

Tartu Ülikool  
Sotsiaalteaduste valdkond  
Psühholoogia instituut

Theresa Pulst

**Psühhopaatoloogia üldfaktor p mõtestamine üksikvaidete abil eestikeelsel valimil**

Uurimistöo

Juhendajad: Helo Liis Soodla, MA,

Kirsti Akkermann, PhD

Läbiv pealkiri: Psühhopaatoloogia üldfaktor p mõtestamine

Tartu 2025

**Psühhopaatoloogia üldfaktor p mõtestamine üksikvaidete abil eestikeelsel valimil****Kokkuvõte**

Antud uuringu eesmärgiks oli kirjeldada psühhopaatoloogia üldfaktorit p ja tuvastada seda enim iseloomustavaid tunnuseid. Lõppvalim koosnes 417 inimesest, kellest psüühikahäire diagnoosiga iniviidid moodustasid kliinilise grupi ( $n = 180$ ) ning diagnoosita iniviidid kontrollgrupi ( $n = 237$ ). Andmed koguti levinud enesekohaste küsimustikega.

Peakomponentide analüüside abil valisin välja 40 üksiktunnust, mis peegeldasid iga küsimustiku keskseid konstrukte. Neil koostatud uuriv ühefaktoriline faktoranalüüs seletas ära 23.0% tunnuste üldhajuvusest. Lisaanalüüsina koostas ka faktoranalüüsi ainult p-le > |.3| laadungitega laaduvate tunnustega ( $n = 26$ ). Seejärel hindasin logistilise regressiooni abil, kui võrd on katseisikute kuulumine kliinilisse või kontrollgruppi ennustatav p-faktori faktorskoori põhjal. Mõlema p skooriga tehtud analüüsi tulemusena ennustati kontrollgruppi kuulumist  $\geq 80\%$  täpsusega. Uurimistöös kirjeldasid p-faktorit enim depressiooni ja ärevuse sümptomid ning p-faktor peegeldas eelkõige inimese muutuvat seisundit, mitte püsivaid isiksuse omadusi.

*Märksõnad:* psühhopaatoloogia üldfaktor p, p-faktor

## **Understanding the general factor of psychopathology p extracted from single items on an Estonian sample**

### **Abstract**

The purpose of this thesis was to investigate the content and components of the general factor of psychopathology, p. The final sample comprised 417 people with ( $n_{\text{clinical}} = 180$ ) and without ( $n_{\text{control}} = 237$ ) psychiatric disorders. Data was collected using self-report questionnaires. An exploratory factor analysis was then run on 40 items selected using principal component analyses, the model explained 23.0% of variance. Analyses were repeated using only items loading onto  $p > |.3|$  ( $n = 26$ ). Finally, the predictive value of the p-factor for belonging to the clinical sample was assessed using logistic regression. p-factor scores from both models had prediction accuracy of  $\geq 80\%$ . The p-factor was best described by symptoms of depression and anxiety and primarily appeared to reflect states, as opposed to traits.

*Keywords:* the general factor of psychopathology, p-factor

## Sissejuhatus

Psühhopaatoloogilisi seisundeid käsitletakse üksteisest eraldi seisvate kategooriatena, mida väljendavad näiteks praegused diagnostilised süsteemid RHK-10 (Maailma Tervishoiuorganisatsioon, 1992) ja DSM-5-R (American Psychiatric Association, 2022). Kategooriaalsus tähendab, et diagnoosid moodustuvad erinevatest sümptomite kogudest, mis kirjeldavad tavapärasest erinevat inimese toimimist, ning diagnoosid määratakse individidele kokkulepitud sümptomite esinemise või puudumise põhjal (Moreland ja Dumas, 2008). Traditsiooniliste diagnoosidega on kliinilises praktikas mitmeid probleeme (Kotov jt, 2017), näiteks sage komorbiidsus (Kessler jt, 2012, Plana-Ripoll jt, 2019) ning kõrge diagnooside sisene heterogeensus (Zimmerman jt, 2015). Diagnostilised piirid on kujunenud aja jooksul, toetudes lisaks empiirilistele teadmistele ka muudele asjaoludele, nagu ekspertide hinnangutele diagnooside piiride ning alatüüpide kohta (Kotov jt, 2017). Viimastel aastakümnetel on aga rohkem rõhku pandud psühhopaatoloogia empiirilisele struktuurile ning mitmed uuringud on tõendanud psühhopaatoloogia üldfaktori ehk p-faktori olemasolu (Lahey jt, 2012, Caspi jt, 2014, Martel jt, 2017), mis kajastab kõikide psühhiaatriliste häirete ja nende tunnuste ühisosa (Lahey jt, 2012). P-faktori uurimine on oluline suund, kuna selle abil võib olla võimalik paremini mõista nii kõrget komorbiidsust kui ka psühhopaatoloogiat üldisemalt (Kotov jt, 2017). Selle töö eesmärk on uurida p-faktorit iseloomustavaid tunnuseid, et soodustada p-faktori kasutamist psüühika probleemide hindamisel ja anda üldist ettekujutust p-faktori olemusest.

## Psühhopaatoloogia üldfaktor ja statistiline struktuur

Psühhopaatoloogia struktuuri uurimisel on leitud erinevaid lahendeid. Tihti eraldatakse lisaks üldfaktor p-le ka spetsiifilist patoloogiat peegeldavad alafaktorid (Achenbach, 1966, Caspi jt, 2014). Esimesena täheldas neid Achenbach (1966), kes faktoranalüüsi meetodil eristas psühhiaatrilise valimi andmetel kaks faktorit: 1) internaliseeriv faktor, millega olid seotud häired, mis eelkõige kirjeldasid inimese probleeme, mida ta kogeb enda sees (nagu depressioon ja ärevus) ning 2) eksternaliseeriv faktor, millega olid seotud häired, mis mõjutasid nähtavamalt ka indiviidi ümber olevaid inimesi (nagu agressiivne käitumine). Kuigi antud faktorid on üksteisest erinevad, on nad siiski ka tugevalt omavahel seotud ehk kui inimesel on rohkem internaliseeritud sümptomeid, on tal tavaliselt ka rohkem eksternaliseeritud sümptomeid ja vastupidi (Smith jt, 2020). Hiljem on leitud ka kolmas eralduv faktor – mõttekäiguhäire faktor, millele laaduvad obsessiiv-kompulsiivne häire,

maania ja skisofreenia (Caspi jt, 2014). Nimetatud lisafaktorid mängivad erinevat rolli loodud psühhopatoloogia statistilistes struktuurides.

Hilisemates uuringutes on psühhopatoloogia struktuuri uuritud eri meetoditel ja eri täpsusastmega. Üldiselt võib p-faktori uuringud statistilise lähenemise poolest jagada kolmeks: ühefaktorilised mudelid, bifaktorilised mudelid ja kõrgema taseme faktori mudelid (Smith jt, 2020). Ühefaktorilise mudeli puhul eraldatakse vaid üks faktor (p) ja see seletab kõigi psühhopatoloogia tunnuste jagatud hajuvuse. Bifaktoriaalse mudeli puhul on p-faktor samuti eraldatud kõigist mudeli tunnustest, kuid eraldatakse ka internaliseeriv ja eksternaliseeriv faktor, tavaliselt ortogonaalselt ehk ristuvalt (Smith jt, 2020). Kõige vähem on kasutatud kõrgema taseme faktori mudeleid, kus p-faktor eraldatakse esimese taseme faktoritest (ehk näiteks internaliseerivast ja eksternaliseerivast) ja seega p hajuvus tuleb sellest osast hajuvusest, mis on jagatud internaliseeriva ja eksternaliseeriva faktori poolt (Smith jt, 2020). Conway jt (2019) leidsid aga, et p-faktor on ise sama, olenemata sellest, kas see on eraldatud bifaktoriaalse või kõrgema taseme faktori mudeli alusel (korrelatsioon bifaktoriaalse mudeliga eraldatud p-faktori ja kõrgema taseme faktori mudeliga eraldatud p-faktori vahel oli  $r = .97$ ). Seega kuigi p-faktori sisu sõltub statistilisest mudelist, mille raames seda testitakse, tunduvad siiski p-faktorid olevat piisavalt sarnased mudelite vahel, et neid võiks omavahel võrrelda. Enim kajastust leidnud näide integratiivsest mudelist, mida võib kujutada nii bifaktor- kui ka kõrgema taseme faktori mudeliga on *Hierarchical Taxonomy of Psychopathology* ehk HiTOP (Blais jt, 2021). See mudel koosneb jämedalt võttes kolmest tasemest: 1) tunnustest ehk üksikutest mõõdetavatest sümptomitest (nt ärevus, impulsiivsus), 2) spektri dimensioonist, mille moodustavad kuus tunnustest eraldatud faktorit (internaliseeriv, antagonistlik, pidurdamatus, mõttekäigu häirumine, eraldatus ja somatoformne) ning 3) üldfaktor p-st (Ringwald jt, 2021). HiTOPi loodud klastrid on paralleelid praegu olemasolevatele psühhiaatrilistele diagnoosidele ning neil on eeliseid traditsioonilise diagnoosimise ees (nt madalam heterogeensus; Kotov jt, 2017).

### **Psühhopatoloogia üldfaktori sisuline tähendus**

Olenemata sellest, et p-faktori olemasolu on korduvalt kinnitatud (Lahey jt, 2012, Caspi jt, 2014, Martel jt, 2017) ei ole veel jõutud konsensusele p-faktori sisulise tähenduse osas: milliseid tunnused ja omadusi peegeldab p-faktor? Lähenemiste mitmekesisust illustreerivad järgmised viis tuntumat p-faktori teooriat. Näiteks on arvatud (Lahey jt, 2017), et tegemist võib olla dispositsioonilise negatiivse emotsionaalsusega ehk indiviidi püsiva kalduvusega

kogeda negatiivseid emotsioone, kuna seda on seostatud mitmete psühhiaatriliste diagnooside (Lahey, 2009) ja ka geneetikaga (Mikolajewski jt, 2013). Samuti on pakutud, et p-faktor kujutab endast impulsiivset reageerimist emotsioonidele, kuna on näiteks leitud (Smith jt, 2013) et enda käitumise puudulik kontroll on seotud pea kõikide häiretega ja seda just eriti emotsioonipõhise impulsiivsuse puhul (Carver jt, 2008). Kolmas p-faktori teooria väidab, et tegemist on madala kognitiivse funktsioneerimisega (Martel jt, 2017, Caspi ja Moffitt, 2018). Nimelt on leitud, et invidiidid, kelle p-faktori skoor on kõrge, saavad madalamaid tulemusi kognitiivsetel testidel (Martel jt, 2017) ning mõned uuringud on ka avastanud, et kõrge p skooriga invidiididel oli kognitiivsete võimete tase madalam juba enne psühhiaatriliste häirete algust (Caspi ja Moffitt, 2018). Kuna p-faktorile laaduvad kõige tugevamalt mõttekäiguhäired (ehk skisofreenia, maania ja obsessiiv-kompulsiivne häire) (Caspi jt, 2014), on välja pakutud (Caspi ja Mofitt, 2018), et p-faktor võibki näidata inimese mõttekäigu protsessi häirumist – nähtus, mis on osa pea kõikidest psühhiaatrilistest häiretest. Nimelt arutlevad Caspi ja Mofitt (2018), et psühhooosi võivad kogeda pea kõik invidiidid, kel on kõrge p skoor olenemata diagnoosist, ning samuti ei piirdu nad mõttekäigu häirumise definitsiooniga ainult hallutsinatsioonide juures vaid integreerivad ka irratsionaalsed hirmud, pealetükkivad mõtted ja trauma taaskogemise. Psühhootilised häired peegeldavad selle teooria kohaselt lihtsalt p skoori kõige kõrgemat taset.

Kõiki eelpool toodud teooriaid on kritiseeritud. Näiteks ei suuda ükski neist ära seletada kõiki tunnuseid, mis p-faktorile laaduvad, vaid keskenduvad enim enda teooriaga kokkuminevale osale p-faktorist (Smith jt, 2020). Lisaks on viidatud sellele, et p-faktor on identne psühhiaatriliste diagnoosidega, millest ta koosneb, ning seega sama muutuv kui valimid, mida parasjagu kasutatakse p tuletamiseks (Fried jt, 2021). Selle kriitikaga arvestab aga viies teooria, mis väidab, et p-faktor ei näita midagi spetsiifilist, vaid lihtsalt üldist toimetuleku langust (Oltmanns jt, 2018). See seletaks, miks mõttekäigu häired enim p-faktorile laaduvad – need ka väljendavad suurimat toimetuleku raskust (Smith jt, 2020). Lisaks on sama teooriaga kooskõlas asjaolu, et p-faktorile laaduvad kõik need üksteisest väga erinevad tunnused – toimetuleku puudulikkus võibki väljenduda väga erinevalt (Smith jt, 2020). Selle teooria kohaselt võib psühhopatoloogia üldfaktorist p mõelda kui intelligentsuse üldfaktorist g (Smith jt, 2020). Nimelt on intelligentsuse alaskaaladel (nagu näiteks matemaatiline, verbaalne, ruumiline võimekus) oma spetsiifilisem tähendus, kuid g peegeldab nende domeenide üle, jagatud hajuvust (Wechsler, 1944, viidatud Smith jt, 2020). Seega on intelligentsuse üldfaktor g mittespetsiifiline üldine intelligentsuse näitaja nagu

psühhopatoloogia üldfaktor p on mittespetsiifiline üldine toimetuleku languse näitaja (Smith jt, 2020). Toimetuleku languse teooria on ainuke teooria, mis on kooskõlas praeguse kirjandusega, mis p-faktori kohta saadaval on (Smith jt, 2020).

### **Psühhopatoloogia üldfaktori mõõtmine**

P-faktori sisulise tähenduse osas on kindlasti oluline ka vaadata, millest täpsemalt andmeanalüütiliselt eraldatud üldfaktor koosneb. Kuna uuringutes on suured erinevused kõige tugevamalt p-faktorile laaduvate tunnuste osas (Levin-Aspenson jt, 2021), võib kasulikuks osutada seisundite (*state*) ja püsiomaduste (*trait*) eristamine. Seisund on midagi ajutist ning rohkem kontkkesti spetsiifilist, samas kui püsiomaduse all mõeldakse inimese püsivat ja üldisemat kalduvust mingit viisi käituda (Schmitt ja Blum, 2022). Kõige enim on p-faktorit mõõdetud *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ehk DSM diagnooside kriteeriumite kaudu (Caspi jt, 2014, Martel jt, 2017, Kim ja Eaton, 2015, Levin-Aspenson jt, 2021, Ringwald jt, 2021, Southward jt, 2022, Lahey jt, 2012). Kuna diagnooside kriteeriumid väljendavad endas tihti just seisundi kirjeldusi (American Psychiatric Association, 2022), võib antud kirjandus p-faktori kohta viidata, et pigem arvatakse üldfaktorit peegeldavat inimese seisundit, mitte nii väga püsiomadusi. Samas on DSM-is ka häireid, mis rõhutavad rohkem püsiomadustega kokkukäivaid kriteeriumeid, nagu näiteks aktiivsus- ja tähelepanu häire juures varajane algus ning eluaegne kestus ning omaduste ja käitumise püsivus ajas ja üle situatsioonide isiksushäiretel (American Psychiatric Association, 2022). Mõnes uuringus on ka leitud, et paljude DSM diagnooside hulgast laaduvad p-faktorile enim isiksusehäired (Ringwald jt, 2021, Southward jt, 2022), mis võib viidata, et p-faktor väljendab enim düsfunktsionaalseid püsivamaid omadusi ja kohanemisraskusi, mis viivad toimetuleku alanemiseni - mitte seisundeid, mis võivad mööduda. Seda vaadet toetavad ka uuringud, mis on leidnud tugeva seose isiksuseomaduste ja p-faktori vahel (Oltmanns jt, 2018, Hang jt, 2022). Samas ei ole olemasolevas kirjanduses seisundi ja püsiomaduse eristust eksplitsiitselt kirjeldatud ja seega ei saa veel teha lõplikke järeldusi selle kohta, kas p-faktor peegeldab pigem seisundit või püsiomadusi.

Nagu juba mainitud, mõõdetakse tavaliselt p-faktorit kaudselt, näiteks läbi DSMi diagnooside ning üheks levinud diagnoosimise meetodiks on kliiniline intervjuu (Caspi jt, 2014, Martel jt, 2017, Kim ja Eaton, 2015, Levin-Aspenson jt, 2021, Southward jt, 2022, Lahey jt, 2012), kus diagnoosi olemasolu kodeeritakse binaarselt – kas on olemas või puudub (Ringwald jt, 2021, Southward jt, 2022). Mõnel juhul kasutatakse diagnoosimiseks ka tuttavate arvamusi, näiteks

lastel nende vanemate või õpetajate vastuseid (Haywood jt, 2021). Samuti on p-faktori tuletamiseks ka levinud enesekohaste küsimustike kasutamine (Wendt jt, 2021, Southward jt, 2022, Blais jt, 2021). Enim on kasutatud traditsioonilisi küsimustikke – ehk küsimustikke, mis on loodud kliendi seisundi hindamiseks või diagnoosimiseks olemasoleva psühhopaatoloogia kategoorilise süsteemi järgi ning mida rakendatakse igapäevaselt ka kliinilises praktikas (Wendt jt, 2021). Mõned traditsiooniliste küsimustike näited, mida p-faktori tuletamiseks on kasutatud, on *Beck Depression Inventory-II* (Southward jt, 2022), *Strengths and Difficulties Questionnaire*, *Mood and Feelings Questionnaire* (Constantinou jt, 2019). Samas on loodud ka uusi küsimustikke, mis ongi disainitud psühhopaatoloogia uue alternatiivse struktuuri mõõtmiseks, näiteks *SPECTRA inventory* (Blais jt, 2021). Ka *SPECTRA inventory* ei mõõda aga p-faktorit otse, vaid teeb seda läbi alternatiivsete diagnooside. Minu teada, ei ole veel loodud usaldusväärset mõõtevahendit, mis mõõdaks otse ja konkreetselt p-faktorit.

### **Käesolev uuring**

Ehkki varasemas kirjanduses on p-faktor korduvalt eraldatud, ei ole siiski selge, milliste psühhopaatoloogiliste konstruktiividega see peale diagnooside seostub, ning mida täpsemalt p-faktor tähendab. Selle töö eesmärk ongi uurida lisaks p-faktori üldistele omadustele ka üksiktunnuseid, mis p-faktorit enim kirjeldavad. Selleks eraldan p-faktori enesekohaste küsimustike üksikväidetest. Tegemist on eestikeelse valimiga, mis moodustub nii psüühikahäire diagnoosiga kui tervetest kontrollisikutest, kuna p-faktorile laaduvad tunnused on häirete ülesed – ka ilma psühhiaatrilise diagnoosita inimestel leidub düsfunktsionaalsemaid seisundeid ja omadusi nagu näiteks neurootilisust. Püstitasin kolm uurimisküsimust: 1) Kui hästi peegeldavad enesekohaste küsimustike tunnused psühhopaatoloogia üldfaktorit p? 2) Millised tunnused peegeldavad enim p-faktorit? 3) Kas enim p-faktorile laaduvad tunnused väljendavad pigem seisundit või püsiomadust? Minu hüpoteesid on, et 1) enesekohaste küsimustike väidete faktoranalüüsis joonistub välja üldine p-faktor, 2) p-faktorit peegeldavad enim düsfunktsionaalsete isiksusejoonte mõõdikud ning 3) kõige tugevamalt p-faktorile laaduvate tunnuste seas on nii seisundeid kui püsiomadusi kirjeldavaid tunnuseid. Hüpoteeside kontrollimiseks koostan uuriva faktoranalüüsi.

## Meetod

### Valim

Uuringuks vajalikud andmed koguti Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomitee lubade 364/T-13, 243/T-20, 196/T-17 alusel „Ärevustundlikkuse roll psüühikahäirete säilemehhanismina“ (Neemre, 2023), „Pidurduslik kontroll ja tähelepanu kallutatus söömishäiretega patsientidel“ (Võsu, 2016) ja “Serotonin-related biomarkers and symptoms of eating disorders” (Akkermann, 2010) uuringute raames. Algne valim koosnes 433 inimesest ning pärast puuduvate väärtustega katseisikute eemaldamist, moodustus lõppvalim  $N = 417$ . Neist  $n = 237$  moodustasid kontrollgruppi, kuna neil ei olnud diagnoositud psüühikahäiret, ja  $n = 180$  kuulusid kliinilise gruppi - neil kas oli uuringu toimumise ajal või kunagi varem diagnoositud psüühikahäire või raporteerisid nad ise endal häire esinemist. Kontrollisikud leiti üldpopulatsioonist avalike kutsete abil ning kliinilisse gruppi kuuluvad isikud olid kas Tartu Ülikooli Kliinikumi psühhiaatrikliiniku patsiendid või Kognitiivse ja Käitumisteraapia Keskuse kliinilise psühholoogi vastuvõtule pöördunud inividid. Kõik osalejad andsid kirjaliku informeeritud nõusoleku uuringutes osalemiseks.

Enamik valimist koosnes naistest (90.41%), kuid valimisse kuulus ka 37 meest ning kolm inimest, kes valisid soo valiku variantidest “muu”. Vanus varieerus 14-89 aasta vahel ( $M = 34.9$ ;  $SD = 14.7$ ). Haridus varieerus algharidusest kõrghariduseni, enamikul vastanutest oli omandatud kõrgharidus (46.28%) või vähemalt keskharidus (43.16%). Kliinilises grupis olid enim esindatud RHK-10 (Maailma Tervisehoiuorganisatsioon, 1992) psüühikahäirete põhigruppidest F4 psüühikahäired ehk ärevuse ja stressiga seotud häired (49.4 %), F3 psüühikahäired ehk meeleoluhäired (48.9%), F1 psüühikahäired ehk psühhoaktiivsete ainete tarvitamisega seotud häired (15.0%) ning F6 psüühikahäired ehk isiksushäired (5.0%). Nii kogu valimi kui ka gruppide kohta kirjeldav statistika on leitav tabelis 1.

**Tabel 1.***Kirjeldav statistika kogu valimi kohta ning grupiti*

	Kogu valim	Grupid	
		Kontroll	Kliiniline
<i>N</i>	417	237	180
Naiste osakaal	90.41%	89.87%	91.11%
vanus <i>M</i>	34.99	39.46	29.01
vanus <i>SD</i>	14.69	15.44	11.20
Haridustaseme osakaal:			
Kõrgharidus	46.28%	55.27%	34.44%
Kesk- või keskeriharidus	43.17%	37.97%	50.0%
Alg- või põhiharidus	10.55%	6.75%	15.56%

Märkus: *N* – katseisikute arv, *M* – aritmeetiline keskmine, *SD* – standardhälve

### Mõõtmisvahendid

Kõikidelt osalejatelt küsiti sugu, vanust ja haridustaset. Samuti teati patsientide psüühikahäirete diagnoose nii minevikus kui andmete kogumise hetkel. Psüühikahäire diagnoosid saadi haigusloost või klinitsistide hinnangutest. Antud uuringu põhianalüüsides kasutasin üksikväite taseme andmeid järgnevatest seisundit ja püsiomadust hindavatest küsimustikest.

### Seisundi mõõtevahendid

#### **Montgomery-Asbergi depressiooni hindamiskaala enesekohane versioon.**

Montgomery-Asbergi depressiooni hindamiskaala enesekohane versioon (MADRS; *Montgomery-Åsberg depression rating scale*; Fantino ja Moore, 2009) mõõdab depressiooni sümptomaatikat praegusel ajahetkel ehk kuni kolm päeva minevikku. See koosneb üheksast küsimusest, kus inimene saab valida seitsme variandi vahel, milles 0 tähistab probleemide puudumist ning 6 raskele depressioonile viitavat seisundit. Küsimused puudutavad meeleolu, elurõõmu, pessimismi, kaasaelamist, ärevustunnet, und, söögiisu, keskendumisvõimet ja

algatusvõimet. Küsimustiku sisereliaablus on rahuldav (Cronbach'i  $\alpha = .84$ ), korduv testimise korrelatsioon on  $.78$  (Fantino ja Moore, 2009).

**Söömishäirete hindamise skaala.** Söömishäirete hindamise skaala (SHS; Herik, 2009, Akkermann, 2010) koosneb neljast alaskaalast: piiramine, liigsöömine, väljutamine, hõivatus toidu ja kehakaaluga. Need alaskaalad moodustuvad 29 väitest, millele saab vastata 6-palli skaalal (0 – „Mitte kunagi“ ja 5 – „Alati“). SHS-i alaskaalade sisereliaablused on kõrged ( $\alpha = .9-.93$ ; Herik, 2009).

**Emotsiooni regulatsiooni raskuste skaala.** Emotsiooni regulatsiooni raskuste skaalas (*Difficulties in Emotion Regulation Scale*; DERS; Gratz ja Roemer, 2004, eestikeelne versioon Vachtel, 2011) koonduvad 34 enesekohaselt hinnatavat tunnust kuueks alaskaalaks: raskused eesmärgipärasel tegevuses, emotsionaalse selguse puudumine, impulsikontrolli raskused, emotsionaalsete reaktsioonide mitteaktsepteerimine, emotsioonide mitteteadvustamine ja emotsiooniregulatsiooni strateegiate puudumine. Tunnustele saab vastata 5-palli skaalal (1 – „peaaegu mitte kunagi“ ja 5 – „peaaegu alati“). Eestikeelse DERS-i koguskaala sisereliaablus on kõrge ( $\alpha = .91$ ) ning alaskaalade sisereliaablused on usaldusväärsed ( $\alpha = .81-.90$ ; Vachtel, 2011).

**Spielbergeri seisundi- ja püsiärevuse skaala.** Seisundi- ja püsiärevuse skaala (*Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory*; STAI; Spielberger jt, 1970, eestikeelne versioon Kreegipuu, 1997) koosneb 40-st väitest ning mõõdab inimese ärevust antud ajamomendil (STAI-S ehk STAI State-anxiety) ja püsiomadusena (STAI-T ehk STAI Trait-anxiety). Seisundiärevust hinnatakse 20 väitega 4-punktilisel skaalal (1 – „üldse mitte“ ja 4 – „see on täiesti nii“).

### ***Püsiomaduste mõõtevahendid***

**Rootsi Ülikoolide Isiksuse Skaalad.** Rootsi Ülikoolide Isiksuse Skaalad (*Swedish Universities Scales of Personality*; SSP; Gustavsson jt, 2000, eestikeelne versioon Aluoja jt, 2009) on loodud selleks, et mõõta isiksusejooni, mis on psühhopaatoloogia seisukohalt olulised. See koosneb 91 väitest, mille paikapidavust hinnatakse 4-punktilisel skaalal (1 – „Ei kehti üldse“ ja 4 – „Kehtib täiesti“). Tunnused koonduvad 13 isiksuse alaskaalaks, mis hindavad psüühilist ärevust, somaatilist ärevust, stressitundlikkust, suutmatust end kehtestada, impulsiivsust, seiklusjanu, eemaldumist, sotsiaalset soovitatavust, kibestumist,

ärrituvust, umbusaldust, verbaalset agressiivsust ja füüsilist agressiivsust. Eestikeelse SSP versiooni alaskaalade sisereliaablused on rahuldavad ( $\alpha = .58-.85$ ; Aluoja jt, 2009).

**Frosti mitmedimensionaalne perfektsionismi skaala.** Eestikeelne mitmedimensionaalne perfektsionismi skaala (*Frost Multidimensional Perfectionism*; EMPS; Frost ja Marten, 1990, Strober, 1998, eestikeelne versioon Saarniit, 2000) koosneb 28 väitest, kus inimene peab hindama väite paikapidavust 5-palli skaalal (0 – “vale”, 4 – “õige”). Tunnused moodustavad neli alaskaalat: mure vigade pärast, isiklikud standardid, organiseeritus ja vanemate kriitika. EMPS-i alaskaalade sisereliaablused on kõrged ( $\alpha = .81-.89$ ; Saarniit, 2000).

**Dickmani impulsiivsuse skaala.** Dickmani impulsiivsuse skaala (*Dickman's Impulsivity Inventory*; DFI, Dickman, 1990, eestikeelne versioon Kuppart, 2005) mõõdab nii funktsionaalset kui düsfunktsionaalset impulsiivsust. Eestikeelne DFI koosneb 24 väitest, millele saab vastata 5-palli skaalal (0 – „ei ole üldse nõus“ ja 4 – „täiesti nõus“). 12 väidet moodustavad düsfunktsionaalse impulsiivsuse, mille all mõistetakse mitteadaptiivsete impulsiivsete käitumisotsuste tegemist. Ülejäänud 12 tunnust moodustavad funktsionaalse impulsiivsuse komponendi, mis peegeldab inimese kalduvust teha impulsiivseid otsuseid sobivates kontekstides. Originaalse versiooni DFI alaskaalade sisereliaablused on kõrged ( $\alpha = .83-.86$ ; Dickman, 1990).

**Spielbergeri seisundi- ja püsiärevuse skaala.** STAI hindab püsiärevust 20 väitega 4-punktilisel skaalal (1 – „peaaegu mitte kunagi“, 4 – „peaaegu alati“; Spielberger jt, 1970, eestikeelne versioon Kreegipuu, 1997).

## Andmeanalüüs

Andmeid analüüsisin Exceli, Pythoni ja vabavaralise programmi JASP 0.19.1.0 abiga. Kõigepealt ühendasin erinevate uuringute andmed ja ühildasin hariduskoodid. Seejärel eemaldasid katseisikud, kes olid vastanud vähem kui 50% küsimustest. Nende puhul oli alust arvata, et vastuste puudumine ei ole juhuslik ning nende kaasamine analüüsisidesse võiks tulemusi oluliselt kallutada. Ülejäänud osalejate puhul kasutasin analüüsisides kogu saadaval olevat infot, mida oli võimalik kasutada (*pairwise deletion*).

Kuna üksikväiteid oli valimi suurust arvestades liiga palju, et nendel faktoranalüüsi teha, valisin kõigepealt küsimustikest välja esinduslikud üksiktunnused ehk kõikide küsimustike

alaskaalade kõige iseloomulikumatid tunnused. Selleks tegin igal küsimustikul eraldi peakomponentide analüüsi, et näha, kuidas väited ühe küsimustiku raames koonduvad. Üldiselt lähtusin tunnuste valikul järgmistest põhimõtetest: 1) võtsin iga komponendi suurima laadungiga väite; 2) vaatasin, kas kõik küsimustiku alaskaalad said esindatud - kui mitte, võtsin suurematest komponentidest ka suurima unikaalsusega väiteid; 3) kui ikka mõni alaskaala jäi esindamata, otsisin, millise komponendi alla antud alaskaala väited koonduvad ja valisin sellest komponendist antud alaskaala kõige suurema laadungiga väite. Peakomponentide analüüsi eeldusteks olid, et 1) muutujad oleksid arvtunnused vähemalt järjestikaskaalal, 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 (Watkins, 2018). Eelduste kontrollimiseks kasutasin ka KMO ( $> .5$  hea sobivus) ja Bartletti ( $< .05$  hea sobivus) teste (Watkins, 2018).

Pärast tunnuste välja valimist, teisendasin need  $z$ -skoorideks. Seejärel viisin valitud tunnustel läbi uuriva faktoranalüüsi (lähtusin peakomponentide analüüsiga samadest eeldustest), kus eraldasin ühe faktori -  $p$ . Lisaanalüüsina koostasid faktoranalüüsi ka ainult nende väidetega, mille faktorlaadung ületas kokkulepitud olulisuse lävendi ( $|.3|$ ; Watkins, 2018). Selleks, et hinnata eraldatud faktori ennustusjõudu katseisikute kliinilisse või kontroll gruppi paigutamise kohta, viisin läbi logistilise regressiooni. Binaarse logistilise regressiooni läbiviimisel lähtusin järgmistest eeldustest: 1) sõltuv muutuja on dihhotoomne väärtus, 2) on üks või rohkem sõltumatut muutujat (võivad olla nii pidevad kui diskreetsed tunnused) ning 3) vaatluste sõltumatus.

## Tulemused

### Tunnuste valimine $p$ -faktori analüüsi jaoks

Meetodis kirjeldatud protseduuri alusel valisin välja 40 väidet, millel faktoranalüüsi teha (vt tabel 2).

**Tabel 2.***p-faktori analüüsiks välja valitud 40 üksiktunnust*

Tunnuse tähis	Tunnuse sisu	Teoreetiline alaskaala küsimustiku järgi
<b>MADRS09</b>	“Kas mõtlete enesetapule ja kui, siis kuivõrd peate seda sobivaks väljapääsuks?”	elurõõm
<b>MADRS01</b>	“Palume teil kirjeldada enda meeleolu - kas tunnete end kurva, õnnetu või meeleheitel olevana?”	meeleolu
<b>MADRS08</b>	"Millisena näete enda tulevikku ja kui kõrgelt ennast hindate?"	pessimism
<b>MADRS06</b>	"Proovige hinnata enda ettevõtlikkust"	algatusvõime
<b>MADRS07</b>	"Siinkohal palume Teil hinnata oma suhtumist Teie ümber toimuvasse ja teistesse inimestesse, ja sellistesse toimingutesse, mis on ikka rahuldust ja rõõmu pakkunud."	kaasaelamine
<b>MADRS03</b>	“Palun kirjeldage, kui hästi te magate.”	uni
<b>MADRS04</b>	"Palume teil kirjeldada oma söögiisu ja mõelda järele, kas see on tavalisega võrreldes mingil moel muutunud"	söögiisu
<b>DERS19</b>	“Endast väljas olles usun, et ma ei saagi olukorra parandamiseks midagi teha”	emotsiooniregulatsiooni strateegiate puudumine
<b>DERS07</b>	“Mul on raske oma tunnetest aru saada”	emotsionaalse selguse puudumine
<b>DERS17</b>	”Ärritunud olles on mul raske oma käitumist kontrolli all hoida”	impulsikontrolli raskused
<b>DERS22</b>	“Mulle läheb korda see, kuidas ma end tunnen”	emotsioonide mitte-teadvustamine

<b>DERS08</b>	“Kui olen ärritunud, siis hakkab mul piinlik, et ma niimoodi end tunnen”	emotsionaalsete reaktsioonide mitte-aktsepteerimine
<b>DERS11</b>	“Halvas tujus olles on mul raske oma tööde ja tegemistega hakkama saada”	raskused eesmärgipärasel tegevuses
<b>DFI08*</b>	“Ma tunnen end ebamugavalt, kui ma pean kiiresti otsustama”	funktsionaalne impulsiivsus
DFI22	“Ma teen sageli otsuseid, arvestamata kõiki asjaolusid”	düsfunksionaalne impulsiivsus
EMPS27	“Ma püstitan endale kõrgemaid eesmärke kui enamus inimesi”	standardid
<b>EMPS26</b>	“Kui mul ei lähe kogu aeg hästi, siis inimesed ei austa mind”	muretsemine
EMPS16	“Mu vanemad esitasid mulle väga kõrgeid nõudmisi”	vanemad
EMPS21	“Püüan alati olla korralik ja hoolas”	kord
<b>SHS14</b>	“Minus tekitab ebamugavust teadmine, et keegi vaatab mu figuuri”	hõivatus
<b>SHS23</b>	“On olukordi, kus ma ei suuda söömist lõpetada”	liigsöömine
SHS08	“Ma püüan vältida kaloririkaste toitude söömist”	piiramine
SHS05	“Kui olen palju süüanud, siis oksendan ebamugavustunde leevendamiseks”	väljutamine
<b>SSP80</b>	“Ma hakkan tükk aega enne muretsema, kui pean millegagi algust tegema”	psüühiline ärevus
<b>SSP68*</b>	“Ma olen rahulik ja enesekindel, isegi alustades uusi ülesandeid”	stressitundlikkus
<b>SSP74</b>	“Mõnikord olen kadestanud inimesi, kellel on elus õnne olnud”.	kibestumine
<b>SSP43</b>	“Tunnen piinlikkust, kui pean ütleva, et mulle on vähem raha tagasi antud”	suutmatus end kehtestada

<b>SSP01</b>	“Küllalt sageli leian end hambaid kokku surumas ilma mingi põhjusega”	somaatiline ärevus
<b>SSP65</b>	“Kui keegi lööb mind, löön vastu”	füüsiline vägivald
<b>SSP45</b>	“Püüan otsida kohti, kus juhtub põnevaid asju”	seiklusjanu
<b>SSP18</b>	“Uued ideed ja ettepanekud erutavad mind sageli niivõrd, et unustan kontrollida, kas neil on ka halbu külgi”	impulsiivsus
<b>SSP24</b>	“Tavaliselt olen valvas inimestega, kes on sõbralikumad, kui ma ootaksin”	umbusaldamine
<b>SSP72</b>	“Ma olen pigem reserveeritud ja jahedavõitu, kui lahke ja soe”	eemaldumine
<b>SSP21</b>	“Olen alati hea kuulaja, ükskõik kellega ma räägin”	sotsiaalne soovitus
<b>SSP38*</b>	“Ma pole kunagi sihilikult öelnud midagi sellist, mis kellegi tundeid riivaks”	verbaalne vägivald
<b>SSP75</b>	“Ma ärritun, kui pean mõne aeglase inimese järel ootama”	ärrituvus
<b>STAI29</b>	“Ma muretsen tühiasjade pärast liiga palju”	püsiärevus
<b>STAI14</b>	“Ma olen ‘üleskrüvitud’”	seisundiärevus
<b>STAI37</b>	"Kõrvalised mõtted ei anna mulle rahu"	püsiärevus
<b>STAI18</b>	"Ma olen ülierutatud ja "liimist lahti""	seisundiärevus

*Märkus:* MADRS - Montgomery-Asbergi depressiooni hindamiskaala enesekohase versioon, DERS - Emotsiooni regulatsiooni raskuste skaala, DFI - Dickmani impulsiivsuse skaala, EMPS - Frosti mitmedimensionaalne perfektsionismi skaala, SHS - Söömishäirete hindamise skaala, SSP - Rootsi Ülikoolide Isiksuse Skaalad, STAI - Spielbergeri seisundi- ja püsiärevuse skaala. Number tunnuse taga tähistab tunnuse järjekorda küsimustiku täisversioonis. Tärniga on tähistatud pöördvõrdelise skooriga väärted. Rasvaselt on märgitud tunnused, millel tehti täiendav faktoranalüüs (p26). NB! MADRS tunnuste sisu on loetavuse huvides lühendatud.

DFI, STAI ja MADRS peakomponentide analüüsil kaldusin kohati kolmest valikuprintsiibist kõrvale. Kuna DFI analüüsimisel tekkis raskesti tõlgendatav kolmekomponendiline lahend, jätsin analüüsist välja väited 5 ja 16. Teiseks erandiks oli MADRS küsimustikust väidete valimine, kust valisin ühe väite asemel seitse väidet - kaks suurima unikaalsusega ning viis suurima laadungiga väidet. Nimelt otsustasin kaasata MADRS küsimustikust rohkem väiteid, kuna selles skaalas mõõtis iga küsimus mitmeid aspekte ning samuti oli tegemist seisundi tunnustega, mis olid võrreldes püsiomaduste tunnustega alaesindatud. Viimaseks erandiks oli STAI väidete valimine. STAI peakomponentide analüüsis tekkis ka kolmas komponent, mis koosnes positiivse sisuga väidetest ("Ma olen rõõmus", "Ma olen õnnelik".) ning sellest komponendist ei võtnud ma väiteid, kuna see ei olnud ei patoloogiline ega STAI-spetsiifiline. Lisaks võtsin STAI mõlemast komponendist lisaväite, kuna selles küsimustikus on selgelt eristatud seisundi- ja püsiomadused ning see on uurimisküsimuste kontekstis oluline aspekt.

### **Parimate p-faktori indikaatorite leidmine**

Et leida parimad p-faktori indikaatorid viisin läbi uuriva faktoranalüüsi (p40). Faktoranalüüsi eeldused olid üldiselt täidetud. Keskmise Pearsoni korrelatsioon kõikide üksiktunnuste vahel oli  $r = .18$  ( $SD = .24$ ), millest 41.5% olid ka statistiliselt olulised ( $p < .05$ ) korrelatsioonid (vt lisa 1). Ka Bartletti sfäärilisuse testi tulemus ( $p < .001$ ) viitas oluliste seoste leidumisele tunnuste vahel. Viimaks näitas andmete faktoranalüüsiks sobivust ka KMO testi suurepärase üldine MSA (.90). Kõik individuaalsed MSA-d olid üle sobivuse lävendi ( $|.5|$ ), välja arvatud EMPS21 ja SHS08, mille MSA-d olid vastavalt .46 ja .45. Tellisin uurivas faktoranalüüsis p40 ühe faktori suurima tõepära meetodil (*maximum likelihood*) kaldsuunaline pööramisega (*oblimin*). Saadud mudel seletas 23.0% andmete üldhajuvusest. Täpsed faktorlaadungite suurused p-faktorile on näidatud tabelis 3.

Enamik tunnustest ( $n = 26$ ) laadus p-faktorile vähemalt laadungiga  $|.3|$ . Suurima laadungiga väited olid MADRS8 ("Millisena näete enda tulevikku ja kui kõrgelt ennast hindate?"), MADRS9 ("Kas mõtlete enesetapule ja kui, siis kuivõrd peate seda sobivaks väljapääsuks?") ning STAI37 ("Kõrvalised mõtted ei anna mulle rahu"). Suurima unikaalsusega väide (mille laadung  $>|.3|$ ) oli SHS23, mis mõõtis liigsöömist. Faktorile ei laadunud mitmed isiksust mõõtvad väited (SSP65, SSP45, SSP18, SSP72, SSP21, SSP38, SSP75), pooled söömishäire sümptomeid mõõtvad väited (SHS08, SHS05), enamik perfektsionismi mõõtvad väiteid

(EMPS27, EMPS16, EMPS21) ning düsfunktsionaalset impulsiivsust (DFI22) ja emotsioonide mitte-teadvustamist mõõtev väide (DERS22).

Et näha, kuidas mudel muutub, kui jätta välja kõik tunnused, mis ei laadunud ühefaktorilisele mudelile, koostasin uue uuriva faktoranalüüsi p26 (tabel 3). Faktoranalüüsi eelduste kontrollimiseks viisin jällegi läbi KMO ja Bartletti testid. Ka selle mudeli üldine MSA oli suurepärase (.93) ning Bartletti testi  $p < .001$ ; analüütilistes valikutes p40ga võrreldes muutusi ei teinud. Saadud faktorlaadungid on näidatud tabelis 3. Tunnuste faktorlaadungite järjestus jäi samaks, kuid mudeli seletusprotsent tõusis 33.8%-ni.

**Tabel 3.**

*Üksiktunnuste faktorlaadungite suurused p-faktoritele*

	p40-faktor	Unikaalsus p40	p26-faktor	Unikaalsus p26
z-MADRS08	<b>0.80</b>	0.35	<b>0.81</b>	0.35
z-MADRS09	<b>0.75</b>	0.44	<b>0.75</b>	0.44
z-STAI37	<b>0.73</b>	0.47	<b>0.73</b>	0.46
z-MADRS01	<b>0.72</b>	0.49	<b>0.72</b>	0.49
z-MADRS06	<b>0.71</b>	0.50	<b>0.71</b>	0.50
z-DERS11	<b>0.70</b>	0.51	<b>0.70</b>	0.51
z-SSP80	<b>0.67</b>	0.55	<b>0.67</b>	0.55
z-STAI29	<b>0.65</b>	0.58	<b>0.65</b>	0.58
z-SSP68	<b>-0.64</b>	0.59	<b>-0.64</b>	0.59
z-DERS19	<b>0.63</b>	0.60	<b>0.63</b>	0.60
z-MADRS07	<b>0.62</b>	0.61	<b>0.62</b>	0.61
z-DERS07	<b>0.61</b>	0.63	<b>0.60</b>	0.64
z-EMPS26	<b>0.59</b>	0.65	<b>0.59</b>	0.65
z-STAI18	<b>0.57</b>	0.68	<b>0.57</b>	0.67
z-STAI14	<b>0.55</b>	0.70	<b>0.55</b>	0.70
z-SSP74	<b>0.51</b>	0.74	<b>0.50</b>	0.75
z-MADRS04	<b>0.50</b>	0.75	<b>0.50</b>	0.75
z-DERS08	<b>0.50</b>	0.75	<b>0.50</b>	0.75
z-DFI08	<b>0.50</b>	0.76	<b>0.50</b>	0.75
z-SHS14	<b>0.47</b>	0.78	<b>0.46</b>	0.79
z-DERS17	<b>0.44</b>	0.81	<b>0.44</b>	0.81
z-MADRS03	<b>0.43</b>	0.82	<b>0.43</b>	0.82
z-SSP01	<b>0.39</b>	0.85	<b>0.39</b>	0.85
z-SSP24	<b>0.39</b>	0.85	<b>0.39</b>	0.85

z-SSP43	<b>0.37</b>	0.87	<b>0.37</b>	0.86
z-SHS23	<b>0.32</b>	0.90	<b>0.32</b>	0.90
z-DFI22	0.29	0.92		
z-EMPS16	0.28	0.92		
z-EMPS27	0.25	0.94		
z-SHS05	0.23	0.95		
z-SSP75	0.22	0.95		
z-SSP38	-0.19	0.96		
z-SSP72	0.14	0.98		
z-SSP18	0.13	0.98		
z-DERS22	-0.13	0.98		
z-SSP45	-0.11	0.99		
z-SSP21	-0.11	0.99		
z-EMPS21	-0.03	1.00		
z-SSP65	0.02	1.00		
z-SHS08	0.01	1.00		

*Märkus:* MADRS - Montgomery-Asbergi depressiooni hindamiskaala enesekohase versiooni, DERS - Emotsiooni regulatsiooni raskuste skaala, DFI - Dickmani impulsiivsuse skaala, EMPS - Frosti mitmedimensionaalne perfektsionismi skaala, SHS - Söömishäirete hindamise skaala, SSP - Rootsi Ülikoolide Isiksuse Skaalad, STAI - Spielbergeri seisundi- ja püsiärevuse skaala. Number tunnuse taga tähistab tunnuse järjekorda küsimustiku täisversioonis. z tunnuse ees viitab asjaolule, et tunnus on teisendatud z-skoorile. p40 - uuriv faktoranalüüs kõikide tunnustega. p26 - uuriv faktoranalüüs ainult p-faktorile laaduvate tunnustega. Rasvaselt on tehtud tunnused, mille faktorlaadung > |.3|.

### P-faktori ennustusvõime hindamine

Selleks, et hinnata, kas faktoranalüüsi tulemus omab ka ennustavat väärtust, viisin läbi logistilise regressiooni, mille eesmärgiks oli ennustada katseisikute kontroll või kliinilisse gruppi kuulumist. Sõltumatuks muutujaks antud analüüsis oli p40-faktori väärtus ehk p skoor. Sõltuvaks muutujaks oli diagnoosi olemasolu/mitte olemasolu. Andmete eeldused logistilise regressiooni kasutamiseks olid täidetud.

Logistilise regressiooni mudel oli statistiliselt oluline,  $\chi^2(313) = 123.74$ ,  $p < .001$ ,  $R^2 = 32.5-43.5\%$  (Cox & Snelli ja Nagelkerke), sensitiivus = 67.6%, spetsiifilisus = 79.8%. Kliinilisse gruppi kuulumist ennustas p-faktori väärtuse suurenemine ( $\text{Exp}(B) = 5.77$ ,  $p < .001$ ; OR = 5.77) – kui p-faktori faktorskoor suurenes, siis oli suurem tõenäosus, et vastajal oli psüühikahäire diagnoos.

Lisaks koostas regressiooni mudeli ka p26-faktori skooridel. Logistilise regressiooni mudel oli statistiliselt oluline,  $\chi^2(314) = 89.00$ ,  $p < .001$ ,  $R^2 = 24.5-32.8\%$  (Cox & Snelli ja

Nagelkerke), sensitiivsus = 54.5%, spetsiifilisus = 84.4%. Jällegi ennustas p-faktori väärtuse suurenemine ( $\text{Exp}(B) = 4.43$ ,  $p < .001$ ; OR = 4.43) kliinilisse gruppi kuulumist.

### Arutelu

Antud uuringu eesmärk on psühhopaatoloogia üldfaktor p mõtestamine. Selleks püstitasin kolm uurimisküsimust ja vastavalt kolm hüpoteesi. Esimeseks uurimisküsimuseks oli, kui võrd edukalt joonistub psühhopaatoloogia üldfaktor p välja enesekohaste küsimustike üksiktunnustega. Esimeseks hüpoteesiks püstitasin, et ühefaktorilise mudeli loomine on üksiktunnustega võimalik ning see hüpotees leidis kinnitust. Teine küsimus oli enim p-faktorile laaduvate tunnuste sisulise tähenduse kohta, mille hüpoteesiks oletasin, et p-faktorit kirjeldavad enim düsfunktsionaalsed isiksusejooned. Teine hüpotees lükati ümber, kuna enim laaduvad p-faktorile hoopis depressiooni ja ärevust mõõtvad tunnused. Viimane uurimisküsimus küsis, kas enim p-faktorile laaduvad tunnused väljendavad pigem seisundit või püsivad. Kolmandaks hüpoteesiks püstitasin, et kõige tugevamalt p-faktorile laaduvate tunnuste seas on nii seisundeid kui püsivad kirjeldavaid tunnuseid. Hüpotees leidis osaliselt kinnitust – kuigi p-faktori tugevamate laadungite seas domineerivad seisundi näitajad, leidub seal ka püsivad kirjeldavaid tunnuseid.

Uuringus leidsin, et psühhopaatoloogia üldfaktor p joonistub antud andmetel enesekohaste väidetega välja ning sellele lisavad kinnitavaid tõendeid ka kliinilisse või kontrollgruppi kuulumist ennustavad analüüsid. Neljakümne väite põhjal arvutatud p40-faktori skoor kannab endas piisavalt infot, et 79.8% täpsusega ennustada, et katseisikul ei ole psüühikahäire diagnoosi. Faktoranalüüsi p26 (ehk ainult p-faktorile laaduvate tunnustega tehtud faktoranalüüsi) põhjal arvutatud p skoor ennustab diagnoosi puudumist 84.4% täpsusega. Antud tulemused viitavad, et välja valitud tunnused üksi võivad anda piisavalt infot, et tuvastada inimesi, kellel ei ole tõsisemaid psüühilisi probleeme. Näiteks võiks olla kasu 26 küsimuse (faktoranalüüsi p26 üksiktunnuste) vastustest klientide esmasel skriinimisel, kus on vaja teha võimalikult efektiivselt otsuseid, kas klient vajab edasist hindamist ja abi või mitte. Kuigi saadud ühefaktorilise mudeli seletusprotsent (23.0%) ei ole väga kõrge ning suur osa tunnuste hajuvusest jääb p-faktori poolt seletamata, on tegemist lihtsasti interpreteeriva mudeliga, kus enamike ( $n = 26$ ) tunnuste laadungid p-faktorile on vähemalt arvestatavad ( $> |.3|$ ). Seega näitavad tulemused, et p-faktorit saab edukalt mõõta üksiktunnustega ilma diagnoose kaasamata.

Ehki välja valitud 40 tunnuse põhjal loodud faktorskoor võimaldab tuvastada inimesi, kellel psüühikahäiret ei ole, ei pruugi see tervikvalimist suuta sõeluda välja neid, kellel psüühikaprobleemid esinevad. Nimelt leiab faktoranalüüsi p40 põhjal arvatud p skoori najal logistilise regressiooniga ainult 67.7% täpsusega üles inimesed, kes kuuluvad kliinilisse gruppi, ning täpsus langeb 54.4%-ni, kui p skoor on arvatud faktoranalüüsi p26 põhjal. Sellele, et p-faktor tervet patoloogiat endas täpselt ei kajasta, viitavad ka üpris madal mudeli seletusprotsent ning asjaolu, et p-faktorile ei laadu 14 patoloogilist tunnust. Need 14 tunnust tunduvad kirjeldavat psühhopaatoloogia spetsiifilisemaid ja kohati ka vähem levinud tahke nagu söömishäirete sümptomaatika, agressiivset käitumist ja perfektsionistlikkust. Ka Caspi ja kolleegid (2014) leidsid, et p-faktor üksi kõiki psühhopaatoloogia eri tahke edukalt ei kirjelda ning mudel paraneb oluliselt, kui eraldada ka eksternaliseeriv ja internaliseeriv faktor. Seega kuigi p-faktor joonistub välja ka üksikutelt tunnustelt, ei kirjelda saadud mudel informatiivselt kogu psühhopaatoloogiat.

Uuringus selgus, et p-faktorit iseloomustavad kõige paremini pessimismi ning elurõõmu mõõtvad väited ning püsiärevust mõõtev väide “Kõrvalised mõtted ei anna mulle rahu”, laadungi suurustega vastavalt .80, .75 ja .73. Vastupidiselt hüpoteesile, ei leidu p-faktorile enim laaduvate tunnuste seas otseselt düsfunktsionaalseid isiksusejooni peegeldavaid väiteid. Mitmed isiksuse patoloogiat mõõtvad tunnused ka ei laadugi p-faktorile. Selles osas on uuringu leiud vastukäivad tulemustele, mis ütlevad, et enim laaduvad p-faktorile isiksusehäired (Ringwald jt, 2021, Southward jt, 2022) ja patoloogilised isiksuseomadused (Oltmanns jt, 2018, Hang jt, 2022). Vastukaja põhjuseks võib olla uuringu valim, milles isiksusehäirega inividid on alaesindatud, samas kui meeleolu ja ärevushäired on ühed sagedamini esinevad diagnoosid. Samas on ka võimalik, et ka teiste diagnooside juures on inimese enda jaoks üheks häirivamaks osaks negatiivsed emotsioonid, mida ta häire tõttu kogeb. Näiteks võib piirialase isiksusehäirega inimene tajuda probleemina tugevaid negatiivseid emotsioone, mida ta kogeb, samas kui tema impulsiivne otsustamise stiil teda ennast nii väga häirida ei pruugi. Lisaks on leitud, et stigma aktiivsus- ja tähelepanuhäire kohta mõjub negatiivselt selle diagnoosiga inimeste enesehinnangule ja eluga rahulolule (Mueller jt., 2012) – kuigi pessimism ning elurõõmu kadumine iseenesest ei ole aktiivsus- ja tähelepanuhäire sümptomaatika osa, võivad negatiivsed emotsioonid mõne muu tee kaudu (nt läbi stigma) selle psüühikahäirega inimeste ellu jõuda. Kui inimesel esinevad negatiivsed emotsioonid, võivad need muutuda suuremaks probleemiks, kui algne põhjus iseenesest –

seada nii tervel kui psüühikahäiretega inimestel. Kokkuvõttes näib negatiivsete emotsioonide kogemine olevat p-faktori juures võtmetähtsusega omadus.

Uurides p-faktorile laaduvate tunnuste ajalist dimensiooni, näib, et kuigi p-faktor peegeldab nii seisundit kui püsivaid omadusi, domineerivad seisundi näitajad. Nimelt on enim laaduvate tunnuste seas ülekaalus MADRS skaala tunnused ning MADRS küsimustik on loodud, et mõõta depressiooni sümptomaatikat, mis on ajas muutuv, ja seega kirjeldab pigem inimese seisundit mitte püsivat omadust. Depressioon on üks enam levinud psüühikahäireid (Kessler jt., 2012) ning seega on arusaadav, et selle sümptomid üldisele psühhopaatoloogia faktorile tugevalt laaduvad. Samas, nagu mainitud, on varem leitud (Ringwald jt, 2021, Southward jt, 2022), et kui uuringus on hästi esindatud isiksusetunnused ja isiksusehäirega inivid, võivad ka isiksust väljendavad tunnused p-le kõige tugevamalt laaduda. Uurimistöötulemuste valguses ilmneb, et kuigi seisundit ja püsivaid omadusi käsitletakse tihti eraldiseisvatena (Schmitt ja Blum, 2022), võib psühhopaatoloogia seisukohalt tegemist olla sama konstrukti erinevate väljendustega – on tõendeid, et isiksuse ning psühhopaatoloogia (mida tihti väljendavad seisundit peegeldavad diagnoosid) võib integreerida samaks konstruktsiooniks (Wright ja Hopwood, 2021). Käesolevas uuringus olid ühed paremini p-faktorit kirjeldavad väited hetkeseisundit mõõtev pessimismi tunnus ning püsivast mõõtev väide “Kõrvalised mõtted ei anna mulle rahu.” Nende tunnuste samaks konstruktsiooniks integreerimine näib põhjendatud – inimene, kes üldiselt on rohkem vaevatud kõrvalistest (häirivatest) mõtetest, ilmselt kogeb ka rohkem pessimistlikke seisundeid. Wright ja Hopwood (2021) pakuvad, et kui tahta isiksust ja psühhopaatoloogiat (ja seega ka seisundit ja püsivaid omadusi) selgelt eristada, tuleks selleks luua spetsiaalsed mõõtevahendid. Seega kuigi käesolevas uuringus leitud p-faktorit iseloomustavad enim seisundi näitajad, vajaks p-faktori seisundi või püsivast olemuse väljaselgitamine täiendavat uurimist.

Ka p-faktori sisulise tähenduse teooriaid saab hinnata toetudes väidete laadungi suurustele ning antud uuringus leiavad enim kinnitust üldise toimetuleku languse teooria (Oltmanns jt, 2018) ning dispositsioonilise negatiivse emotsionaalsuse teooria (Lahey jt, 2017). Enamjaolt kirjeldavad kõik patoloogilised tunnused mingil määral ka üldist toimetuleku langust ning seega seletab üldise toimetuleku languse teooria (Oltmanns jt, 2018) edukalt, miks samale faktorile laaduvad nii depressiooni, impulsiivsust ja söömishäireid mõõtvad väited.

Dispositsioonilise negatiivse emotsionaalsuse teooriat (Lahey jt, 2017) iseloomustab asjaolu, et kõik p-le laaduvad tunnused sisaldavad endas vähem või rohkem negatiivse emotsiooni

kogemise komponenti (elurõõmu puudumine, pessimism, ärevus). Impulsiivse emotsioonidele reageerimise teooria (Smith jt, 2013) ei leia antud andmetel veenvat kinnitust, sest nii impulsiivsust kui emotsiooni regulatsiooni kirjeldavad tunnused ei ole kõige suuremate laadungitega tunnuste seas ning düsfunktsionaalse impulsiivsuse ja emotsioonide mitte-teadvustamise laadungid on ühefaktorilise lahendi korral alla lävendi (.3). Madala kognitiivse funktsioneerimise teooriat (Martel jt, 2017, Caspi ja Moffitt, 2018) ning mõttekäigu häirumise teooriat (Caspi ja Mofitt, 2018) antud tunnused adekvaatselt hinnata ei lase. Kokkuvõttes näib uurimistöö valimil tuletatud p-faktor sisuliselt eelkõige kirjeldavat toimetuleku langust ning negatiivsete emotsioonide kogemist.

Uuringu põhjal üldisemate järelduste tegemisel on piiranguteks valimi ning kaasatud tunnuste ühekülgus. Nagu rõhutasid Fried ja kolleegid (2021), on iga leitud p-faktor tugevalt sõltuv valimist, millest see tuletatakse. Antud valimis on enamik naised (90.41%) ning see võis olla põhjus, miks just depressiooni ja ärevuse sümptomid p-faktorile enim laadusid. Nimelt on leitud, et naistel leidub enam meeleolu- (La Torre jt., 2021) ja ärevushäireid (Vesga-López jt., 2008), samas kui meestel esineb rohkem eksternaliseerivat sümptomaatikat nagu näiteks sõltuvushäireid (Young jt., 2002). Lisaks on uuringus kasutatud küsimustikes eksternaliseeriv patoloogia ning mõttekäiguhäired ka alaesindatud – puuduvad küsimused sõltuvushäirete, psühhootiliste häirete jms kohta. Piirangutele vaatamata on valim piisavalt esinduslik ja tunnuste haare piisavalt lai, et pakkuda ettekujutust p-faktori mõõtmisest enesekohaste üksiktunnuste abil ning anda tuleviku uurimissuundi.

Edaspidi saaks samadel andmetel tunnuseid faktoranalüüsist kärpides tuvastada selline väidete kombinatsioon, mille diagnoosi puudumise ennustustäpsus oleks > 80% kuid, mis sisaldaks võimalikult vähe väiteid. Nimelt oleks kasulik teada väiteid, mida võiks esmalt klientidelt küsida, et eristada psüühikaprobleemideta inimesi võimalikest diagnoositavate häiretega inimestest ning mida vähemate küsimustega seda teha saab, seda efektiivsem. Samuti oleks informatiivne samadelt andmetelt eraldada ka bifaktormudeliga alafaktorid, et näha, mis on need tunnused, mis pärast alafaktorite eraldamist p-faktoritele kõige tugevamalt laaduvad. Viimaks saaks kaasata rohkem küsimustikke, kajastades ka eksternaliseerivaid häireid ja mõttekäigu häireid mõõtvaid tunnuseid.

Kokkuvõttes näitavad käesoleva uuringu tulemused, et enesekohaste küsimustike üksikväidetega saab mõõta psühhopaatoloogia üldfaktorit p ning p-faktorit kirjeldavad enim depressiooni ja ärevuse sümptomeid mõõtvad tunnused. Rohkem peegeldab p-faktor inimese

muutuvat seisundit kuid ka püsivad isiksuse omadused on p-faktori olulised osad. Antud töö annab aimdust, mida võiks klientidel hinnata, et võimalikult väheste küsimustega tuvastada psüühikaprobleemideta inimesi.

### Kasutatud kirjanduse loetelu

- Achenbach, T. M. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: A factor-analytic study. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(7), 1–37.  
<https://doi.org/10.1037/h0093906>
- Akkermann, K. (2010). Serotonin-related biomarkers and symptoms of eating disorders. Doctoral Thesis. Department of Psychology, University of Tartu.  
<http://hdl.handle.net/10062/15300>
- 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.
- American Psychiatric Association (Ed.). (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR* (Fifth edition, text revision). American Psychiatric Association Publishing.
- Blais, M. A., Stein, M. B., Sinclair, S. J. ja Ruchensky, J. (2021). Exploring the SPECTRA: Indices of Psychopathology's (SPECTRA) hierarchical factor structure in a clinical sample. *Personality and Individual Differences*, 179, 110946.  
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110946>
- Carver, C. S., Johnson, S. L. ja 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>
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., Meier, M. H., Ramrakha, S., Shalev, I., Poulton, R. ja Moffitt, T. E. (2014). The p Factor: One General Psychopathology Factor in the Structure of Psychiatric Disorders? *Clinical Psychological Science*, 2(2), 119–137.  
<https://doi.org/10.1177/2167702613497473>

- Caspi, A. ja 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>
- Constantinou, M. P., Goodyer, I. M., Eisler, I., Butler, S., Kraam, A., Scott, S., Pilling, S., Simes, E., Ellison, R., Allison, E. ja Fonagy, P. (2019). Changes in General and Specific Psychopathology Factors Over a Psychosocial Intervention. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(8), 776–786.  
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.11.011>
- Conway, C. C., Mansolf, M. ja Reise, S. P. (2019). Ecological validity of a quantitative classification system for mental illness in treatment-seeking adults. *Psychological Assessment*, 31(6), 730–740. <https://doi.org/10.1037/pas0000695>
- Dickman, S. J. (1990). Functional and dysfunctional impulsivity: Personality and cognitive correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(1), 95-102. doi: [10.1037/0022-3514.58.1.95](https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.1.95)
- 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>
- Fried, E. I., Greene, A. L. ja Eaton, N. R. (2021). The p factor is the sum of its parts, for now. *World Psychiatry*, 20(1), 69–70. <https://doi.org/10.1002/wps.20814>
- Frost, R. O. ja Marten, P. A. (1990). Perfectionism and evaluative threat. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 559-572.
- Gratz, K. L. ja 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
- 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: Swedish universities Scales of Personality. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(3), 217–225. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.102003217.x>
- Hang, Y., Speyer, L. G., Haring, L., Murray, A. L. ja Möttus, R. (2023). Investigating general and specific psychopathology factors with nuance-level personality traits. *Personality and Mental Health*, 17(1), 67–76. <https://doi.org/10.1002/pmh.1561>

- Haywood, D., Baughman, F. D., Mullan, B. A. ja Heslop, K. R. (2021). One p-Factor for All? Exploring the Applicability of Structural Models of Psychopathology within Subgroups of a Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 7108. <https://doi.org/10.3390/ijerph18137108>
- Herik, M. (2009). Söömishäirete hindamise skaala konstrueerimine. Magistritöö psühholoogias. Psühholoogia instituut: Tartu Ülikool. <http://hdl.handle.net/10062/14450>
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Lakoma, M. D., Petukhova, M., Pine, D. S., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M. ja Merikangas, K. R. (2012). Lifetime co-morbidity of DSM-IV disorders in the US National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement (NCS-A). *Psychological Medicine*, 42(9), 1997–2010. <https://doi.org/10.1017/S0033291712000025>
- Kim, H. ja Eaton, N. R. (2015). The hierarchical structure of common mental disorders: Connecting multiple levels of comorbidity, bifactor models, and predictive validity. *Journal of Abnormal Psychology*, 124(4), 1064–1078. <https://doi.org/10.1037/abn0000113>
- 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 Leitfaden*. Arengusuundi meditsiinipsühholoogias. Lengerich, Berlin, Düsseldorf, Leipzig, Riga, Scottsdale, Wien, Zagreb: Pabst Science Publishers.
- Kuppart, K. (2005) Dickmani impulsiivsuse küsimustiku psühhomeetriselised omadused ja seosed viiefaktorilise mudeliga. Seminaritöö. Psühholoogia osakond. Tartu Ülikool.
- La Torre, J. A., Vilagut, G., Ronaldson, A., Serrano-Blanco, A., Martín, V., Peters, M., Valderas, J. M., Dregan, A., & Alonso, J. (2021). Prevalence and variability of current

- depressive disorder in 27 European countries: a population-based study. *The Lancet Public Health*, 6(10), e729–e738. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(21\)00047-5](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(21)00047-5)
- Lahey, B. B., Applegate, B., Hakes, J. K., Zald, D. H., Hariri, A. R. ja 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. (2009). Public health significance of neuroticism. *Am. Psychol.* 64:241–56
- Lahey, B. B., Krueger, R. F., Rathouz, P. J., Waldman, I. D. ja Zald, D. H. (2017). A hierarchical causal taxonomy of psychopathology across the life span. *Psychological Bulletin*, 143(2), 142–186. <https://doi.org/10.1037/bul0000069>
- Levin-Aspenson, H. F., Watson, D., Clark, L. A. ja Zimmerman, M. (2021). What Is the General Factor of Psychopathology? Consistency of the p Factor Across Samples. *Assessment*, 28(4), 1035–1049. <https://doi.org/10.1177/1073191120954921>
- Maailma Tervishoiuorganisatsioon (1992). Püühika- ja käitumishäirete klassifikatsioon RHK-10: kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised. Tõlge eesti keelde: TÜ psühhiaatria kateeder, Vasar, V. (Toim.) (1993). Tartu: Tartu Ülikool.
- Martel, M. M., Pan, P. M., Hoffmann, M. S., Gadelha, A., do Rosário, M. C., Mari, J. J., Manfro, G. G., Miguel, E. C., Paus, T., Bressan, R. A., Rohde, L. A. ja Salum, G. A. (2017). A general psychopathology factor (P factor) in children: Structural model analysis and external validation through familial risk and child global executive function. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(1), 137–148. <https://doi.org/10.1037/abn0000205>
- Mikolajewski, A. J., Allan, N. P., Hart, S. A., Lonigan, C. J. ja Taylor, J. (2013). Negative affect shares genetic and environmental influences with symptoms of childhood internalizing and externalizing disorders. *J. Abnorm. Child Psychol.* 41:411–23
- Moreland, A. D., & Dumas, J. E. (2008). Categorical and dimensional approaches to the measurement of disruptive behavior in the preschool years: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 1059–1070. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.03.001>
- Mueller, A. K., Fuermaier, A. B. M., Koerts, J., & Tucha, L. (2012). Stigma in attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 4(3), 101–114. <https://doi.org/10.1007/s12402-012-0085-3>
- Neemre, M. (2023). ÄREVUSTUNDLIKKUSE ROLL ÄREVUSE, DEPRESSIOONI JA SÖÖMISHÄIRE SÜMPTOMITE PÜSIMISEL. Magistritöö psühholoogias. Psühholoogia instituut: Tartu Ülikool. <https://hdl.handle.net/10062/91812>

- Oltmanns, J. R., Smith, G. T., Oltmanns, T. F. ja 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>
- Plana-Ripoll, O., Pedersen, C. B., Holtz, Y., Benros, M. E., Dalsgaard, S., de Jonge, P., Fan, C. C., Degenhardt, L., Ganna, A., Greve, A. N., Gunn, J., Iburg, K. M., Kessing, L. V., Lee, B. K., Lim, C. C. W., Mors, O., Nordentoft, M., Prior, A., Roest, A. M., ... McGrath, J. J. (2019). Exploring Comorbidity Within Mental Disorders Among a Danish National Population. *JAMA Psychiatry*, 76(3), 259.  
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3658>
- Ringwald, W. R., Forbes, M. K. ja Wright, A. G. C. (2021). Meta-analysis of structural evidence for the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) model. *Psychological Medicine*, 1–14. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001902>
- Saarnit, M. (2000). Estonian Multidimensional Perfectionism Scale: psychometric properties and relations to personality measures and general mental abilities. Bachelor Thesis. Department of Psychology, University of Tartu.
- Schmitt, M. ja Blum, G. S. (2020). State/Trait Interactions. In V. Zeigler-Hill ja T. K. Shackelford (Eds.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (pp. 5206–5209). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3\\_1922](https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_1922)
- Smith, G. T., Atkinson, E. A., Davis, H. A., Riley, E. N. ja Oltmanns, J. R. (2020). The General Factor of Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16(1), 75–98. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-071119-115848>
- Smith, G. T., Guller, L. ja Zapolski, T. C. B. (2013). A Comparison of Two Models of Urgency: Urgency Predicts Both Rash Action and Depression in Youth. *Clinical Psychological Science*, 1(3), 266–275. <https://doi.org/10.1177/2167702612470647>
- Southward, M. W., Cheavens, J. S. ja Coccaro, E. F. (2022). Defining the p -factor: An empirical test of five leading theories. *Psychological Medicine*, 1–12.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291722001635>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R.L. ja Lushene, R.E. (1970). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press
- Stober, J. (1998). The Frost Multidimensional Perfectionism Scale: More perfect with four (instead of six) dimensions. *Personality and Individual Differences*, 24(4), 481–491.

- Zimmerman, M., Ellison, W., Young, D., Chelminski, I. ja Dalrymple, K. (2015). How many different ways do patients meet the diagnostic criteria for major depressive disorder? *Comprehensive Psychiatry*, 56, 29–34.  
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.09.007>
- Vachtel, I. (2011). Emotsioonide Regulaatsiooni Raskuste Skaala konstrueerimine. Magistritöö psühholoogias. Psühholoogia instituut: Tartu Ülikool.
- Vesga-López, O., Schneier, F. R., Wang, S., Heimberg, R. G., Liu, S., Hasin, D. S., & Blanco, C. (2008). Gender differences in generalized anxiety disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *PubMed*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19192444>
- 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>
- Võsu, S. (2016). PIDURDUSLIKU KONTROLLI JA TÄHELEPANU KALLUTATUSE HINDAMINE BULIMIA NERVOSA PATSIENTIDEL. Uurimistö psühholoogias. Psühholoogia instituut: Tartu Ülikool. <http://hdl.handle.net/10062/52358>
- Wechsler, D. (1944). *The measurement of adult intelligence* (3rd ed.). Williams & Wilkins Co. <https://doi.org/10.1037/11329-000>
- Wendt, L. P., Jankowsky, K., Schroeders, U., London Personality and Mood Disorder Research Consortium, Nolte, T., Fonagy, P., Montague, P. R., Zimmermann, J. ja Olaru, G. (2023). Mapping established psychopathology scales onto the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP). *Personality and Mental Health*, 17(2), 117–134. <https://doi.org/10.1002/pmh.1566>
- Wright, A. G. C., & Hopwood, C. J. (2021). Integrating and distinguishing personality and psychopathology. *Journal of Personality*, 90(1), 5–19.  
<https://doi.org/10.1111/jopy.12671>
- Young, S., Corley, R., Stallings, M., Rhee, S., Crowley, T., & Hewitt, J. (2002). Substance use, abuse and dependence in adolescence: prevalence, symptom profiles and correlates. *Drug and Alcohol Dependence*, 68(3), 309–322.  
[https://doi.org/10.1016/s0376-8716\(02\)00225-9](https://doi.org/10.1016/s0376-8716(02)00225-9)

*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.*

*/Theresa Pulst/*

Lisa 1.

The table displays a 40x40 Pearson correlation matrix. The variables included are: MADRS, MADRS-1, MADRS-2, MADRS-3, MADRS-4, MADRS-5, MADRS-6, MADRS-7, MADRS-8, MADRS-9, MADRS-10, MADRS-11, MADRS-12, MADRS-13, MADRS-14, MADRS-15, MADRS-16, MADRS-17, MADRS-18, MADRS-19, MADRS-20, MADRS-21, MADRS-22, MADRS-23, MADRS-24, MADRS-25, MADRS-26, MADRS-27, MADRS-28, MADRS-29, MADRS-30, MADRS-31, MADRS-32, MADRS-33, MADRS-34, MADRS-35, MADRS-36, MADRS-37, MADRS-38, MADRS-39, MADRS-40, DERS, STAI, SHS, SSP, DFI, EMPS, and others. The diagonal elements are all 1.0. The matrix is symmetric, with the lower triangle being a mirror image of the upper triangle. The color intensity represents the strength and direction of the correlation, with blue indicating positive and red indicating negative correlations.

Joonis 1. Välja valitud 40 tunnuse Pearsoni korrelatsioonimaatriks. Märkus: MADRS - Montgomery-Asbergi depressiooni hindamiskaala enesehase versioon, DERS - Emotsiooni regulatsiooni raskuste skaala, DFI - Dickmani impulsiivsuse skaala, EMPS - Frosti mitmedimensionaalne perfektsionismi skaala, SHS - Söömishäirete hindamise skaala, SSP - Rootsi Ülikoolide Isiksuse Skaalad, STAI - Spielbergeri seisundi- ja püsiärevuse skaala. Number tunnuse taga tähistab tunnuse järjekorda küsimustiku täisversioonis. z tunnuse ees viitab asjaolule, et tunnus on teisendatud z-skoorile