.org/10.1017/s0033291706008452>

Soodla, H. L., & Akkermann, K. (2023). Bottom-up transdiagnostic personality subtypes are associated with state psychopathology: A latent profile analysis. *Frontiers in Psychology*, *14*.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1043394>

- Spielberger, C. D., Gorsuch, R.L. ja Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press
- Swann, A. C., Steinberg, J. L., Lijffijt, M., & Moeller, F. G. (2008). Impulsivity: Differential relationship to depression and mania in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, *106*(3), 241–248. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.07.011>
- Tackett, J. L., Lahey, B. B., Van Hulle, C., Waldman, I., Krueger, R. F., & Rathouz, P. J. (2013). Common genetic influences on negative emotionality and a general psychopathology factor in childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, *122*(4), 1142–1153. <https://doi.org/10.1037/a0034151>
- Vachtel, I. (2011). *Emotsiooni Regulsiooni Raskuste Skaala konstrueerimine*. Magistritöö. Psühholoogia instituut: Tartu Ülikool. DSpace. <http://dspace.ut.ee/handle/10062/49175>
- Van Heugten – Van der Kloet, D., & Van Heugten, T. (2015). The classification of psychiatric disorders according to DSM-5 deserves an internationally standardized psychological test battery on symptom level. *Frontiers in Psychology*, *6*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01108>
- Watkins, M. W. (2018). Exploratory Factor Analysis: A Guide to Best practice. *Journal of Black Psychology*, *44*(3), 219–246. <https://doi.org/10.1177/0095798418771807>
- Walton, K. E., & Pavlos, S. R. (2015). Personality Theory and psychopathology. *Elsevier eBooks* (pp. 914–919). <https://doi.org/10.1016/b978-0-08-097086-8.25031-9>
- Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The Five Factor Model and impulsivity: using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, *30*(4), 669–689. [https://doi.org/10.1016/s0191-8869\(00\)00064-7](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(00)00064-7)
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>

Xu, J., Ironside, M. L., Broos, H. C., Johnson, S. L., & Timpano, K. R. (2024). Urged to feel certain again: The role of emotion-related impulsivity on the relationships between intolerance of uncertainty and OCD symptom severity. *British Journal of Clinical Psychology*, *63*(2), 258–272. <https://doi.org/10.1111/bjc.12456>

Lisad

Lisa 1. Impulsiivsuse alatahkude standardiseeritud keskmised ja t-testi tulemused 12 diagnostilise grupi võrdluses**Tabel 4.***Impulsiivsuse alatahkude keskmised ja t-testi tulemused 12 diagnostilise grupi võrdluses*

	z-skoor	Standardiseeritud SD	Testistatistik	p	Efekti suurus
SSP Impulsiivsus					
Anorexia nervosa	-0,27	0,97	$t(350) = -3,59$	< .001	$d = -0,41$
Bulimia nervosa	0,40	0,82	$t(249,76) = 5,65$	< .001	$d = 0,63$
Liigsöömishäire*	-0,32	0,88	$U = 2217,50$	0,06	$r = -0,26^*$
Ainete kuritarvitamine ja sõltuvushäire	0,33	0,88	$t(350) = 2,60$	0,01	$d = 0,39$
Agorafoobia	-0,01	1,04	$t(347) = -0,10$	0,92	$d = -0,02$
Sotsiaalfoobia	-0,01	0,99	$t(347) = -0,08$	0,94	$d = -0,01$
Üldistunud ärevushäire	-0,08	1,02	$t(347) = -0,95$	0,34	$d = -0,11$
Paanikahäire	0,24	1,09	$t(347) = 1,52$	0,13	$d = 0,27$
OCD	0,43	1,03	$t(347) = 2,18$	0,03	$d = 0,46$
PTSH	0,33	1,06	$t(347) = 1,56$	0,12	$d = 0,35$

Maania ja bipolaarne häire	0,64	0,60	$t(13,28) = 3,61$	0,003	$d = 0,79$
----------------------------	------	------	-------------------	-------	------------

Depressioon ja düstüümia	0,11	1,01	$t(347) = 2,06$	0,04	$d = 0,22$
--------------------------	------	------	-----------------	------	------------

SSP Seiklusjanu

Anorexia nervosa	0,09	0,91	$t(351) = 1,14$	0,26	$d = 0,13$
------------------	------	------	-----------------	------	------------

Bulimia nervosa	0,13	1,05	$t(351) = 1,66$	0,10	$d = 0,19$
-----------------	------	------	-----------------	------	------------

Liigsöömishäire	-0,27	0,78	$t(351) = -1,20$	0,23	$d = -0,29$
-----------------	-------	------	------------------	------	-------------

Ainete kuritarvitamine ja sõltuvushäire	0,20	0,89	$t(351) = 1,56$	0,12	$d = 0,24$
---	------	------	-----------------	------	------------

Agorafoobia	-0,47	0,87	$t(348) = -3,67$	< .001	$d = -0,56$
-------------	-------	------	------------------	--------	-------------

Sotsiaalfoobia	-0,30	0,99	$t(348) = -2,82$	0,01	$d = -0,38$
----------------	-------	------	------------------	------	-------------

Üldistunud ärevushäire	-0,18	0,94	$t(348) = -2,10$	0,04	$d = -0,25$
------------------------	-------	------	------------------	------	-------------

Paanikahäire	-0,12	0,98	$t(348) = -0,75$	0,46	$d = -0,13$
--------------	-------	------	------------------	------	-------------

OCD	0,14	1,18	$t(348) = 0,69$	0,49	$d = 0,15$
-----	------	------	-----------------	------	------------

PTSH	-0,01	0,93	$t(348) = -0,06$	0,95	$d = -0,01$
------	-------	------	------------------	------	-------------

Maania ja bipolaarne häire	0,29	1,05	$t(348) = 1,01$	0,31	$d = 0,30$
----------------------------	------	------	-----------------	------	------------

Depressioon ja düstüümia	-0,04	0,97	$t(348) = -0,69$	0,49	$d = -0,07$
--------------------------	-------	------	------------------	------	-------------

 Funktsionaalne impulsiivsus

Anorexia nervosa	-0,04	1,004	$t(356) = -0,58$	0,56	$d = -0,07$
Bulimia nervosa	0,16	0,94	$t(356) = 2,01$	0,05	$d = 0,23$
Liigsöömishäire	-0,03	0,89	$t(356) = -0,13$	0,90	$d = -0,03$
Ainete kuritarvitamine ja sõltuvushäire	-0,02	1,01	$t(356) = -0,16$	0,88	$d = -0,02$
Agorafoobia	-0,34	0,97	$t(353) = -2,60$	0,01	$d = -0,40$
Sotsiaalfoobia	-0,38	0,95	$t(353) = -3,65$	< .001	$d = -0,49$
Üldistunud ärevushäire	-0,24	0,90	$t(353) = -2,84$	0,01	$d = -0,34$
Paanikahäire*	-0,32	0,96	$U = 4770,50$	0,04	$r = -0,21^*$
OCD	-0,08	0,85	$t(353) = -0,43$	0,67	$d = -0,09$
PTSH	-0,07	0,90	$t(353) = -0,35$	0,73	$d = -0,08$
Maania ja bipolaarne häire	0,13	0,87	$t(353) = 0,49$	0,63	$d = 0,13$
Depressioon ja düstüümia	-0,15	0,97	$t(353) = -2,88$	0,004	$d = -0,31$

 Düsfunksionaalne impulsiivsus

Anorexia nervosa*	-0,32	0,83	$U = 10\,309$	< .001	$r = -0,27^*$
-------------------	-------	------	---------------	--------	---------------

Bulimia nervosa	0,34	1,002	$t(356) = 4,36$	< .001	$d = 0,50$
Liigsöömishäire*	-0,39	1,01	$U = 2280,50$	0,07	$r = -0,26^*$
Ainete kuritarvitamine ja sõltuvushäire	0,32	1,05	$t(356) = 2,49$	0,01	$d = 0,38$
Agorafoobia	0,06	1,02	$t(353) = 0,40$	0,69	$d = 0,06$
Sotsiaalfoobia	0,09	1,01	$t(353) = 0,79$	0,43	$d = 0,10$
Üldistunud ärevushäire	-0,14	1,02	$t(353) = -1,77$	0,08	$d = -0,21$
Paanikahäire	0,26	1,19	$t(353) = 3,38$	0,10	$d = 0,29$
OCD	0,68	0,86	$t(353) = 1,66$	< .001	$d = 0,73$
PTSH	0,30	1,23	$t(22,81) = 1,16$	0,26	$d = 0,28$
Maania ja bipolaarne häire	0,69	1,13	$t(353) = 2,62$	0,01	$d = 0,72$
Depressioon ja düstüümia	0,16	1,02	$t(353) = 2,94$	0,004	$d = 0,31$

 Impulsiivsus internaliseerimisspektris

 Impulsiivsus internaliseerimisspektris

Anorexia nervosa*	-0,32	0,87	$U = 2873,50$	0,003	$r = -0,27^*$
Bulimia nervosa*	0,07	1,08	$U = 3125$	0,73	$r = 0,04^*$
Liigsöömishäire	-0,22	0,51	$t(198) = -0,55$	0,58	$d = -0,23$

Ainete kuritarvitamine ja sõltuvushäire*	0,26	1,07	$U = 3557,50$	0,09	$r = 0,18^*$
Agorafoobia	0,26	1,25	$U = 3331$	0,26	$r = 0,12^*$
Sotsiaalfoobia	0,13	1,13	$t(196) = 1,03$	0,31	$d = 0,17$
Üldistunud ärevushäire	0,05	1,03	$t(196) = 0,50$	0,62	$d = 0,07$
Paanikahäire	0,15	1,14	$t(196) = 0,82$	0,41	$d = 0,17$
OCD	0,86	1,43	$t(14,98) = 2,45$	0,03	$d = 0,76$
PTSH	0,66	1,19	$t(196) = 3,06$	0,003	$d = 0,74$
Maania ja bipolaarne häire	1,15	1,29	$t(196) = 4,06$	$< .001$	$d = 1,26$
Depressioon ja düstüümia	0,18	1,08	$t(186,25) = 3,60$	$< .001$	$d = 0,51$

Märkus. Kasutatud on parameetrilisi teste ning Cohen'i d efekti suurst, * tähistatud häiregruppide puhul kasutati Mann Whitney U testi ning efekti suurusena on esitatud r väärtus. SD = standardhälve, $t(df)$ / U = kasutatud testid, p = statistiline olulisus

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.

Grete Kõlvart