

Tartu Ülikool

Psühholoogia instituut

Pjotr Ševtšenko

IPDE intervjuu paranoilise ja skisoidse skaala kohandamine vene keelde

Seminaritöö

Juhendaja: Maie Kreegipuu

Läbiv pealkiri: IPDE kohandamine vene keelde

Tartu 2013

Kokkuvõte

Seminaritöö eesmärk oli kohandada Rahvusvaheline Isiksushäirete Diagnostiline Intervjuu ja Sõelküsimumstik vene keelde. Instrumendi tõlkimine toimus koos kaasüliõpilastega. Käesoleva töö valmimine ja andmete tõlgendamine toimus paranoilise- ja skisoidse isiksushäire **tõlgitud instrumentide** skaalade analüüsimise abil. Sõelküsimumstiku ja intervjuu paranoilise ning skisoidse isiksushäire skaalade sisemine reliaablus on mõõdukas. Statistiliselt oluline korrelatsioon esineb ka skisoidse isiksushäire sõelküsimumstiku skaala ja intervjuu skaala vahel. Töö käigus ei õnnestunud saavutada varasemate uuringute sarnaseid skaalade reliaabluse koefitsiente, mis võib olla seletatav valimist ja uurijatest tulenevate piirangutega. Kuid käesoleva instrumendi kohandamise esimest etappi võib pidada sellegipoolest õnnestunuks.

Märksõnad: Paranoiline isiksushäire, skisoidne isiksushäire, RHK-10, DSM-IV, IPDE Sõelküsimumstik, IPDE intervjuu, instrumendi kohandamine, vene keel.

Abstract

The aim of this paper was to adapt International Personality Disorder Examination (IPDE Interview and Self-Questionnaire) into Russian. The instrument was translated with fellow students, but this paper was written and data was interpreted on paranoid personality disorder and schizoid personality disorder scales analysis. Paranoid personality disorder and schizoid personality disorder IPDE-Interview and IPDE-SQ scales are with moderate internal reliability. There is moderate statistically significant correlation between IPDE-Interview and IPDE-SQ schizoid personality disorder scales. Unfortunately I could not achieve the same scales reliability coefficients like in previous studies, probably because of sample and researchers restrictions. But the first step of instrument adaptation can be considered successful.

Keywords: Paranoid personality disorder, schizoid personality disorder, ICD-10, DSM-IV, IPDE-SQ, IPDE-Interview, instrument adaptation, Russian.

1 Sissejuhatus. Teoreetiline taust

Käesoleva seminaritöö eesmärk on kohandada Rahvusvaheline Isiksushäirete Diagnostiline Intervjuu IPDE (edaspidi IPDE, *International Personality Disorder Examination*) RHK-10 moodul vene keelde. Kuigi vene keelde tõlgiti ja kohandati kogu küsimustik, siis käesoleva töö käigus on vaatluse all skisoidne ja paranoiline isiksushäire, mis kuuluvad DSM-IV klassifikatsiooni järgi ühte klastrisse (A).

1.1 Isiksushäirete epidemioloogia

Reich ja Girolamo (1997) on võtnud kokku mitmeid uuringuid ning järeldanud, et isiksushäireid võib esineda 5-15% (keskmiselt 10 %) täiskasvanute populatsioonist. Mitmeid meetodikaid kasutades on leitud, et paranoilise isiksushäire levimus populatsioonis on 0,4-7,3% ja skisoidse isiksushäire levimus 0,4-1,6%. Erinevate autorite vastavad uurimused on tehtud Ameerika Ühendriikides või Saksamaal valimites suurusega 235 - 697 inimest.

Huang jt (2009) leidsid 13 riiki ja 21162 isikut hõlmava IPDE skriiningu järel, et isiksushäirete levimus on 6,1%, kusjuures Klaster A häirete levimus on 3,6%. Võrdluseks on WHO andmetel HIV/AIDS levimus Ameerika Ühendriikides 0,7% ja Eestis 1,3%.

(<http://www.who.int/research/en/>)

Ühe allika andmeil oli 1999. aasta seisuga 67 tuhande psühhiaatrilise ambulatoorse patsiendi seas 1000 täiskasvanut koodiga F60-69 (Täiskasvanu isiksus- ja käitumishäired), mis moodustas ligi 1,5% psühhiaatrilistest haigetest (Paavel, 2001). Olemasolevaid andmeid on raske võrrelda rahvusvaheliste andmetega. Kahjuks ei õnnestunud teada saada, kas Eestis on tehtud ka levimusuuringuid.

Paranoilise isiksushäirest on enam ohustatud naised, madala sissetuleku ja haridusega ning lahutatud ja üksikud inimesed. Sama kehtib ka skisoidse isiksushäire puhul, välja arvatud sugude vahelised erinevused (Grant jt, 2004).

1.2 Klaster A isiksushäired: veidrased-ekstsentrilised

1952. aastal ilmus Diagnostilise ja Statistilise Juhendi esimene versioon (edaspidi DSM; *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), mis käsitles isiksushäireid üsna laia mõistena. See sisaldas isiksusmustrit -, iseloomujoonte -, sotsiopaatilisi isiksuse häireid, erilisi reaktsiooni sümptomeid ja mööduvaid situatsioonilisi isiksushäireid. Need kõik peegeldasid pigem arengu häireid ning ei sisaldanud subjektiivset ärevust ja distressi (Millon, Davis, 1995). Siis kirjeldati inadekvaatset, skisoidset, tsüklotuumset ja paranoilist isiksust

isiksusmuustrite häirete all. Iseloomujoonte häirete alla sattusid emotsionaalselt ebastabiilsed, passiiv-agressiivsed ja kompulsiiivsed häired. Sotsiopaatilised häired sisaldasid häireid, mille olemus oli konflikt kultuuriruumi ja veendumuste vahel ning käitumist, mis ei ole ühiskonnas aktsepteeritav. Kusjuures siia gruppi kuulusid ka alkoholism ja homoseksuaalsus. Eriliste reaktsioonide ja mööduvate häirete all olid aga enurees, õpiraskused ja posttraumaatiline sündroom.

1968. aastal ilmus DSM teine trükk. Mõned isiksuse sündroomid olid lisatud, osa aga eemaldatud. Erilised ja mööduvad reaktsioonid olid tõstetud mujale. Kuid sotsiopaatiline grupp püsis suhteliselt muutumatuna. DSM-II sätestas selgelt, et isiksushäired sisaldavad nii häirunud funktsioneerimist, kui ka isiklikult kogetud distressi (Millon, Davis, 1995).

1980. aasta DSM-III puhul on täpsemalt defineeritud sündroome, mitte tegeletud erinevate ilmingute kirjeldamisega. Eesmärk oli maksimeerida selle kasu patsientide jaoks, eristada haiguste raskusastmeid, luua diagnostilisi kriteeriume. DSM-III isiksushäired toodi üldsündroomide alt välja eraldi telje peale. Sellest hetkest alates on võimalus esimese teljega diagnoosida kliinilisi sündroome ning teise teljega kirjeldada pervasiivseid funktsioneerimishäireid. Võrreldes DSM-II-ga kadusid asteenilise ja ebaadekvaatse isiksuse diagnoosid. Isiksushäired olid koondatud klastritesse: veidrad-ekstsentrilised; dramaatilised, emotsionaalsed ja ebapüsivad häired; ärevad-hirmunud häired (Millon, Davis, 1995).

1994. aastal ilmunud DSM-IV, mille parandatud trükk DSM-IV-TR on Ameerika Ühendriikides kasutusel aastast 2000, on säilitanud isiksushäirete jaotuse kolme klastrisse.

Klaster A isiksushäirete gruppi kuuluvad skisoidne, paranoiline ning skisotüüpne isiksushäire, mida kõiki ühendab üks karakteristik: veider ja ekstsentriline käitumine. Võib eeldada, et klasteri isiksushäirete skaalad on omavahel tugevalt seotud. Ristoja (2011) tehtud SNAP küsimustiku kohandamise käigus ilmnis, et paranoilise ja skisotüüpse häire skaalad on tugevalt seotud, kuid skisoidse isiksushäire skaala on seotud pigem vältiva isiksuse omaga. Vältiva isiksushäire skaala ongi tugevamalt seotud hoopis klaster A isiksushäiretega. Need järeldused olid kooskõlas eelnevate uurimustega.

Nii ilmneb ka kliinilises praktikas, et ligi kolmandikul isiksushäire diagnoosiga patsientidest esineb 2 või enam diagnostilistele kriteeriumidele vastavad häiret (Loranger, 1997). Nii paranoiline kui skisoidne isiksushäire esinevad tihti koos skisotüüpse ja piirialase isiksushäirega ning obsessiiv-kompulsiiivne (RHK järgi anankastne), vältiv ja piirialane häire esinevad tihti koos skisotüüpse isiksushäirega (McGlashan jt, 2000).

Watson ja Sinha (1998) mitte-kliinilise valimi peal läbi viidud uurimuses ilmses, et A klasteri häirete omavaheline koosinemine on kuni 3%, välja arvatud paranoilise ja skisotüüpse häire korral (20%). Paranoilise isiksushäire seotus kõikide teiste isiksushäirete skaaladega jääb vahemikku 8-17%. Skisoidne esineb koos vältiva (6,5%) ja obsessiiv-kompulsiivse häirega (4,3%) ja mitte teiste skaaladega.

Tyrer (2013) väidab, et ei Rahvusvahelise Haiguste Klassifikatsiooni 10. redaktsioon (edaspidi RHK-10) ega DSM-IV isiksushäirete klassifikaatorid ei oma rahuldavat tõenduspõhisust, mistõttu võivad isiksushäirete rubriigid läbida uutes versioonides olulise uuenduskuuri.

Praegu on väljatöötamise faasis ka järgmine RHK redaktsioon, mis peaks ilmuma 2015. aastal. Tyrer (2013) leiab, et olemasoleva versiooni järgi on isiksushäireid diagnoositud vähem kui 5% patsientidest, kuigi epidemioloogilised uuringud näitavad suuremat isiksushäirete esinemist populatsioonis. Seega ei võimalda olemasolev klassifikatsioon isiksushäireid hästi diagnoosida.

Sellel võib olla mitu põhjust, nende seas: stigmatiseerimise oht; erinevate isiksushäirete koosinemine (komorbiidsus), mida tõelise komorbiidsuse tingimustes sageli diagnoositakse segatüüpi häireks, selmet välja tuua spetsiifilised isiksushäired eraldi. Lisaks on üsna suur osa täpsustamata, nn isiksushäireid, mida pole muul viisil (PDNOS) DSMis klassifitseeritud. Seetõttu ei kajasta kumbki klassifikaator tegelikkust.

Kõrge koosinemise ja sellest tulenevate diagnostiliste raskuste tõttu arutati uue DSM väljatöötamise faasis osade isiksushäirete väljaarvamist ning nende paigutamist isiksusjoonte alla. Sellegipoolest leiavad Zimmerman, Chelminski, Young, Dalrymple, Martinez (2012), et komorbiidsus langeb sellega 29,8%-lt 21,3%-ni vale negatiivsete diagnooside hinnaga. Kuigi uus DSM-5 peaks peagi ilmuma, paistab, et isiksushäirete rubriik pole oluliselt muutunud, küll aga lisandub sinna isiksushäirete alternatiivsed hindamismeetodid (Moran, 03.05.2013). Kas suurtest muutustest loobutakse ka RHK-11 puhul – seda ei oska praegu veel öelda.

1.3 RHK-10

RHK-10 on ajalooliselt kujunenud välja surma põhjuste klassifikaatori baasil. Esimene klassifikaator kinnitati 1900. aastal. Alles 1948. aastal (6. versioon) ilmunud klassifikaator sai nimetuseks „Rahvusvaheline statistiline haiguste, vigastuste ja surmapõhjuste klassifikaator“, kus surmpõhjuste kõrval hakati kodeerima ka haigusi. Hetkel kehtiv klassifikaator (10. versioon) on kasutusel 1992. aastast.

RHK-10 V peatüki sissejuhatuses (1993) on märgitud, et blokk F60-F69 „Spetsiifilised isiksushäired“ sisaldab koos traditsiooniliste isiksushäiretega terve rea täiskasvanu käitumishäireid nagu patoloogiline hasartmängimine, varastamine ja püromania. Seksuaalsuunitluse häired on selgelt eristatud sooidentsushäiretest ja homoseksualism on kategooriate nimistust välja jäetud. Täiskasvanu isiksushäirete osa tekitab kõigi nüüdisaja psühhiaatriliste klassifikatsioonide jaoks tõsiseid probleeme, mille lahendamine nõuab ulatuslikke ja ajamahukaid uuringuid. Detailsete diagnostiliste juhiste või -kriteeriumide kehtestamisel on eriti problemaatiline vaatluste eristamine tõlgendustest, samuti on diagnoosi kinnitamiseks vajalik tunnuste arv praeguste teadmiste juures lahendamata probleem. Vähemalt näitavad senised juhiste ja kriteeriumide täpsustamise katsed seda, et isiksushäirete kirjeldamisel on vajalik uus lähenemisviis (RHK-10, V peatükk, 1993)

1.4 RHK-10 diagnostilised kriteeriumid: paranoiline ja skisoidne isiksushäire

RHK-10s on paranoiline ja skisoidne isiksushäire koondatud koos teiste isiksushäiretega spetsiifiliste isiksushäirete hulka koodi all F60. Spetsiifilisi isiksushäireid iseloomustab raske iseloomu ja käitumise häire, mis hõlmab tavaliselt isiksuse mitut aspekti ja on seotud oluliste isiklike ja sotsiaalsete raskustega. Tavaliselt ilmneb isiksushäire hilises lapse- või noorukieas ja ulatub täiskasvanuikka. Üldjuhul diagnostilisi kriteeriume ei rakendata isikutele alla 18 eluaasta. RHK-10 üldised diagnostilised juhendid näevad ette, et isiksushäirete otseseks põhjuseks ei ole ajukahjustus ega -haigus või mõni muu psüühiline häire ning häired vastavad järgmistele kriteeriumidele:

1. märkimisväärselt disharmoonilised hoiakud ja käitumine, mis tavaliselt hõlmab mitut valdkonda, nt. emotsioone, erutuvust, impulsikontrolli, mõtlemis- ja tajumisviisi ning teistega suhtlemise stiili;
2. ebanormaalne käitumisviis on püsiv ja pikaajaline ega piirdu ainult vaimuhaiguse episoodidega;
3. ebanormaalne käitumisviis on laialdane: avaldub paljudes erinevates isiklikes ja sotsiaalsetes olukordades ning takistab nendega toimetulekut ;
4. ülaltoodud nähud ilmuvad alati lapse- või noorukieas ja püsivad täiskasvanuna;
5. häire tekitab olulisi isiklike kannatusi, mis võivad ilmsiks tulla alles hilisemas arengujärgus;
6. häire on tavaliselt, kuigi mitte alati, seotud tööalase ja sotsiaalse toimimise taseme olulise langusega.

Sotsiaalseid norme, reegleid ja kohustusi arvestades võib olla vajalik spetsiifiliste kriteeriumide loomine eri kultuuride jaoks. Enamiku alatüüpide diagnoosimiseks on vajalik, et vähemalt kolm kirjelduses antud joont või käitumisviisi oleksid selgelt olemas.

Paranoilise isiksuse kriteeriumid RHK-10 järgi on:

1. ülim tundlikkus tõrjumise ja ebaedu suhtes;
2. solvangu ja haavamise mitteandestamine, kalduvus kaua viha pidada;
3. umbusklikkus ja kõikehõlmav kalduvus kogemust moonutada, tõlgendades teiste neutraalseid või sõbralikke tegusid kui vaenulikke või põlglikke;
4. oma õiguse visa ja sõjakas tagaajamine, mis ei sobi kokku tegeliku olukorraga;
5. sagedased ja alusetud kahtlused abikaasa või seksuaalpartneri truuduse suhtes;
6. kalduvus pidada end liialt tähtsaks, mis väljendub püsivas enesekeskses hoiakus;
7. enda ümber ja laias maailmas sündivat seletab ülekaalukalt ja alusetult kui kellegi vandenõu tulemust.

Skisoidse isiksuse kriteeriumid RHK-10 järgi on:

1. kui üldse rõõmu tuntakse, siis väga vähestest tegevustest;
2. emotsionaalne külmus, jahedus või tuim emotsionaalsus;
3. võimetus väljendada teiste suhtes nii sooje, õrnu tundeid kui ka viha;
4. ükskõiksus nii kiituse kui kriitika suhtes;
5. vähene huvi saada seksuaalseid elamusi teise inimese seltsis (arvestades vanust);
6. üksildaste tegevuste ülekaalukas eelistamine;
7. liigne enessesüüvimine ja fantaseerimine;
8. pole lähedasi sõpru või usaldussuhteid (või on ainult üks) ega soovi selliste suhete loomiseks;
9. märkimisväärne tundetus üldtuntud sotsiaalsete normide ja tavade suhtes.

Ent RHK-10 viienda peatüki sissejuhatuses märgib Vasar (1993, tõlke toimetaja) ära ka DSM-i, mis ei ole küll Eestis ametliku klassifikaatorina tunnustatud, kuid mis on RHK-10 sarnane ning mida kasutatakse väga sageli võrdluseks kliinilises teadustöös.

1.5 DSM-IV diagnostilised kriteeriumid: paranoiline ja skisoidne isiksushäire

DSM (1994) järgi asuvad isiksushäired teisel teljel, mis käsitleb arengu ja isiksushäireid. Isiksushäireid iseloomustavad kestev ja oluline mõju kõikidele eluvaldkondadele ning täidetud peavad olema järgmised kriteeriumid:

1. Sümptomid esinevad pika perioodi vältel, on jäigad ning kõikehõlmavad ja ei ole alkoholi, narkootikumide või muu psühhiaatrilise haiguse tulemuseks. Sümptomid on jälgitavad alates nooruki east või hiljemalt noorest täiskasvanu east.
2. Sümptomid on põhjustanud või põhjustavad olulist distressi või negatiivseid tagajärgi erinevates elu valdkondades.
3. Sümptomid on jälgitavad vähemalt kahes valdkonnas:
 - a. mõtted (maailma nägemise mustrid, endast ja teistest mõtlemine ning vastastikku toimimine),
 - b. emotsioonid (kohasus, intensiivsus ning emotsionaalse väljendusspekter),
 - c. isikute vaheline toimimine (suhted ja isikute vaheliste suhtlemise oskused),
 - d. impulssi kontroll.

Isiksushäired on jagatud kolme klastrisse, kusjuures vaatlusalused häired kuuluvad klastrisse A, mille üldiseloomustamiseks on märgitud veidrad või ekstsentrilised häired ning sotsiaalse koostoime hirm. Paranoilise ja skisoidse isiksushäire kõrval on samas klastris esindatud ka skisotüüpne häire, mis RHK-10 puhul ei kuulu spetsiifiliste isiksushäirete hulka ning see on paigutatud skisofreenia koodi alla.

Paranoilise isiksushäire diagnostilised kriteeriumid DSM järgi on:

1. Märkimisväärne teiste umbusaldamine, mis on määratud vähemalt järgmise nelja kriteeriumiga:
 - 1) Põhjendamatult usub, et teised on ekspluateerivad, kahjustavad või püüavad teda petta.
 - 2) Põhjendamatud kahtlused sõprade / kaaslaste lojaalsuses ja usaldusväärsuses.
 - 3) Põhjendamatu uskumus, et teiste usaldamise korral, kasutavad nad seda informatsiooni tema vastu.
 - 4) Leiab varjatud tähendusi või ohustavaid märke kahjututes märkustes või sündmustes.
 - 5) Ei unusta ning kannab vimma.
 - 6) Põhjendamatu uskumus, et teised soovivad kahjustada tema mainet ning on kergelt valmis reageerima sellele vihaga.
 - 7) Põhjendamatu uskumus seksuaalpartneri truudusetuses.

2. Sümptomid ei ole seotud mõne teise psühhiaatrilise haigusega.

Skisoidne isiksushäire on DSM järgi primaarselt iseloomustatud väga kitsa emotsionaalsete reageeringute spektriga nii emotsioonide väljenduse kui ka nende kogemise näol. Selle häirega isikud on ükskõiksed sotsiaalsete suhete suhtes ning väljendava lamenenud afekti.

1. Ükskõiksus / eraldumine sotsiaalsetest suhetest ja väga kitsas emotsionaalne spekter inimeste vahelises suhtluses on väljendunud vähemalt nelja järgneva kriteeriumiga:
 - 1) Ei soovi omada või nautida lähisuhteid, pere kaasarvatud.
 - 2) Eelistab omaette tegevusi ja elu.
 - 3) Puudub või on vähene huvi seksuaalsete suhte vastu teiste inimestega.
 - 4) Vähe või ei naudi üldse erinevaid tegevusi.
 - 5) Vähe kui üldse on lähedasi sõpru, välja arvatud esimese astme sugulased.
 - 6) Ükskõikne kriitika või kiituse suhtes.
 - 7) Väljendab lamenenud afekti, emotsionaalset jahedust või eraldumist.
2. Sümptomid ei ole seotud mõne teise psühhiaatrilise haigusega.

Kuigi diagnostilised kriteeriumid on laias laastus üsna sarnased, siis sellegi poolest toovad erinevad klassifikaatorid välja erinevaid nüansse ning see omakorda raskendab häirete ühtset diagnoosimist ja statistika kogumist. Ottoson, Ekselius, Grann, Kullgren (2002) viisid läbi uurimuse 138 patsiendiga ning kahe diagnostilise klassifikaatori konkordants oli 26% skisoidse isiksushäire korral ning 66% paranoilise isiksushäire korral. Konkordantsuse erinevus võib olla aga seletatav valimi väiksusega.

1.6 Diagnostiliste kriteeriumide raskused

Eelnevalt mainitud kõrge isiksushäirete koosinemine tõstatab küsimuse diagnostiliste kriteeriumide usaldusväärsusest ja valiidsusest.

DSM-III järgi oli paranoilise isiksushäire diagnoosimiseks vaja täita kolme kahtlustus-, kaht hüpersensitiivsuse ja kaht lamenenud emotsionaalsuse kriteeriumit. Hilisemas DSM-III-R versioonis oli piisav juba nelja kriteeriumi esinemine seitsmest. DSM-IVs oli elimineeritud „kiire viha reageerimise“ kriteerium, kuna sellel oli tugev seos ka teiste isiksushäiretega. Klassikaline lähenemine oli liiga jäik, mille tõttu mindi üle prototüüpilisele lähenemisele (Falkum, Pedersen, Karterud, 2009). Paranoilise isiksushäire ideaalne prototüüp sisaldab kõik seitse (DSM-IV) kriteeriumi. Harva esineb aga juhtumeid, kus mõni patsient vastab kõigile seitsmele kriteeriumile. Falkum jt (2009) järeldasid oma uurimuses, et kriteeriumide „Ei unusta ning kannab vimma“ (5. kriteerium) ja „Põhjendamatu uskumus seksuaalpartneri

truudusetuses“ (7. kriteerium) olemasolu käesolevas konstruktsis on küsitav. Kõige tugevamalt seostub konstruktiga kriteerium „Põhjendamatud kahtlused sõprade / kaaslaste lojaalsuses ja usaldusväärsuses“. Paranoilise isiksushäire kahe dimensiooni „vaenulikkus“ (kriteeriumid 5-7) ja „kahtlustamine“ (kriteeriumid 1-4) tõttu on kattumisi ka teiste spetsiifiliste isiksushäiretega. Kriteeriumid 2 ja 4 on häire suhtes kõige spetsiifilisemad ja sensitiivsemad.

Blais ja Malone (2013) tuvastasid sarnaselt Falkumile faktroanalüüsi käigus viienda ja seitsmenda kriteeriumi (DSM-IV) vähese seotuse paranoilise isiksushäire konstruktiga. Mõningane seotus paranoilise isiksushäirega on ka antisotsiaalsel-, sõltuval-, piirialasel ja skisotüüpsel isiksushäirel.

Ilmnes ka, et skisoidse isiksushäire konstrukti ei toeta kriteeriumid "Puudub või on vähene huvi seksuaalsete suhte vastu teiste inimestega" (3) ja "Ükskõikne kriitika või kiituse suhtes" (6). Kuid esineb vähene seotus skisotüüpse- ja obsessiiv-kompulsiivse isiksushäire kriteeriumidega ning pöördvõrdeline seotus sõltuva isiksushäire kriteeriumidega (Blais ja Malone, 2013). Selles uurimuses osalesid eriala spetsialistid ning uurijad soovisid aru saada, kuidas spetsialistid näevad ja diagnoosivad isiksushäireid. Kuigi teatud kriteeriumide omavaheline kooskõla eksisteerib ning mitte kõik kriteeriumid ei kajasta isiksushäirete konstrukte ideaalse prototüübi järgi, toetavad hetke diagnostilised lähenemised siiski olemasolevat isiksushäirete struktuuri ja mitte DSM-5 projekti.

1.7 Isiksushäirete diagnoosimise instrumendid. Intervjuud

Isiksushäirete diagnostikas on kasutusel mitmeid instrumente. IPDE sissejuhatavas peatükis kirjeldab Loranger (1997) järgmisi neist:

PAS (*Personality Assessment Schedule, Isiksuse Hindamise Kava*) on välja töötatud Tyreri ja kolleegide poolt. See on küsitlus 24 isiksuse karekteristiku kohta, mida hinnatakse 9 punktilisel skaalal. Erinevalt teistest eelistatakse siin informaatori küsitlemist, kuna patsient ei pruugi häirete tõttu anda adekvaatset informatsiooni. Klasteranalüüsi järel eristatakse nelja peamist isiksushäiret: sotsiopaatilist-, passiiv-sõltuvat-, anankastset- ja skisoidset isiksushäiret. Täiendavate kategooriate hulka kuuluvad ka impulsiivne-, tundlik-agressiivne-, histriooniline-, asteeniline-, ärev-, paranoidaalne-, hüpohondriline-, düstüümiline- ja vältiv isiksushäire. PAS intervjuu lühendatud versioon PAS-Q (*PAS –Quick*) on küsimustik, mille täitmine võtab veerand tundi. Selle isiksushäirete sensitiivsus on 0.80 ja spetsiifilisus 0.82 (Germans, Van Heck, Hodiamont, 2011).

Pilgrimi ja Manni väljatöötatud lühike poolstruktureeritud intervjuu SAP (*Standardized Assessment of Personality, Isiksuse Standardiseeritud Hinnang*) on mõeldud kasutamiseks patsiendi sugulase või lähedase sõbraga. Selle küsimustiku lühendatud versioon SAPAS (*SAP: Abbreviated Scale*) on autorite veendumusel usaldusväärne instrument hindamaks DSM-IV isiksushäirete klaster A ja klaster C häireid (Hesse ja Moran, 2010). SAPASi sensitiivsus on 0.94 ja spetsiifilisus 0.85 (Moran jt, 2003).

SCID-II (*Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Struktureeritud Kliiniline Intervjuu DSM-III-R jaoks*) on kohandatud DSM-IV jaoks Spitzeri ja kolleegide poolt. Lobbestael, Leurgans, Arntz (2011) nimetavad seda kuldseks standardiks DSM-IV teise telje häirete diagnoosimise jaoks, mis oma olemuselt on poolstruktureeritud intervjuu nagu IPDE-gi. Küsimused on grupeeritud lähtuvalt isiksushäirete kriteeriumidest, mitte aga käitumise erinevatest probleemidest. Iga kriteerium on hinnatud skaalal: puudub (1), alalävine (2), väljendunud (3).

Intervjuudele lisaks on kasutusel ka mitmeid küsimustikke. Antud töö raames piirdun järgnevate nimetamisega: Milloni Kliiniline Mitmeteljeline Küsimustik (MCMI, *Millon Clinical Multiaxial Inventory*), Isiksuse Diagnostiline Küsimustik (PDQ-R, *Personality Diagnostic Questionnaire*), Kolmedimensionaalne Isiksuse Küsimustik (TPQ, *Tridimensional Personality Questionnaire*), Temperamendi ja Iseloomu Küsimustik (TCI, *Temperament and Character Inventory*).

Isiksushäirete diagnostilisi instrumente on mitmeid ja ilmselt ei ole siin esitatud nimekiri ammendav. Isiksushäirete diagnostilised kriteeriumid on pidevas muutuses ja olemasolevad instrumendid ei välista üksteist ning on pigem üksteist täiendava iseloomuga.

1.8 IPDE

IPDE on poolstruktureeritud kliiniline intervjuu, mis on loodud isiksushäirete hindamiseks RHK-10 ja DSM-III-R klassifikaatorite järgi, kuid see on kohandatud ka DSM-IV jaoks (Loranger, 1997). IPDE intervjuu kallal alustasid erialaspetsialistid tööd 1985. aastal. IPDE ei ole loodud, et hinnata kogu isiksust, kuid avastada iseloomujooni ja käitumist, mis kajastavad isiksushäirete kriteeriume. Intervjuu eirab mõningaid neutraalseid, positiivseid või adaptiivseid iseloomujooni, kuna nad ei puutu isiksushäirete hindamisse. Selle tõttu tasub kasutada vastavaid instrumente nende hindamiseks enne IPDE alustamist (Loranger, 1997).

IPDE eesmärk on saavutada optimaalne tasakaal ühelt poolt spontaanse ja loomuliku intervjuu ja teisalt standardiseerimise ja objektiivsuse vajaduse vahel. Intervjuus esitatud

küsimused hõlmavad töö, enese-, isikutevaheliste suhete-, afektide-, reaalsuse taj- ja impulssi kontrolli valdkondi. Iga valdkonna küsimuste plokki juhatavad sisse avatud küsimused, mis võimaldavad patsiendil arutada antud teemal talle sobivas formaadis. See omakorda soodustab sujuvamat üleminekut ühelt plokilt teisele ning loob teatud tausta klinitisisti jaoks, kuigi vastuseid nendele küsimustele eraldi ei hinnata (Loranger, 1997).

Kokkuleppeliselt peavad isiksushäiret väljendavad muutused käitumises esinema viimase viie aasta jooksul. Sellisel juhul saab seda pidada püsivaks isiksuse omaduseks. Kaalumisel oli ka kolmeaastane periood, kuid sellest on loobutud võimalike segavate sagedaste episoodiliste vaimsete häirete tõttu. Isikutel üle 20 eluaasta ei ole hindamisperiood alla viie aasta soovitatud. IPDE ei ole mõeldud hindamaks isikuid alla 18 eluaasta, kuigi mõned uurijad leidsid, et intervjuu on kasutatav ka 15-aastaste isikute puhul. RHK-10 ja DSM-IV kriteeriumide järgi ilmnevad esimesed isiksushäire sümptomid lapsepõlves, noorukieas või varases täiskasvanueas. Selle tõttu on IPDE nõue vähemalt ühe kriteeriumi ilmnemine enne 25ndat eluaastat. 25 eluaasta piir on määratud seetõttu, et võimalikult paljud eluvaldkonnad oleksid küsimustega kaetud.

IPDE on põhiliselt enesekohane küsimustik, mis eeldab, et uuritav on võimeline andma hinnanguid oma käitumisele. Sellegipoolest ei pruugi uuritav mõningaid isiksusomadusi märgata või tunnistada sotsiaalse surve või muude põhjuste tõttu. Sellepärast on intervjuus vastava kriteeriumi juures küsimus: „Kas keegi on Teile öelnud, et te olete selline?“ Samuti võib lisainformatsiooni hankimiseks küsitleda lähedast sõpra või pereliiget. Sellisel juhul võib esineda vastustes erinevusi, mis rakendab hindamist, kuna pole selge, kes esitab tõest informatsiooni. Seni antud probleemile rahuldavaid lahendusi kahjuks pole.

Iga küsimuse kohal on märgitud diagnostiline kriteerium ja selle number ning vastava isiksushäire nimetus. See on vajalik, et intervjuu läbiviijal oleks mitte ainult kriteerium silmade ees, vaid ka häire, mille kontekstis seda küsitakse. Mõned kriteeriumid on märgitud *частично (osaliselt)*, mis viitab, et antud küsimus ei kajasta kriteeriumit täies mahus. See on vajalik, et mitte kalduda plokki teemast kõrvale.

IPDE hindab käitumist või isiksusomadust kui puuduvat või normaalset (0), liialdatud või aktsentueeritud (1) ja kriteeriumi täitmist või patoloogilist (2). Mõned kriteeriumid ei ole rakendatavad mõnede isikute puhul ning see on märgitud *не относится (ei kuulu)*. Märk „?“ on kasutusel juhul, kui vaatamata patsiendi julgustamisele ta keeldub küsimusele vastamast. Seda ei saa kasutada märkimaks küsitleja ebakindlust kriteeriumi täitmise kohta.

Patsiendi positiivsed vastused küsimustele ei anna alust koheselt hinnata kriteerium täidetuks, vaid esitatud peavad olema ka veenvad näited käitumise kohta. Kriteeriumide hindamise järel saab teha kokkuvõtteid intervjuust. IPDE uurib kõikvõimalikke isiksushäirete kriteeriumide olemasolu või puudumist. Iga häire kohta kujuneb lõpuks välja dimensionaalne skoor. Arvestades, et isiksushäiretele iseloomulikud isiksusjooned esinevad kontiinumina terves populatsioonis, siis võib IPDEd hea reliaabluse ja mitmekülgsuse tõttu kasutada ka teadustöodes (Loranger, 1997). Arvesse lähevad ka intervjuerija hinnangud intervjueritavale ja tema käitumisele.

Intervjuule eelneb enesekohase sõelküsimumstiku täitmine, mida patsient üldjuhul täidab ise. Küsimustik ei asenda intervjuud, kuna see ei võimalda täpset häire diagnoosimist. Küll aga võimaldab see selekteerida välja neid isikuid, kellel ei õnnestu suure tõenäosusega intervjuu käigus diagnoosida spetsiifilist isiksushäiret.

IPDE väljatöötamises osales 14 keskust 11 riigis Põhja-Ameerikas, Euroopas, Aafrikas ja Aasias. Intervjuu reliaablus ja stabiilsus on võrreldav instrumentidega, mille järgi diagnoositakse psühhoose, meeleolu, ärevust ja psühhoaktiivsete ainete kuritarvitamist (Loranger jt, 1994).

Duijsens, Bruinsma, Jansen, Eurelings-Bontekoe, Diekstra (1996) võrdlesid häirete diagnooside avastamiseks enesekohast küsimustikku ja poolstruktureeritud intervjuud. Ilmnes, et küsimustiku puhul esineb 2,5 korda rohkem positiivseid diagnoose võrreldes poolstruktureeritud intervjuuga.

Eestis on diplomitöö raames uuritud eestikeelset IPDE intervjuud ja sõelküsimumstikku. Uuringus ilmnes, et sõelküsimumstikus täitsid 25,8% vastajatest paranoilise ja 25,8% skisoidse isiksushäire kriteeriumid, kuid intervjuu käigus ükski kriteerium kinnitust ei leidnud (Sisask, 1999).

1.9 Küsimustiku kohandamine

IPDE küsimustik on töötatud välja Ameerika Ühendriikides, mistõttu selle kasutamine teistes keeltes, kaasa arvatud inglise keele dialektides, nõuab küsimustiku tõlkimist ja kohandamist.

IPDE on rahvusvahelise tunnustusega küsimustik, mida on tõlgitud hollandi, prantsuse, saksa, hindi, jaapani, norra, taani, itaalia, hispaania, vene ja eesti keeltesse. Küsimustiku kohandamisel kasutati tunnustatud tõlge-tagasitõlge meetodikat.

1991. aastal otsustas Rahvusvahelise Testimise Komisjoni nõukogu (ITC: *Council of the International Test Commission*) töötada välja juhendi testide tõlkimise ja kohandamise jaoks. Nõukogu asus juhtima Ronald K. Hambleton ning komisjoni kuulusid mitmed rahvusvahelised organisatsioonid (Gregoire ja Hambleton, 2009). Kuna test on originaalselt välja töötatud teises kultuuri- ja keeleruumis, on testide standardne adapteerimine vajalik testide valiidsuse ja reliaabluse tagamiseks, mis omakorda võimaldab usaldusväärsete tulemuste saamist ja võrdlemist.

Testi adapteerimise all mõeldakse tihti ainult selle tõlkimist sihtkeelde lähtuvalt psühholoogilistest, kultuurilistest ja lingvistilistest omapäradest (Hambleton, 2005). Testi vormi, keele, instruksioonide muutmisel peab aga testi revalideerima (ITC, 2010). Kõige suuremad vead testi adapteerimisel tekkivad keele/kultuuri erinevusest, tehniliste probleemide tõttu ning tulemuste väärade interpreteerimise tõttu. (Hambleton, 2005). Tõlkimisvigade vältimiseks soovitatakse kasutada mitut tõlki, kes on sihtkeele ja kultuuriga väga hästi kursis. Otstarbekas on kasutada tõlkimise käigus sõnu, mis esinevad sarnase sagedusega lähte- ja sihtkeeles. Samas ei pruugi sihtkeeles olla täpseid ekvivalente, mille tõttu peab tõlkima maksimaalselt lähedaselt tähendusele. Sama oht on ka fraseologismidega, mille puhul otsetõlge ei pruugi omada ekvivalentset tähendust.

Järgmiseks sammuks on tagasitõlge sihtkeelest lähtekeelde teiste, esimese tõlkega mitte kokku puutunud tõlkide poolt. Originaali ja tagasitõlke võrdlemine võib ilmsiks tuua kitsaskohti, millega peab täiendavalt tegelema. Sihtkeelde tõlgitud testi ei tohi koheselt kasutada. Enne peab see läbima eeltestimise, mida peab vastavate statistiliste meetoditega analüüsima ja võrdlema. Alles siis võib testi aktiivselt kasutusse võtta, ent ka siis peab jälgima võimalikke vigade tekkimist (Hambleton, 2005).

1.10 IPDE vene keeles

IPDE on kohandatud eesti keelde 1995. aastal. Viimase rahvaloenduse andmetel elab Eestis üle 300 tuhande venelase (24,8% loendatutest) (Statistikaamet, 17.09.2012). Emakeelena kasutab vene keelt Eestis aga peaaegu 400 tuhat inimest (29,6% loendatutest) (Statistikaamet, 30.08.2012).

Loranger (1997) väidab IPDE manuaali sissejuhatavas artiklis, et IPDE on tõlgitud ka vene keelde. Kuid eelnevalt kirjeldatud instrumentide kohandamise printsiipidest lähtuvalt peab silmas pidama, et Venemaa venelaste ja Eesti venelaste vahel esinevate erinevuste tõttu ei ole Venemaa IPDE Eestis kohandatav. Mitmetes kultuuride vahelistes uurimustes on vastavad

väärtuste, isiksusjoonte ja kultuuri erinevused ka välja toodud (Realo, Allik, 1999; Lensment, Ahmet, Rodins, 2010; Toots, Idnurm, 2012).

Neid arve ja uurimuste tulemusi silmas pidades on IPDE küsimustiku kohandamine vene keelde arvestades Eesti konteksti väga oluline.

2 Meetod

2.1 Sõelküsimumustiku ja intervjuu tõlkimine

Sõelküsimumustiku ja intervjuu tõlkimine toimus kevadsuvel 2012. Selles osales peale töö autori veel kaks kaasüliõpilast - Ksenia Kravtšenko ja Tatiana Kovaleva, kes analüüsisid tehtud tööd ülejäänud isiksushäirete lõikes.

Originaalset sõelküsimumustikku on tõlgitud vene keelde viiel korral: kolm korda professionaalsete tõlkijate ning kaks korda üliõpilaste poolt. Intervjuud koos diagnostiliste kriteeriumide kirjeldustega on tõlgitud kahel korral: üks kord professionaalse tõlgi ning üks kord üliõpilaste poolt.

Sõelküsimumustiku kohandamiseks on kasutatud kõiki viite olemasolevat tõlget ning ühte varem tõlgitud kaasjuhendaja Inga Ignatieva tõlget. Üliõpilaste koostöö käigus sai 5+1 tõlkest koostatud üks sõelküsimumustik. Professionaalsete tõlkijate tõlked olid üsna sarnased, üliõpilaste omad aga kippusid kirjandusliku laadi poole. Peamised vaidluskohad sõelküsimumustikku tõlkimise juures olid järgmised (rasvase kirjaga on märgitud vaidluskohad):

- I am not **fussy** about little details (küsimus nr 3);
- what **kind of person** I want to be (nr 4);
- **intense** relationship (nr 13);
- I feel **awkward or out of place in social situations** (nr 16). Sarnane kriteerium oli vaidluse all ka intervjuu juures sõnapaari "social situations" tõttu.
- I've **refused to hold** a job (nr 20);
- I'am too **strict** about rules (nr 32);
- I won't **get involved** with people (nr 34);
- **empty inside** (nr 40);
- I'm too **stiff or formal** (nr 48);
- I am very **moody** (nr 53);
- It's hard for me to **get used to a new way** of doing things (nr 54).

Nende ja mõningate teiste küsimuste tõlkimiskeskus seisnes selles, et täpsete vastete puudumise tõttu polnud täpselt võimalik tõlkida või muutub otsese tõlkimise tõttu sisuline tähendus.

Parimaid variante kasutades korraldati pilootuuring, kus tõlkega mitte seotud isikutel paluti vaadata küsimustik üle ning vastata ja kommenteerida, kas tõlge on arusaadav, kas esineb

kohmakaid väljendeid või ei ole küsimuse sisu täpselt arusaadav. Pilootuuringus osales 15 inimest. Olemasolevale tõlkele lisandus olulisi parandusi ka teiste (tõlkijate poolt esmalt tähelepanuta jäänud) küsimuste puhul:

- I don't **react well** (nr 2);
- I go **to extremes** (nr 9);
- kommentaare saabus ka eelnevalt mainitud küsimuste kohta.

Lõplik versioon, mis kujunes välja pilootuuringu järel, on tööle lisatud (vt. Lisa 1).

Sõelküsimustiku põhiuuringu andmete kogumise ajal oli respondentidel samuti võimalus kommenteerida olemasolevat küsimustikku. 125st küsimustikule vastanult sisulisi kommentaare ei saanud, mõned soovitasid lisada vastusevarianti "ei tea".

Poolstruktureeritud intervjuu küsimused olid varem tõlgitud kahes komplektis. Kuna intervjuu on oluliselt mahukam ning samas see ei nõua erinevalt enesekohasest küsimustikust väga täpset sõnastamist, siis on tõlkeid sõelküsimustikuga võrreldes ka vähem. Intervjuu juures on rohkem vabadust nii küsitlejal, kui ka vastajal ning kõik diagnostilised kriteeriumid on ka lahti kirjutatud. Seetõttu võib intervjuerija alati intervjuu plaaniga ette antud põhiküsimuste juures esitada täpsustavaid küsimusi. Sellegipoolest oli mitmete kriteeriumide tõlkimine üsna tüsiline ja head sõnastust oli raske leida, kuid enesekohasele küsimustikule toetudes püüdsime tagada sarnasust ja ühtlust. 20 inimese intervjuerimise järel ilmnisid mõned kohmakused sõnastuses, mistõttu sai ka intervjuu veidi kohandatud. Lõplik versioon on tööle lisatud (Lisa 2).

2.2 Protseduur

Enesekohane küsimustik oli saadaval nii paberversioonis kui elektroonilises versioonis, mis oli koostatud google.docs baasil. Linki küsimustikule jagati elektronposti ja sotsiaalvõrgustikke kaudu. Peamiselt toimus küsimustiku jagamine tuttavate hulgas, kuid oli antud luba jagada küsimustikku ka tuttavate tuttavate hulgas. Küsimuste vastamisele eelnes lühike instruktsioon, nagu see on esitatud ka originaalversioonis. Andmete kogumine toimus anonüümselt ja vabatahtlikult. Küsimustiku täitmise järel oli võimalus täita tagasiside vorm, milles sai kommenteerida küsimusi ning jätta oma kontaktandmed juhuks, kui inimene on nõus osalema jätkuintervjuus. Andmete kogumine toimus märts-mai 2013.

Intervjuud toimusid aprillis 2013. Käesoleva töö autor viis 20st intervjuust viis läbi 8.

Intervjueritavate andmed olid välja võetud enesekohase küsimustiku tagasiside vormi kaudu,

kuhu andmed olid kogutud vabatahtlikkuse alusel. Iga intervjuu kestis keskmiselt poolteist tundi. Katseisikud olid instrueeritud vastavalt juhendile ning oli selgitatud, et vastajal on iga hetk võimalus intervjuu lõpetada ning loobuda küsimustele vastamisest. Kaheksast inimesest ükski ei loobunud küsimustele vastamisest ning mulle tundusid vastused siirad ja ausad. Intervjuu puhul oli võimalus hiljem kommenteerida küsimusi ja pakkuda võimalusel paremaid lahendusi.

2.3 Katseisikud

Sõelküsimumstiku täitsid 125 inimest, kelle emakeel on vene keel. Vastajate keskmine vanus on 33 aastat, $SD=10,8$ a. Kõige noorem vastaja oli 19 ja kõige vanem 86 eluaastat. Valimist suurem osa on naised (70%) ning kõrgharidusega inimesi on 81.3%. Keskharidusest madalama haridustasemega inimesi ei olnud. Intervjuus osales omakorda 20 inimest: 15 naist ja 5 meest.

2.4 Andmete analüüs

Andmete analüüsiks kasutati IBM SPSS Statistics 20 andmetötluse tarkvara. Paranoilise ja skisoidse isiksushäire skaalad on hinnatud skaala sisereliaabluse Cronbach alfa abil.

Teostatud on korrelatsioonide mõõtmised kõikide isiksushäirete vahel ja sõelküsimumstiku ja intervjuu vahel.

3 Tulemused

3.1 Sõelküsimumustik

3.1.1 Paranoilise isiksushäire skaala

Enesekohase sõelküsimumustiku paranoilise isiksushäire kriteeriume kajastavad küsimused on:

2. Я негативно реагирую, если меня кто-то оскорбляет (Kriteerium nr 1)

22. Бывало, что я таил(а) злобу на людей годами (2)

24. Люди часто насмеваются надо мной за моей спиной (6)

27. Я борюсь за свои права, даже когда это раздражает людей (4)

36. Думаю, мой(я) супруг(а) (возлюбленный(ая)), возможно, мне изменяет (5)

52. Я убежден(а) в том, что за многими вещами в мире стоит заговор (7)

„Jah“ vastuse korral ning küsimuse

14. Большинство людей справедливы и честны по отношению ко мне (3)

„Ei“ vastuse puhul.

Sisereliaabluse hindamiseks arvutasin paranoilise ja skisoidse häire skaalad juhendile vastavalt, kusjuures „ei“ küsimuste vastused olid enne analüüsimist ümberpööratud.

Paranoilise isiksushäire skaala küsimuste omavaheline korrelatsioon on üsna madal, mis viitab konstrukti erinevate tahkude adekvaatset hindamist. Mõningane ristkorrelatsioon esineb küsimuste 52 ja küsimuste 22 ning 24 vahel ($r = 0,294; 0,272$)(Tabel 1). Cronbachi alfa on 0,42. Kusjuures alfat annaks veidi parandada kuni 0,43 kui välja jätta küsimus nr 2 (Tabel 2.) Küsimused 22 ja 52 on kõige tugevamini seotud teiste küsimustega ning nende väljajätmisel langeb alfa järsult kuni 0,29.

Tabel 1. Paranoilise skaala küsimuste omavahelised korrelatsioonid

	2	14	22	24	27	36	52
2	1,000						
14	,091	1,000					
22	,151	,042	1,000				
24	,097	,195	,111	1,000			
27	-,010	-,010	,170	-,026	1,000		
36	-,127	-,034	,153	-,002	,082	1,000	
52	-,003	,151	,272	,294	,125	,172	1,000

Tabel 2. Paranoilise skaala Cronbach alfa küsimuste kaupa.

	Cronbachi alfa, kui küsimus eemaldatud
2	,429
14	,412
22	,291
24	,375
27	,423
36	,414
52	,281

3.1.2 Skisoidse isiksushäire skaala

Enesekohase sõelküsimustiku skisoidse isiksushäire kriteeriume kajastavad küsimused on:

8. Я почти никогда ни на что не злюсь (3)

12. Люди считают меня холодным(ой) и отстраненным(ой) (2)

21. Когда меня хвалят или критикуют, я не показываю окружающим своей реакции (4)

31. Я испытываю слабое или не испытываю никакого желания заниматься сексом с кем-либо (5)

46. Я предпочитаю виды деятельности, которыми можно заниматься в одиночестве (6)

55. Большинство людей считают меня странным(ой) (9)

58. Меня больше интересуют собственные мысли, чем происходящее вокруг меня (7)

„Jah“ vastuse korral ning küsimuste

1. Обычно я получаю от жизни радость и удовольствие (1)

57. Любому человеку для счастья нужно иметь хотя бы одного-двух друзей (8)

„Ei“ vastuste puhul.

Skisoidse isiksushäire skaala küsimuste omavaheline korrelatsioon on nulli lähedane (Tabel

3). Mõningane ristkorrelatsioon esineb küsimuste 46 ja 58 vahel ($r = 0,246$). Skaala

Cronbachi alfa on 0,38. Kusjuures küsimuste 8 ja 31 välja jätmisel sisereliaablus paraneb

kuni alfa = 0,44 (Tabel 4). Küsimused 21 ja 58 esindavad kõige tugevamalt antud skaalad.

Tabel 3. Skisoidse skaala küsimuste omavahelised korrelatsioonid

	1	8	12	21	31	46	55	57	58
1	1,000								
8	-,171	1,000							
12	,120	-,022	1,000						
21	,074	-,011	,181	1,000					
31	,172	-,099	,023	-,085	1,000				
46	,016	-,058	,174	,273	-,094	1,000			
55	,073	,027	,161	,208	-,178	,076	1,000		
57	-,032	-,028	-,071	,180	-,048	,118	,038	1,000	
58	,072	,145	,202	,130	,109	,246	,170	,019	1,000

Tabel 4. Skisoidse skaala Cronbach alfa küsimuste kaupa.

	Cronbachi alfa, kui küsimus eemaldatud
1	,370
8	,442
12	,309
21	,275
31	,438
46	,302
55	,336
57	,376
58	,229

Sõelküsimumstiku andmetega on välja arvatud iga isiksushäire kohta eraldi skoor vastavalt juhendis olemasolevatele juhistele. Arvutatud on ka kõikide häirete omavahelised paari kaupa korrelatsioonid:

Tabel 5. Isiksushäirete skaalade omavahelised korrelatsioonid.

	PAR	SKI	DIS	IMP	PII	HIS	ANA	ÄRE	SÕL
Paranoiline	1	0,143	,427**	,415**	0,16	,235**	,223*	0,174	0,031
		0,116	0	0	0,078	0,009	0,014	0,055	0,731
Skisoidne		1	0,041	0,151	,270**	-0,08	,325**	,382**	0,162
			0,651	0,097	0,003	0,394	0	0	0,076
Dissotsiaalne			1	,332**	,226*	0,161	-0,09	0,027	-0,018
				0	0,012	0,077	0,332	0,767	0,846
Impulssiivne				1	,395**	,334**	0,025	,240**	,217*
					0	0	0,781	0,008	0,016
Piiripealne					1	,303**	,197*	,384**	,331**
						0,001	0,03	0	0
Histrioiline						1	0,027	0,154	0,144
							0,765	0,089	0,115
Anankastne							1	,485**	,269**
								0	0,003
Ärev								1	,487**
									0

Märkus. Pearsoni korrelatsioonikordaja, 2-poolne seos; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Sõelküsimumstikku analüüsidest ilmneb, et isiksushäirete lõikepunkti ületasid 40% vastanutest paranoilise isiksushäire puhul, 45% vastanutest skisoidse isiksushäire puhul, 9% - dissotsiaalse-, 14% - impulsiivse, 2% - piirialase, 25% - histrioilise, 42% - anankastse, 16% - äreva ja 13% sõltuva isiksushäirete puhul. 90% vastanutest oli isiksushäirete lõikepunkt ületatud kahe ja enama häire koosesinemise näol. Korrelatsiooni maatriksi järgi oli paranoilise isiksushäire skaala kõige enam seotud dissotsiaalse ja impulsiivse isiksushäire skaaladega. Skisoidse isiksushäire skaala korreleerus kõige enam anankastse ja äreva isiksushäire skaaladega.

3.2 Poolstruktureeritud intervjuu pilootuurimus

Poolstruktureeritud intervjuu küsimused vastavad paranoilise isiksushäire kriteeriumitele (RHK-10 kriteerium märgitud sulgudes):

38. Излишняя чувствительность к неудачам и отказам. (1)

34. Склонность постоянно таить злобу, например, отказ прощать оскорбления, травмы или неуважение. (2)

35. Подозрительность и доминирующая тенденция исказить события, принимая нейтральные или дружеские действия других за враждебные или высокомерные. (3)

31. Воинственное и неуступчивое отношение к личным правам, не соотносящееся с реальной ситуацией. (4)

55. Повторяющиеся необоснованные подозрения в сексуальной неверности супруга(и) или сексуального партнера. (5)

36. Постоянное отнесение происходящего на свой счет, особенно в сочетании с излишним самомнением. (6)

57. Охваченность надуманными «конспиративными» объяснениями событий либо непосредственно связанных с пациентом, либо в мире в целом. (7)

Poolstruktureeritud intervjuu küsimused vastavad skisoidse isiksushäire kriteeriumitele (RHK-10 kriteerium märgitud sulgudes):

42. Немногие, если вообще какие-либо занятия доставляют удовольствие. (1)

67. Демонстрация эмоциональной холодности, отчужденности или уплощенной эмоциональности. (2)

37. Безразличие как к похвале, так и к критике. (4)

53. Незначительный интерес к сексуальным контактам с другим человеком (с учетом возраста). (5)

22. Устойчивое предпочтение уединенных занятий. (6)

18. Повышенная озабоченность фантазиями и самоанализом. (7)

19. Отсутствие близких друзей или доверительных отношений (или только один/одни), как и желания их иметь. (8)

66. Выраженная нечувствительность к господствующим социальным нормам и условностям; непреднамеренное неуважение к таким нормам и условностям. (9)

Küsimused

44. Ограниченная способность проявлять гнев по отношению к другим. (3)(частично)
ja

39. Ограниченная способность проявлять теплые, нежные чувства по отношению к другим. (3) (частично)

vastavad osaliselt kolmandale kriteeriumile ning nad on andmeanalüüsi jaoks liidetud.

Paranoilise isiksushäire intervjuu skaala sisereliaablus Cronbachi alfa on 0,47. Veelgi paremaks sisereliaabluse saamiseks võiks välja jätta küsimused 31 ja 36. Küsimused 34, 35, 38 on kõige tugevamalt seotud paranoilise isiksushäire skaalaga.

Skisoidse isiksushäire intervjuu skaala sisereliaablus Cronbachi alfa on 0,42, kusjuures küsimused 42 ja 66 jättis andmetöötlusprogramm analüüsist välja, kuna variatiivsus nende puhul = 0. Küsimuste 18,19 ja 53 väljajätmisel paraneks alfa kuni 0,55. Kõige tugevamalt on skaalaga seotud küsimus nr 22.

3.3 Sõelküsimumstik ja intervjuu

Sõelküsimumstiku järgi ületasid paranoilise ja skisoidse isiksushäirete lõikepunkti 11 intervjuueeritavat isikut. Intervjuu käigus tuli kolmel isikul nendest samuti positiivne skoor samade häirete osas. Ühel intervjuueeritud isikul sai paranoilise ja skisoidse isiksushäire skaalade lõikepunkt ületatud, kuigi sõelküsimumstiku järgi sai lõikepunkt ületatud histrioonilise isiksushäire suhtes.

Paranoilise isiksushäire skaalade omavaheline korrelatsioon on nulli lähedane. Kõige nõrgemalt skaaladega seotud küsimuste väljajätmisel ning uue korrelatsiooni arvutamisel tulemus veidi paranes, kuid ei ületanud ei korrelatsiooni koefitsiendi vajalikku väärtust ega statistilise olulisuse parameetrite väärtusi. Skisoidse isiksushäire skaalade omavaheline korrelatsioon on $r = 0,41$ ($p < 0,05$).

Poolstruktureeritud intervjuu teostamise käigus ilmnasid mitmed tõlke kitsaskohad, sõnastamise probleemid ning vormistamise nüansid. Lõplik parandatud versioon poolstruktureeritud intervjuust on tööle lisatud (Lisa 2).

4 Arutelu ja järeldused

Adapteeritud IPDE sõelküsimumstiku alaskaalade sisereliaablus on mõõdukal tasemel, paranoilise isiksushäire skaala Cronbachi alfa on 0,42, skisoidse isiksushäire skaala oma on 0,38. Mõned väited seonduvad liiga nõrgalt skaalaga, kuhu nad diagnostilise süsteemi järgi peaksid kuuluma.

4.1 Paranoilise isiksushäire skaalad

Sõelküsimumstiku paranoilise isiksushäire skaala küsimus nr. 2, mis kajastab kriteeriumi „ülim tundlikkus tõrjumise ja ebaedu suhtes“ paistis kõige vähem toetama skaala konsistentsust. Vastupidiselt küsimused 22 ja 52, mis kajastavad kriteeriume „solvangu ja haavamise mitteandestamine, kalduvus kaua viha pidada“ ja „enda ümber ja laias maailmas sündivat seletab ülekaalukalt ja alusetult kui kellegi vandenõu tulemust“, on skaala kõige tugevamad liikmed. Minu saadud tulemused lahknevad varasemate uuringute tulemustest: paranoilise isiksushäire kriteeriumid (DSM-IV) „Ei unusta ning kannab vimma“ ja „Põhjendamatu uskumus seksuaalpartneri truudusetuses“ ei ole konstruktiivselt hästi seotud (Falkum jt, 2009).

Mõningane ristkorrelatsioon on küsimuse 52 ja küsimuste 22 ning 24 vahel, mis kajastavad kriteeriume „solvangu ja haavamise mitteandestamine, kalduvus kaua viha pidada“, „kalduvus pidada end liialt tähtsaks, mis väljendub püsivas enesekeskses hoiakus“ ja „enda ümber ja laias maailmas sündivat seletab ülekaalukalt ja alusetult kui kellegi vandenõu tulemust“. Nende kriteeriumide omavaheline korrelatsioon on alla 0,3, mida ei saa oluliseks pidada. Samas tunduvad need kriteeriumid olema kõige „klassikalised“ ning respondendid tajusid ilmselt hästi, kuhu need sõelküsimumstiku küsimused on suunatud.

Intervjuu pilootuurimuse skaala Cronbach alfa on 0,47. Kriteeriumid „oma õiguse visa ja sõjakas tagaajamine, mis ei sobi kokku tegeliku olukorraga“ ja „kalduvus pidada end liialt tähtsaks, mis väljendub püsivas enesekeskses hoiakus“ on kõige vähem toetavad skaalad. Kriteeriumid „ülim tundlikkus tõrjumise ja ebaedu suhtes“, „solvangu ja haavamise mitteandestamine, kalduvus kaua viha pidada“ ja „umbusklikkus ja kõikehõlmav kalduvus kogemust moonutada, tõlgendades teiste neutraalseid või sõbralikke tegusid kui vaenulikke või põlglikke“ on skaalaga seotud kõige tugevamalt. Siingi esineb lahknevus võrreldes sõelküsimumstikuga. Seda saab seletada intervjuu iseloomuga, kus täpsustavate küsimuste najal võivad sõelküsimumstikus täidetud kriteeriumid tagasi lükatud saada.

4.2 Skisoidse isiksushäire skaalad

Sarnaselt paranoilise isiksushäire skaalaga ei toeta skisoidse isiksushäire konstrukti kriteeriumid (DSM-IV) "Puudub või on vähene huvi seksuaalsete suhte vastu teiste inimestega" ja "Ükskõikne kriitika või kiituse suhtes" (Blais ja Malone, 2013).

Sõelküsimumstiku küsimused 8 ja 31, mis kajastavad kriteeriume „võimetus väljendada teiste suhtes nii sooje, õrnu tundeid kui ka viha“ ja „vähene huvi saada seksuaalseid elamusi teise inimese seltsis (arvestades vanust)“, ei toeta skisoidse isiksushäire konstrukti. Küsimused 21 ja 58, mis kajastavad kriteeriume „ükskõiksus nii kiituse kui kriitika suhtes“ ja „liigne enesesesüüvimine ja fantaseerimine“ toetavad käesolevat konstrukti.

Intervjuu küsimus 22, mis kajastab kriteeriumi „üksildaste tegevuste ülekaalukas eelistamine“ on osaliselt kooskõlas ka sõelküsimumstikuga. Kuid paraku esineb vaadeldavate skaalade lõikes võrreldes varasemate uuringutega lahknevus. Positiivseks leiuks minu uurimuses on mõõdukas korrelatsioon skisoidse isiksushäire sõeluuringu ja intervjuu skaalade vahel $r = 0.41$.

Mõlema isiksushäire skaalade erisus eelmiste uurimuste tulemustest võib olla seotud mitme asjaoluga.

4.3 Valimist tulenevad piirangud andmete tõlgendamisele

Kuigi andmete kogumisel osales 125 inimest sõelküsimumstiku täitmisel ja 20 inimest intervjuudes, ei ole valim siiski representatiivne ning sisuliselt on tegu normvalimiga. Kuna enamuse sõeluuringu küsimustike täitmisi pole autor koos kaasüliõpilastega isiklikul läbi viinud, ei saa 100% kindlusega väita, et kõik osalenud isikud on terved. Vaatamata mõningate skaalade lõikepunktide ületamistele intervjuude puhul ei jätnud küsitletavad muljet, et neil esineks isiksushäireid. Intervjuueeritud isikud on eluga hästi toime tulevad ja enamuses pereinimesed, ilma sotsiaalse ja isikliku distressita, mis on vajalik diagnostiliste kriteeriumide täitmiseks.

Sellest tulenevalt ei tohi teha põhjapanevaid järeldusi tõlgitud skaalade reliaabluse ja skaaladevaheliste korrelatsioonide kohta.

Ilmselt esinevad skaalade vahel ristkorrelatsioonid, mida kinnitavad ka eelnevad uuringud. Siiski peab tõdema, et käesolevas töös ilmnenuid seostemustrid ei ole samad: nii ei leidnud oodatud paranoilise isiksushäire skaala korrelatsioon piirialase isiksushäire skaalaga kinnitust. Kuid esineb üsna tugev korrelatsioon dissotsiaalse isiksushäire skaalaga.

Varem märgitud skisodise isiksushäire skaala korrelatsioon vältiva ja obsessiiv-kompulsiivse häire skaaladega (DSM-IV) leidis aga kinnitust äreva ja anankastse isiksushäirete skaaladega (RHK-10) korrelatsiooni näol.

Samuti jäävad vaadeldud skaalade reliaabluse koefitsiendid üsnagi madalateks, kuigi võiks eeldada suuremat korrelatsiooni koefitsienti. Ilmselt on see ka üks põhjustest, miks sõelküsimumstiku ja intervjuu skaalade korrelatsioon on madal ning olemasolevate vahendite ja andmetega seda hetkel parandada ei anna.

4.4 Uurijatest tulenevad piirangud andmete tõlgendamisele

Sõelküsimumstiku andmete kogumisel oli uurijate roll üsnagi tagasihoidlik. Kaheksa inimesega intervjuude läbiviimiseks ei olnud töö autoril aga ei varasemat kogemust ega vastavat väljaõpet. Küsimuste esitamist ja vastuste interpreteerimist sain harjutada alles intervjuueerimise käigus ning seegi saadud kogemus ei ole tulemuste tõlgendamiseks ja isiksushäirete diagnoosimiseks piisav. Intervjuu on mõeldud erialaspetsialistidele ja kogenud klinitsistidele, töö autor ei ole kuulu aga kumbagi kategooriasse. Seetõttu võib eeldada, et osa informatsiooni võis intervjuu käigus kaduda ning selle tõttu ei pruugi andmete tõlgendamine kajastada tegelikkust.

4.5 Tuleviku väljavaated

Käesolev töö on ainult esimene samm isiksushäirete mõõtmisinstrumendi kohandamiseks vene keelde. Sõelküsimumstiku täitsid 125 inimest, millele eelnes ka pilootuuriring. Saavutatud tulemust võib pidada rahuldavaks. See ei tähenda, et sõelküsimumstikku ei saa täiendada ja parandada enne viimase punkti panemist instrumendi kohandamise protsessis.

Intervjuu sai pilootuurimuse käigus parandatud ja viimistletud. Kindlasti peaks enne järgmise sammu astumist intervjuud veel katsetama suurema valimi peal.

Korrektse instrumendi väljatöötamiseks peaks tulevikus teostama tagasitõlke inglise keelde, võrdlema tulemusi, vajadusel tegema parandusi ning alles siis revalideerima seda kohaliku valimi peal. Suur töö on tehtud, kuid veel suurem töö on alles ees.

Kirjanduse loetelu

1. American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association.
2. Duijsens, I. J., Bruinsma, M., Jansen, S. T., Eurelings-Bontekoe, E. M., & Diekstra, R. W. (1996). Agreement between self-report and semi-structured interviewing in the assessment of personality disorders. *Personality And Individual Differences, 21*(2), 261-270.
3. Falkum, E., Pedersen, G., & Karterud, S. (2009). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, paranoid personality disorder diagnosis: a unitary or a two-dimensional construct?. *Comprehensive Psychiatry, 50*(6), 533-541.
4. Germans, S., Van Heck, G. L., & Hodiamont, P. G. (2011). Quick Personality Assessment Schedule (PAS-Q): validation of a brief screening test for personality disorders in a population of psychiatric outpatients. *Australian & New Zealand Journal Of Psychiatry, 45*(9), 756-762.
5. Grant, B., Hasin, D., Stinson, F., Dawson, D., Chou, S., Ruan, W., & Pickering, R. (2004). Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal Of Clinical Psychiatry, 65*(7), 948-958.
6. Gregoire, J., & Hambleton, R. K. (2009). Advances in Test Adaptation Research: A Special Issue. *International Journal Of Testing, 9*(2), 75-77.
7. Hambleton R (2005). Issues, Designs, and Technical Guidelines for Adapting Test Into Multiple Languages and Clutures. In: Hambleton R, Merenda PF, Spielberger CD (Eds.) *Adapting Educational and Psychological Tests for Cross-cultural Assessment* (pp 1-38). New Jersey US: Lawrence Erlblaum Associates
8. Hesse, M., & Moran, P. (2010). Screening for personality disorder with the Standardised Assessment of Personality: Abbreviated Scale (SAPAS): further evidence of concurrent validity. *BMC Psychiatry, 10*1-6.
9. Huang, Y., Kotov, R., de Girolamo, G., Preti, A., Angermeyer, M., Benjet, C., & ... Kessler, R. (2009). DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal Of Psychiatry: The Journal Of Mental Science, 195*(1), 46-53.

10. International Test Commission (2010). International Test Commission Guidelines for Translating and Adapting Tests.
11. Lensment, A., Ahmet, I., & Rodins, M. (2010). The Comparative Analysis of Fundamental Assumptions of Russians in Estonia and in Russia. Proceedings Of The Institute For European Studies At International University Audentes, *Tallinn University Of Technology*, (7), 152-167.
12. Lobbestael, J., Leurgans, M., & Arntz, A. (2011). Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I) and Axis II Disorders (SCID II). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(1), 75-79.
13. Loranger, A., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S., & ... et., a. l. (1994). The International Personality Disorder Examination. The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Archives Of General Psychiatry*, 51(3), 215-224.
14. Loranger (1997). Assessment and diagnosis of personality disorders. The ICD-10 international personality disorder examination. WHO. Cambridge University Press.
15. Mark A., B., & Johanna C., M. (2013). Structure of the DSM-IV Personality disorders as revealed in clinician ratings. *Comprehensive Psychiatry* 54(4), 326-333.
16. McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M., Morey, L. C., & ... Stout, R. L. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: baseline Axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(4), 256-264.
17. Moran, M. (2013). DSM Section Contains Alternative Model for Evaluation of PD. *Psychiatric News* 48(9), 11-11.
18. Moran, P., Leese, M., Lee, T., Walters, P., Thornicroft, G., & Mann, A. (2003). Standardised Assessment of Personality - Abbreviated Scale (SAPAS): preliminary validation of a brief screen for personality disorder. *The British Journal Of Psychiatry: The Journal Of Mental Science*, 183228-232.
19. Millon T, Davis R. (1995). Conceptions of Personality Disorders: Historical Perspectives, the DSMs, and Future Directions. In: *The DSM-IV Personality Disorders*. Edited by Livesley J. USA. New York: The Guilford Press
20. Ottosson, H., Ekselius, L., Grann, M., & Kullgren, G. (2002). Cross-system concordance of personality disorder diagnoses of DSM-IV and diagnostic criteria for research of ICD-10. *Journal Of Personality Disorders*, 16(3), 283-292.

21. Paavel, V (2001). Psüühikahäired ja nende klassifitseerimine. *In: Psüühilise erivajadusega inimeste hoolekanne Eestis. Käsiraamat. Eesti Vabariigi Sotsiaalministeerium. Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskus. Eesti Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni Ühing.*
22. Psüühika- ja käitumishäired - kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised (RHK-10/V peatüki eriväljaanne) (tõlke toimetaja: Veiko Vasar, 1993)
23. Realo, A., & Allik, J. (1999). A cross-cultural study of collectivism: A comparison of American, Estonian, and Russian students. *Journal Of Social Psychology, 139(2)*, 133-142.
24. Ristoja M. (2011). Klaster A isiksushäireid iseloomustavad tunnused ja nende omavahelised seosed normpopulatsioonis. *Seminaritöö. Tartu: Tartu Ülikool.*
25. Reich, J, Girolamo G. (1997) Epidemiology of DSM-III personality disorders in the community and in clinical populations. *In: Assessment and diagnosis of personality disorders. The ICD-10 international personality disorder examination. WHO. Cambridge University Press*
26. REL 2011: Eestis elab 192 rahvuse esindajaid Pressiteade nr 122 (17.09.2012). Statistikaamet.
27. REL 2011: Eestis räägitakse emakeelena 157 keelt. Pressiteade nr 111 (30.08.2012) Statistikaamet.
28. Sisask, M. (1999). Histrioonilise isiksushäire ja rahvusvahelise isiksushäirete intervjuu sõelküsimumstiku uurimine. *Bakalaureuse töö. Tartu: Tartu Ülikool.*
29. Toots, A., & Idnurm, T. (2012). Does the Context Matter? Attitudes Towards Cosmopolitanism Among Russian-Speaking Students in Estonia, Latvia and the Russian Federation. *Journal Of Baltic Studies, 43(1)*, 117.
30. Tyrer, P. (2013). The classification of personality disorders in ICD-11: implications for forensic psychiatry. *Criminal Behaviour And Mental Health: CBMH, 23(1)*, 1-5.
31. Watson, D., & Sinha, B. (1998). Comorbidity of DSM-IV personality disorders in a nonclinical sample. *Journal Of Clinical Psychology, 54(6)*, 773-780.
32. World Health Organization. (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders, Diagnostic Criteria for Research.* Geneva: World Health Organization.
33. Zimmerman, M., Chelminski, I., Young, D., Dalrymple, K., & Martinez, J. (2012). Impact of Deleting 5 DSM-IV Personality Disorders on Prevalence, Comorbidity, and

the Association Between Personality Disorder Pathology and Psychosocial Morbidity. *Journal Of Clinical Psychiatry*, 73(2), 202-207.