

Tartu Ülikool
Psühholoogia Instituut

Kätlin Padesaar

NEGATIIVSED ENESEKOHASED TUUMIKHINNANGUD DEPRESSIOONI
DIAGNOOSIGA PATSIENTIDEL

Magistritöö

Juhendajad: Aavo Luuk, Kersti Luuk

Läbiv pealkiri: Negatiivsed enesekohased tuumikhinnangud depressiooni korral

Tartu 2015

KOKKUVÕTE

Käesoleva uurimuse eesmärgiks oli uurida, kas depressiooni diagnoosiga patsientidel on võrreldes tervetega erinevusi negatiivsetes enesekohastes tuumikhinnangutes. Uurimuses osalenud 69 depressiooni diagnoosiga patsiendi ja 69 terve inimese tulemusi võrreldi paariti võrdlemise meetodil soo ja vanuse põhjal. Gruppidevaheline analüüs viidi läbi ANOVA ja Mann-Whitney testiga, ühtlasi leiti negatiivsete tuumikhinnangute, isiksuseomaduste ja emotsionaalse enesetunde omavahelised korrelatsioonid. Tulemustest selgus, et patsiendid erinevad kontrollgrupist nii negatiivsetes tuumikhinnangutes, isiksuseomadustes kui ka emotsionaalses enesetundes. Käesoleva uurimusega leiti tõendeid, et depressiivsusega kaasnevad madalamad enesekohased hinnangud kontrolli, tähelepanu ja impulsiivsuse suhtes. Ühtlasi leiti seoseid nartsissismi ja depressiooni vahel ning leiti tõendeid, et depressioon ja psühhopaatilisus välistavad üksteist. Depressiooni avaldumist võivad prognoosida ka kõrge neurootilisus, madal meelekindlus ja ekstravertsus, mis olid oodatavatateks tulemusteks. Edasine uurimine vajalik põhjapanevamate tulemuste jaoks.

NEGATIVE CORE SELF-EVALUATIONS OF PATIENTS WITH DIAGNOSIS OF DEPRESSION

ABSTRACT

The goal of the present study was to examine whether there are differences between patients with depression and healthy controls in negative core self-evaluations. 69 depressive patients and 69 healthy controls were compared pairwise by gender and age. To compare means between groups, was used ANOVA and Mann-Whitney test. Results showed that patients differ from healthy controls in negative core self-evaluations, The Big Five personality traits and in emotional state. Present study helped find proof that with depression comes also lower control and attention and higher level of impulsivity. Also found proof that psychopathy and depression might after all exclude each other and that depression and narcissism are also related. Also, high Neuroticism, low Conscientiousness and Extraversion may prognose illness of depression. Further study is needed for more groundbreaking results.

SISUKORD

KOKKUVÕTE	2
SISUKORD	3
1. SISSEJUHATUS	4
2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE	5
3. MEETOD	14
3.1. Valim	14
3.2. Mõõtevahendid	15
3.2.1. <i>M.I.N.I.5.0.0. Eesti versioon</i>	15
3.2.2. <i>Emotsionaalse enesetunde küsimustik</i>	15
3.2.3. <i>Negatiivsed enesekohased tuumikhinnangud</i>	16
3.2.3.1. <i>Negatiivsed tuumikhinnangud</i>	16
3.2.3.2. <i>Funktsionaalne kontroll</i>	20
3.2.3.3. <i>Düssotsiaalsus</i>	21
3.2.4. <i>EPIP-NEO</i>	22
3.3. Uurimuse käik	22
4. TULEMUSED	24
4.1. Uuringus osalenud patsiendid	24
4.2. Negatiivsed tuumikhinnangud	24
4.3. <i>Funktsionaalne kontroll</i>	31
4.4. <i>Düssotsiaalsus</i>	33
4.6. <i>EPIP-NEO</i>	34
5. ARUTELU JA JÄRELDUSED	39
KIRJANDUSE LOETELU	49
LISA 1	56
LISA 2	57
LISA 3	58
LISA 4	59
LISA 5	60
LISA 6	61
LISA 7	62
LISA 8	63
LISA 9	64

1. SISSEJUHATUS

Depressioon on väga tõsine vaimse tervise probleem, mis põhjustab inimestele raskeid kannatusi ja sotsiaalse funktsioneerimise langust (Kovacs, *et al.*, 2008). Varasematest uurimustest selguvad ambivalentsed andmed selle kohta, kas depressioon toob endaga kaasa tähelepanu ja kontrolli languse, kõrge impulsiivsuse ning milline on depressiooni seos nartsissismi ja psühhopaatilisusega. Teadaolevalt on depressioon seotud kõrge neurootilisusega (Naragon-Gainey & Watson, 2014; Koorevaar *et al.*, 2013; Spinhoven *et al.*, 2011; Robinson, Shankman, & McFarland, 2009; Kotov *et al.*, 2005; Goodwin & Gotlib, 2004) ja madala ekstravertsusega (Naragon-Gainey & Watson, 2014; Koorevaar *et al.*, 2013; Spinhoven *et al.*, 2011; Kotov *et al.*, 2005), kuid teiste isiksuseomaduste suhtes on jällegi vastakad arvamused. Käesoleva magistritöö ülesandeks oli teada saada, kas depressiooniga patsiendid erinevad oma negatiivsete enesekohaste tuumikhinnangute poolest tervetest. Lisaks uuriti kuidas erinevad kahe grupi isiksuseomadused ning kas ja kuivõrd erinevad kahe grupi enesekohaste negatiivsete tuumikhinnangute, isiksuseomaduste ja emotsionaalse enesetunde näitude korrelatsioonide väärtused omavahel.

Käesolevas uurimuses täitsid patsiendid ja tervete kontrollgrupp enesekohaste hinnangute küsimustikud ning neid tulemusi võrreldi paariti sobitamise meetodil. Saamaks võimalikult adekvaatsed tulemused depressiooni diagnoosiga patsientide enesekohaste hinnangute kohta, viidi nendega läbi M.I.N.I.5.0.0. intervjuu, välistamaks psühhootilised sümptomid. Ühtlasi jäeti uuringust välja orgaaniliste psüühikahäiretega patsiendid.

Autori panus käesoleva uurimistöö valmimisel oli Eetikakomiteelt loa taotlemine, M.I.N.I.5.0.0. intervjuude läbiviimine, patsientide grupis andmete kogumine, osaliselt kontrollgrupi andmete kogumine, andmete töötlus ja analüüs ning magistritöö kirjutamine.

Uurimistöö raames püstitati hüpoteesid: (1) Depressiooni diagnoosiga patsientidel on tervetest erinevad tulemused enesekohaste negatiivsete tuumikhinnangute alaskaalade näituses; (2) Depressiivsed patsiendid erinevad tervetest isiksuse viie faktori mudeli kohaste isiksuseomaduste ja emotsionaalse enesetunde näitude poolest; (3) Võrreldes tervetega erinevad depressiooni diagnoosiga patsientide enesekohaste negatiivsete tuumikhinnangute, isiksuseomaduste ja emotsionaalse enesetunde näitude korrelatsioonide väärtused omavahel oluliselt.

2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE

Depressioon on väga tõsine vaimse tervise probleem, mis põhjustab inimestele raskeid kannatusi ja sotsiaalse funktsioneerimise langust (Kovacs, *et al.*, 2008), sealjuures on haigus ebasoodsa prognoosiga ning haiguse kulg on tihti korduv või krooniline (Krishna *et al.*, 2010). Depressioon on maailmas laialt levinud psüühiline haigusseisund, mille raskeimaks tüsistuseks on enesetapp (WHO, 2012; Krishna *et al.*, 2010). Teadaolevalt on maailmas aastas suitsiide ligi 1 miljon. Maailma Tervishoiu Organisatsiooni (WHO, 2012) andmetel kannatab ülemaailmselt depressiooni all enam kui 350 miljonit inimest erinevates vanusegruppides. Depressioon on tõsine psüühikahäire, mille kujunemine inimesel on suuresti seotud nii geneetiliste, isiksusest tulenevate kui ka keskkondlike faktoritega (Granö, *et al.*, 2007).

Depressioon on varasemalt klassifitseeritud kui negatiivse afektiivsuse häire, mille üheks peamiseks sümptomiks peetakse anhedooniat – vähenenud võimet reageerida positiivsele stiimulile (Dunn, 2012). Depressiooni iseloomustavad emotsionaalse reaktiivsuse ebanormaalsed mustrid (Gruber, Ovesis, Keltner, & Johnson, 2011; Rottenberg, 2005), mis sisult tähendavad düsfunktsionaalset emotsionaalset reaktiivsust nii positiivsetele kui negatiivsetele stiimulitele (Bylsma, Morris, & Rottenberg, 2008). Veelgi enam, depressiooni on kirjeldatud kui emotsioonide düsregulatsiooni häiret ning varasemalt on tõendatud, et kliinilises depressioonis inimesed kasutavad jäike ja vähem adaptiivseid ning düsfunktsionaalseid emotsioonide reguleerimise strateegiaid kui mittedepressiivsed isikud (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010).

Markarian jt (2013) leidsid oma uuringus, et raskused emotsioonide reguleerimisel on positiivselt seotud depressiooni, ärevuse ja stressisümptomitega. Varasemalt on ka leitud, et depressiooniga patsiendid on tulevikuga seotud subjektiivsete eesmärkide suhtes emotsionaalselt tuimemad ning nende püüdlus eesmärke saavutada on madal (Dickinson & MacLeod, 2004). Emotsionaalne düsregulatsioon võib aga viia depressiooni välja arenemiseni (Berking, Wirtz, Svaldi, & Hofmann, 2014). Samas toovad aga Yoon ja Joormann (2013) välja, et kohanemist mittesoodustavad emotsiooniregulatsiooni viisid vahendavad neurootilisust ja depressiivse sümptomaatika raskusastet.

Depressioon võib esineda koos mitmete teiste psüühikahäiretega, mistõttu on haigus veelgi raskem ning ka eluohtlikum. Sotsiaalärevus esineb tihti depressiooniepisoodiga ja on depressiooni remissioonifaasis veelgi sagedam (Ohayon & Schatzberg, 2010). LeMoult ja Joormann (2012) leidsid, et kui sotsiaalärevusega kaasneb depressioon, siis mõjutab see sotsiaalärevate patsientide tähelepanu negatiivselt. Bitsika ja Sharpley (2012) leidsid oma uurimuses, et 32%-l tudengitest esines depressioon komorbiidsena ärevusega, mis oli 4 korda kõrgem levimus kui depressioonil või ärevusel üksi. Nende kahe haiguse koosesinemisel kipuvad just vanemad täiskasvanud kannatama nii depressiooni kui ärevuse süveneva kroonilisuse käes (Almeida *et al.*, 2012).

Almeida *et al.* (2012) leidsid kaheaastase longituuduuringu tulemusena, et ärevuse, depressiooni ja ärevuse-depressiooni sümptomite koosesinemine vanematel täiskasvanutel esineb vastavalt 4,7%, 1,4% ja 1,8%-il vastanutest. Uuringus saadud tulemustena võib välja tuua, et 57% depressiooni sümptomite esinemise juhtudest olid komorbiidsed ärevuse sümptomitega, kuid vaid 28% ärevuse sümptomaatika juhtudest olid komorbiidsed depressiooni sümptomaatikaga. Ühtlasi leiti, et korduv ärevuse sümptomaatika on sagedasem naiste ning korduv depressiooni sümptomaatika meeste seas.

Agorafoobia-paanika on üks neist häiretest, mis võib depressiooniga kaasneda ning nende kahe häire koosesinemine toob omakorda kaasa suurema ohu suitsidaalseks käitumiseks kui depressioon üksi (Brown, Gaudiano, & Miller, 2010; Davidson, Wingate, Grant, Judah, & Mills, 2011). Posttraumaatiline stresshäire (PTSH) on tihti komorbiidne teiste vaimse tervise häiretega nagu generaliseerunud ärevushäire ja depressioon (Gadermann, Alonso, Vilagut, Zaslavsky, & Kessler, 2012). PTSH ja depressiooni koosesinemine võivad aga põhjustada funktsioneerimise langust, elukvaliteedi langust ja sümptomite suuremat tõsidust (Ikin, Creamen, Sim, & McKenzie, 2010). PTSH ja depressiooni koosesinemine toob kaasa kõrgenenud riski suitsiidmõtete tekkimiseks võrreldes depressiooni või PTSH eraldi esinemisega (Cogle, Resnick, & Kilpatrick, 2009; Stevens *et al.*, 2013). Veelgi enam, Stevens *et al.* (2013) leidsid oma uurimuses, et kliinilise depressiooniga patsientidel, kellel on anamneesis olnud traumaatiline sündmus, millega pole edukalt kohanetud, on suurem risk PTSH-sse haigestumiseks ning suitsidaalseks käitumiseks.

Depressiivsus on väga tugevalt seotud suitsidaalsuse esinemisega (Corruble, Benyamina, Bayle, Falissard, & Hardy, 2003). Handley *et al.* (2012) leidsid, et neist uuritavatest, kes on kunagi depressiooni haigestunud, esinesid suitsiidmõtted 59%-l ja varasematest enesetapukatsete tegijatest 66% olid minevikus depressiooni põdenud. Brådvik (2013) uuris 100 enesetappu teinut, kes olid enne suitsiidi depressioonis ning tulemustest selgus, et mehed teevad võrreldes naistega tunduvalt vähem enesetapukatseid enne enesetappu, vastavalt 8% ja 37%. Hardt *et al.* (2015) poolt Euroopas läbi viidud uuringus leiab veelkord kinnitust fakt, et depressioon on üheks olulisemaks suitsiidi riskifaktoriks.

Nii mõnelgi depressiooni haigestunud patsiendil avalduvad insomniia sümptomid, mis võivad kaasneda haiguse esmakordse ilmnemisega, kuid võivad püsima jääda ka pärast adekvaatset ravi ja remissiooni ajal. Mitmed uurijad on tõstatanud küsimuse, kas insomniia peaks olema eraldiseisev kliiniline depressiooni ennustav sümptom või mitte. Uurimustest selgub, et insomniia all kannatavatel inimestel, kes pole depressioonis, on kaks korda suurem risk depressiooni väljakujunemiseks kui inimestel, kellel puuduvad probleemid unega. Teisalt on välja toodud, et varajane ja efektiivne insomniia ravi võib vähendada depressiooni haigestumise riski (Bablioni *et al.*, 2011). Siiski, tuleb silmas pidada, et insomniia on seotud meeolelu regulatsiooniga, mistõttu ilmneb see koos paljude erinevate psüühikahäiretega (Baglioni *et al.*, 2011).

Rasket depressiooni ennustab nii halb unekvaliteet kui ka depressiooni sümptomite raskusaste. Tuleb aga tõdeda, et just suitsiidmõtted ja halb unekvaliteet on depressiooni sümptomite raskusastme üheks olulisteks määrajateks (Selvi *et al.*, 2010).

Lisaks düsfunktsionaalsele emotsiooniregulatsioonile ja sotsiaalsetele probleemidele, mõjutab depressioon ka kognitiivseid funktsioone. Üheks neist on tähelepanu. Varasematest uuringutest selgub, et patsientide enesekohaste hinnangute kohaselt on efektiivsem tähelepanu fookuseerimine seotud madalama ärevusega ning mida vähem on depressiooni sümptomeid, seda efektiivsem on tähelepanu paindlikkus (Reinholt-Dunne, Mogg, & Bradley, 2013). Ühtlasi on leitud tõendeid, et ärevuse, depressiooni ja agressiivsusega on seotud madalam enesekontroll ja tähelepanu kontroll (Muris, Pennen, van der Sigmond, & Mayer, 2008). Latenbacher, Sernal, ja Kreig (2002) leidsid, et võrreldes kontrollgrupiga seisneb depressiivsete patsientide tähelepanu häiritus aeglasemas reageerimises jagatud tähelepanu

ülesannetes. Lisaks on leitud, et depressiivsetel patsientidel on häirunud verbaalne voolavus (Uekermann, Daum, Schlebusch, Wiebel, & Trenckmann, 2009).

Depressiivsusega võivad olla seotud ka teised inimest iseloomustavad omadused, näiteks impulsiivsus, mida üldlevinult peetakse pigem maniakaalse seisundi näitajaks. Siiski, on leitud, et depressiivsed patsiendid on märkimisväärselt impulsiivsemad kui terved inimesed (Peluso *et al.*, 2007). Chrabol, Labeyrie, Rodgers, & Levenson (2010) töid oma uurimuses välja, et depressiivne meeleolu ennustab impulsiivsust ja vähest käitumuslikku kontrolli. Ühtlasi peetakse impulsiivsust selgeks isiksuse faktoriks, mis võib viia depressioonini või vaimse distressini (Granö *et al.*, 2007). Nimelt leidsid Granö *et al.*, (2007) oma uuringus, et puudub seos depressiooni ning vanuse, soo ja hariduse vahel. Ühtlasi leiti, et kõrgenenud risk depressiooni haigestumiseks oli statistiliselt oluliselt seotud suitsetamise, alkoholi kuritarvitamise ja vaimse distressiga. Sealjuures suur sotsiaalne võrgustik oli aga seotud madalama riskiga depressiooni haigestumiseks. Veelgi enam, kui soo, vanuse ja hariduse mudelisse lisati impulsiivsus, siis leiti statistiliselt oluline seos mudeli ja depressiooni vahel, sarnase tulemuse andis teine mudel (suitsetamine, alkoholi kuritarvitamine ja vaimne distress), kui sinna lisati impulsiivsus (Granö *et al.*, 2007).

Impulsiivsuse üheks omaduseks on elamustejanu. Kõrge elamustejanu on positiivselt seotud depressiooni sümptomitega. Sealjuures on kõrge elamustejanuga inimestel suurem tõenäosus, et nad jõuavad suitsiidmõtetest enesetapukatseni (Ortin, Lake, Kleinmann, & Gould, 2012). Kõrge impulsiivsus ja agressiivsus on suitsidaalsuse olulisteks riskiteguriteks (Dumais *et al.*, 2005). Teisalt on Farmer *et al.* (2001) leidnud depressiooni ja elamustejanu vahel negatiivse seose, mis aga viitab sellele, et depressiooni ja impulsiivsuse osas on uurimistulemused vastuolulised.

Corruble *et al.* (2003) kirjeldavad kolme tüüpi impulsiivsust, milleks on kognitiivne ja käitumuslik kontrolli kaotus ning mitteplaneerimine. Suur osa enesetapukatsetest on ette võetud raskes depressioonis ja üldjuhul on need seotud kontrolli kaotusega ja kognitiivse impulsiivsusega ning sealjuures on enesetapukatsed olnud sõltumatud mitteplaneerimise tüüpi impulsiivsusest (Corruble *et al.*, 2003). On leitud tõendeid, et inimesed, kelle suitsiidkatse oli impulsiivne tegutsemine ja otsus, on olnud vähem depressiivsed kui need, kelle suitsiidkatse oli ettekavatsetud (Spokas, Wenzel, Brown, & Beck, 2011).

Impulsiivsuse üheks tahuks on kärsitus negatiivsete emotsioonide foonil (negatiivne kärsitus), mis on samuti seotud suitsidaalsusega, mida omakorda on seostatud depressiooniga. Anestis ja Joiner (2010) leidsid, et kõrge negatiivse kärsitusega inimesed jõuavad suurema tõenäosusega enesetapumõtteni kui inimesed, kellel see omadus on tunduvalt madalam. Varasemalt on arutletud, kas ja kuidas on isiksuseomadused seotud impulsiivsusega. Negatiivset kärsitust on kirjeldatud kui inimese läbimõtlemata ja rutakat tegutsemist stressiolukorras ning arvatakse, et seda iseloomustab madal Meelekindlus ja Sotsiaalsus ning kõrge Neurootilisus. Settles *et al.* (2012) on oma uuringus leidnud, et kõrge Neurootilisus ja madal Meelekindlus ei ole statistiliselt olulised tegurid negatiivse kärsituse ilmnemiseks, küll aga ennustab kõrge Neurootilisus depressiooni avaldumist.

Isiksusel on aga ka mitmeid „tumedamaid“ tahke, milleks üheks neist on psühhopaatilisus. Psühhopaatilisust on kirjeldatud iseloomuomadustega nagu vähene võime tunda empaatiat või kaastunnet, „seiklusi“ otsiv käitumine, impulsiivne, hoolimatu, kalk, manipuleeriv ja pealiskaudne suhtumine (Stinson, Becker, & Tromp, 2005). Psühhopaatilisuse ja depressiooni koosinemise üle on palju arutletud. Butler *et al.* (2006) arvavad, et kõrge psühhopaatilisusega inimesed ei koge depressiivseid sümptomeid. Nimelt on Stinson, Becker ja Tromp (2005) toonud välja, et depressiivsed inimesed kogeavad anhedooniat ega soovi enam tegeleda meelepäraste tegevustega, samas kui psühhopaadid on käitumiselt hoolimatud ja otsivad tegevusi, mis tekitaksid neis psühholoogilist erutust. Varasemalt on samuti leitud, et depressioon ja psühhopaatilisus välistavad üksteist (Stinson, Becker, & Tromp, 2005; Lovelace & Gannon, 1999). Samas on viimastel aastatel õigusrikkujate uurimisel pigem jõutud järeldusele, et ühel inimesel võib samaaegselt olla nii depressioon kui ka kõrge psühhopaatilisus, mis mõjutab seda, kuidas inimene depressiooni sümptomeid kogeb (Willemsen, Vanheule, & Verhaeghe, 2011). On leitud seoseid depressiooni ja meelekindluse vahel (Naragon-Gainey & Watson, 2014; Karreman *et al.*, 2013; Koorevaar *et al.*, 2013), kuid sealjuures on leitud ka, et psühhopaatilisus on seotud positiivselt meelekindlusega (Mullins-Sweatt, Glover, Derefinko, Miller, & Widiger, 2010).

Veel üheks isiksuse „tumedamaks“ tahuks on nartsissism, mida iseloomustab ebareaalselt positiivne mina-pilt, enesekesksus ja –imetlus, suurustamine, ennasttäis suhtumine enda olulisusesse, ebaviisakus, jultunud ja tundetu käitumine teiste suhtes (Hart & Adams, 2014).

Nartsissismi mõju depressiooni avaldumisele on olnud mitmete uurijate arutelu teemaks. Teismeliste uurimisel on leitud statistiliselt olulised positiivsed seosed depressiooni sümptomite ja kalkuse ning nartsissistlike omaduste vahel. Nartsissistlikke omadusi peetakse mediaatoriks depressiivse meeleolu ja kalkuse vahel (Chabrol *et al.*, 2010). Samas leidsid Orth, Robins, Meier ja Conger (2015) oma uurigus, et kõrge enesehinnanguga inimestel on madalam risk depressiooni haigestumiseks, olenemata sellest, kas nad on nartsissistlikud või mitte.

Marčinko *et al.* (2014) kirjeldasid patoloogilist nartsissismi oma uuringus kaheosalisena: nartsissistlik grandioossus ja nartsissistlik haavatavus) ning uurides psühhiaatrilisi patsiente, leidsid, et depressiooni sümptomitega on positiivses seos nartsissistlik haavatavus, kuid nartsissistlikul grandioossusel olid sealjuures tunduvalt nõrgemad korrelatsioonid depressiooniga. Varasemalt jõudsid ka Kealy, Tsai ja Ogradniczuk (2012) oma uuringu tulemustes järeldusele, et depressioon on positiivselt seotud nartsissistliku haavatavusega.

Depressiooni uuringutesse on tihti integreeritud isiksuseomadused eeldusel, et need on seotud vaimse tervisega (Spinhoven *et al.*, 2014). Uuringutest selgub, et Suure Viisiku isiksuseomadused on väga tugevalt seotud depressiooniga, eriti Neurootilisus (N) ja Ekstravertsus (E) (Renner, Penninx, Peeters, Cuijpers, & Huibers, 2014; Spinhoven *et al.*, 2014; Kotov, Gamez, Schmidt, & Watson, 2010). Nimelt on leitud, et depressioon on positiivselt seotud Neurootilisusega ja negatiivselt Ekstravertsusega (Kotov *et al.*, 2005). Sealjuures on välja toodud, et depressioon on seotud vähese positiivse afektiivsusega, mis on Ekstravertsuse vastandi, introvertsuse üks tahkudest (Spinhoven *et al.*, 2014). Sotsiaalsus (A) on ühtlasi Suure Viisiku üheks oluliseks seadumuseks. Uurimuste tulemused kinnitavad, et Sotsiaalsus on positiivses seoses positiivsete emotsioonide intensiivsusega ja negatiivses seoses depressiooni sümptomitega. Teisalt on välja toodud, et Avatus (O) on negatiivsete emotsioonide intensiivsusega negatiivses seoses ja Meelekindlus (C) positiivses (Karreman *et al.*, 2013).

Goodwin ja Gotlib (2004) toovad oma uuringu tulemustes välja, et depressiooni põdevatel naistel on kõrgem Neurootilisus, Ekstravertsus ja Meelekindlus kui depressiivsetel meestel. Sealjuures on aga meestel kõrgem Avatus. Veelgi enam, naiste puhul on Neurootilisusel kaasaaitav roll raske depressiooni ilmnemisel (Goodwin & Gotlib, 2004). Oluline on ka leid,

et nii ärevuse kui depressiooni puhul peetakse Neurootilisust halva prognoosi ning Ekstravertsust soodsa prognoosi faktoriks (Spinhoven *et al.*, 2011). On arutletud, kuidas ja kas isiksuseomadused mõjutavad depressiooni kroonilisust. Robinson, Shankman ja McFarland (2009) leidsid, et kõrgema Neurootilisusega inimestel on suurem tõenäosus, et neil arenevad just varases eas välja afektiivsed häired ning introvertsematel depressioonis patsientidel on suurem tõenäosus haiguse krooniliseks kuluks.

Depressiooniga on seotud positiivsete emotsioonide kogemise madal intensiivsus (Lee & Guajardo, 2011; Spinhoven *et al.*, 2014) ja negatiivsete emotsioonide kogemise kõrge intensiivsus (Lee & Guajardo, 2011). Veelgi enam, Neurootilisus on negatiivselt seotud intensiivsemate positiivsete emotsioonidega ja ühtlasi positiivselt seotud negatiivsete emotsioonide tunnetamisega (Lee & Guajardo, 2011; Karreman, Assen, & Bekker, 2012). Samas on leitud ka, et oluline pole niivõrd emotsiooni intensiivsus, vaid pigem raskused oma tunnete identifitseerimisel (Lee & Guajardo, 2011; Moriya & Takahashi, 2013).

On teada, et depressioon on tugevalt seotud isiksuseomadustega, eriti on välja toodud tugev positiivne seos Neurootilisusega (Naragon-Gainey & Watson, 2014; Koorevaar *et al.*, 2013; Spinhoven *et al.*, 2011; Robinson, Shankman, & McFarland, 2009) ning mõõdukas negatiivne seos Ekstravertsuse (Naragon-Gainey & Watson, 2014; Koorevaar *et al.*, 2013; Spinhoven *et al.*, 2011; Kotov *et al.*, 2005) ja Meelekindlusega (Naragon-Gainey & Watson, 2014; Karreman *et al.*, 2013; Koorevaar *et al.*, 2013). Kõiki Suure Viisiku seadumusi on võimalik aga vaadelda kitsamate tahkudena, kuid on vähe uuringuid, mis analüüsivad seoseid depressiooni ja Suure Viisiku seadumuste üksikute tahkude vahel (Naragon-Gainey & Watson, 2014). Naragon-Gainey ja Watson (2014) leidsid oma uurimuses, et depressioon on seotud suurema vihaga (N2), madala positiivse emotsionaalsusega (E6), madalama korralikkusega (C2) ja ühtlasi ka madalama kultuursusega (O2).

Käesolevas uurimuses keskendutakse Suure Viisiku isiksuseomaduste seadumustele üldiselt ning Neurootilisuse erinevatele tahkudele. Neurootilisusel kui ühel faktoril 5-faktorilisest mudelist on 6 tahku: 1) Ärevus (*Anxiety*), 2) Viha (*Hostility*), 3) Masendus (*Depression*), 4) Ujedus (*Self-consciousness*), 5) Liialdamine (*Impulsiveness*) ja 6) Abitus (*Vulnerability*) (Costa & McCrae, 1992).

Kõrvuti emotsionaalse enesetunde ja Suure Viisiku seadumustega on käesoleva uurimistö keskmeks negatiivsed tuumikhinnangud depressiooni diagnoosiga patsientide ja kontrollgrupi võrdluses. Möödunud sajandi 90-date aastate lõpus kujunes empiiriliste uuringute põhjal välja arusaam enesekohaste tuumikhinnangute (*core self-evaluations*) olulisusest (Judge *et al.*, 2002). Enesekohaste tuumikhinnangute idee kasvas välja analüüsides, mis näitasid enesehinnangu, üldistunud enesetõhususe, neurootilisuse vastandi emotsionaalse stabiilsuse ja kontrollkeskme näitude regulaarset olulist korreleerumist läbi erinevate uuringute (Luuk, 2013).

Erinevate suuremate küsimustike kasutamine isiksuse enesehinnanguliste omaduste mõõtmiseks viis hiljem välja iseseisva mõõtevahendi – enesekohaste tuumikhinnangute skaala – loomiseni (Judge *et al.*, 2003). Enamus kõne all oleva mõõtevahendi ning tema aluseks olnud lähteküsimustike rakenduslikud kasutused kinnitasid, et nendega saadud enesekohaste tuumikhinnangute tulemused korreleeruvad selliste oluliste ning isiksuslikult ja sotsiaalselt hinnatavate omadustega nagu positiivne töössesuhtumine ja motiveeritus, rahulolu tööga, töösoorituse kvantiteet ja kvaliteet, tööst tingitud stressi tajumine, valmidus meeskonnatööks, õnnelikkus ja rahulolu ning konfliktide lahendamise võimekus (Bowling *et al.*, 2012; Chang *et al.*, 2012).

2011. aastal alustas Aavo Luuk ülalkirjeldatud isiksuse positiivsete tuumikhinnangute skaalaga võrreldes teatud mõttes selle vastandi ehk isiksuse negatiivsete tuumikhinnangute (*core negative self-evaluations*) küsimustikekomplekti loomist. Protsessi eesmärgiks on kujundada sellest tulevikus terviklik negatiivsete tuumikhinnangute skaala. Seni kogutud andmete alusel saab väita, et hindamiskomplekti peaksid kuuluma vähemalt järgmised mõõted: 1) tähelepanu subjektiivsete sisetakistuste ja 2) välise kontrollkeskme enesekohased hinnangud; 3) negatiivne enesehinnang; 4) psühhopaatilisuse 5) nartsissismi ning 6) ärevuse enesekohased hinnangud (Luuk, 2013).

Negatiivsete tuumikhinnangute potentsiaalsete tahkude mõõtmine samaaegselt emotsionaalse enesetunde küsimustiku (EEK-2) ja isiksuse viiefaktorilisel mudelil põhineva mõõtevahendiga (EPIP-NEO) depressiooni diagnoosiga patsientide valimil võrrelduna eelmisega hästi tasakaalustatud tervete isikute valimiga annab potentsiaalselt olulise panuse negatiivsete tuumikhinnangute alaskaalade samaaegseks ning eristavaks valideerimiseks.

Kõrvuti patsientide ning normgrupi valimitel leitavate erinevuste ning samasuste võrdleva analüüsiga on käesoleva töö teiseks oluliseks eesmärgiks kasutatavate mõõtevahendite valideerimine diagnoositud patsientide kui äärmusgrupi võrdluses normgrupiga teadaoleva valiidsusega mõõtevahenditega (EEK-2 ja EPIP-NEO) võrrelduna.

Kuna varasemalt on teada, et depressioon on tugevalt seotud Suure Viisiku Neurootilisusega (Naragon-Gainey & Watson, 2014; Koorevaar *et al.*, 2013; Spinhoven *et al.*, 2011; Robinson, Shankman, & McFarland, 2009), kuid sealjuures on vähe uuringuid, mis kajastavad depressiooni ja Suure Viisiku dimensioonide erinevate tahkude omavahelisi seoseid (Naragon-Gainey & Watson, 2014), on käesolevas uurimuses suur osa pühendatud Neurootilisuse tahkude ja depressiooni vahelistele seostele. Ühtlasi, varasemad uuringud näitavad vastuolulisi tulemusi depressiooni diagnoosiga patsientide ja konstruktide vahel, mis käesolevas töös on üheks osaks negatiivsetest tuumikhinnangutest, mistõttu on oluline nede vahelisi seoseid uurida. Sealjuures, tulenevalt keskendumisest negatiivsetele enesekohastele tuumikhinnangutele depressiooni diagnoosiga patsientidel võrdlusena normgrupiga, uuritakse käesolevas uurimuses ka negatiivsete enesekohaste hinnangute ja Neurootilisuse tahkude vahelisi seoseid depressiooni diagnoosiga patsientidel võrrelduna normgrupiga.

Käesoleva uurimistöö raames on püstitatud uurimisküsimus: Kas tervetel ja depressiooni diagnoosiga patsientidel on erinevusi enesekohastes negatiivsetes tuumikhinnangutes? Vastavalt sellele küsimusele püstitati järgmised hüpoteesid:

- (1) Depressiooni diagnoosiga patsientidel on tervetest erinevad tulemused enesekohaste negatiivsete tuumikhinnangute alaskaalade näituses.
- (2) Depressiivsed patsiendid erinevad tervetest isiksuse viie faktori mudeli kohaste isiksuseomaduste ja emotsionaalse enesetunde näituste poolest.
- (3) Võrreldes tervetega erinevad depressiooni diagnoosiga patsientide enesekohaste negatiivsete tuumikhinnangute, isiksuseomaduste ja emotsionaalse enesetunde näituste korrelatsioonide väärtused omavahel oluliselt.

3. MEETOD

3.1. Valim

Uurimus viidi läbi SA TÜK Psühhiaatrikliiniku Psühhiaatriaosakonnas, ajavahemikus 2012 mai – 2015 jaanuar. Uuritavateks olid depressiooni diagnoosiga patsiendid. Patsientide olemasolu, diagnoosi, tahtest olenematu raviotsuse ja psühhootiliste sümptomite avaldumise kohta koguti informatsiooni psühhiaatriaosakonnas töötavate õdede ja psühhiaatrite käest.

Uuringusse kaasamise kriteeriumid olid järgmised: a) psühhiaatri poolt välja pandud depressiooni diagnoos; b) viibimine psühhiaatriaosakonnas statsionaarsel ravil; c) vähemalt 18. aastat vanad. Uuringust välja jätmise kriteeriumid: a) psühhootilised spektri häired; b) tahtest olenematu raviotsus; c) orgaanilised psühhiaatrilised haigused.

Kõigil osalejatel paluti täita ka nende uurimuses osalemise nõusolekut kinnitav dokument. Ühtlasi oli taotletud Eetikakomitee luba uurimuse läbiviimiseks (luba on uurimistööks antud: koosoleku kuupäev 23.04.2012 ja protokoll nr 214/T-14, esimese pikenduse koosoleku kuupäev on 21.01.2013 ja protokoll nr on 222/M-11; teine pikendus, koosoleku kuupäev 18.11.2013 ja protokoll nr 231/M-17). Kokku pöörduti 146 depressiooni diagnoosiga patsiendi poole. Neist 122-ga (83,5%) viidi läbi M.I.N.I.5.0.0. intervjuu. Uuringus ei soovinud osaleda 21 patsienti (14,4%) ning 3 patsienti (2,1%) jäi intervjuueerimata, kuna patsiendid lahkusid haiglast oodatust varem. Intervjuueeritud patsientidest kasutati 69 patsiendi (56,6%) uurimustulemusi. Intervjuueeritud patsientidest 52 (45,9%) ei tagastanud küsimustikku, 1 (0,68%) jättis küsimustiku täitma nägemisprobleemi tõttu, 1 (0,68%) patsiendil esinesid M.I.N.I.5.0.0. kohaselt psühhootilised sümptomid ja 1 (0,68%) patsient ei saanud täita küsimustikku, kuna ei osanud piisavalt hästi eesti keelt.

Kontrollgrupp moodustati paariti sobitamise põhimõttel isikutest, kes polnud viimase aasta jooksul psühholoogilise või psühhiaatrilise abi järele pöördunud ja kes ei võtnud viimase aasta jooksul meeleolu korrigeerivaid ravimeid. Paariti sobitamise käigus võrdsustati kontrollgrupp patsientide grupiga sooliselt ja võimalikult lähedalt ka vanuseliselt. Järeلكontrollil selgus, et mõlemad grupid osutusid hästi sobitatuks ka haridustaseme poolest.

3.2. Mõõtevahendid

3.2.1. M.I.N.I.5.0.0. Eesti versioon

Depressiooni ja kaasuvate psühhiaatriliste haiguste kindlakstegemiseks kasutati M.I.N.I.5.0.0. instrumenti, mis vastab psüühikahäirete rahvusvahelise klassifikatsiooni nõuetele (RHK-10 ja DSM-IV). M.I.N.I.5.0.0. on struktureeritud intervjuu, mis on lühem kui tüüpiline diagnostiline intervjuu, kuid tunduvalt laiaulatuslikum kui sõeltest. M.I.N.I.5.0.0. instrumenti on valitud 19 häiret, millest 17 on I telje häired (depressioon, düstüümia, mania, paanikahäire, agorafobia, sotsiaalfobia, lihtfoobia, obsessiiv-kompulsiivne häire, sõltuvus alkoholist, alkoholi kuritarvitamine, sõltuvus narkootikumidest, narkootikumide kuritarvitamine, psühhootiline häire, *anorexia nervosa*, buliimia, posttraumaatiline stresshäire, üldisunud ärevushäire). Lisaks neile on M.I.N.I.5.0.0.-s suitsidaalsuse moodul ja II telje antisotsiaalne isiksushäire (Sheehan *et al.*, 1998). M.I.N.I.5.0.0. Eesti versioonis puudub lihtfoobia moodul.

3.2.2. Emotsionaalse enesetunde küsimustik

Patsiendid ise hindasid oma emotsionaalset seisundit Eestis välja töötatud Emotsionaalse Enesetunde Küsimustikuga, EEK-2 (Ööpik, Aluoja, Kalda, & Maaros, 2006), mille alaskaalad omavad adekvaatset seost kooskõla. On tõestatud, et EEK on sobiv instrument, hindamaks psühhopatoloogilisi seisundeid nagu depressioon, üldine ärevus, kurnatus ja insomnia (Aluoja, Shlik, Vasar, Luuk, & Leinsalu, 1999). EEK-2 on võrreldes EEK-iga mõnevõrra teistsugune. EEK-2 loodi 2002. aastal ja sealt on välja jäetud need väited, mis ei sobinud ühtegi alaskaalasse. EEK-2 koosneb järgmistest alaskaaladest: Depressioon, Ärevus, Kurnatus, Insomnia ja Agorafobia-Paanika. Iga väite hindamiseks on 5-palline skaala alatest 0-st kuni 4-ni (0 – üldse mitte; 1 – harva; 2 – mõnikord; 3 – sageli; 4 – pidevalt). Väitestikus palutakse hinnata, kui võrd on väites esitatud probleem vastajat häirinud viimase kuu aja jooksul. EEK-2 koosneb 28 väitest, millest 8 väidet kuuluvad Depressiooni alaskaalasse ja need hõlmavad depressiooni afektiivseid ja kognitiivseid sümptomeid. (Ööpik *et al.*, 2006).

3.2.3. Negatiivsed enesekohased tuumikhinnangud

2011. aastal alustas Aavo Luuk isiksuse positiivsete tuumikhinnangute skaalaga võrreldes teatud mõttes selle vastandi – isiksuse negatiivsete tuumikhinnangute (*core negative self-evaluations*) küsimustikekomplekti – loomist, millest tulevikus võib kujuneda üks terviklik negatiivsete tuumikhinnangute skaala. Käesolevaks ajaks kogutud avaldamata andmete alusel saab väita, et nende negatiivsete tuumikhinnangute hindamise komplekti peaksid omavaheliste korrelatsioonide alusel kuuluma (vähemalt) järgmised mõõded:

- tähelepanu subjektiivsete sisetakistuste (*subjective internal attention hindrances*) enesekohased hinnangud,
- välise kontrollkeskme (*external locus of control*) enesekohased hinnangud,
- negatiivne enesehinnang (*negative self-esteem*),
- ärevuse (*anxiety*) enesekohased hinnangud.

Negatiivsete tuumikhinnangute skaalad moodustuvad nende loomise käigu aluseks olnud skaalade ja nendesse vähemalt teoreetiliselt koondatavate alaskaalade komplektidest, mis on esialgse analüüsi alusel omakorda jaotatud kolmeks alaskaala komplektiks: 1) Negatiivsed tuumikhinnangud; 2) Funktsionaalne kontroll ja 3) Düssotsiaalsus.

3.2.3.1. Negatiivsed tuumikhinnangud

Negatiivsete tuumikhinnangute alaskaalade komplekti kuuluvad: 1) negatiivse enesehinnangu, 2) tähelepanu sisetakistuste, 3) tähelepanu välistakistuste, 4) tähelepanu kontrolli. 5) välise kontrollkeskme, 4) negatiivse kärsituse, 5) positiivse kärsituse, 6) ärevuse ja 7) nartsissismi (teiste kaudu oma headuse upitamise) alaskaalad.

Negatiivne enesehinnang. Käesolevas uuringus kasutatava enesehinnangu skaala üks alaskaaladest on negatiivse enesehinnangu alaskaala (10 väidet, Cronbachi $\alpha=0,842$; kordustestimise reliaablus $n=99$, $r=0,827$) algallikaks on Rosenbergi (Rosenberg, 1965) enesehinnangu skaala (*The Rosenberg's Self-Esteem Scale; RSES*) Eesti oludele kohandatud variant (Pullmann, & Allik, 2000; Pullmann, Allik, & Realo, 2009). Rosenbergi enesehinnangu skaala koosneb 10-st väitest, millest viis on sõnastatud ennast positiivselt ning viis negatiivselt iseloomustavatena. Lisaks viiele algallikast pärinevale negatiivse

enesehinnangu väitele (minus pole midagi head ega rõõmustavat; äpardumise, eneseaustuse puudumise ja elu mõttetuse tunded) lisandusid käesoleva uurimuse negatiivse enesehinnangu alaskaalasse väited planeerimisraskustest, igavusest, korduvatest ebameeldivustest ja avameelsuse kahjustest.

Tähelepanu sise- ja välistakistused ning tähelepanu kontroll. Tähelepanu skaala lähteallikaks on *The Attentional Control Scale (ACS)*, mille töötasid välja Derryberry ja Reed (Derryberry & Reed, 2002; Ólafsson *et al.*, 2011; Verwoerd, de Jong, & Wessel, 2008). Lähteskaala mõõdab autorite selgitusel üldist tähelepanu kontrolli suutlikkust ja koosneb kolmest omavahel korreleeruvast alaskaalast. Esimene neist hindab tähelepanu keskendamise (fokusseerimise) võimet, teine tähelepanu ühelt ülesandelt teisele nihutamise (ümberlülitamise) võimet ja kolmas vaimse tegevuse paindliku kontrolli (tegevuste vaheldamise) võimet. Eestikeelse skaala struktuur kujunes lisaväidete kasutamisega originaaliga võrreldes oluliselt teistsuguseks, jagunedes (esialgsete nimetustega) tähelepanu sisetakistuste alaskaalaks (5 väidet, Cronbachi $\alpha=0,740$; kordustestimise reliaablus $n=99$, $r=0,777$), tähelepanu välistakistuste alaskaalaks (5 väidet, Cronbachi $\alpha=0,706$; kordustestimise reliaablus $n=99$, $r=0,792$) ning tähelepanu kontrolli alaskaalaks (5 väidet, Cronbachi $\alpha=0,700$; kordustestimise reliaablus $n=99$, $r=0,659$). Väidete hindamine toimub 5-astmelisel Likerti tüüpi skaalal vahemikus 0 (vale / ei ole nõus) kuni 4 (õige / täiesti nõus).

Väline kontrollkese. Välise kontrolli alaskaala põhineb Rotteri kontrollikeskme (*Locus of Control*) ideestikul (Rotter, 1966). Selle teooria kohaselt jaguneb subjektiivse kontrolli kese ehk lookus kaheks – sisemiseks ja väliseks. Kui domineerivaks on sisemine kontrollikese, on inimene kindel, et juhib ise oma elu ning kõik temaga juhtuv – nii hea kui halb – sõltub üksnes tema enese kavatsustest ja tegevusest. Selle vastandina on kontrolli välise lookusega inimene veendunud, et kõik tema saavutused ja ebaõnnestumised määratakse ära kas mõjukate teiste inimeste tegude, tahtmiste või juhuslikkuse ehk saatuse tujude poolt ja temast enesest ei sõltu seejuures peaaegu midagi. Antud töös kasutatavas küsimustikus kujunes selgelt välja Rotteri ideedele vastavalt välise kontrolli alaskaala, mis keskendub suutmatusele oma elu kontrollida ja kontrolli sõltuvusele isiklikust saatusest ja õnnelikust või õnnetutest juhusetest. Välise kontrolli alaskaala väiteid hinnatakse Likerti tüüpi skaalal vahemikus 0 (vale / ei ole nõus) kuni 4 (õige / täiesti nõus), kokku 5 väidet (Cronbachi $\alpha=0,735$; kordustestimise reliaablus $n=99$, $r=0,775$).

Negatiivse ja positiivse kärsituse alaskaalad. Negatiivse ja positiivse kärsituse alaskaalad pärinevad *UPPS-P* adapteeritud versioonist, mis omakorda on täiendatud versioon esialgsele *UPPS Impulsive Behavior Scale* nimelisele küsimustikule (Whiteside & Lynam, 2001, Whiteside *et al*, 2005). *UPPS* tähendab lühendit impulsiivsuse küsimustiku alaskaaladest – kärsitus/ pakilisus (*urgency* – *U*), ettekavatsetus (*premeditation* – *P*), püsivus ehk perseveratsioon (*perseveration* – *P*) ja elamustejanu (*sensation-seeking* – *S*). Seda küsimustikuvarianti on hiljem täiendatud positiivse kärsituse (*positive urgency*) alaskaalaga (Cyders *et al*, 2007; Cyders & Smith, 2008), millest küsimustiku nime lühendile lisandus P täht. Nii negatiivse kui positiivse kärsituse alaskaalad koosnevad kumbki neljast väitest. Kirjeldatult on negatiivse kärsituse alaskaala – kalduvus tegutseda kannatamatult ja läbimõtlematult negatiivse emotsionaalsuse foonil kaalutletuse ja kiusatustele vastuseismise asemel (Cronbachi $\alpha=0.694$; kordustestimise reliaablus $n=99$, $r=0,790$). Sealjuures on positiivse kärsituse (pakilisuse) alaskaala – kalduvus tegutseda intensiivse positiivse emotsionaalsuse foonil kiirustades ja läbimõtlematult, mis viib reeglina negatiivsete tagajärgedeni (Cronbachi $\alpha=0,872$; kordustestimise reliaablus $n=99$, $r=0,703$); Väiteid hinnatakse 5-astmelisel Likerti tüüpi skaalal vahemikus 0 (vale / ei ole nõus) kuni 4 (õige / täiesti nõus).

Nartsissism: Oma headuse upitamine teiste kaudu. Nartsissismi alaskaala Oma headuse upitamine teiste kaudu pärineb käesolevas töös kasutatud eneseväärtustamise küsimustikust, mis on koostatud Patoloogilise nartsissismi küsimustikus (*Pathological Narcissism Inventory; PNI*) sisalduvatele väidetele (Pincus *et al*, 2009) tuginedes. Teiste kaudu oma headuse upitamise alaskaala koosneb 5 väitest (Cronbachi $\alpha=0,803$; kordustestimise reliaablus $n=98$, $r=0,841$). Väiteid hinnatakse 5-astmelisel Likerti tüüpi skaalal vahemikus 0 (vale / ei ole nõus) kuni 4 (õige / täiesti nõus).

Ärevusseisundi intensiivsuse analoogskaala. Ärevuse hindamiseks on ankeedis kasutusel ärevusseisundi intensiivsuse analoogskaala (*Visual Analogue Scale for Anxiety; VAAS*), millele esimene kättesaadav viide pärineb 1976-st aastast (Hornblow & Kidson, 1976). Ärevuse analoogskaala esitatakse 100 mm pikkuse horisontaalse lõiguna, mille vasak ots tähistatakse 0-ga, mis tähendab ärevuse puudumist ning parem ots 100-ga, mis tähendab maksimaalset ärevust. Vastaja ülesandeks on tõmmata püstkriips sirglõigu sellele kohale, kus

tema hinnangul tema hetkeärevuse tase paikneb. Käesolevas kontekstis on leitud katsealuseid sooliselt ning vanuseliselt diferentseerimata ärevuse hinnangu keskmiseks $M=19,0$; $SD=18,9$. Kolmel eri valimil on leitud järgmised ärevuse intensiivsuse analoogskaala hinnangu korrelatsioonid allpool kirjeldatava hetkeärevuse skaala näiduga: $r=0,509$; $r=0,467$; $r=0,503$.

Hetkeärevuse skaala. Spielbergeri (1983) *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)* loomine juurutas psühholoogiasse kahe paralleelse ärevuse liigi – hetke- ehk seisundiärevuse ja püsiärevuse kooseksisteerimise ja nende eristamise idee. Selle traditsiooni jätkuna on hetkeärevuse mõõtmiseks küsimustikekomplektis ärevuse küsimustik, mille algallikaks on *State Version of State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA)*. STICSA autorid on Grös jt (2007). Nende loodud 21-väiteline küsimustik koosneb hetkeärevuse kehalise komponendi (aktivatsiooni) ja tunnetusliku komponendi (muretsemise) alaskaaladest. STICSA omadusi on edasi uuritud mitmes töös (Gros, Simms, & Antony, 2010; Ree *et al*, 2008; Van Dam *et al*, 2013) ning need on kinnitanud küsimustiku häid mõõtmisomadusi. Elwood, Wolitzky-Taylor, & Olatunji (2012) peavad oma erinevate ärevuse mõõtevahendite võrdleva analüüsi kohaselt STICSA-t üheks perspektiivsemaks ärevuse uute mõõtevahendite seas. Käesolevas uurimuses kasutatav eestikeelne STICSA variant koosneb inglise keelsete originaalväidete tõlkest, mis 21-väitelise tervikskaalana näitab head reliaablust (Cronbachi $\alpha=0,923$; kordustestimise reliaablus $n=98$, $r=0,707$). Väiteid hinnatakse 5-astmelisel Likerti tüüpi skaalal vahemikus 0 (vale / ei ole nõus) kuni 4 (õige / täiesti nõus).

Ärevuse episoodide sageduse skaala. STICSA (Grös *et al*, 2007; Gros, Simms, & Antony, 2010) üks atraktiivseid omadusi on ärevuse episoodide esinemissageduse hinnangute tegemine sama kahte alaskaalasse jaotuva 21-väitelise komplekti kasutamisega, mis mõõdab ka hetkeärevust. Loomulikult on põhierinevus Likerti tüüpi skaalas, mis siin hindab ärevuse episoodide esinemissagedust vahemikus 0 (peaaegu mitte kunagi) kuni 4 (peaaegu alati). Eestikeelse ärevuse episoodide sagedusi mõõtvat küsimustiku reliaabluse näidud on hetkeärevuse küsimustiku omadest kõrgemad (Cronbachi $\alpha=0,925$; kordustestimise reliaablus $n=98$, $r=0,826$). Sagedushinnangute kõrgem reliaablus hetkeseisundi hinnangutega võrreldes on enesestmõistetav mõõdetavate omaduste olemuse erinevuse tõttu. Van Dam jt (2013) on näidanud, et STICSA ärevuse episoodide esinemissageduse kaudu on võimalik piisavalt usaldusväärset hinnata uuritaval isikul ärevushäire ja kliinilise ärevuse esinemise tõenäosust.

3.2.3.2. Funktsionaalne kontroll

Funktsionaalse kontrolli alaskaalade komplekti kuuluvad: 1) planeerimise tüüpi kontrolli, 2) ettekavatsetuse, 3) vastutustundlikkuse ja 4) püsivuse alaskaalad.

Planeerimise tüüpi kontrolli alaskaala. Varasemalt sai välja toodud, et välise kontrolli alaskaala põhineb Rotteri kontrollikeskme (*Locus of Control*) ideestikul (Rotter, 1966). Selle küsimustiku lähteteoorikus sisaldunud muud väited (mis ei ole osa välise kontrolli alaskaalast) koondusid teise alaskaalasse, mida selles sisalduvate väidete sisu alusel on kõige adekvaatsem nimetada planeerimise tüüpi kontrolli (planeerimine, aja arvestamine, distsiplineeritus, ettevaatlikkus ja eesmärkide nimel takistuste ületamine) alaskaalaks. Planeerimise tüüpi kontrolli alaskaala koosneb 6 väitest (Cronbachi $\alpha=0,665$; kordustestimise reliaablus $n=99$, $r=0,663$). Väiteid hinnatakse eelmisega identsel Likerti tüüpi skaalal vahemikus 0 (vale / ei ole nõus) kuni 4 (õige / täiesti nõus).

Ettekavatsetuse alaskaala. Ettekavatsetuse alaskaala pärineb UPPS-P adapteeritud versioonist. Sisult on ettekavatsetus impulsiivsuse vastandi (oma käitumise tagajärgede ette nägemise plaanipärase suutlikkuse) alaskaala (Cronbachi $\alpha=0,869$; kordustestimise reliaablus $n=99$, $r=0,684$). Väiteid hinnatakse 5-astmelisel Likerti tüüpi skaalal vahemikus 0 (vale / ei ole nõus) kuni 4 (õige / täiesti nõus).

Vastutustundlikkuse alaskaala. Alaskaala algallikaks on Rosenbergi (Rosenberg, 1965) enesehinnangu skaala (*The Rosenberg's Self-Esteem Scale; RSES*) Eesti oludele kohandatud variant (Pullmann, & Allik, 2000; Pullmann, Allik, & Realo, 2009). Vastutustundlikkuse alaskaala (11 väidet, Cronbachi $\alpha=0,819$; kordustestimise reliaablus $n=99$, $r=0,800$) kujunes valdavalt originaalsete väidete lähtekomplektist, mis käsitleb selliseid sotsiaalselt vastutustundlikke teemasid nagu sihikindlus, kaalutletus ja vastutustunne valikute tegemisel ning suhtumisel kaasinimestesse. Väiteid hinnatakse Likerti tüüpi skaalal vahemikus 0 (vale / ei ole nõus) kuni 4 (õige / täiesti nõus).

Püsivuse alaskaala. Püsivuse alaskaala pärineb UPPS-P adapteeritud versioonist. Sisuliselt on püsivus – võimekus ülesandeid korruga algusest lõpuni sooritada – impulsiivsuse vastandi

alaskaala (Cronbachi $\alpha=0.852$; kordustestimise reliaablus $n=99$, $r=0,579$). Väiteid hinnatakse 5-astmelisel Likerti tüüpi skaalal vahemikus 0 (vale / ei ole nõus) kuni 4 (õige / täiesti nõus).

3.2.3.3. Düssotsiaalsus

Düssotsiaalsuse alaskaalade komplekti kuuluvad: 1) nartsissism: oma headuse upitamine teiste kaudu, 2) nartsissism: teistega manipuleerimine, 3) nartsissismi lühiskaala ja 4) psühhopaatilise alaskaala.

Nartsissism: oma headuse upitamine teiste kaudu. Alaskaala kirjeldus on toodud eelnevalt, seoses Negatiivsete tuumikhinnangute alaskaalade komplektiga.

Nartsissism: teistega manipuleerimine. Alaskaala väited pärinevad Patoloogilise nartsissismi küsimustikus (*Pathological Narcissism Inventory; PNI*) sisalduvatele väidetest (Pincus *et al*, 2009) Teistega manipuleerimise alaskaala koosneb 5 väitest (Cronbachi $\alpha=0,665$; kordustestimise reliaablus $n=98$, $r=0,766$). Väiteid hinnatakse 5-astmelisel Likerti tüüpi skaalal vahemikus 0 (vale / ei ole nõus) kuni 4 (õige / täiesti nõus).

Nartsissismi lühiskaala. Nartsissismi alaskaalasse koondusid neli väidet, mis kõik (teiste imetluse, tähelepanu, lugupidamise ja vastutulelikkuse ihalus), pärinevad Jonason & Websteri (2010) „Räpase tosina“ küsimustiku nartsissismi alaskaalast. Alaskaala Cronbachi $\alpha=0,710$; kordustestimise reliaablus $n=99$, $r=0,720$. Nartsissismi alaskaala väiteid hinnatakse samuti Likerti tüüpi skaalal vahemikus 0 (vale / ei ole nõus) kuni 4 (õige / täiesti nõus).

Psühhopaatilise alaskaala. Psühhopaatia käsitlustes eristatakse reeglina kaht inimgruppi – ühelt poolt psühhopaatide kui püsivate spetsiifiliste isiksuse omaduste kogumi (tundetuse, teistega manipuleerimise, libekeelsuse, halastamatuse ja ärevuse puudumise) kandjaid ja teisalt vaid ajuti, eelkõige kõrge distressi tingimustes antisotsiaalset ja psühhopaatilist käitumist ilmutavaid inimesi. Käesolevas uurimuses kujunenud psühhopaatilise alaskaala allikateks olid „Räpase tosina“ (*Dirty Dozen*) 12 väidet psühhopaatia, makjavellismi ning nartsissismi kohta (Jonason & Webster, 2010) ja Levensoni enesehinnangutel põhineva psühhopaatia skaala 26 väidet (Levenson, Kiehl, & Fitzpatrick, 1995; Lynam, Whiteside, Jones, 1999). Esimesest allikast pärinevad väited kahetsuse ja moraalse enesehinnangu

puudumisest, emotsionaalsest kalkusest, tundetusest ja küünilisusest, teisest kogu väidete komplekt, mis peab vastama varasema lähenemise kohaselt nii esmase kui teisele psühhopaatia tunnustele. Analüüsi tulemusena kujunes välja 10-st väitest koosnev ühefaktoriline psühhopaatilisuse alaskaala (Cronbachi $\alpha=0,813$; kordustestimise reliaablus $n=99$, $r=0,726$), mis mõõdab vastaja ekspluateerivat suhtumist, ükskõiksust ja tundetust, empaatia puudumist ning hoolimatust teiste suhtes, armastuse alahindamist ja valimatute vahendite kasutamist oma eesmärkide saavutamiseks. Alaskaala väiteid hinnatakse Likerti tüüpi skaalal vahemikus 0 (vale / ei ole nõus) kuni 4 (õige / täiesti nõus).

3.2.4. EPIP-NEO

EPIP-NEO on Eesti versioon IPIP-NEO-st. EPIP-NEO tõlgiti inglise keelsest originaalist IPIP-NEO-st René Mõttuse poolt, kes püüdis säilitada lihtsamat ja lühemat stiili. Mõttus, Pullmann ja Allik (2006) kõrvutasid omavahel EPIP-NEO ja NEO-PI-R, et hinnata, kuivõrd lühem ja keeleliselt lihtsam EPIP-NEO säilitab viiefaktorilise struktuuri ning milline on tema sisemine konsistentsus ja väline valiidsus võrreldes originaali NEO-PI-R-ga. Tulemustena selgus, et arvestades sisemist konsistentsust, siis on EPIP-NEO võrreldes originaali NEO-PI-R-ga vähemalt sama hea instrument, kui mitte parem. Veelgi enam, leiti, et lühemate väidetega skaaladel oli pigem kõrgem sisemine konsistentsus. Seetõttu, võib öelda, et lõplik 397 väiteline EPIP-NEO, mis on keeleliselt lihtsam loetavam, on potentsiaalne isiksuseküsimustik, mida võib kasutada ka laiema ulatusega valimi jaoks (Mõttus *et al.*, 2006). Käesoleva uurimuse käigus kasutati selle küsimustiku 240-väitelist varianti.

3.3. Uurimuse käik

Uurimuse käigus kontrolliti patsientide depressiooni diagnoosi M.I.N.I.5.0.0.0./Estonian version/DSM-IV mõõdikuga, et ühtlasi tuleks välja võimalikud kaasuvad psühhiaatrilised diagnoosid. M.I.N.I.5.0.0. intervjuus jäeti välja P-Blokk (Antisotsiaalne isiksushäire). Seejärel paluti depressiivsetel patsientidel täita Emotsionaalse Enesehinnangu küsimustik. Seejärel paluti depressiooniga patsientidel täita erinevaid küsimustikke, mis mõõdavad patsientide enesehinnanguid tähelepanu, kontrolli, tegevusstiili (impulsiivsuse), ärevuse ja eneseväärtustamise suhtes. Lisaks paluti täita isiksuseküsimustik EPIP-NEO. Patsientidel oli aega küsimustikku täita seni, kuni nad haiglas viibisid. Patsientidel ei olnud kohustust täita

küsimustik samal päeval, mil viidi läbi M.I.N.I.5.0.0. intervjuu. Uurimuses osalemine oli vabatahtlik ja anonüümne.

Patsientidelt saadavaid andmeid võrreldi varem ja samaaegselt kogutud tervete inimeste valimist pärineva võrdlusgrupiga, mida püüti soo ja vanuse osas tasakaalustada patsientide valimi andmetega sobitatud paaridega valimite põhimõttel. Võrdlusgrupi andmete kogumisele aitasid kaasa ka käesoleva töö juhendajad.

4. TULEMUSED

4.1. Uuringus osalenud patsiendid

Uuringus osales 146-st alustanud patsiendist lõpuni 69, kes vastasid kõigile uuringu tingimustele ning tagastasid ka täidetud küsimustikud. Meessoost patsiente osales uuringus 32, kelle keskmiseks vanuseks oli 35,59 aastat (vahemikus 18-56) ja naispatsiente 37, kelle keskmiseks vanuseks oli 41,19 aastat (vahemikus 18-63).

Kontrollgrupis osales 69 isikut, kellest mehi oli 32 ja naisi 37. Meessoost isikute keskmiseks vanuseks oli 35,78 aastat (18-60), mis on veidi, kuid statistiliselt mitteoluliselt kõrgem meessoost patsientide keskmisest vanusest. Kontrollgrupi naissoost liikmete keskmiseks vanuseks oli 41,73 aastat (19-71), mis on samuti statistiliselt mitteoluliselt kõrgem patsientide keskmisest vanusest.

Meespatsientide keskmiseks depressiooniepisoodide arvuks oli 10,4 ja hospitaliseerimiste arvuks keskmiselt 3,9, naissoost patsientidel vastavalt 8,5 ja 4,3.

Suitsidaalsus avaldus 61 (88,4%) patsiendil: madal – 7 patsienti; mõõdukas – 15 patsienti; kõrge – 39 patsienti. Käesolevalt oli depressiooniepisood 69 patsiendil. Lisaks depressioonile oli 20 patsiendil (28,9%) üks ärevushäire ja 25 patsiendil (36,2%) üle ühe ärevushäire (2-4). Ülejäänud kaasuvad diagnoosid on ära toodud Lisas 1.

Varasemalt on Aavo Luugi poolt läbi viidud faktoranalüüs, leidmaks uuringus kasutatavate terviklike alaskaalade võimalikke sisukaid grupeeringuid. Analüüside alusel koondusid kasutusel olevad alaskaalad kolme sisukalt interpreteeritavasse skaalade gruppi: 1) negatiivsed tuumikhinnangud; 2) funktsionaalne kontroll; 3) düssotsiaalsus. Käesoleva uuringu tulemused on kajastatud lähtuvalt neist kolmest grupeeringust.

4.2. Negatiivsed tuumikhinnangud

Negatiivsete tuumikhinnangute alla kuulub esiteks EEK-2 skaala. Patsiendid hindasid oma enesetunnet üldiselt kõikidel EEK-2 alaskaaladel kõrgemaks kui kontrollgrupp. Kirjeldavad

statistikud näitavad, et patsientidel on nii depressiivsus, ärevus, agorafobia-paanika, sotsiaalärevus, asteenia kui ka unetus kõrgem kui kontrollgrupil. Ühtlasi on gruppidevaheliste erinevuste efekti suuruse hindamiseks leitud Cohen'i d (Tabel 1).

Tabel 1. EEK-2 alaskaalade võrdlus ANOVA ja Mann-Whitney testiga
koos kirjeldavate statistikutega ja Cohen-i d -ga

EEK-2 alaskaala		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Depressioon	Patsiendid	69	22,72	6,847		
	Kontrollgrupp	69	5,88	3,744		
	ANOVA				321,354	,000
	Mann-Whitney					,000
	Cohen'i d					3,583
Ärevus	Patsiendid	69	15,14	4,815		
	Kontrollgrupp	69	5,52	3,337		
	ANOVA				186,182	,000
	Mann-Whitney					,000
	Cohen'i d					2,828
Agorafobia- paanika	Patsiendid	69	6,80	5,677		
	Kontrollgrupp	69	,33	,918		
	ANOVA				87,182	,000
	Mann-Whitney					,000
	Cohen'i d					1,697
Sotsiaalärevus	Patsiendid	69	3,29	2,860		
	Kontrollgrupp	69	,94	1,282		
	ANOVA				38,720	,000
	Mann-Whitney					,000
	Cohen'i d					1,897
Asteenia	Patsiendid	69	11,55	3,567		
	Kontrollgrupp	69	4,65	3,062		
	ANOVA				148,592	,000
	Mann-Whitney					,000
	Cohen'i d					2,333
Unetus	Patsiendid	69	8,42	3,323		
	Kontrollgrupp	69	3,00	2,509		
	ANOVA				116,939	,000
	Mann-Whitney					,000
	Cohen'i d					1,961

Märkus: Siin ja edaspidi *N* – isikute arv; *M* – keskmine; *SD* – standardhälve; *F* – F-statistik; *p* – statistilise olulisuse tõenäosus.

Gruppide keskmiste vaheliste erinevuste kontrollimine ANOVA-ga ja mediaanide vaheliste erinevuste kontrollimine Mann-Whitney testiga näitas, et EEK-2 tulemuste järgi on patsientidel kõrgem depressiivsus, ärevus, agorafobia-paanika, sotsiaalärevus, asteenia ja unetus, võrreldes kontrollgrupiga (Tabel 1). Ühtlasi selgus, et patsientide ja kontrollgrupi

EEK-2 alaskaalade tulemuste võrdlemisel sugude kaupa ANOVA-ga ja Mann-Whitney testiga esinesid statistiliselt olulised erinevused kõikidel EEK-2 alaskaaladel (Tabel 2).

Tabel 2. Patsientide ja kontrollgrupi EEK-2 alaskaalade võrdlus sugude kaupa

Alaskaala	Naised			Mehed		
	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Mann-Whitney</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Mann-Whitney</i>
Depressioon	168,220	,000**	,000**	162,019	,000**	,000**
Ärevus	104,608	,000**	,000**	85,648	,000**	,000**
Agorafoobia-paanika	57,939	,000**	,000**	32,069	,000**	,000**
Sotsiaalärevus	17,523	,000**	,001**	22,720	,000**	,000**
Asteenia	67,544	,000**	,000**	92,605	,000**	,000**
Unetus	50,100	,000**	,000**	71,386	,000**	,000**

Märkus: *N* – isikute arv; *M* – keskmine; *SD* – standardhälve; *F* – F-statistik; *p* – statistilise olulisuse tõenäosus; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Negatiivsete tuumikhinnangute alla kuuluvad järgmised alaskaalad: 1) Negatiivse enesehinnangu alaskaala; 2) Tähelepanu sisetakistuste alaskaala; 3) Tähelepanu välistakistuste alaskaala; 4) Välise kontrollkeskme alaskaala; 5) Tähelepanu kontrolli alaskaala; 6) Negatiivse kärsituse alaskaala; 7) Positiivse kärsituse alaskaala; 8) Nartsissism: oma headuse upitamine teiste kaudu.

Negatiivsete tuumikhinnangute alaskaalade tulemuste kirjeldavad statistikud näitavad, et patsientidel on kõrgemad tulemused pea kõikides alaskaalades, välja arvatud Tähelepanu kontroll, milles on kõrgem tulemus kontrollgrupil. Gruppide võrdlemine ANOVA ja Mann-Whitney testiga näitab statistiliselt olulist gruppidevahelist erinevust pea kõikidel alaskaaladel, välja arvatud Tähelepanu välistakistuste ja Oma headuse upitamine teiste kaudu alaskaaladel (Tabel 3).

Tabel 3. Negatiivsete tuumikhinnangute alaskaalade võrdlused ANOVA ja Mann-Whitney testiga koos kirjeldavate statistikutega ja Cohen'i d-ga

Alaskaala		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Negatiivse enesehinnangu alaskaala	Patsiendid	69	25,04	7,214	126,719	,000
	Kontrollgrupp	69	12,12	6,242		
	ANOVA					
	Mann-Whitney Cohen'i d					
Tähelepanu sisetakistused	Patsiendid	69	12,80	4,427	32,155	,000
	Kontrollgrupp	69	7,84	5,782		
	ANOVA					
	Mann-Whitney Cohen'i d					
Tähelepanu välistakistused	Patsiendid	69	13,14	4,027	7,215	,008
	Kontrollgrupp	69	11,36	3,765		
	ANOVA					
	Mann-Whitney Cohen'i d					
Väline kontrollkese	Patsiendid	69	10,20	4,4458	28,825	,000
	Kontrollgrupp	69	6,28	4,140		
	ANOVA					
	Mann-Whitney Cohen'i d					
Tähelepanu kontroll	Patsiendid	69	8,72	3,629	49,204	,000
	Kontrollgrupp	69	12,68	2,963		
	ANOVA					
	Mann-Whitney Cohen'i d					
Negatiivne kärsitus	Patsiendid	69	9,14	3,397	10,790	,001
	Kontrollgrupp	69	7,42	2,735		
	ANOVA					
	Mann-Whitney Cohen'i d					
Positiivne kärsitus	Patsiendid	69	6,86	4,153	14,887	,000
	Kontrollgrupp	69	4,55	2,715		
	ANOVA					
	Mann-Whitney Cohen'i d					
Oma headuse upitamine teiste kaudu	Patsiendid	69	7,43	4,513	8,375	,004
	Kontrollgrupp	69	5,43	3,558		
	ANOVA					
	Mann-Whitney Cohen'i d					

Märkus: *N* – isikute arv; *M* – keskmine; *SD* – standardhälve; *F* – F-statistik; *p* – statistilise olulisuse tõenäosus.

Patsientide ja kontrollgrupi võrdlemisel sugude kaupa ANOVA ja Mann-Whitney testiga näitasid statistiliselt olulist naissoost patsientide ja kontrollgrupi vahelist erinevust Negatiivse

enesehinnangu, Tähelepanu sisetakistuste, Välise kontrollkeskme ning Tähelepanu kontrolli alaskaaladel. Meeste puhul aga ei avaldunud statistiliselt olulist erinevust Välise kontrollkeskme alaskaalal, kuid seevastu näitavad tulemused statistiliselt olulist erinevust Negatiivse kärsituse alaskaalal (Tabel 4).

Tabel 4. Patsientide ja kontrollgrupi Negatiivsete tuumikhinnangute alaskaalade võrdlus sugude kaupa

Alaskaala	Naised			Mehed		
	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Mann-Whitney</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Mann-Whitney</i>
Negatiivne enesehinnang	80,912	,000**	,000**	47,542	,000**	,000**
Tähelepanu sisetakistused	28,026	,000**	,000**	7,820	,007**	,000**
Tähelepanu välistakistused	5,719	,019*	,011*	1,677	,200	,193
Väline kontrollkeskme	27,115	,000**	,000**	6,119	,016*	,021*
Tähelepanu kontroll	21,337	,000**	,000**	28,193	,000**	,000**
Negatiivne kärsitus	1,113	,295	,157	13,307	,001**	,001**
Positiivne kärsitus	10,052	,002**	,007**	5,352	,024*	,031*
Oma headuse upitamine	7,425	,008**	,022*	2,226	,141	,156

Märkus: *N* – isikute arv; *M* – keskmine; *SD* – standardhälve; *F* – *F*-statistik; *p* – statistilise olulisuse tõenäosus.

Patsientide Negatiivsete tuumikhinnangute alaskaalade vahelised korrelatsioonidest esinesid statistiliselt olulised seosed kõikide EEK-2 alaskaalade vahel. Ühtlasi oli Negatiivse enesehinnangu alaskaala tulemused statistiliselt olulises seoses kõikide alaskaaladega, välja arvatud Negatiivse kärsituse ja Oma headuse upitamine teiste kaudu alaskaalade tulemused. Välise kontrollkeskme alaskaala tulemused on statistiliselt olulises seoses kõigi negatiivsete tuumikhinnangute ja EEK-2 alaskaaladega, välja arvatud Tähelepanu kontrolli alaskaala tulemus. Sealjuures on Tähelepanu kontrolli alaskaala tulemused statistiliselt olulises negatiivses seoses Depressiooni, Insomnia, Negatiivse enesehinnangu, Tähelepanu sisetakistuste ja Tähelepanu välistakistuste alaskaalade tulemustega. Positiivse ja Negatiivse kärsituse alaskaalade tulemused on omavahel positiivses statistiliselt olulises seoses. Patsientide grupi negatiivsete tuumikhinnangute alaskaalade omavahelsied korrelatsioonid on toodud Lisas 2.

Kontrollgrupi Negatiivsete tuumikhinnangute alaskaalade vahelistest korrelatsioonidest esinesid EEK-2 alaskaalade vahel statistiliselt olulised seosed, välja arvatud Insomnia alaskaala puhul. Võrreldes patsientide grupiga, siis oli kontrollgrupis Insomnia alaskaala tulemused EEK-2 alaskaaladest statistiliselt olulises seoses vaid Asteenial alaskaala tulemustega, samas kui aga patsientidel olid Insomnia alaskaalade tulemused statistiliselt

olulises seoses kõikide EEK-2 alaskaalade tulemustega. Kontrollgrupis oli Negatiivse enesehinnangu alaskaala tulemused statistiliselt olulises seoses kõikide alaskaalade tulemustega, välja arvatud Sotsiaalärevuse alaskaala tulemus. Võrreldes patsientide grupiga oli kontrollgrupis oluliselt rohkem statistiliselt olulisi seoseid Negatiivse kärsituse ja teiste Negatiivsete enesekohaste hinnangute alaskaalade vahel, samuti Tähelepanu kontrolli ja teiste Negatiivsete enesekohaste hinnangute alaskaalade tulemuste vahel. Kontrollgrupi negatiivsete tuumikhinnangute alaskaalade omavahelised korrelatsioonid on toodud Lisas 3.

Võrreldes omavahel patsientide ja kontrollgrupi negatiivsete alaskaalade omavahelisi korrelatsioone Fisheri z-transformatsiooni ja Studenti *t*-testiga, võime välja tuua kahe grupi siseste korrelatsioonide statistiliselt olulised gruppide vahelised erinevused (Tabel 5). Välja toodud korrelatsioonidest on patsientidel pea kõigi alaskaalade vahelised korrelatsioonid kõrgemad, välja arvatud Asteenial – Negatiivse kärsituse ning Tähelepanu sisetakistuste – Positiivse kärsituse omavahelised korrelatsioonid.

Tabel 5. Patsientide ja kontrollgrupi Negatiivsete tuumikhinnangute alaskaalade vaheliste korrelatsioonide võrdlus

Korreleeritavad alaskaalad	Patsiendid	Kontrollgrupp	<i>p</i>
Ärevus – Agorafobia-paanika	,647**	,326**	,013*
Ärevus – Insomnia	,534**	,215	,030*
Sotsiaalärevus – Agorafobia-paanika	,607**	,315**	,029*
Sotsiaalärevus – Tähelepanu välistakistused	,467**	,112	,023*
Asteenial – Negatiivne kärsitus	,038	,389**	,032*
Tähelepanu sisetakistused – Tähelepanu välistakistused	,613**	,349**	,044*
Tähelepanu sisetakistused – Positiivne kärsitus	,125	,509**	,012*
Positiivne kärsitus – Negatiivne kärsitus	,622**	,367**	,048*

Märkus: *p* – statistilise olulisuse tõenäosus. * *p* < 0,05; ** *p* < 0,01

Üheks negatiivsete tuumikhinnangute dimensiooniks on ärevus. Ärevuse kirjeldavad statistikud näitavad, et patsientidel on kõrgemad tulemused ärevuse skaaladel võrreldes kontrollgrupiga. Gruppidevaheline võrdlus ANOVA ja Mann-Whitney testiga näitab statistiliselt olulist gruppidevahelist erinevust kõikidel ärevuse alaskaaladel (Tabel 6).

Tabel 6. Ärevuse skaalade võrdlused ANOVA ja Mann-Whitney testiga koos kirjeldavate statistikutega ja Cohen'i d-ga

Ärevuse skaalad		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Hetkeärevus	Patsiendid	69	45,60	30,187		
	Kontrollgrupp	69	20,54	15,019		
	ANOVA				23,345	,000
	Mann-Whitney					,000
	Cohen'i d					1,054
Seisundiärevus	Patsiendid	69	43,10	17,418		
	Kontrollgrupp	69	12,03	10,129		
	ANOVA				163,518	,000
	Mann-Whitney					,000
	Cohen'i d					2,222
Ärevusseisundite esinemissagedus	Patsiendid	69	41,32	17,157		
	Kontrollgrupp	69	15,91	9,972		
	ANOVA				111,431	,000
	Mann-Whitney					,000
	Cohen'i d					1,911

Märkus: *N* – isikute arv; *M* – keskmine; *SD* – standardhälve; *F* – F-statistik; *p* – statistilise olulisuse tõenäosus.

Patsientide ja kontrollgrupi võrdlemisel sugude kaupa ANOVA ja Mann-Whitney testiga näitasid statistiliselt olulist patsientide ja kontrollgrupi vahelist erinevust Seisundiärevuse ja Ärevusseisundite esinemissageduse alaskaaladel nii meeste kui naiste võrdluses (Tabel 7).

Tabel 7. Patsientide ja kontrollgrupi Ärevuse alaskaalade võrdlus sugude kaupa

Alaskaala	Naised			Mehed		
	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Mann-Whitney</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Mann-Whitney</i>
Hetkeärevus	13,277	,001**	,001**	9,938	,003**	,009**
Seisundiärevus	88,382	,000**	,000**	73,021	,000**	,000**
Ärevusseisundite esinemissagedus	53,492	,000**	,000**	59,527	,000**	,000**

Märkused: *F* – F-statistik; *p* – statistilise olulisuse tõenäosus; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Patsientide ärevuse alaskaalade ja teiste negatiivsete tuumikhinnangute alaskaalade omavaheliste korrelatsioonide tulemustest on oluline välja tuua, et kõigi kolme ärevuse alaskaala tulemused olid statistiliselt olulises seoses kõigi EEK-2 alaskaalade tulemustega, lisaks veel Negatiivse enesehinnangu, Tähelepanu sisetakistuste ja Väliste kontrollkeskme alaskaalade tulemustega. Kontrollgrupis seevastu aga puudusid olulised seosed Hetkeärevuse alaskaala ja Agorafobia-paanika, Sotsiaalärevuse ning Insomnia alaskaalade tulemuste vahel. Veelgi enam, erinevalt patsientide grupist, esinesid kontrollgrupis statistiliselt olulised seosed

ühelt poolt kõikide ärevuse alaskaalade tulemuste ja teisalt Negatiivse kärsituse, Positiivse kärsituse, Oma headuse upitamine teiste kaudu ja Tähelepanu kontrolli alaskaalade tulemuste vahel. Patsientide ja kontrollgrupi ärevuse alaskaalade kõik seosed Negatiivsete tuumikhinnangutega on ära toodud Lisas 4.

Võrreldes omavahel patsientide ja kontrollgrupi ärevuse alaskaalade ja teiste negatiivsete tuumikhinnangute vahelisi korrelatsioone Fisheri z-transformatsiooni ja Student t-testiga võime välja tuua kahe grupi korrelatsioone Fisheri z-transformatsiooni ja Studenti t-testiga, võime välja tuua kahe grupi siseste korrelatsioonide statistiliselt olulised gruppide vahelised erinevused (Tabel 8). Välja toodud korrelatsioonidest on patsientidel kõrgemad korrelatsioonid Hetkeärevuse ja Insomnia ning Positiivne kärsituse ja Seisundiärevuse vahel. Kontrollgrupil on kõrgemad korrelatsioonid Hetkeärevuse ja Oma headuse upitamine teiste kaudu alaskaala ning Ärevusseisundite esinemissageduse ja Negatiivse kärsituse vahel.

Tabel 8. Patsientide ja kontrollgrupi Ärevuse alaskaalade ja Negatiivsete tuumikhinnangute alaskaalade vaheliste korrelatsioonide võrdlus

Korreleeritavad alaskaalad	Patsiendid	Kontrollgrupp	<i>p</i>
Hetkeärevus – Insomnia	,367**	-,060	,010*
Hetkeärevus – Oma headuse upitamine teiste kaudu	,119	,575**	,002**
Ärevusseisundite esinemissagedus – Negatiivne kärsitus	,133	,487**	,022*
Positiivne kärsitus - Seisundiärevus	,208*	,548**	,020*

Märkus: *p* – statistilise olulisuse tõenäosus. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

4.3. Funktsionaalne kontroll

Funktsionaalse kontrolli alla kuuluvad järgmised alaskaalad: 1) Planeerimise tüüpi kontrolli alaskaala; 2) Impulsiivsus: ettekavatsetuse alaskaala; 3) Vastutustundlikkuse alaskaala; 4) Impulsiivsus: püsivuse skaala.

Funktsionaalse kontrolli alaskaalade tulemuste kirjeldavad statistikud näitavad, et patsientidel on kontrollgrupiga võrreldes madalamad tulemused pea kõikidel alaskaaladel. Gruppide võrdlemine ANOVA ja Mann-Whitney testiga näitab statistiliselt olulist gruppidevahelist erinevust pea kõikidel alaskaaladel, välja arvatud Ettekavatsetuse alaskaalal (Tabel 9).

Tabel 9. Funktsionaalse kontrolli alaskaalade võrdlused ANOVA ja Mann-Whitney testiga koos kirjeldavate statistikutega ja Cohen'i d-ga

Alaskaala		N	M	SD	F	p
Planeerimise tüüpi kontroll	Patsiendid	69	14,41	3,893		
	Kontrollgrupp	69	16,61	3,126		
	ANOVA				13,433	,000
	Mann-Whitney					,001
	Cohen'i d					-0,666
Ettekavatsetus	Patsiendid	69	9,41	3,809		
	Kontrollgrupp	69	10,86	2,819		
	ANOVA				6,453	,012
	Mann-Whitney					,024
Vastutustundlikkus	Patsiendid	69	26,51	5,977		
	Kontrollgrupp	69	32,59	4,924		
	ANOVA				42,631	,000
	Mann-Whitney					,000
	Cohen'i d					-1,325
Püsivus	Patsiendid	69	9,04	3,465		
	Kontrollgrupp	69	11,68	2,643		
	ANOVA				24,721	,000
	Mann-Whitney					,000
	Cohen'i d					-0,784

Märkus: N – isikute arv; M – keskmine; SD – standardhälve; F – F-statistik; p – statistilise olulisuse tõenäosus.

Patsientide ja kontrollgrupi võrdlemisel sugude kaupa ANOVA ja Mann-Whitney testiga ilmnes naissoost patsientide ja kontrollgrupi vaheline statistiliselt oluline erinevus Vastutustundlikkuse alaskaalal, meeste puhul aga esinesid statistiliselt olulised erinevused patsientide ja kontrollgrupi vahel Planeerimise tüüpi kontrolli, Vastutustundlikkuse ning Püsivuse alaskaaladel (Tabel 10).

Tabel 10. Patsientide ja kontrollgrupi Funktsionaalse kontrolli alaskaalade võrdlus sugude kaupa

Alaskaala	Naised			Mehed		
	F	p	Mann-Whitney	F	p	Mann-Whitney
Planeerimise tüüpi kontroll	1,434	,235	,225	16,110	,000**	,000**
Ettekavatsetus	,915	,342	,495	7,146	,010*	,016*
Vastutustundlikkus	18,321	,000**	,000**	27,075	,000**	,000**
Püsivus	9,224	,003**	,004**	17,184	,000**	,000**

Märkus: F – F-statistik; p – statistilise olulisuse tõenäosus; * p < 0,05; ** p < 0,01

Patsientide funktsionaalse kontrolli alaskaalade omavahelistest korrelatsioonidest ilmnes tugev statistiliselt olulised seosed enamuse alaskaalade tulemuste vahel, välja arvatud

Ettekavatsetuse ja Püsivuse alaskaalade tulemuste vahel. Kontrollgrupis aga esinesid statistiliselt olulised kõikide alaskaalade vahel (Lisa 5).

4.4. Düssotsiaalsus

Düssotsiaalsuse alla kuuluvad järgmised alaskaalad: 1) Nartsissism: oma headuse upitamine teiste kaudu; 2) Nartsissism: teistega manipuleerimine; 3) Nartsissismi lühiskaala; 4) Psühhopaatilisuse alaskaala.

Düssotsiaalse kontrolli alaskaalade tulemuste kirjeldavad statistikud näitavad, et patsientidel on kõrgemad tulemused Oma headuse upitamine teiste kaudu ja Psühhopaatilisuse alaskaalal,

Tabel 11. Düssotsiaalsuse alaskaalade võrdlused ANOVA ja Mann-Whitney testiga koos kirjeldavate statistikutega ja Cohen'i d-ga

Alaskaala		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Oma headuse upitamine teiste kaudu	Patsiendid	69	7,43	4,516		
	Kontrollgrupp	69	5,43	3,558		
	ANOVA				8,357	,004
	Mann-Whitney Cohen'i d					,007 0,565
Teistega manipuleerimine	Patsiendid	69	7,67	3,463		
	Kontrollgrupp	69	10,01	2,862		
	ANOVA				18,847	,000
	Mann-Whitney Cohen'i d					,000 -1,176
Nartsissismi lühiskaala	Patsiendid	69	8,13	3,382		
	Kontrollgrupp	69	9,16	3,037		
	ANOVA				3,536	,062
	Mann-Whitney					,101
Psühhopaatilisuse alaskaala	Patsiendid	69	9,71	5,735		
	Kontrollgrupp	69	9,59	6,265		
	ANOVA				,013	,910
	Mann-Whitney					,725

Märkus: *N* – isikute arv; *M* – keskmine; *SD* – standardhälve; *F* – F-statistik; *p* – statistilise olulisuse tõenäosus.

seevastu aga kontrollgrupil on kõrgemad tulemused Teistega manipuleerimise ja Nartsissismi lühiskaala alaskaalades. Gruppidevaheline võrdlus ANOVA ja Mann-Whitney testiga näitab statistiliselt olulist gruppidevahelist erinevust Teistega manipuleerimise alaskaalal (Tabel 11).

Patsientide ja kontrollgrupi võrdlemisel sugude kaupa ANOVA ja Mann-Whitney testiga näitasid statistiliselt olulist naissoost patsientide ja kontrollgrupi vahelist erinevust Oma headuse upitamise ja Teistega manipuleerimise alaskaaladel. Meeste puhul esines statistiliselt oluline erinevus Teistega manipuleerimise alaskaalal (Tabel 12).

Tabel 12. Patsientide ja kontrollgrupi Düssotsiaalsuse alaskaalade võrdlus sugude kaupa

Alaskaala	Naised			Mehed		
	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Mann-Whitney</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Mann-Whitney</i>
Oma headuse upitamine	7,425	,008**	,022*	2,226	,141	,156
Teistega manipuleerimine	16,098	,000**	,000**	4,689	,034*	,032*
Nartsissism	1,356	,248	,370	2,210	,142	,158
Psühhopaatilisus	,257	,614	,468	,099	,754	,968

Märkus: *F* – *F*-statistik; *p* – statistilise olulisuse tõenäosus; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Patsientide Düssotsiaalsuse alaskaalade omavahelistest korrelatsioonidest ilmnisid statistiliselt olulised seosed kõikide alaskaalade tulemuste vahel, välja arvatud Nartsissismi lühiskaala ja Psühhopaatilisuse alaskaala tulemuste vahel. Kontrollgrupis seevastu aga esinesid vaid üksikud statistiliselt olulised seosed (Lisa 6).

Fisheri *z*-transformatsiooni ja Student *t*-testi tulemused näitasid üht statistiliselt olulist korrelatsiooni kahe grupi võrdluses, milleks oli korrelatsioon alaskaalade Oma headuse upitamine teiste kaudu ja Teistega manipuleerimise vahel, $p=,008$.

4.6. EPIP-NEO

Isiksuseomaduste poolt võrreldi patsientide ja kontrollgruppi omavahel. Isiksuseomaduste põhiskaalade tulemused korreleeriti Negatiivsete tuumikhinnangute, Funktsionaalse kontrolli ja Düssotsiaalsuse alaskaaladega. Patsientide grupis leiti statistiliselt olulisi korrelatsioone Neurootulisuse, Ekstravertsuse, Meelekindluse ja negatiivsete tuumikhinnangute alaskaalade vahel, esinesid üksikud statistiliselt olulised korrelatsioonid ja Avatuse ja Sotsiaalsuse alaskaalade ja negatiivsete tuumikhinnangute vahel (Lisa 7). Kontrollgrupis leidi statistiliselt olulisi korrelatsioone peamiselt Neurootulisuse ja Meelekindluse alaskaalade ja negatiivsete tuumikhinnangute vahel, esinesid üksikud statistiliselt olulised korrelatsioonid ka Avatuse ja Sotsiaalsuse alaskaalade ja negatiivsete tuumikhinnangute vahel (Lisa 8).

Neurootilisus jaguneb omakorda alaskaaladeks: Ärevus (N1), Viha (N2), Masendus (N3), Ujedus (N4), Liialdamine (N5) ja Abitus (N6). Järgnevalt leiti Neurootilisuse alaskaalade ja Negatiivsete tuumikhinnangute, Funktsionaalse kontrolli ja Düssotsiaalse kontrolli alaskaalade vahelised korrelatsioonid nii patsientide grupis kui kontrollgrupis. Patsientide grupis esinesid statistiliselt olulised seosed Ärevuse ja kõikide Neurootilisuse alaskaala tulemuste vahel. Abituse alaskaala tulemused olid statistiliselt olulises seoses kõikide Negatiivsete tuumikhinnangute alaskaalade tulemustega ja ka kõikide Funktsionaalse

Tabel 13. Patsientide Neurootilisuse alaskaalade ja Negatiivsete tuumikhinnangute, Funktsionaalse kontrolli ja Düssotsiaalse kontrolli alaskaalade vahelised korrelatsioonid

Alaskaalad	Isiksuseomadus					
	N1	N2	N3	N4	N5	N6
<i>Negatiivsed tuumikhinnangud</i>						
Depressioon	,502**	,233	,672**	,530**	,149	,494**
Ärevus	,512**	,530**	,455**	,505**	,242*	,477**
Agorafoobia-paanika	,393**	,439**	,377**	,552**	,086	,547**
Sotsiaalärevus	,369**	,218	,416**	,692**	,161	,575**
Asteenial	,350**	,189	,483**	,409**	-,052	,330**
Unetus	,229	,215	,242*	,318**	,009	,206
Negatiivne enesehinnang	,382**	,163	,685**	,546**	,277*	,643**
Tähelepanu sisetakistused	,471**	,304*	,474**	,565**	,150	,604**
Tähelepanu välistakistused	,256*	,255*	,238	,526**	-,067	,394**
Väline kontrollkese	,088	,364**	,080	,377**	,201	,405**
Tähelepanu kontroll	-,394**	-,059	-,298*	-,401**	-,307*	-,420**
Negatiivne kärsitus	,057	,238	,060	,150	,741**	,402**
Positiivne kärsitus	-,039	,108	,251*	,223	,516**	,337**
Oma headuse upitamine teiste kaudu	,005	-,017	,153	,102	,404**	,284*
<i>Funktsionaalne kontroll</i>						
Planeerimise tüüpi kontroll	-,122	-,005	-,155	-,031	-,404**	-,251*
Ettekatsetus	-,174	-,159	-,241*	-,089	-,585**	-,251*
Vastutustundlikkus	-,100	-,176	-,119	-,275*	-,460**	-,451**
Püsivus	-,230	-,125	-,210	-,361**	-,355**	-,470**
<i>Düssotsiaalne kontroll</i>						
Oma headuse upitamine teiste kaudu	,005	-,017	,153	,102	,404**	,284*
Teistega manipuleerimine	-,308*	-,169	-,112	-,458**	,207	-,141
Nartsissismi lühiskaala	,086	-,269*	,018	-,086	,394**	-,059
Psühhopaatilisuse alaskaala	-,317**	,028	-,259*	-,161	,208	-,088

Märkused: Märkused: N1 – Ärevus; N2 – Viha; N3 – Masendus; N4 – Ujedus; N5 – Liialdamine; N6 – Abitus

kontrolli alaskaalade tulemustega. Negatiivse enesehinnangu alaskaala tulemused olid statistiliselt olulises seoses enamuse Neurootilisuse alaskaalade tulemustega, välja arvatud

Viha alaskaala tulemustega. Negatiivse kärsituse alaskaala tulemuste ja Liialdamise alaskaala tulemuste vahel on väga tugev positiivne seos (Tabel 13).

Kontrollgrupi tulemustest väärivad väljatoomist, et võrreldes patsientide grupiga, on Negatiivse kärsituse alaskaala tulemused statistiliselt olulises seoses kõikide Neurootilisuse alaskaalade tulemustega. Oma headuse upitamine teiste kaudu alaskaala tulemused on statistiliselt olulises seoses Viha, Masenduse ja Ujeduse alaskaala tulemustega, aga mitte Liialdamise ja Abitus alaskaalade tulemustega nagu on patsientidel. Unetuse alaskaala tulemused on statistiliselt

Tabel 14. Kontrollgrupi Neurootilisuse alaskaalade ja Negatiivsete tuumikhinnangute, Funktsionaalse kontrolli ja Düssotsiaalsuse alaskaalade vahelised korrelatsioonid

Alaskaalad	Isiksuseomadus					
	N1	N2	N3	N4	N5	N6
<i>Negatiivsed tuumikhinnangud</i>						
Depressioon	,408**	,282*	,517**	,393**	,353**	,362**
Ärevus	,385**	,458**	,457**	,286*	,337**	,388**
Agorafoobia-paanika	,252*	,089	,175	,193	,140	,240*
Sotsiaalärevus	,330**	,065	,182	,385**	,307*	,109
Asteenial	,454**	,209	,390**	,381**	,426**	,331**
Unetus	,257*	,013	,127	,181	,366**	,159
Negatiivne enesehinnang	,429**	,295*	,729**	,546**	,530**	,610**
Tähelepanu sisetakistused	,470**	,374**	,521**	,417**	,545**	,598**
Tähelepanu välistakistused	,216	,517**	,457**	,183	,404**	,303*
Väline kontrollkese	,274*	,228	,352**	,308*	,368**	,376**
Tähelepanu kontroll	-,517**	-,410**	-,485**	-,349**	-,521**	-,520**
Negatiivne kärsitus	,514**	,396**	,388**	,381**	,673**	,325**
Positiivne kärsitus	,304*	,389**	,456**	,316**	,451**	,410**
Oma headuse upitamine teiste kaudu	,148	,004	,244*	,345**	,195	,225
<i>Funktsionaalne kontroll</i>						
Planeerimise tüüpi kontroll	-,097	-,033	-,154	-,120	-,088	-,119
Ettekavatsetus	-,234	-,203	-,090	-,112	-,355**	-,125
Vastutustundlikkus	-,204	-,076	-,288*	-,286*	-,251*	-,428**
Püsivus	-,263*	-,127	-,318**	-,135	-,357**	-,496**
<i>Düssotsiaalsus</i>						
Oma headuse upitamine teiste kaudu	,148	,004	,244*	,345**	,195	,225
Teistega manipuleerimine	-,181	,083	-,070	-,343**	-,212	-,179
Nartsissismi lühiskaala	-,036	,147	,006	-,106	,042	-,046
Psühhopaatilisuse alaskaala	-,005	,036	,131	-,019	,030	,260*

Märkused: N1 – Ärevus; N2 – Viha; N3 – Masendus; N4 – Ujedus; N5 – Liialdamine; N6 – Abitus

olulises seoses Liialdamisega, aga samas patsientidel on nende alaskaalade vaheline seos mittoluline. Sealjuures on kontrollgrupis Väliste kontrollkeskme alaskaalade korrelatsioonide

tulemused statistiliselt olulised enamuse Neurootilisuse alaskaaladega, välja arvatud Vihaga, kusjuures patsientidel on siin oluline seos ilmnenud (Tabel 14).

Võrreldes omavahel patsientide ja kontrollgrupi isiksuseomaduste ja negatiivsete alaskaalade omavahelisi korrelatsioone Fisheri z -transformatsiooni ja Studenti t -testiga, võime välja tuua kahe grupi siseste korrelatsioonide statistiliselt olulised gruppide vahelised erinevused (Tabel 15).

Tabel 15. Patsientide ja kontrollgrupi Negatiivsete tuumikhinnangute alaskaalade vaheliste korrelatsioonide võrdlus

Korreleeritavad alaskaalad	Patsiendid	Kontrollgrupp	p
N – Agorafoobia-paanika	,583**	,235	,014*
N – Psühhoopaatilise alaskaala	-,127	,492**	,000**
N1 – Negatiivne kärsitus	,057	,514**	,003**
N1 – Positiivne kärsitus	-,039	,304*	,042*
N2 – Agorafoobia-paanika	,439**	,089	,028*
N2 – Tähelepanu välistakistused	,225*	,517**	,048*
N2 – Tähelepanu kontroll	-,059	-,410**	,030*
N3 – Negatiivne kärsitus	,060	,388**	,044*
N4 – Agorafoobia-paanika	,552**	,193	,014*
N4 – Tähelepanu välistakistused	,526**	,183	,023*
N4 – Püsivus	-,361**	,135	,003**
N5 – Nartsissismi lühiskaala	,394**	,042	,031*
N5 – Asteenia	-,052	,426**	,003**
N5 – Tähelepanu sisetakistused	,150	,545**	,008**
N5 – Tähelepanu välistakistused	-,067	,404**	,004**
N6 – Agorafoobia-paanika	,547**	,240*	,033*
N6 – Sotsiaalärevus	,574**	,109	,001**
E – Tähelepanu sisetakistused	-,594**	-,265*	,017*
E – Tähelepanu välistakistused	-,654**	-,039	,000**
E – Teistega manipuleerimine	,543**	,181	,014*
E – Nartsissismi lühiskaala	,399**	,060	,037*
E – Psühhoopaatilise alaskaala	,307*	-,198	,002**
O – Vastutustundlikkus	-,094	,286*	,025*
O – Nartsissismi lühiskaala	,547**	,205	,021*
A – Väline kontrollkese	-,319**	,019	,044*
A – Negatiivne kärsitus	-,447**	,009	,004**
C – Asteenia	-,119	-,434**	,047*

Märkus: N – Neurootilisus, N1 – Ärevus; N2 – Viha; N3 – Masendus; N4 – Ujedus; N5 – Liialdamine; N6 – Abitus; E – Ekstraversus; O – Avatus; A – Sotsiaalsus; C – Meelekindlus; p – statistilise olulisuse tõenäosus. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Välja toodud korrelatsioonidest on märkimisväärne välja tuua erinevus Neurootilisuse – Psühhopaatilisuse alaskaala vahel ($p = ,000$) ja Ekstravertsuse ja Tähelepanu välistakistuste alaskaala vahel ($p = ,000$).

Patsientide ja kontrollgrupi Neurootilisuse alaskaalade ja EPIP-NEO võrdlus tehti ANOVA ja Mann-Whitney testiga, mis näitas statistiliselt olulisi erinevusi kõigil Neurootilise alaskaaladel ning EPIP-NEO Neurootilisuse, Ekstravertsuse ja Meelekindluse skaalade tulemustes. Gruppidevaheliste erinevuste efekti suurus arutati ning see on tabelis esitatud Coheni' d veerus (LISA 9).

Patsientide ja kontrollgrupi EPIP-NEO tulemuste sooline võrdlus tehti ANOVA ja Mann-Whitney-ga, mis näitas statistiliselt olulist gruppidevahelist erinevust Neurootilisuse, Ekstravertsuse ja Meelekindluse alaskaaladel nii meestel kui naistel. Avatuse osas avaldusid erinevused ainult naistel. Sotsiaalsuse puhul puudusid erinevused nii naiste kui meeste vahel (Tabel 16).

Tabel 16. Patsientide ja kontrollgrupi isiksuseomaduste võrdlus sugude kaupa

Isiksuseomadus	Naised			Mehed		
	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Mann-Whitney</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Mann-Whitney</i>
N	69,959	,000**	,000**	49,724	,000**	,000**
E	32,272	,000**	,000**	18,389	,000**	,000**
O	20,197	,000**	,000**	,303	,584	,742
A	1,679	,199	,220	,470	,496	,515
C	15,112	,000**	,000**	27,704	,000**	,000**

Märkus: N – Neurootilisus; E – Ekstravertsus; O – Avatus; A – Sotsiaalsus; C – Meelekindlus; *F* – *F*-statistik; *p* – statistilise olulisuse tõenäosus; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

5. ARUTELU JA JÄRELDUSED

Käesoleva uurimuse ülesandeks oli leida vastus küsimusele, kas tervetel ja depressiooni diagnoosiga patsientidel on erinevusi negatiivsetes enesekohastes tuumikhinnangutes. Uurimuses osalenud 69 depressiooni diagnoosiga patsiendi ja 69 terve inimese tulemusi võrreldes paariti võrdlemise meetodil soo ja vanuse põhjal. Tulemuste analüüsimisel kerkisid välja olulised järeldused.

Esiteks, patsiendid ja kontrollgrupp erinesid teineteisest negatiivsete enesekohaste tuumikhinnangute alaskaalade tulemuste poolest, välja arvatud Nartsissismi lühiskaala ja Psühhopaatilisuse alaskaala näitude poolest. Kahe grupi võrdlusena võib öelda, et depressiooni haigestunud erinesid oma enesekohastes hinnangutes oluliselt tervetest inimestest enamike alaskaalade tulemustes, mis osaliselt kinnitab käesolevas uurimuses püstitatud hüpoteesi.

Patsientidel on tunduvalt kõrgemad tulemused negatiivse enesehinnangu alaskaalal võrreldes kontrollgrupiga, mis sisuliselt viitab sellele, et patsientidel on tunduvalt madalam enesehinnang ja negatiivsem mina-pilt. Oluline on välja tuua, et kontrollgrupil oli negatiivne enesehinnang positiivses seoses positiivse kärsitusega ja nartsissismi ühe alaskaalaga (Oma headuse upitamine teiste kaudu), samas kui patsientidel ei olnud need konstruktid omavahel olulises seoses. Positiivne kärsitus on aga üks osa impulsiivsusest ja sisuliselt viitab kalduvusele tegutseda intensiivse positiivse emotsionaalsuse foonil kiirustades ja läbimõtlematult. Põhjus, miks patsientidel ei esinenud negatiivse enesehinnangu ja positiivse kärsituse vahel olulist seost, võib olla asjaolu, et depressioon on negatiivse afektiivsuse häire ja selle üheks peamiseks sümptomiks peetakse anhedooniat ehk vähenenud võimet reageerida positiivsele stiimulile (Dunn, 2012).

Kuigi tulemuste kohaselt on patsientidel kõrgemad tulemused nii negatiivse enesehinnangu alaskaalal kui ka positiivse kärsituse alaskaalal, mis viitaks justkui, et patsiendid on positiivselt kärsitunud, kuid ometi ei esine olulist seost negatiivse enesehinnangu ja positiivse kärsituse vahel. Teisalt on patsientidel kõrgemad tulemused ka negatiivse kärsituse alaskaalal. Siit aga võiks järeldada, et kuigi patsientidel on vähenenud võime reageerida positiivsele stiimulile ning ühtlasi esineb neil düsfunktsionaalset reaktiivsust ka negatiivsetele stiimulitele

(Bylsma, Morris, & Rottenberg, 2008), on nad siiski kontrollgrupist tunduvalt impulsiivsemad oma käitumiselt. Ka varasemalt on leitud, et depressiivsed patsiendid on märkimisväärselt impulsiivsemad kui terved inimesed (Chrabol, Labeyrie, Rodgers, & Levenson, 2010; Peluso, *et al.*, 2007). Samas, kõrvuti patsientide negatiivse hinnanguga endale, on neil ka negatiivne suhtumine maailma ja tuleviku suhtes ja lisaks kogevad depressiivsed inimesed anhedooniat, mistõttu on nad tunduvalt tuimemad mitmete elu aspektide suhtes ja neil põhjustel võib ka nende käitumine olla hoolimatam ja ühtlasi impulsiivsem enda ja teiste suhtes.

Negatiivsete tuumikhinnangute näitudest lähtuvalt on patsientidel häirunud ka nii tähelepanu kui kontrolli mehhanismid. Nimelt on patsientidel võrreldes tervetega tunduvalt kõrgemad tulemused nii tähelepanu sise- ja välistakistuste kui ka välise kontrollkeskme alaskaaladel. Samas on tähelepanu kontrolli alaskaalal patsientidel tunduvalt madalamad tulemused võrreldes kontrollgrupiga. Varasemalt on leitud, et depressiooniga patsientidel on häiritud tähelepanu (Reinholt-Dunne, Mogg, & Bradley, 2013; Latenbacher, Sernal, & Kreig, 2002), sealjuures on neil ka madalam tähelepanu- ja enesekontroll (Muris, Pennen, van der Sigmond, & Mayer, 2008), ühtlasi on nende reaktsioonid aeglasemad võrreldes tervetega (Latenbacher, Sernal, & Kreig, 2002) ning tähelepanu paindlikkus on samuti häiritud (Reinholt-Dunne, Mogg, & Bradley, 2013). Depressiooni diagnoosiga patsientide tähelepanu häiritus võib vähemalt osalt olla seotud mitmete depressiooni sümptomitega nagu probleemid unega ja ühtlasi ka väsimuse ning jõuetusega, mis avalduvad tähelepanuressursside nappusena. Patsientide aeglasem reageerimine võib samuti olla seotud jõuetuse, uneprobleemide ja väsimusega, kuid ühtlasi ka asjaoluga, et depressiivsed patsiendid on oma erksuselt ja emotsioonidelt tuimemad.

Ühtlasi on oluline välja tuua leid, et patsientidel on tähelepanu sise- ja välistakistused ning tähelepanu kontroll statistiliselt oluliselt seotud kõikide EEK-2 alaskaalade tulemustega, samas kui kontrollgrupil puuduvad olulised seosed ühelt poolt samade alaskaalade ja teiselt EEK-2 alaskaalade tulemuste vahel. Märkimist väärib asjaolu, et kontrollgrupis puuduvad statistiliselt olulised seosed tähelepanu välistakistuste ja EEK-2 alaskaalade (Agorafoobia-paanika, Sotsiaalärevus, Asteenias ja Unetus) näitude vahel, mis patsientide grupis on aga statistiliselt olulised. Võimalik, et selliste tulemuste üheks põhjuseks on asjaolu, et depressioon on tihtipeale komorbiidne erinevate ärevushäiretega ja teisalt on asteenias ja unetus sageli depressiooni sümptomiteks, mistõttu on tähelepanu välistakistused seotud

depressiooniga. Depressioonis patsiendid aga on maailma suhtes negatiivselt meelestatud, mistõttu võib nende tähelepanu olla ümbritseva keskkonna mõjudest tulenevalt enam häiritud kui tervetel inimestel. Üks põhjustest, miks tulemused sellised on, võib olla asjaolu, et terved inimesed said neil EEK-2 alaskaaladel madalamad tulemused ehk siis neil esineb vähem probleeme magamisega, neil esineb vähem sotsiaalärevust ja agorafobiat ning ühtlasi esineb neid vähem jõuetust, mistõttu ei saagi need tegurid tervete inimeste tähelepanu nii palju mõjutada, kui depressioonis patsientidel. Varasemalt on leitud, et tähelepanu kontrolli mõjutavad nii depressioon, ärevus kui ka agressiivsus (Muris, Pennen, van der Sigmond, & Mayer, 2008).

Mitmetest töödest selgub, et depressiivsed patsiendid on võrreldes tervetega impulsiivsemad (Peluso *et al.*, 2007) ja depressiivsetel ning ärevatel inimestel on madalam enese- ja tähelepanukontroll (Muris *et al.*, 2008), mis omakorda viib arvukamate impulsiivsemate otsuste ja käitumiseni. Kuigi impulsiivsusega kaasneb rohkem elusündmusi ja juhtumisi, on siiski leitud, et tavaliselt on neil sündmustel pigem väike võimalik oht patsiendi elule (Farmer *et al.*, 2001), mis tegelikult ei anna otseselt põhjust oletuseks, et impulsiivsed inimesed oleksid depressiivsemad. Üks võimalikke põhjuseid, miks impulsiivse käitumisega või kaasneva depressiooniga, on kärsitus, mis toob kaasa kiireid impulsiivseid otsuseid. Impulsiivsed otsused pole aga kaalutletud ning võivad inimese elu negatiivses suunas muuta. Näiteks impulsiivsed otsused võivad omakorda viia ülemääraste võlgadeni, mis jällegi on uue stressi allikaks. Impulsiivsed inimesed kipuvad reageerima kiiresti ja läbi mõtlemata ning sealjuures tegema elus valesid valikuid. Impulsiivsemad inimesed kipuvad kannatuse ja püsivuse puudusel loobuma kiiremini oma seatud eesmärkidest, mis toob kaasa negatiivseid emotsioone. Impulsiivsuse eri tahkude sekka kuuluvad nii püsivus kui ka ettekavatsetus, mis on aga tugevalt seotud nii tähelepanu kui kontrolliga. Käesolevas uurimuses selgub, et terved inimesed on püsivamad ja vastutustundlikumad. Kuna tähelepanu, kontroll ja impulsiivsus on seotud nii omavahel kui ka depressiooniga, oligi loogiline oodata erinevusi kontrollgrupi ja patsientide vahel.

Käesolevas töös uuriti depressiivsetel patsientidel ja tervetel inimestel ka isiksuse „tumedamaid“ tahke, milleks on psühhopaatilisus ja nartsissism. Varasemalt on palju arutletud depressiooni ja psühhopaatilisuse koosinemise üle. Käesolevate uurimuse tulemustest selgub, et patsientidel olid võrreldes kontrollgrupiga mõnevõrra, kuid mitte

statistiliselt oluliselt kõrgemad tulemused Psühhopaatilisuse alaskaalal. Varasemalt on leitud, et depressiivsus ja psühhopaatilisus välistavad üksteist (Stinson, Becker, & Tromp, 2005; Lovelace & Gannon, 1999), kuna depressiivsed inimesed kogevad anhedooniat ega soovi enam tegeleda meelepäraste tegevustega, samas kui psühhopaadid on käitumiselt hoolimatud ja otsivad tegevusi, mis tekitaksid neis psühholoogilist erutust (Stinson, Becker, & Tromp, 2005). Depressioonis patsiendid on käitumiselt vähem aktiivsed võrreldes tervetega, ühtlasi on nad käitumiselt impulsiivsemad ja üldiselt tuimemad. Psühhopaatilisust on kirjeldatud selliste iseloomuomadustega nagu vähene võime tunda empaatiat või kaastunnet, „seiklusi“ otsiv, impulsiivne, hoolimatu, kalk, manipuleeriv ja pealiskaudne käitumine (Stinson, Becker, & Tromp, 2005). Samas uuemates uuringutes pannakse kahtluse alla varem eeldatud haavatavuse puudumine esileküündivate psühhopaatiliste joonte kandjatel (Miller *et al.*, 2010). Käesolevas uurimuses leiti, et patsiendid erinevad tervetest nartsissistlike omaduste poolest, nimelt leiti statistiliselt oluline erinevus Teistega manipuleerimise alaskaalal, mis näitas, et terved inimesed on oluliselt manipuleerivamad kui depressioonis patsiendid. Sealjuures teise nartsissismi alaskaala (Oma headuse upitamine teiste kaudu) tulemused erinesid grupiti oluliselt, kuid leiti, et patsiendid on selles osas nartsissistlikumad. Kokkuvõttes võib öelda, et käesolevas uurimuses ei leitud olulisi seoseid psühhopaatilisuse ja depressiooni vahel ning ühtlasi on depressioonis patsiendid vähem manipuleerivad ja samas püüavad oma headust teiste kaudu rohkem tõsta kui terved. Arvestades depressiooni sümptomeid, on tulemused tegelikult üsna loogilised. Esiteks, psühhopaatilisus ja depressioon on väga erinevad ning ka varasemalt pole leitud olulisi tõestusi nende omavaheliseltele seostele. Teiseks, kuna patsientide enesehinnang on negatiivsem tervetega võrreldes, siis võib-olla nad otsivadki pigem enesehinnangu tõstmist teiste poolt. Ühtlasi räägivad depressioonis patsiendid sageli, et neist pole kasu ja kellelgi pole neid vaja, mistõttu on loogiline, et nad ootavad, et neile antaks mõista, et neid ümbritsevatel inimestel on neid vaja. Loomulikult vajavad ka terved inimesed tunnet, et neid on kellelgi vaja, kuid tingituna ebarealistlikult negatiivsest mina-pildist ja negatiivsusest maailma suhtes, võiks arvata, et depressiivsete jaoks on see eriti oluline. Varasemalt jõudsid ka Kealy, Tsai ja Ogrodniczuk (2012) oma uuringu tulemustes järeldusele, et depressioon on positiivselt seotud nartsissistliku haavatavusega, mis aga viitab enesehinnanguga seotud haavatavusele.

Mis aga puudutab teistega manipuleerimist, siis on loogiline, et terved inimesed on teiste suhtes manipuleerivamad kui depressiivsed patsiendid. Ühelt poolt on depressiivsetel häiritud

nii tähelepanu kui enesekontroll, sealjuures on nad sageli jõuetud, on emotsionaalselt tuimemad ega tunne enam rõõmu meelepärastest tegevustest, mis võib kõik viidata sellele, et neil põhjustel depressiivsed manipuleerivadki vähem, kuna depressioon kui haigus juba iseenesest nõuab neilt palju energiat ja tähelepanu. Teisalt aga mitmed depressiivsed patsiendid, kellel on häire juba krooniliseks muutunud, võivad olla võtnud omaks õpitud abituse ning võiks arvata, et õpitud abitusega patsiendid on manipuleerivamad tervetest, sest nad on harjunud, et keegi aitab neid ja nad ei saagi ise hakkama ja kuna pereliikmetele võib õpitud abitusega patsient mõjuda kurnavalt, siis võib juhtuda, et õpitud abitus viib pereliikmetega manipuleerimiseni. Õpitud abituse ja nartsissismi seosed vajavad edasist põhjalikumalt uurimist.

Teiseks, depressiooni diagnoosiga patsiendid said kõikidel EEK-2 alaskaaladel tunduvalt kõrgemaid tulemusi kui kontrollgrupp, mis kinnitab üht osa teisest hüpoteesist. Depressiivsetel inimestel on oluliselt suuremad raskused magamisega. Oluline on välja tuua, et patsientidel oli unetus positiivses seoses kõikide teiste EEK-2 alaskaaladega, samas kui kontrollgrupi tulemused näitavad, et unetus on statistiliselt olulises seoses vaid asteeniaga, mis võiks viidata sellele, et unetusel on siiski depressioonis väga oluline osa. Ka varem on unetust peetud üheks depressiooni sümptomiks (Baglioni *et al.*, 2011; Selvi *et al.*, 2010) ja leitud, et unetuse all kannatavatel inimestel on teistest mitu korda suurem risk depressiooni haigestuda (Baglioni *et al.*, 2011). Unetus on aga seotud emotsioonide regulatsiooni ja seetõttu paljude erinevate psüühikahäiretega (Baglioni *et al.*, 2011).

Depressiooniga patsientidel esineb rohkem sotsiaalärevust ja üldist ärevust võrreldes kontrollgrupiga, mis võib olla tingitud sellest, et depressioon on komorbiidne haigus. Tedaolevalt on depressioon tihti komorbiidne just ärevuse või sotsiaalärevusega (Almeida *et al.*, 2011; Bitsika & Sharpley, 2012), mis osaliselt võib ka käesoleva uurimuse tulemusi selgitada. Lisaks unetusele on patsientidel kontrollgrupiga võrreldes tunduvalt suuremad probleemid agorafaobia-paanikaga. Samas on varasemalt ka leitud, et agorafaobia-paanika on üks neist häiretest, mis võib depressiooniga kaasneda ning nende kahe häire koosinemine mõjutab inimese elukvaliteeti tunduvalt rohkem kui kumbki häire üksinda (Davidson, Wingate, Grant, Judah, & Mills, 2011; Brown, Gaudiano, & Miller, 2010). Meie uurimusest osa võtnud patsientidest oli M.I.N.I.5.0.0. järgi rohkem kui pooltel käesolevalt Agorafaobia, mis ühtlasi võib uurimuse äsjakirjeldatud tulemusi selgitada.

Teine osa teisest hüpoteesist on seotud isiksuse viie faktori mudeli kohaste isiksuseomadustega. Selgus ootuspärane erinevus depressiivsete ja tervete inimeste isiksuseomadustes. Depressiivsete patsientide ja tervete vahel leiti statistiliselt oluline erinevus nii Neurootilisuse, Ekstraverstuse, Avatuse kui ka Meelekindluse alaskaalade tulemustes. Sealjuures erinesid patsiendid ja kontrollgrupp ka Neurootilisuse kitsamate tahkude poolest. Patsiendid said Neurootilisuse ja kõikide selle kitsamate tahkude osas kõrgemaid tulemusi. Sealjuures Ekstraverstuse osas olid kõrgemad tulemused kontrollgrupil. Ka varasematest uuringutest selgub, et Suure Viisiku isiksuseomadused on väga tugevalt seotud depressiooniga, eriti Neurootilisus ja Ekstraverstus (Renner, Penninx, Peeters, Cuijpers, & Huibers, 2014; Spinhoven *et al.*, 2014; Kotov, Gamez, Schmidt, & Watson, 2010). Sealjuures on välja toodud, et depressiivsed patsiendid on neurootilisemad kui terved ning terved seevastu on ekstravertsemad (Kotov, *et al.*, 2005), mis toetab käesoleva uurimuse tulemusi. Neurootilisuse kitsamad tahud on: Ärevus (N1), Viha (N2), Masendus (N3), Ujedus (N4), Liialdamine (N5) ja Abitus (N6) (Costa & McCrae, 1992). Käesoleva uurimuse tulemuste kohaselt on depressiivsed inimesed ärevamad, vihasemad, rohkem masenduses, ujedamad, liialdavad rohkem ning on abitumad võrreldes kontrollgrupiga. Varasemalt on Naragon-Gainey ja Watson (2014) leidnud oma uurimuses, et depressioon on seotud suurema vihaga (N2), teiste Neurootilisuse kitsamate tahkude osas nad seoseid ei leidnud. Varasemalt on teada, et depressiivsed patsiendid on neurootilisemad ja ühtlasi näevad nad ennast, maailma ja tulevikku negatiivsena, mistõttu on võimalik, et nad kogevad rohkem viha enda ja maailma suhtes. Ühtlasi võivad nad olla sellest tingituna ärevad, kuna tihtipeale on depressioon ikkagi komorbiidne ärevusega ning nende abitus võib olla seotud kogetava jõuetuse, väsimuse, lootusetuse ja negatiivse maailmapildiga, mille tõttu võivad nad tunda abitust enda ja teiste suhtes. Mitmed depressiivsed patsiendid viitavad sageli sellele, et nad ei saa oma eluga hakkama ja nad ei parane kunagi, sest ei psühhiaatrid ega psühholoogid suuda neid aidata ning isegi mainitakse, et isegi ravimid neid enam ei aita. Mis puudutab aga liialdamist, siis see võib olla seotud negatiivsete automaatmõtetega, millega depressiivsetel patsientidel on raske toime tulla. Negatiivsed automaatmõtted sisaldavad tihtipeale liialdavaid väljendeid nagu „kõik on halvasti“ ja „ma tunnen end kogu aeg väsinuna“ ning kui depressiivsed patsiendid neist automaatmõtetest räägivad, siis sageli nad ka usuvad neid mõtteid, mis võivad kõrvaltvaatajatele tunduda ebareaalsetena ja selgete liialdustena.

Meelekindluse tahkudeks on enesetõhusus (C1), korralikkus (C2), kohusetundlikkus (C3), saavutusvajadus (C4), enesedistsipliin (C5) ja ettevaatlikkus (C6). Kontrollgrupi oluliselt kõrgem meelekindlus patsientidega võrreldes võib viidata sellele, et terved inimesed seavad endale eesmärgid ja püüavad neid täita. Samas on neil piisavalt kõrge enesedistsipliin ja kohusetundlikkus, mis võib neid eesmärgini ka viia. Sealjuures on nad pigem ettevaatlikumad ning võimalik, et sel põhjusel võtavad nad vähem riske, mis omakorda võib neid hoida negatiivsetest elusündmustest. Siiski on ka vastupidiseid tõendeid, mille kohaselt Meelekindlus on positiivselt seotud negatiivsete emotsioonide intensiivsusega (Karreman *et al.*, 2013), mis omakorda võib viia depressioonini. Üheks seletuseks võib siin olla liiga kõrgete eesmärkide seadmine ning liialt suured nõudmised iseendale, mis viivad negatiivsete emotsioonideni, kui peaks tekkima tagasilangus eesmärkide täitmisel või elus üldisemalt. Meelekindlusel on oma roll depressioonis, kuid see võib sõltuda näiteks olemasolevatest Neurootilisuse ja ka Avatuse tasemetest. Patsiendid ja kontrollgrupp ei erinenud oluliselt sotsiaalsuse isiksuseomaduses, mis on mõneti huvitav tulemus, kuna teadaolevalt on Sotsiaalsus seotud depressiooniga. Karreman *et al.* (2013) leidsid, et kõrgema sotsiaalsusega inimestel on vähem depressiooni sümptomeid, mis on seotud positiivsete emotsioonide kõrgema intensiivsusega. Ilmselt on kõrgema sotsiaalsusega inimesed altimad otsima depressiooni korral enam sotsiaalset toetust kui madalama sotsiaalsusega inimesed sarnastes olukordades. Isiksuseomadused mängivad olulist rolli depressiooni diagnoosimisel. Nimelt võivad sarnaste depressiooni sümptomitega inimesed erineda esitatud kaebuste osas, kuna näiteks ekstravertsemad inimesed annavad oma sümptomitest suurema tõenäosusega teada (Karreman *et al.*, 2013).

Kolmandaks, võrreldes tervetega, erinevad depressiooni diagnoosiga patsientide enesekohaste negatiivsete tuumikhinnangute, isiksuseomaduste ja emotsionaalse enesetunde näitude korrelatsioonide väärtused omavahel oluliselt vaid osaliselt. Negatiivsete tuumikhinnangute alaskaalade vahel olid statistiliselt olulised erinevused peamiselt EEK-2 alaskaalade ja tähelepanuga seonduvate alaskaalade korrelatsioonide vahel. Mis aga puudutab isiksuseomadusi, siis esines kõige rohkem erinevusi kahe grupi korrelatsioonide vahel Neurootilisuse ja Neurootilisuse kitsamate tahkude ning teiste alaskaalade vahel. Kui eelnevalt oli juttu psühhopaatilisusest ja nartsissismist, siis siinkohal tulid välja huvitavad seosed. Nimelt esines patsientide puhul negatiivne statistiliselt mitteoluline seos psühhopaatilisuse ja Neurootilisuse vahel, samas kui kontrollgrupis oli nende alaskaalade

vahel positiivne statistiliselt oluline seos, ning kahe korrelatsiooni võrdlemisel ilmnes statistiliselt oluline erinevus. Sisuliselt tähendab see leid, et neurootilisemad kontrollgrupi liikmed on psühhopaatilisemad ja depressiivsed patsiendid, kes tulemuste kohaselt on tervetest neurootilisemad, ei ole märkimisväärselt psühhopaatilised, mis võib tõesti viidata Stinson, Becker ja Tromp (2005) ning Lovelace ja Gannon (1999) tulemustele, et depressiivsus ja psühhopaatilisus välistavad üksteist. Ja vastupidiselt neurootilisusele esines depressiivsetel patsientidel positiivne statistiliselt oluline seos Ekstravertsuse ja psühhopaatilisuse vahel, samas kui kontrollgrupil oli seos negatiivne ja statistiliselt mitteoluline. Ühtlasi on märkimist väärt, et käesolevas uurimuses oli kontrollgrupi puhul Meelekindlus seotud psühhopaatilisusega statistiliselt oluliselt, ehkki negatiivselt, samas kui varasemalt on leitud, et psühhopaatilisus on seotud meelekindlusega positiivselt (Mullins-Sweatt, Glover, Derefinko, Miller, & Widiger, 2010), mis räägib käesolevatele tulemustele vastu.

Mis aga puudutab nartsissismi, siis esines depressiivsetel patsientidel statistiliselt oluline positiivne seos Nartsissismi lühiskaala ja Ekstravertsuse ning Avatuse vahel, samas kui kontrollgrupis ei olnud nende alaskaalade seosed statistiliselt olulised. Sisuliselt tähendavad need tulemused, et kontrollgrupp, kes antud uurimuse tulemustena on patsientidest ekstravertsemad ja avatumad, ei ole niivõrd nartsissistlikud kui seda on patsiendid. Samas just patsientidel on nartsissism positiivses statistiliselt olulises seoses Ekstravertsuse ja Avatusega, mis viitab sellele, et patsientide puhul kaasnevad kõrgema nartsissismiga ja kõrgem Ekstravertsus ja Avatus. Nartsissism on ikkagi mõjutatud depressiooni poolt või vastupidi, sest ka varasemalt on leitud, et nartsissistlike omadusi peetakse mediaatoriks depressiivse meeleolu ja kalkuse vahel (Chabrol *et al.*, 2010).

Käesoleva uurimuse tulemustest väärib veel märkimist suitsidaalsuse kõrge esinamus patsientidel – rohkem kui 88% neist esines suitsidaalsust M.I.N.I.5.0.0. alusel. Depressioonist rääkides ei saa suitsidaalsusest mööda vaadata. Teadaolevalt on depressioon väga tugevalt seotud suitsiidmõtete ja -katsetega (Corruble *et al.*, 2003) ja teiste psüühikahäirete, näiteks agorafobia-panika (Brown *et al.*, 2010; Davidson *et al.*, 2011) ja PTSD (Cougles *et al.*, 2009) koosinemine depressiooniga kõrgendab suitsidaalse käitumise riski veelgi enam. Depressiooniga kaasneva suitsidaalsusega on seotud ka halb unekvaliteet (Selvi *et al.*, 2010) ja kõrge impulsiivsus (Dumais *et al.*, 2005; Ortin *et al.*, 2012). Ka käesolevas uuringus on

tõendeid, et depressiivsetel on raskusi unega ja neil on kõrgem impulsiivsus võrreldes tervetega. Ühtlasi tuleb ka silmas pidada, et suur osa depressiooni juhtumitest olid komorbiidsed paanikahäire, sotsiaal- ja agorafobia, PTSD ja generaliseerunud ärevushäirega, mis ühtlasi raskendavad depressiooni kui ka tõstavad suitsidaalsuse riski.

Käesoleva uurimuse tulemuste põhjal ei ole võimalik teha kaugeleulatuvaid järeldusi. Esiteks seetõttu, et depressiooni diagnoosiga patsientide seas esines M.I.N.I. järgi vähesel määral ka maniat ja hüpomaniat. Siinkohal võib olla tegemist M.I.N.I. jäikuse ja rangusega, mistõttu võis intervjuudest välja tulla, et mingil osal patsientidest oli peale depressiooni ka mania ja hüpomania sümptomeid. Patsientide tähelepanu on langenud võrreldes terve inimesega (Launtenbacher *et al.*, 2002; Muris *et al.*, 2008), ning seetõttu võisid teatud küsimused tekitada segadust. Patsientides tekkinud segadust pole aga alati võimalik selgitamisega ära kaotada. Tingituna M.I.N.I. rangusest on ainus võimalus esitatud küsimust uuesti korrata, see aga ei pruugi kaotada tekkinud segadust. Siiski, tuleb välja, et depressioon kui diagnoos on võimalik ka 2-3 mania või hüpomania sümptomiga (Azorin *et al.*, 2012). Azorin *et al.* (2012) uurisid depressiivseid patsiente ja neist nn puhtaid depressioone oli 34% ning samas 23,8% olid vähemalt kolme hüpomania sümptomiga. Käesoleva töö intervjuusid läbi viies ei täheldanud autor, et üksi patsient oleks olnud maniakaalses või hüpomaniakaalses seisundis.

Teiseks oleks valim võinud olla mitmekesisem just vanuse aspektist. Kõik täiskasvanuea vanusegrupid olid põhimõtteliselt küll esindatud, kuid see esindatus oleks võinud olla märksa arvukam. Lisaks võiks soovitusena välja tuua, et uurimusse oleks võinud kaasata mitmete haiglate statsionaarses osakonnas viibivaid depressiooni diagnoosiga patsiente, seda nii valimi suuruse kui mitmekesisuse tõstmiseks. Kolmandaks, uurimuses esinesid mitmed tõrked, millega edaspidi peaks arvestama ning neid võimalusel vältima. Uurimuseks välja valitud depressiooni diagnoosiga patsiente oli tegelikult tunduvalt rohkem kui neid, keda intervjueriti. Uuringusse valitute seas oli neid patsiente, kes uuringus osaleda ei soovinud ja samas oli ka neid, kelle juurde uurimusega ei jõutud, kuna nad said enne haiglast välja. Sealjuures oli ka patsiente, kellega küll viidi intervjuu läbi, kuid teadmata põhjusel ei tagastanud nad täidetud ankeete. Edaspidi tuleks olla hoolikam ja rohkem jälgida küsimustike tagastamise protsessi, millest käesolevas uuringus jäi vajaka. Üks võimalus probleemi lahendamiseks on kaasata rohkem uurijaid, mis tagaks efektiivsema ülevaate. Kindlasti tuleb kaaluda ka hälvitatud andmekogumise võimalust, sest uuringus osaleda soovisid just nii-öelda

aktiivsemad patsiendid ja teised mitte, mis võib viia mõnevõrra hälvitatud tulemusteni patsientide osas. Samas kompenseerib andmete hälvitatus riski mõnevõrra asjaolu, et uuringus osales nii kerge, mõõduka kui ka raske depressiooniga patsiente.

Lõpetuseks võib öelda, et käesolevas uuringus leiti oodatav vastus uurimisküsimusele ning püstitatud hüpoteesidest üks leidis kinnitust ja teised kaks leidsid osaliselt kinnitust. Uurimuse tulemuste abil leiti tõendeid, et depressiooni diagnoosiga patsiendid erinevad tervetest negatiivsete enesekohaste tuumikhinnangute, emotsionaalse enesetunde ja isiksuse omaduste osas. Edasine uurimine arvukama valimiga on vajalik põhjapanevamate tulemuste saamiseks ja seniste leidude kinnitamiseks.

KIRJANDUSE LOETELU

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 30, 217-237
- Almeida, O. P., Draper, B., Pirkis, J., Snowdon, J., Lautenschlager, N. T., Byrne, G., Sim, M., Stocks, N., Kerse, N., Flicker, L., Pfaff, J. J. (2012). Anxiety, depression, and comorbid anxiety and depression: risk factors and outcome over two years. *International Psychogeriatrics*, 24(10), 1622-1632
- Aluoja, A., Shlik, J., Vasar, V., Luuk, K., Leinsalu, M. (1999). Development and psychometric properties of the Emotional State Questionnaire, a self-report questionnaire for depression and anxiety. *Nord J Psychiatry*, 53, 443-449
- Anestis, M. D., Joiner, T. E. (2010). Examining the role of emotion in suicidality: Negative urgency as an amplifier of the relationship between components of the interpersonalpsychological theory of suicidal behavior and lifetime number of suicide attempts. *Journal of Affective Disorders*, 129, 261-269
- Azorin, J.-M., Kaladjian, A., Adida, M., Fakra, E., Belzeaux, R., Hantouche, E., Lancrenon, S. (2012). Self-assessment and characteristics of mixed depression in the French national EPIDEP study. *Journal of Affective Disorders*, 143, 109-117
- Berking, M., Wirtz, C.M., Svaldi, J., Hofmann, S.G. (2014). Emotion regulation predicts symptoms of depression over five years. *Behaviour Research and Therapy*, 57, 13-20
- Baglioni, C., Battagliese, G., Feige, B., Spiegelhalder, K., Nissen, C., Voderholzer, U., Lombardo, C., Riemann, D. (2011). Insomnia as a predictor of depression: A meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of Affective Disorders*, 135, 10-19
- Bitsika, V., Sharpley, C. (2012). Comorbidity of anxiety-depression among Australian university students: implications for student counsellors. *British Journal of Guidance & Counselling*, 40(4), 385-394
- Bowling, N. A., Wang, Q., & Li, H. Y. (2012). The moderating effect of core self-evaluations on the relationships between job attitudes and organizational citizenship behavior. *Applied Psychology: An International Review*, 61(1), 97-113
- Brådvik, L. (2013). Last Suicide Attempt before Completed Suicide in Severe Depression: An Extended Suicidal Process May Be Found in Men rather Than Women. *Archives of Suicide research*, 17, 426-433
- Brown, L. A., Gaudiano, B. A., Miller, I. W. (2010). The impact of panic-agoraphobic comorbidity on suicidality in hospitalized patients with major depression. *Depression and Anxiety*, 27, 310-315
- Butler, T., Andrews, G., Allnutt, S., Sakashita, C., Smith, N.E., Basson, J. (2006). Mental disorders in Australian prisoners: a comparison with a community sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 272-276

- Bylsma, L.M., Morris, B.H., Rottenberg, J. (2008). A meta-analysis of emotional reactivity in major depressive disorder. *Clinical Psychology Review*, 28(4), 676-691
- Chabrol, H., Labeyrie, N., Rodgers, R.F., Levenson, M.R. (2010). An exploratory study of the relations between psychopathic traits and depressive symptoms in a non-clinical sample of adolescents. *Revue européenne de psychologie appliquée* 60, 181-187
- Chang, C., Ferris, D. L., Johnson, R. E., Rosen, C. C., & Tan, J. A. (2012). Core self-evaluations: A review and evaluation of the literature. *Journal of Management*, 38(1), 81-128
- Corruble, E., Benyamina, A., Bayle, F., Falissard, B., Hardy, P. (2003). Understanding impulsivity in severe depression? A psychometrical contribution. *Progress in NeuroPsychopharmacology & Biological Psychiatry* 27, 829-833
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *NEO PI-R Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources
- Cougle, J. R., Resnick, H., Kilpatrick, D. G. (2009). PTSD, Depression, and their comorbidity in relation to suicidality: Cross-sectional and prospective analyses of a national probability sample of women. *Depression and Anxiety*, 26, 1151-1157
- Cyders, M. A., Smith, G. T., Spillane, N. S., Fischer, S., Annus, A. M., & Peterson, C. (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.
- Cyders, M. A., & Smith, G. T. (2008). Emotion-based dispositions to rash action: Positive and negative urgency. *Psychological Bulletin*, 134(6), 807-828
- Davidson, C. L., Wingate, L. R., Grant, D. M., Judah, M. R., Mills, A. C. (2011). Interpersonal suicide risk and ideation: The influence of depression and social anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(8), 842-855
- Derryberry, D., & Reed, M. A. (2002). Anxiety-related attentional biases and their regulation by attentional control. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(2), 225-236
- Dumais, A., Lesage, A. D., Alda, M., Rouleau, G., Dumont, M., Chawky, N., Roy, M., Mann, J. J., Benkelfat, C., Turecki, G. (2005). Risk factors for Suicide Completion in Major Depression: A Case-Control Study of impulsive and Agressive Behaviors in Men. *American Journal of Psychiatry* 162, 2116-2124
- Dunn, B. D. (2012). Helping Depressed Clients Reconnect to Positive Emotion Experience: Current Insights and Future Directions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19, 326-340
- Elwood, L. S., Wolitzky-Taylor, K., & Olatunji, B. O. (2012). Measurement of anxious traits: a contemporary review and synthesis. *Anxiety, Stress, & Coping*, 25(6), 647-666
- Farmer, A., Redman, K., Harris, T., Mahmood, A., Sadler, S., McGuffin, P. (2013). Sensation-seeking, life events and depression: The cardiff Depression Study. *The British Journal of Psychiatry*, 178, 549-552
- Gadermann, A.M., Alonso, J., Vilagut, G., Zaslavsky, A.M., Kessler, R.C. (2012).

- Comorbidity and disease burden in the national comorbidity survey replication (NCS-R). *Depression and Anxiety*, 29, 797-806
- Goodwin, R. D., Gotlib, I. H. (2004). Gender differences in depression: the role of personality factors. *Psychiatry Research*, 126, 135-142
- Granö, N., Keltikangas-Järvinen, L., Kouvonen, A., Virtanen, M., Elovainio, M., Vahtera, J., Kivimäki, M. (2007). Impulsivity and a predictor of newly diagnosed depression. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48, 173-179
- Gros, D. F., Simms, L. J., & Antony, M. M. (2010). Psychometric properties of the State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA) in friendship dyads. *Behavior Therapy*, 41, 277-284
- Gruber, J., Oveis, C., Keltner, D., Johnson, S.L. (2011). A discrete emotions approach to positive emotion disturbance in depression. *Cognition and Emotion*, 25(1), 40-52
- Grös, D. F., Antony, M. M., Simms, L. J., & McCabe, R. E. (2007). Psychometric properties of the State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA): Comparison to the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psychological Assessment*, 19(4), 369-381
- Handley, T. E., Inder, K. J., Kay-Lambkin, F. J., Stain, H. J., Fitzgerald, M., Lewin, T. J., Attia, J. R., Kelly, B. J. (2012). Contributors to suicidality in rural communities: beyond the effects of depression. *BMC Psychiatry*, 12(1), 105-114
- Hardt, J., Bernet, S., Matschinger, H., Angermeier, M.C., Vilagut, G., Bruffaerts, R., Girolamo, de G., Graaf, de R., Haro, J.M., Kovess, V., Alonso, J. (2015). Suicidality and its relationship with depression, alcohol disorders and childhood experiences of violence: Results from the ESEMeD study. *Journal of Affective Disorders*, 175, 168-174
- Hart, W. & Adams, J.M. (2014). Are narcissists more accepting of others' narcissistic traits? *Personality and Individual Differences*, 64, 163-167
- Hornblow, A. R., & Kidson, M. A. (1976). The Visual Analogue Scale for anxiety: a validation study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 10, 339-341
- Ikin, J.F., Creamer, M.C., Sim, M.R., McKenzie, D.P. (2010). Comorbidity of PTSD and depression in Korean War veterans: Prevalence, predictors, and impairment. *Journal of Affective Disorders*, 125, 279-286
- Jonason, P. K., & Webster, D. G. (2010). The Dirty Dozen: A concise measure of the Dark Triad. *Psychological Assessment*, 22(2), 420-432
- Judge, T. A., Erez, A., Bono, J. E., & Thoresen, C. J. (2002). Are Measures of Self-Esteem, Neuroticism, Locus of Control, and Generalized Self-Efficacy Indicators of a Common Core Construct? *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(3), 693-710
- Judge, T. A., Erez, A., Bono, J. E., & Thoresen, C. J. (2003). The Core Self-Evaluations Scale (CSES): Development of a measure. *Personnel Psychology*, 56, 303-331

Karreman, A., Assen, M. A. L. M., Bekker, M. H. J. (2012). Intensity of positive and negative emotions: Explaining the association between personality and depressive symptoms. *Personality and Individual Differences, 54*, 214-220

Kealy, D., Tsai, M., Ogrodniczuk, J.S. (2012). Depressive tendencies and pathological narcissism among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research, 196*(1), 157-159

Koorevaar, A.M.L., Comijs, H.C., Dhondt, A.D.F., van Marwijk, H.W.J., van der Mast, R.C., Naarding, P., Oude Voshaar, R.C., Stek, M.L. (2013). Big Five personality and depression diagnosis, severity and age onset in older adults. *Journal of Affective Disorders, 151*(1), 178-185

Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., Watson, D. (2010). Linking „Big“ Personality Traits to Anxiety, Depressive, and Substance Use Disorders: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin, 136*(5), 768-821

Kovacs, M., Joormann, J., Gotlib, I. H. (2008). Emotion (Dys)regulation and Links to Depressive Disorders. *Child Development Perspectives, 2*(3), 149-155

Krishna, M., Jauhari, A., Lepping, P., Turner, J., Crossley, D., Krishnamoorthy, A. (2010). Is group psychotherapy effective in older adults with depression? A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 26*, 331-340

Lautenbacher, S., Sernal, J., Krieg, J.-C. (2002). Divided and selective attention in panic disorder: A comparative study of patients with panic disorder, major depression and healthy controls. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 252*, 210-213

Lee, S. A., Guajardo, N. R. (2011). Affect intensity and alexithymia differentially influence the relationship between neuroticism and depressive symptomatology among college students. *Personality and Individual Differences, 50*, 646-650

LeMoult, J., Joormann, J. (2012). Attention and Memory Biases in Social Anxiety Disorder: the Role of Comorbid Depression. *Cogn Ther Res, 36*, 47-57

Levenson, M. R., Kiehl, K. A., & Fitzpatrick, C. M. (1995). Assessing psychopathic attributes in a noninstitutional population. *Journal of Personality and Social Psychology, 68*, 151-158

Lovelace, L., Gannon, L. (1999). Psychopathy and depression: mutually exclusive constructs? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 30*, 169-176

Lynam, D. R., Whiteside, S., & Jones, S. (1999). Self-reported psychopathy: A validation study. *Journal of Personality Assessment, 73*(1), 110-132

Marčinko, D., Jakšić, N., Ivesić, E., Skočić, M., Surányi, Z., Lončar, M., Franić, T., Jakovljević, M. (2014). Pathological Narcissism and Depressive Symptoms in Psychiatric Outpatients: Mediating Role of Dysfunctional Attitudes. *Journal of Clinical Psychology, 70*(4), 341-352

Markarinan, S., Pickett, S.M., Deveson, D.F., Kanona, B.B. (2013). A model of BIS/BAS sensitivity, emotion regulation difficulties, and depression, anxiety, and stress symptoms in relation to sleep quality. *Psychiatry Research, 210*, 281-286

Miller, J.D., Dir, A., Gentile, B., Wilson, L., Pryor, L. R., Campbell, W. K. (2010). Searching for a Vulnerable Dark Triad: Comparing Factor 2 Psychopathy, Vulnerable Narcissism, and Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality*, 78(5), 1529-1564

Moriya, J., Takahashi, Y. (2013). Depression and interpersonal stress: The mediating role of emotion regulation. *Motivation and Emotion*, 37, 600-608

Mullins-Sweatt, S.N., Glover, N.G., Derefinko, K.J., Miller, J.D., Widiger, T.A. (2010). The search for the successful psychopath. *Journal of Research in Personality*, 44(4), 554-558

Muris, P., Pennen, E. van der, Sigmond, R., Mayer, B. (2008). Symptoms of Anxiety, Depression, and Aggression in Non-clinical Children: Relationships with Self-Report and Performance-based Measures of Attention and Effortful Control. *Child Psychiatry Hum Dev*, 39, 455-467

Mõttus, R., Pullmann, H., Allik, J. (2006). Toward more readable Big Five Personality Inventories. *European Journal of Psychological Assessment*, 22(3), 149-157

Naragon-Gainey, K. & Watson, D. (2014). Consensually Defined Facets of Personality as Prospective Predictors of Change in Depression Symptoms. *Assessment*, 21(4), 387-403

Ohayon, M. M., Schatzberg, A. F. (2010). Social phobia and depression: Prevalence and comorbidity. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 235-243

Ólafsson, R. P., Smári, J., Guðmundsdóttir, F., Ólafsdóttir, G., Harðardóttir, H. L., & Einarsson, S. M. (2011). Self reported attentional control with the Attentional Control Scale: Factor structure and relationship with symptoms of anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 777-782

Orth, U., Robins, R.W., Meier, L.L., Conger, R.D. (2015). Refining the Vulnerability Model of Low Self-Esteem and Depression: Disentangling the Effects of Genuine Self-esteem and Narcissism. *Journal of Personality and Social Psychology*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/pspp0000038>

Ortin, A., Lake, A. M., Kleinman, M., Gould, M. S. (2012). Sensation seeking as risk factor for suicidal ideation and suicide attempts in adolescence. *Journal of Affective Disorders*, 143, 214-222

Peluso, M. A. M., Hatch, J. P., Glahn, D. C., Monkul, E. S., Sanches, M., Najt, P., Bowden, C. L., Barratt, E. S., Soares, J. C. (2007). Trait impulsivity in patients with mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, 100, 227-231

Pincus, A. L., Ansell, E. B., Pimentel, C. A., Cain, N. M., Wright, A. G. C., & Levy, K. N. (2009). Initial construction and validation of the Pathological Narcissism Inventory. *Psychological Assessment*, 21(3), 365-379

Pullmann, H., Allik, J. (2000). The Rosenberg Self-Esteem Scale: its dimensionality, stability and personality correlates in Estonian. *Personality and Individual Differences*, 28, 701-715

- Pullmann, H., Allik, J., & Realo, A. (2009). Global Self-Esteem Across the Life Span: A Cross-Sectional Comparison Between Representative and Self-Selected Internet Samples. *Experimental Aging Research*, 35, 20–44
- Reinholdt-Dunne, M. L., Mogg, K., Bradley, B. P. (2013). Attention control: Relationships between self-report and behavioural measures, and symptoms of anxiety and depression. *Cognition & Emotion*, 27(3), 430-440
- Renner, F., Penninx, B.W.J.H., Peeters, F., Cuijpers, P., Huibers, M. J.H. (2014). Two-year stability and change of neuroticism and extraversion in treated and untreated persons with depression: Findings from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Affective Disorders*, 150, 201-208
- Robinson, J. E., Shankman, S. A., McFarland, B. R. (2009). Independent associations between personality traits and clinical characteristics of depression. *Journal of Nerv Ment Dis*, 197(7), 476-483
- Rosenberg, M. (1965). *Society and adolescent child*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rottenberg, J. (2005). Mood and Emotion in Major Depression. *Current Directions in Psychological Science* 14(3), 167-170
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80 (1, Whole No. 609)
- Selvi, Y., Aydin, A., Boysan, M., Atli, A., Agargun, M. Y., Besiroglu, L. (2010). Associations between chronotype, sleep quality, suicidality, and depressive symptoms in patients with major depression and healthy controls. *Chronobiology International*, 27(9-10), 1813-1828
- Settles, R. E., Cyders, M. A., Gunn, R. L., Fischer, S., Combs, J. L., Smith, G. T. (2012). Negative Urgency: A Personality Predictor of Externalizing Behavior Characterized by Neuroticism, Low Conscientiousness, and Disagreeableness. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(1), 160-172
- Sheenan, D. V., Lecrubier, Y., Sheenan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., Dunbar, G. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22-33
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI (Form Y)*. Palo Alto, CA: Mind Garden
- Spinhoven, P., Elzinga, B.M., Hermert, van A.M., Rooij, de M., Penninx, B.W. (2014). A longitudinal study of facets of extraversion in depression and social anxiety. *Personality and Individual Differences*, 71, 39-44
- Spinhoven, P., Elzinga, B. M., Hovens, J. G. F. M., Roelofs, K., Oppen, van P., Zitman, F. G., Penninx, B. W. J. H. (2011). Positive and negative life events and personality traits in predicting course of depression and anxiety. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124, 462-473

Spokas, M., Wenzel, A., Brown, G. K., Beck, A. T. (2011). Characteristics of individuals who make impulsive suicide attempts. *Journal of Affective Disorders, 136*, 1121-1125

Stevens, D., Wilcox, H.C., MacKinnon, D.F., Mondimore, F.M., Schweizer, B., Jancic, D., Coryell, W.H., Weissman, M.M., Levinson, D.F., Potash, J.B. (2013). Posttraumatic stress disorder increases risk for suicide attempt in adults with recurrent major depression. *Depression and Anxiety, 30*, 940-946

Stinson, J.D., Becker, J.V., Tromp, S. (2005). A preliminary study on findings of psychopathy and affective disorders in adult sex offenders. *International Journal of Law and Psychiatry, 28*, 637-649

Uekermann, J., Daum, I., Schlebusch, P., Wiebel, B., Trenckmann, U. (2003). Depression and cognitive functioning in alcoholism. *Addiction, 98*, 1521-1529

Van Dam, N. T., Gros, D. F., Earleywine, M., & Antony, M. M. (2013). Establishing a trait anxiety threshold that signals likelihood of anxiety disorders. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal, 26*(1), 70-86

Verwoerd, J., de Jong, P. J., & Wessel, I. (2008). Low attentional control and the development of intrusive memories following a laboratory stressor. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 30*(4), 291-297

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*, 669-689

Whiteside, S. P., Lynam, D. M., Miller, J. D. & Reynolds, S. K. (2005). Validation of the UPPS Impulsive Behaviour Scale: a four-factor model of impulsivity. *European Journal of Personality, 19*, 559-574

Willemsen, J., Vanheule, S., Verhaeghe, P. (2011). Psychopathy and lifetime experiences of depression. *Criminal Behaviour and Mental Health, 21*, 279-294

WHO. World Health Organisation. 2012. Depression.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/index.html> (05.05.15)

Õöpik, P., Aluoja, A., Kalda, R., Maaros, H.-I. (2006). Screening for depression in primary care. *Family Practice, 23*, 693-698

Yoon, K.L., Maltby, J., Joormann, J. (2013). A pathway from neuroticism to depression: examining the role of emotion regulation. *Anxiety, Stress, & Coping, 26*(5), 558-572

LISA 1

Patsientide kaasuvad diagnoosid

Kaasuvad diagnoosid	Patsiendid			
	Naised	Mehed	Kokku	%
Depressiooniepisood (käesolev)	37	32	69	100
Depressiooniepisood (minevikus)	17	9	26	37,6
Depressioon melanhoolia sümptomitega (käesolev)	35	26	61	88,4
Suitsidaalsus (käesolevalt)	33	28	61	88,4
Hüpomania (käesolev)	1	1	2	2,9
Hüpomania (minevikus)	4	2	6	8,7
Mania (käesolev)	2	8	10	14,5
Mania (minevikus)	4	5	9	13
Paanikahäire (käesolev)	20	9	29	42
Paanikahäire (elu jooksul)	11	7	18	26,1
Agorafoobia (käesolev)	22	14	36	52,2
Sotsiaalfobia (käesolev)	13	6	19	27,5
Obsessiivne-kompulsiivne häire (käesolev)	10	6	16	23,2
Posttraumaatiline stresshäire	9	9	18	26,1
Alkoholsõltuvus (käesolev)	8	20	28	40,6
Alkoholi kuritarvitamine (käesolev)	1	4	5	7,2
Uimastisõltuvus (käesolev)	0	1	1	1,4
Uimastite kuritarvitamine (käesolev)	0	4	4	5,8
Psühhoatilised häired (käesolev)	0	0	0	0
Psühhoatilised häired (elu jooksul)	1	1	2	2,9
Anorexia nervosa (käesolev)	0	0	0	0
Bulimia nervosa (käesolev)	0	0	0	0
Generaliseerunud ärevushäire (käesolev)	21	17	38	55,1

LISA 2

Patsientide Negatiivsete tuumikhinnangute alaskaalade vahelised korrelatsioonid

	Dep	Anx	Ag_Pa	Sanx	Ast	Ins	EHI_1	ATT_1	ATT_2	CTRL	ATT_3	N_Ur	P_Urg	NAR_3
Dep	1													
Anx	,689**	1												
Ag_Pa	,463**	,647**	1											
Sanx	,450**	,512**	,607**	1										
Ast	,689**	,649**	,463**	,513**	1									
Ins	,407**	,534**	,463**	,463**	,623**	1								
EHI_1	,659**	,441**	,285*	,420**	,443**	,283*	1							
ATT_1	,553**	,552**	,372**	,510**	,647**	,366**	,566**	1						
ATT_2	,331**	,360**	,350**	,467**	,419**	,359**	,344**	613**	1					
CTRL_1	,374**	,479**	,534**	,409**	,301*	,362**	,312**	,387**	,402**	1				
ATT_3	-,311**	-,221	-,076	-,126	-,233	-,250*	-,434**	-,349**	-,277*	-,082	1			
N_Urg	,083	,193	,096	,052	-,038	,010	,242	,213	,034	,273*	-,329**	1		
P_Urg	,234	,196	,247*	,163	,020	-,011	,436**	,125	-,009	,328**	,087	,622**	1	
NAR_3	,213	,182	,223	287*	,066	,088	,186	,102	-,080	,323**	,021	,277**	,387**	1

Märkus: **. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed); *. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

LISA 3

Kontrollgrupi Negatiivsete tuumikhinnangute alaskaalade vahelised korrelatsioonid

	Dep	Anx	Ag_Pa	Sanx	Ast	Ins	EHI_1	ATT_1	ATT_2	CTRL	ATT_3	N_Urg	P_Urg	NAR_3
Dep	1													
Anx	,582**	1												
Ag_Pa	,383**	,326**	1											
Sanx	,412**	,299*	,315**	1										
Ast	,580**	,629**	,253*	,378**	1									
Ins	,218	,215	,189	,191	,450**	1								
EHI_1	,564**	,308*	,293*	,217	,387**	,340**	1							
ATT_1	,474**	,527**	,421**	,238*	,523**	,448**	,615**	1						
ATT_2	,326**	,287*	,137	,112	,145	,113	,321**	,349**	1					
CTRL_1	,246*	,259*	,406**	,281*	,274*	,410**	,351**	,582**	,281*	1				
ATT_3	-,392**	-,468**	-,132	-,200	-,410**	-,120	-,501**	-,463**	-,299*	-,268*	1			
N_Urg	,317**	,263*	,246*	,319**	,398**	,202	,395**	,468**	,251*	,277*	-,346**	1		
P_Urg	,297*	,278*	,132	,223	,274*	,120	,477**	,509**	,214	,354**	-,356**	,367**	1	
NAR_3	,280*	,193	,173	,214	,156	,156	,314**	,304*	,060	,284*	-,169	,086	,269*	1

Märkus: **. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed); *. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

LISA 4

Patsientide ja kontrollgrupi ärevuse ja negatiivsete tuumikhinnangute omavahelised korrelatsioonid

<i>Patsiendid</i>	Dep	Anx	Ag_Pa	Sanx	Ast	Ins	EHI_1	ATT_1	ATT_2	CTRL_1	ATT_3	N_Urg	P_Urg	NAR_3
Anx_mm	,372**	,560**	,408**	,290*	,324**	,367**	,346**	,387**	,229	,380**	-,070	,148	,228	,119
SA	,482**	,657**	,587**	,413**	,396**	,425**	,408**	,452**	,278*	,458**	-,142	,196	,208*	,266*
AF	,437**	,598**	,588**	,457**	,408**	,347**	,446**	,592**	,331**	,303*	-,159	,133	,295*	,192

<i>Kontrollgr.</i>	Dep	Anx	Ag_Pa	Sanx	Ast	Ins	EHI_1	ATT_1	ATT_2	CTRL_1	ATT_3	N_Urg	P_Urg	NAR_3
Anx_mm	,407*	,486**	,225	,149	,350*	-,060	,438**	,430**	,348*	,403*	-,353*	,342*	,327*	,575**
SA	,434**	,451**	,386**	,250*	,431**	,281*	,489**	,618**	,368**	,357**	-,340**	,445**	,548**	,439**
AF	,502**	,574**	,454**	,369**	,584**	,276*	,444**	,624**	,422**	,401**	-,275*	,487**	,426**	,290*

Märkus: Anx_mm – Hetkeärevus; SA – Seisundiärevus; AF – Ärevusseisundite esinemissagedus; Dep – Depressioon, Anx – Ärevus, Ag_Pa – Agorafobia-paanika; Sanx – Sotsiaalärevus; Ast – Asteenia; Ins – Insomnia; EHI_1 – Negatiivne enesehinnang; ATT_1 – Tähelepanu sisetakistused, ATT_2 – Tähelepanu välistakistused; CTRL_1 – Väline kontrollkese; ATT_3 – Tähelepanu kontroll; N_Urg – Negatiivne kärsitus; P_Urg – Positiivne kärsitus; NAR_3 – Nartsissism: Oma headuse upitamine teiste kaudu

LISA 5

Patsientide ja kontrollgrupi funktsionaalse kontrolli alaskaalade omavahelised korrelatsioonid

<i>Patsiendid</i>	Planeerimise tüüpi kontroll	Ettekavatsetus	Vastutustundlikkus	Püsivus
Planeerimise tüüpi kontroll	1			
Ettekavatsetus	,536**	1		
Vastutustundlikkus	,651**	,646**	1	
Püsivus	,385**	,206	,676**	1

<i>Kontrollgrupp</i>	Planeerimise tüüpi kontroll	Ettekavatsetus	Vastutustundlikkus	Püsivus
Planeerimise tüüpi kontroll	1			
Ettekavatsetus	,419**	1		
Vastutustundlikkus	,409**	,541**	1	
Püsivus	,439**	,344**	,533**	1

LISA 6

Patsientide ja kontrollgrupi düssotsiaalsuse alaskaalade omavahelised korrelatsioonid

<i>Patsiendid</i>	NAR_3	NAR_4	EHI_4	EHI_2
NAR_3	1			
NAR_4	,363**	1		
EHI_4	,485**	,360**	1	
EHI_2	,417**	,241*	,166	1

Märkus: Siin ja edaspidi NAR_3 – Oma headuse upitamine teiste kaudu;
 NAR_4 – Teistega manipuleerimine; EHI_4 – Nartsissismi lühiskaala;
 EHI_2 – Psühhopaatilisuse alaskaala

<i>Kontrollgrupp</i>	NAR_3	NAR_4	EHI_4	EHI_2
NAR_3	1			
NAR_4	-,079	1		
EHI_4	,301*	,256*	1	
EHI_2	,238*	,150	,208	1

LISA 7

Patsientide tulemused, korreleeritud isiksuseomadustega

	Alaskaalad				
	N	E	O	A	C
<i>Negatiivsed tuumikhinnangud</i>					
Depressioon	,584**	-,394**	,095	,118	-,209
Ärevus	,649**	-,332**	-,124	-,020	-,204
Agorafoobia-paanika	,583**	-,436**	-,211	-,112	-,171
Sotsiaalärevus	,561**	-,524**	-,056	-,117	-,318**
Asteenial	,410**	-,460**	,046	,108	-,119
Unetus	,313**	-,308*	,000	-,010	-,139
Negatiivne enesehinnang	,597**	-,394**	,033	-,075	-,515**
Tähelepanu sisetakistused	,596**	-,594**	-,055	,001	-,371**
Tähelepanu välistakistused	,336**	-,654**	-,223	-,015	-,163
Väline kontrollkese	,381**	-,343**	-,256*	-,319**	-,243*
Tähelepanu kontroll	-,425**	,230	-,267*	,097	,417**
Negatiivne kärsitus	,388**	,141	,105	-,447**	-,604**
Positiivne kärsitus	,305*	,080	-,027	-,345**	-,494**
Oma headuse upitamine teiste kaudu	,232	,118	,224	-,330**	-,381**
<i>Funktsionaalne kontroll</i>					
Planeerimise tüüpi kontroll	-,184	-,072	-,275*	,223	,448**
Ettekatsetus	-,307*	-,107	-,077	,301*	,420**
Vastutustundlikkus	-,355**	,093	-,094	,364**	,606**
Püsivus	-,425**	,176	-,120	,243*	,664**
<i>Düssotsiaalne kontroll</i>					
Oma headuse upitamine teiste kaudu					
Teistega manipuleerimine	-,255*	,543**	,335**	-,351**	-,018
Nartsissismi lühiskaala	-,006	,399**	,547**	-,198	-,163
Psühhopaatilise alaskaala	-,127	,307*	-,157	-,102	-,161

Märkus: Siin ja edaspidi: ** Seos on oluline tasandil $p < 0,01$; * Seos on oluline tasandil $p < 0,05$; N – neurootilisus; E – ekstravertsus; O – avatus; A – sotsiaalsus; C – meelekindlus

LISA 8

Kontrollgrupi tulemused, korreleeritud isiksuseomadustega

	Alaskaalad		Isiksuseomadused		
	N	E	O	A	C
<i>Negatiivsed tuumikhinnangud</i>					
Depressioon	,504**	-,247*	,215	,153	-,364**
Ärevus	,474**	-,192	,077	-,072	-,325**
Agorafoobia-paanika	,235	-,281*	-,090	,249*	-,125
Sotsiaalärevus	,310**	-,259*	,054	,177	-,253*
Asteenia	,468**	-,236	,081	,003	-,434**
Unetus	,240*	-,110	-,046	,026	-,292*
Negatiivne enesehinnang	,642**	-,250*	-,162	-,155	-,529**
Tähelepanu sisetakistused	,623**	-,265*	-,167	-,070	-,545**
Tähelepanu välistakistused	,444**	-,039	,129	-,050	-,199
Väline kontrollkese	,392**	-,157	-,287*	,019	-,398**
Tähelepanu kontroll	-,590**	,270*	,058	,179	,547**
Negatiivne kärsitus	,615**	-,062	,050	,009	-,407**
Positiivne kärsitus	,481**	-,099	-,061	-,128	-,398**
Oma headuse upitamine teiste kaudu	,201	-,103	-,117	-,147	-,197
<i>Funktsionaalne kontroll</i>					
Planeerimise tüüpi kontroll	-,130	-,057	,011	,135	,368**
Ettekatsetus	-,274*	-,231	,030	,147	,346**
Vastutustundlikkus	-,311**	,268*	,286*	,214	,450**
Püsivus	-,355**	,152	,195	,279*	,709**
<i>Düssotsiaalne kontroll</i>					
Oma headuse upitamine teiste kaudu	,201	-,103	-,117	-,147	-,197
Teistega manipuleerimine	-,187	,181	,082	-,150	,205
Nartsissismi lühiskaala	,001	,060	,205	-,335**	-,005
Psühhopaatisuse alaskaala	,492**	-,198	-,020	-,052	-,270*

Märkus: Siin ja edaspidi: ** Seos on oluline tasandil $p < 0,01$; * Seos on oluline tasandil $p < 0,05$; N – neurootilisus; E – ekstraversus; O – avatus; A – sotsiaalsus; C – meelekindlus

LISA 9

Patsientide ja kontrollgrupi Neurootilisuse alaskaalade ja EPIP-NEO alaskaalade võrdlus ANOVA, Mann-Whitney ja Coheni efekti suurusega, koos kirjeldavate statistikutega

Alaskaala		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
N1	Patsiendid	69	22,44	5,801		
	Kontrollgrupp	69	13,68	6,340		
	ANOVA				71,134	,000
	Mann-Whitney Coheni <i>d</i>					,000 1,629
N2	Patsiendid	69	15,07	7,708		
	Kontrollgrupp	69	10,20	5,661		
	ANOVA				17,806	,000
	Mann-Whitney Coheni <i>d</i>					,000 0,822
N3	Patsiendid	69	21,54	6,514		
	Kontrollgrupp	69	8,01	5,293		
	ANOVA				178,257	,000
	Mann-Whitney Coheni <i>d</i>					,000 2,353
N4	Patsiendid	69	17,90	5,458		
	Kontrollgrupp	69	10,81	5,100		
	ANOVA				61,654	,000
	Mann-Whitney Coheni <i>d</i>					,000 1,4
N5	Patsiendid	69	16,84	5,845		
	Kontrollgrupp	69	12,78	5,815		
	ANOVA				16,572	,000
	Mann-Whitney Coheni <i>d</i>					,000 0,8
N6	Patsiendid	69	17,35	5,534		
	Kontrollgrupp	69	7,36	4,137		
	ANOVA				143,520	,000
	Mann-Whitney Coheni <i>d</i>					,000 2,208
N	Patsiendid	69	111,15	26,562		
	Kontrollgrupp	69	62,86	24,991		
	ANOVA				120,152	,000
	Mann-Whitney Coheni <i>d</i>					,000 1,958
E	Patsiendid	69	81,16	28,078		
	Kontrollgrupp	69	111,86	23,213		
	ANOVA				48,688	,000
	Mann-Whitney Coheni <i>d</i>					,000 -1,170
O	Patsiendid	69	116,50	20,078		

	Kontrollgrupp	69	127,42	21,023		
	ANOVA				9,400	,003
	Mann-Whitney					,005
	Patsiendid	69	125,18	19,618		
A	Kontrollgrupp	69	129,42	18,319		
	ANOVA				1,713	,193
	Mann-Whitney					,311
	Patsiendid	69	107,09	24,095		
	Kontrollgrupp	69	133,14	24,152		
C	ANOVA				39,956	,000
	Mann-Whitney					,000
	Coheni d					-1,083

Märkus: N1 – Ärevus; N2 – Viha; N3 – Masendus; N4 – Ujedus; N5 – Liialdamine; N6 – Abitus; N – Neurootilisus; E – Ekstravertsus; O – Avatus; A – Sotsiaalsus; C - Meelekindlus

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Kätlin Padesaar
(sünnikuupäev: 23.11.1989)

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Negatiivsed enesekohased negatiivsed tuumikhinnangud depressiooni diagnoosiga patsientidel“, mille juhendaja on Aavo Luuk,

1.1. reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace- is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;

1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace´i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, 25.05.2015