

Tartu Ülikool  
Sotsiaalteaduste valdkond  
Psühholoogia instituut

Mireena Mandel

**PERFEKTSIONISMI, IMPULSIIVSUSE JA EMOTSIOONIDE REGULATSIOONI  
RASKUSTE ÜHISROLL DEPRESSIOONI SÜMPTOMITE SELGITAMISEL**

Magistritöö

Juhendajad: Kirsti Akkermann (PhD), Kärõl Soidla (MA)

Läbiv pealkiri: Kolme konstrukti ühisroll depressiooni sümptomite selgitamisel

Tartu 2025

## Perfektsionismi, impulsiivsuse ja emotsioonide regulatsiooni raskuste ühisroll depressiooni sümptomite selgitamisel

## Kokkuvõte

Erinevalt varasematest uuringutest analüüsiti üheaegselt perfektsionismi ja impulsiivsuse alatahke ning emotsioonide regulatsiooni (ER) raskuseid depressiooni sümptomaatika variatiivsuse kirjeldamisel. Lisaks depressiooni tervikkonstruktile uuriti mainitud meeleoluhäire afektiivsete, kognitiivsete ja neurovegetatiivsete sümptomite klastreid. Seni on eksisteerivas teaduskirjanduses jäänud piisava tähelepanuta impulsiivsuse ja perfektsionismi üheaegne käsitus. Kuna on leitud, et mainitud isiksuslike tendentsidega arvestamine aitab mõista psühhopatoloogia säilimist, kaasati need regressioon- ja medieerimisanalüüsidesse üheaegselt. Kolme varasema uuringuprojekti andmetel põhinev koguvalim ( $N = 780$ ) moodustus nii kliinilisest ( $N = 161$ ) kui kontrollgrupist ( $N = 619$ ), kes vastasid enesekohastele küsimustele. Hierarhilised regressioonanalüüsid kinnitasid, et impulsiivsus ja perfektsionism on olemuselt multidimensionaalsed: ehkki mõlemad olid depressiooni prediktorid, ennustasid nende alatahked depressiooni vastassuunaliselt. Leiti, et need näiliselt vastanduvad omadused seletavad ühiselt rohkem depressiooni hajuvusest kui kumbki faktor eraldiseisvana. Kõige täpsemalt kirjeldas depressiooni variatiivsust impulsiivsuse, perfektsionismi ja ER-i raskuste ühine ennustusmudel. Kuigi üldiselt ennustasid prediktorid täpsemalt kognitiivseid ja afektiivseid sümptomeid, tuvastati igal prediktoril mitmeid unikaalseid mustreid. Medieerimisanalüüsides selgus, et ER-i raskused vahendavad täielikult düsfunktsionaalse impulsiivsuse ja osaliselt mitteadaptiivse perfektsionismi seost depressiooni sümptomitega. Statistiliselt olulised seosed ilmnesisid nii afektiivsetes, kognitiivsetes kui neurovegetatiivsetes sümptomklastrites, ent igas klastris koorsid esile spetsiifilised leiud. Tulemused kinnitavad, et lisaks koguskooridele on edaspidi soovituslik analüüsida nii psühholoogiliste riskitegurite alatahke kui depressiooni sümptomite klastreid, et omandada nüansirikkamat ja kliiniliselt kasulikumat teavet.

*Märksõnad:* depressioon, perfektsionism, impulsiivsus, emotsioonide regulatsioon

The combined role of perfectionism, impulsivity, and emotion regulation difficulties in explaining depression symptoms

Abstract

Unlike previous studies, the current research simultaneously investigated the facets of perfectionism and impulsivity, as well as difficulties in emotion regulation (ER), in explaining depression symptomatology. In addition to the construct as a whole, symptom clusters - affective, cognitive, and neurovegetative - were analysed. Although previous research has shown personality tendencies to contribute to the maintenance of psychopathology, the combined role of impulsivity and perfectionism has been largely overlooked. Accordingly, these traits were concurrently included in regression models. Data were drawn from three prior studies, comprising a sample of 780 participants, both patients ( $N = 161$ ) and healthy controls ( $N = 619$ ) who completed self-report questionnaires. Hierarchical regression analyses revealed that while impulsivity and perfectionism both predicted depression, their facets were associated in opposite directions with the disorder. Notably, these seemingly contrasting traits explained a greater proportion of depression variability than either factor alone. The model including all three risk factors explained the highest proportion of variability. Although risk factors had the lowest predictive ability in explaining neurovegetative symptoms, distinct patterns emerged from all predictors. Mediation analysis revealed that ER difficulties fully mediated the association between dysfunctional impulsivity and partially between maladaptive perfectionism and depression symptoms. Statistically significant effects were observed across all three symptom clusters, each revealing unique associations. These results highlight the critical importance of considering both facet- and cluster-level data to obtain a more nuanced and clinically meaningful understanding of depression and its psychological risk factors.

*Keywords:* depression, perfectionism, impulsivity, emotion regulation

Depressioon on ühiskonnas viimastel aastakümnetel üha enam tähelepanu pälvinud meeleoluhäire, sest ulatuslikumalt on raporteeritud kaasuvaid kompleksseid isiklikke ja sotsiaalseid kannatusi (Liang jt, 2025; Noorbala jt, 2017; Servidio jt, 2021), millest kõige äärmuslikum tüsistus on suitsiid (Lapo-Talledo jt, 2023; Porras-Segovia jt, 2023). Globaalsete andmete kohaselt tõusis depressiooni levimus 1990-2017 aastate lõikes ülemaailmselt 49.86% võrra, mistõttu käsitletakse kiiret muutust rahvusvahelise häiresignaalina (Liu jt, 2020). Ehkki meeleoluhäirete etioloogia, alalhoiufaktorite ja ravi osas on teadlikkus möödunud paari kümnendi jooksul tõusnud (Kapur jt, 2012; Khakpoor jt, 2019), kestab jätkuvalt ebaselgus depressiooni ennustavate riskifaktorite valdkonnas (Jorm jt, 2017; Köhler jt, 2018; Remes jt, 2021). Seetõttu spekulereetakse, et depressiooni kujunemise ning püsimise mõistmiseks on vaja valiidsemat lähenemist (Fried jt, 2022).

### **Depressiooni sümptomid ja võimalik seletus riskifaktoreid puudutavale ebaselgusele**

Rahvusvahelise Haiguste Klassifikatsiooni 10. revisjoni (RHK-10; 1992) alusel on depressiooni seni diagnoositud põhi- ja lisasümptomaatikale tuginedes, seevastu on uues RHK-11 väljaandes kliinilise kasulikkuse suurendamiseks muudetud diagnostilisi kriteeriumeid (Reed jt, 2019). Eelkõige kinnitab käesoleva töö väärtust muudatus, millest lähtuvalt jaotatakse nüüd depressiooni sümptomaatika kolme klastrisse: afektiivsed, kognitiivsed ja neurovegetatiivsed sümptomid (Gaebel, 2020).

Depressiooni hindamiseks on möödunud sajandi jooksul loodud üle 280 mõõtmisvahendi (Dalglish jt, 2020) ja üha enam on uuritud vastava häire etioloogilisi aluseid (Compas jt, 2017). Teisalt on tõdetud, et jätkuvalt eksisteerib nii ebamäärasus depressiooni nosoloogias (Ulbricht jt, 2018) kui madal valiidsus selle hindamisel (Fried jt, 2022). Osaliselt võib see olla tingitud asjaolust, et varasemalt on võrdlemisi paljud uuringud tuginenud depressiooni hindamisinstrumentide koguskoorile, käsitledes üksiksümptomite kokkuliitmist kui valiidsset lähenemist (Fried, 2017). Ometigi on tänapäeval enamik uurijaid ühel nõul, et depressioon on olemuselt heterogeenne häire (Fried & Nesse, 2015a; Fried & Robinaugh, 2020), mida muuhulgas kinnitab fakt, et depressiooni diagnoos võib varieeruda 227 sümptomi kombinatsiooni vahel (Kim & Park, 2021). Asjaolu, et depressioon ei ole monoliitne konstrukt (Goldberg, 2011), ilmestavad ka kliinilised andmed, millest nähtub, et kuigi kahel depressiooni diagnoosiga patsiendil võib olla täpselt sama sümptomite koguarv, ei pruugi nende profiilis ilmnedu ühtegi kattuvat sümptomit (Zimmerman jt, 2015). Seetõttu on järeldatud, et edaspidi on tarvilik analüüsida depressiooni sümptomaatika klastreid nii

diagnooside valiidsuse ja reliaabluse tõstmiseks (Rost jt, 2023) kui täpsemate prognostiliste ennustuste tegemiseks (Buckman jt, 2023; Have jt, 2016). Näiteks, Carstens jt (2021) tuvastasid, et depressiooni elekterkonvulsioonravi vastust ei ennusta mitte baastaseme koguskoor ega ka somaatilised, vaid afektiivsed sümptomid. Selliste tulemuste valguses on aga paradoksaalne, et seni on klastreid uuritud limiteeritud määral (Carstens jt, 2021; Fried jt, 2022; Ulbricht jt, 2018), veelgi vähem nende seoseid riskifaktoritega (Boschloo jt, 2016).

### **Perfektsionism ja depressioon**

Üheks levinud depressiooni riskifaktoriks on tuvastatud olema perfektsionism (Frost jt, 1990) ehk tendents seada iseendale liiga kõrgeid standardeid ja tagantjärele hinnata enda sooritust tegelikkusest halvemaks (Macedo jt, 2017). Kui esialgses kirjanduses levis eeldus, et perfektsionism on robustne depressiooni prediktor (Dunkley jt, 2020; Wheeler jt, 2011), leidub kaasajal üha enam tõendust, et mitte kõik perfektsionismi tahud ei pruugi seostuda kõrgema düstressitasemega (Kahn jt, 2022). Seetõttu on üha enam juhitud tähelepanu Frost jt (1990) raamistikule, mille kohaselt on perfektsionism multidimensionaalne omadus, mille kaks alatahku - „personaalsed standardid” ja „organiseeritus” - on adaptiivsed. Arvukad uuringud on kinnitanud nende tahkude kasulikkust. Näiteks, ehkki mitteadaptiivne tahk „mure vigade pärast” näib suurendavat enesekriitilisust (Lea jt, 2023) ja düstressi (Békés jt, 2015), toetavad „personaalsed standardid” vastupidiselt heaolu (Cox & Enns, 2003), sest ajendavad seadma kohaseid eesmärke (Prud’homme, 2017). Leidude kordamine on tarvilik, kinnitamaks adaptiivse perfektsionismi kasulikkust (Rice & Ashby, 2007) ja mitteadaptiivsete joonte adresseerimise vajadust depressiooni kontekstis (Lea jt, 2023). Veelgi enam, kuivõrd nüüdseks on adaptiivse perfektsionismi rolli uuritud võrdlemisi palju, on demonstreeritud ka vastandlikke tulemusi. Ehkki esialgu eeldati, et depressiooniga korreleeruvad üksnes mitteadaptiivsed alatahud (Wheeler jt, 2011), on nii hilisemad longituud- (Békés jt, 2015) kui läbilõikelised uuringud (Hewitt jt, 2003) tuvastanud, et ka „personaalsed standardid” näivad olevat depressiooni prediktoriks. Siiski ei ole sama ilmnunud „organiseeritus” tahu osas (Lombardo jt, 2013). Jätkuv ebaselgus perfektsionismi tahkude raames tõstatab veelgi küsimusi depressiooni riskifaktorite kohta ja viitab kirjanduse lahkkelidele (Lea jt, 2023).

### **Impulsiivsus ja depressioon**

Impulsiivsus on multidimensionaalne isiksuseomadus, mida kontseptualiseeritakse kui kalduvust reageerida välistele stiimulitele automaatselt ja eelkaalutluseta (Havik jt, 2012; Moeller jt, 2001). Käesolevas töös rakendatav Dickmani impulsiivsuse skaala (DII; Dickman,

1990) jaotab impulsiivsuse funktsionaalseks (FI) ja düsfunktsionaalseks (DFI) alatahuks. Kui FI-le omane spontaansus ja kiire reageerimine nähtub soodustavat optimaalseid tulemusi, suurendab DFI-ga kaasnev mõtlematus vastupidiselt ebasoodsaid tagajärgi (Wang jt, 2018).

Uurimused on küll konsensuslikult näidanud, et impulsiivsus omab kaalukat rolli eksternaliseerivate häirete ennustamisel (Fields jt, 2021), kuid piisavat tähelepanu ei ole pälvinud impulsiivsuse unikaalne roll depressiooni kontekstis (Saddichha & Schuetz, 2014; Yang jt, 2024). Veelgi enam, on jäänud ebaselgeks, kas impulsiivsuse korrelatsioon depressiooniga on negatiivne (Wang jt, 2015), positiivne (Dervic jt, 2015; Moustafa jt, 2017) või puudub sootuks (Breukelaar jt, 2019; Mayer jt, 2019). Ühtlasi nähtuvad vastuolud ilmnevat spetsiifiliste depressiooni sümptomite tasandil. Näiteks, Johnson jt (2013) leidsid, et kõige tugevamalt seostub impulsiivsus depressiooni kognitiivsete väljendusviisidega, teisalt on mõned autorid tuvastanud seoseid eelkõige afektiivsete sümptomitega (Carver jt, 2008). Samuti, Barratti skaala alusel leidsid Cosi jt (2011), et anhedoonia ja negatiivse meeleolu kujunemisel mängib kesket rolli motoorne impulsiivsus, kuid kognitiivne impulsiivsus, mis vastutab kiirete ja adaptiivsete otsuste langetamise eest, omab kaitsvat efekti internaliseerivate häirete kujunemisel. Ehkki tulemused vastanduvad, on autorid üksmeelel, et impulsiivsuse uurimine võib olla üheks võtmekohaks depressiooni kujunemise selgitamisel.

### **Impulsiivsuse ja perfektsionismi ühine roll depressiooni kontekstis**

Nii impulsiivsus kui perfektsionism on võrdlemisi uuritud konstruktid, ometigi annavad teadustööd vastukäivaid tulemusi nende üheaegsest esinemisest. Nimelt on depressiooni kirjanduses perfektsionismi seostatud ülekontrollitud motiividega (Egan jt, 2011), impulsiivsust aga vastupidiselt alakontrollitusega ehk reaktiivsusega negatiivsetele emotsioonidele (Johnson jt, 2013). Kuna seetõttu on eeldatud, et perfektsionism ja impulsiivsus paiknevad kontrollispektri polaarsetes otstes (Widiger, 2011), on nende ühisroll jäänud piisava tähelepanuta. Erandlikult uurisid Shu jt (2020) perfektsionismi adaptiivsete ja mitteadaptiivsete tahkude korrelatsioone impulsiivsuse ja depressiooniga. Ootuspäraselt tuvastati, et nii perfektsionismi koguskoor kui selle adaptiivsed tahud korreleeruvad impulsiivsusega negatiivselt, ometigi identifitseeriti positiivne korrelatsioon perfektsionismi mitteadaptiivsete tahkude ja impulsiivsuse vahel. Samuti on üle- ja alakontrollitud joonte koosinemist näidatud söömishäirete (Boone jt, 2014) ja insomnia diagnoosiga patsientidel (Schmidt jt, 2018). Ühtlasi on meeleoluhäirete raames (Christian jt, 2021) täheldatud, et impulsiivsus ja perfektsionism ei ole mitte üksnes komorbiidsed, vaid kirjeldavad ära suurima osa sümptomaatikast. Sellegipoolest ei ole autorid üle- ja alakontrollitud motiivide uurimisel

konsensust saavutanud. Näiteks, söömishäirete kirjanduses ilmneb ebaselgus, kas tõsisemat raskusastet kujundab eeskätt perfektsionismi ja impulsiivsuse koosinemine (Soodla jt, 2024) või on tegemist perfektsionismi unikaalse panusega (Land jt, 2016). Veelgi enam, edaspidi tuleks üle- ja alakontrollitud motiive uurida ka depressiooni raames (Shu jt, 2020), sest isiksuslike tendentsidega arvestamine võib toetada depressiooniravi (Bohane jt, 2017).

### **Emotsioonide regulatsiooni raskused depressiooni kontekstis**

Emotsioonide regulatsiooni (ER) ehk võimekust reguleerida emotsioonide kestust ja intensiivsust on kontseptualiseeritud adaptiivsete (nt ümberhindamine) ja mitteadaptiivsete strateegiate (nt rumineerimine) alusel (Schäfer jt, 2017). Uuringud osutavad konsensuslikult, et mitteadaptiivsed strateegiad omavad ennustavat, korrelatiivset (Rawana jt, 2014) ja vahendavat (Stikkelbroek jt, 2016; Zeifman jt, 2020) rolli depressiooni kujunemisel, samuti on ER-i eraldiseisvaid seoseid nii impulsiivsuse kui perfektsionismiga leitud mitmeid.

Esmalt, ehkki mitteadaptiivse perfektsionismi ja depressiooni seoseid on tuvastatud arvukalt, ei ole mehhanismid lõplikult teada. Nii läbilõikelised (Di Schiena jt, 2012; Flett jt, 2011) kui longituuduuringud (Moroz & Dunkley, 2019) viitavad, et põhjendus võib seisneda ER-i vahendavas rollis. Näiteks, Harris jt (2008) tuvastasid, et kuigi depressiooni prediktoriks on mitteadaptiivne perfektsionism, kaob selle statistiline olulisus, kui ER-i raskused, näiteks rumineerimine, mudelisse lisatakse. Sarnased tulemused viitavad, et mitteadaptiivsed perfektsionistid kalduvad rakendama ebakohaseid ER-i strateegiaid (Richardson jt, 2014), mis suurendab nende riski depressiooniks (Macedo jt, 2017). Teiseks, kuigi impulsiivsus näib depressiooniga omavat otsest seost, on viidatud ka võimalikule ER-i raskuste vahendavale rollile (Abdi & Pak, 2019; D'Acremont & Linden, 2006). Selgitusena postuleerivad Ceschi jt (2014), et impulsiivsed isikud rakendavad ebakohaseid ER-i strateegiaid ning kogevad seetõttu depressiooni võimendatult. Niisiis, eelkäsitletud tulemused nõuavad replikeerimist, kinnitamaks, et ER-i raskustesse sekkumisel on potentsiaal soodustada ebakohaselt perfektsionistlike (Huang jt, 2020) ja impulsiivsete isikute (Abdi jt, 2019) depressiooni ravi.

### **Emotsioonide regulatsiooni raskuste lisanduv väärtus depressiooni ennustamisel**

Eksisteerivad uuringud on küll andnud paljulubavaid põhjendusi, miks võib emotsiooniregulatsioon omada rolli depressiooni kujunemisel, kuid ER-i raskuste üheaegne dünaamika nii impulsiivsuse kui perfektsionismiga on valdavalt jäänud tagaplaanile. Erandlikult leidsid Soodla ja Akkermann (2023), et suurimat osa kliinilisel grupil tuvastatud psühhopatoloogiast peegeldab impulsiivsuse ja perfektsionismi ühine profiil. Täiendavalt

viidati võimalusele, et antud profiilis võib emotsiooniregulatsioon avaldada vahendavat mõju just impulsiivsusele ja perfektsionismile omaste konfliktsete tunnete üheaegsel ilmnemisel. Kuna perfektsionismi ja impulsiivsuse eraldiseisev roll depressiooni ennustamisel varieerub tavapäraselt väikesest kuni mõõdukani, on järeldatud, et depressiooni kujunemisel on määravaks mitmete riskifaktorite ühine roll, mitte unikaalsete tegurite eraldiseisev panus (Hernández-Posadas jt, 2023). Seetõttu tuleks edaspidi uurida, kas ER-i raskuste identifitseerimine annab lisaväärtust depressiooni kontekstis (Affrunti, 2017).

### **Magistritöö aktuaalsus, olulisus ja eesmärk ning uurimisküsimus ja hüpoteesid**

Depressiooni ennustavate faktorite selgitamine on vajalik, et tuvastada riskigrupis olevad isikud (Slot jt, 2015), uurida nimetatud häire kulgu ja vähendada suitsiidilevimust (Orsolini jt, 2020). Varasemas teaduskirjanduses on depressiooni võrdlemisi palju uuritud kui tervikkonstrukti (Fried, 2017), kuid jätkuvalt eksisteerivad lüngad selle sümptomite mustrite käsitlemisel (Fried & Nesse, 2015a). Nende analüüsimine on aga oluline nii diagnooside valiidsuse ja reliaabluse suurendamiseks, individualiseeritud raviplaanide koostamiseks (Rost jt, 2023) kui täpsemate ravivastuste prognoosimiseks (Hartmann jt, 2018). Ühtlasi on magistritöö unikaalne, sest käesoleva uuringu autorile teadaolevalt ei ole depressiooni ennustamisel nii perfektsionismi, impulsiivsust kui ER-i raskuseid üheaegselt käsitletud. Nimelt on psüühikahäirete kontekstis soovituslik analüüsida mitmeid riskifaktoreid, et suurendada tulemuste valiidsust (Abdi & Pak, 2019). Veelgi enam, varasem üksikutele konstruktidele keskenduv kirjandus osutab omavaheliselt vastanduvatele leidudele ning tuvastatud seostemustreid on küll leitud üldiseid, kuid puudujääke on alatahkude uurimisel.

Eelnevast tulenevalt on antud töö eesmärkideks uurida eelkäsitletud kolme prediktori kirjeldusvõimet depressiooni ja selle sümptomklastrite ennustamisel ning analüüsida ER-i raskuste vahendavaid mõjusid. Kuna kirjanduslikud lüngad limiteerivad hüpoteesi loomist, on uurimisküsimus järgnev: milliseid sümptomite klastreid (neurovegetatiivsed, kognitiivsed, afektiivsed) on võimalik prediktorite (perfektsionism, impulsiivsus, ER-i raskused) alusel kõige täpsemalt ennustada? Kirjandusele tuginedes püstitati järgnevad hüpoteesid (H), millest H1-H4 põhinevad depressiooni koguskooril ja H5 nii koguskooril kui sümptomite klastritel:

**H1:** mittheadaptiivsed perfektsionismi alatahud ennustavad statistiliselt olulisel määral depressiooni ka siis, kui mudelis on adaptiivsed alatahud ning arvestatud on soo ja vanusega.

**H2:** nii DFI kui FI on statistiliselt olulised depressiooni sümptomaatika prediktorid.

Tulenevalt omavaheliselt vastanduvast kirjandusest ei saa luua täpsemat, suunatud hüpoteesi.

**H3:** kõikide unikaalsete regressioonimudelite võrdluses omab perfektsionismi ja impulsiivsuse ühine mudel suurimat kirjeldusvõimet depressiooni ennustamisel.

**H4:** ER-i raskused suurendavad depressiooni sümptomaatika kirjeldusvõimet, kui kaasata see prediktorina impulsiivsuse ja perfektsionismi tahkude ühismudelisse.

**H5:** ER-i raskuste koguskoor vahendab seost depressiooni sümptomaatika ning impulsiivsuse ja mitteadaptiivse perfektsionismi vahel. Spetsiifiline impulsiivsuse vorm (DFI / FI) valitakse vastavalt korrelatsioon- ja regressioonanalüüside tulemustele.

## Meetod

### Uuringu eetiline külg, protseduur ning käesoleva töö autori panus

Töö käigus kasutatud andmed olid kogutud kolme varasema projekti raames, mille teostamiseks ja läbiviimiseks saadi Tartu Ülikooli (TÜ) inimuuringute eetikakomitee nõusolek (vastutav uurija Kirsti Akkermann). Uuringuteks olid järgnevad: „Pidurduslik kontroll ja tähelepanu kallutatud söömishäiretega patsientidel” (Võsu, 2019), „Ärevustundlikkuse roll psüühikahäirete säilemehhanismina” (Neemre, 2023), „Eating Disorders in Youth-Questionnaire (EDY-Q) tõlkimine ja kohandamine eesti keelde” (Jõhvik, 2021). Esimese uuringu kliiniline grupp moodustus TÜ Kliinikumi Psühhiaatrikliiniku statsionaarsel ravil olnud söömishäirete diagnoosidega patsientidest, teise ja kolmanda töö kliiniline grupp moodustus Kognitiivse ja Käitumisteraapia Keskuse klientidest. Kõik kontrollisikud hõlmasid isikuid, kes vastasid TÜ kirjalistide ja sotsiaalmeediaplatformide kuulutustele. Osalejatelt koguti andmeid enesekohaste vahendite küsimuste baasilt ja taustaandmeid puudutavate küsimuste põhjal. Isikuandmeid ei kogutud, tagatud oli nii anonüümsus kui vabatahtlikkus, täpsustatud oli töö eesmärk ning saadud informeeritud nõusolek. Käesoleva magistr töö autor panustas andmete puhastamisse, analüüsimisse ja varasema kirjanduse süstematiseerimisse.

### Valim

Töö esialgne valim moodustus 784 isiku andmetest, välja jäeti 4 isiku andmed, kelle tulemused osutusid erinditeks. Samuti, kuna 17 katseisikut ei täitnud mitut küsimustikku, jäeti nende andmed välja analüüsipõhiselt. Lõplik valim koosnes 780 isikust, kellest 686 (88%) olid naissoost, 94 (12% meesoost) (Tabel 1). Kontrollgrupist oli 619 isikut (79%), kliinilisest grupist 161 isikut (21%). Osalejate vanus varieerus vahemikus 15-79 eluaastat ( $M = 26.19$ ,  $SD = 13.58$ ). Kontrollisikute keskmine vanus oli 26.16 eluaastat ( $SD = 14.42$ ), kliinilise grupi keskmine vanus 26.09 eluaastat ( $SD = 9.58$ ). Kontrollgrupi ja kliinilise grupi

keskmine vanus ei erinenud statistiliselt olulisel määral ( $t(778) = .06, p = .95$ ). Peamiselt esines kliinilises grupis depressiooni (48%), ärevushäireid (39%), söömishäireid (18%), söltuvushäireid (15%), trauma ja stressiga seotud häireid (7%) ja isiksusehäireid (6%).

### Mõõtevahendid

**Multidimensionaalne Perfektsionismi Skaala** (Saarniit, 1999) on eesti keelde adapteeritud versioon Frosti (1990) perfektsionismi küsimustikust, mille 28 enesekohast väidet hindavad 4 alatahku: „muretsemine vigade pärast” ja „vanemate ootused ja kriitika” laaduvad faktori „mittheadptiivne perfektsionism” alla, seevastu alatahud „personaalsed standardid” ja „organiseeritus” laaduvad faktori „adaptiivne perfektsionism” alla. Tegemist on Likert tüüpi 5-punktilise instrumendiga („0” - „ei nõustu üldse” kuni „4” - „nõustun täielikult”). Varasemalt on eesti keelde adapteeritud versiooni Cronbachi  $\alpha$  alusel alatahkude sisereliaabluste vahemikuks tuvastatud  $\alpha = .81-.86$ . Käesolevas töös olid instrumendi alatahkude Cronbachi  $\alpha = .88$  (adaptiivse alatahu puhul),  $\alpha = .91$  (mittheadptiivse alatahu puhul), osundades kõrgetele sisereliaablustele ( $\alpha > .80$ ; George & Mallery, 2019).

**Emotsioonide Regulaatsiooni Raskuste Skaala (DERS)**. DERS (Gratz & Roemer, 2004) eesti keelde adapteeritud versiooni (Vachtel & Akkermann, 2011) 34 väidet hindavad emotsioonide reguleerimist järgnevate alaskaalade alusel: 1) raskused eesmärgipärasel tegevuses, 2) emotsionaalse selguse (ing. *clarity*) puudumine, 3) emotsiooniregulaatsiooni strateegiate puudumine, 4) impulsikontrolli raskused, 5) emotsionaalsete reaktsioonide mitteaktsepteerimine, 6) emotsionaalse teadlikkuse puudumine. Vastused on 5-punktilisel Likert tüüpi skaalal („1” - „peaaegu mitte kunagi” kuni „5” - „peaaegu alati”). Varasemalt on eestikeelse versiooni alaskaalade sisereliaabluse vahemikuks olnud  $\alpha = .84-.92$ , koguskoori  $\alpha = .94$  (Piip, 2024). Käesolevas töös varieerusid alaskaalade sisereliaablused vahemikus  $\alpha = .78-.93$ . Tuvastatud koguskoori  $\alpha = .94$  demonstreeris kõrget sisereliaabluse taset.

**Dickmani impulsiivsuse skaala (DII)**. DII (Dickman, 1990; eesti keelde adapteeritud versioon Kuppert, 2005) on impulsiivsust hindav 24 väitest koosnev enesearuande küsimustik, milles antakse vastused 5-punktilisel Likert tüüpi skaalal („1” - „täielikult nõustun” kuni „5” - „täielikult vastuolus”). DII 12 küsimust käsitlevad funktsionaalset ja 12 düsfunktsionaalset impulsiivsuse alatahku. Originaalskaalal on sisereliaablusteks tuvastatud  $\alpha = .74-.85$  ning käesolevas töös olid sisereliaablused  $\alpha = .87$  (funktsionaalse alatahu puhul) ja  $\alpha = .83$  (düsfunktsionaalse alatahu puhul), olles kõrgel tasemel.

**Montgomery–Åsberg depressiooni hindamiskaala enesekohane versioon**

(MADRS). MADRS (Svanborg jt, 1994) on depressiooni raskusastet mõõtev küsimustik, mille 9 enesekohast väidet hindavad järgnevaid sümptomeid: meeleolu, sisemine pinge- ehk ärevustunne, uni, söögiisu, keskendumisvõime, initsiatiiv ehk algatusvõime, emotsionaalne seotus ehk kaasaelamine, pessimism ning elurõõm. Vastuseid antakse 7-pallisel Likert skaalal („0” - „ei esine kõrvalekaldeid normist” kuni „6” - „esinevad tugevad kõrvalekaldeid normist”) ja instrumendi kõrgem skoor viitab kõrgemale depressiooni tasemele. Varasemalt on MADRS skaala sisereliaabluseks olnud  $\alpha = .88$  (Neemre, 2023) ning käesolevas töös  $\alpha = .89$ , osundades kõrgele tasemele. Klasterite analüüsimisel tugineti nii RHK-11 diagnostilistele kriteeriumitele kui Suzuki jt (2005) leidude alusel järgnevatele sümptomitele:

**neurovegetatiivsed** (uni, söögiisu, ärevustunne), **kognitiivsed** (keskendumine, algatusvõime ehk raskused tegevuste alustamisel, kaasaelamine ehk huvi puudus) ja **afektiivsed** (meeleolu, pessimism, elurõõm). Neurovegetatiivse klasteri sisereliaabluseks tuvastati  $\alpha = .60$ , afektiivse omaks  $\alpha = .86$  ja kognitiivse omaks  $\alpha = .76$ . Sellest tulenevalt olid klasterite sisereliaablused vastavalt kaheldava ( $\alpha > .60$ ), kõrge ( $\alpha > .80$ ) ja rahuldava taseme vahemikus ( $\alpha > .70$ ).

**Andmeanalüüs**

Andmeanalüüside läbiviimiseks kasutati programmi JASP (0.17.1). Kirjeldavate statistikute käigus analüüsiti demograafilisi andmeid, seejärel võrreldi  $t$ -testidega gruppide erinevusi (mitteparameetriliseks alternatiiviks Mann-Whitney  $U$ ). Kuna nii kliinilise ja kontrollgrupi kui sugude võrdlused põhinesid *a priori* eeldustel, ei rakendatud mitme võrdluse korrektsioone, eesmärgiga ennetada II tüüpi viga (Armstrong, 2014). Läbipaistvuse huvides raporteeriti seetõttu efektisuurused (Barnett jt, 2022), mida  $t$ -testides tõlgendati Coheni  $d$  (1988) alusel:  $d \geq .80$  tugev,  $d = .50 - .79$  mõõdukas,  $d = .20 - .49$  väike. Samuti võrreldi gruppe hii-ruut testide ja dispersioonanalüüsiga (ANOVA efektideks:  $\eta^2 < .06$  väike,  $\eta^2 = .06 - .13$  mõõdukas,  $\eta^2 \geq .14$  suur). Kuna spetsiifilised hüpoteesid vanusegruppide kohta puudusid, rakendati heterogeensete gruppide korral Welchi korrektsiooni ja Games-Howelli *post-hoc* testi. Olles veendunud seoste linearsuses, analüüsiti muutujatevahelisi seoseid Pearsoni  $r$ -i alusel (mitteparameetrilise alternatiivina Spearmani kordajatega), tõlgendes efekte järgnevalt:  $r > .50$  tugev,  $r = .30-.50$  mõõdukas,  $r = .10-.29$  nõrk (Cohen; 1990).

Hierarhiliste regressioonanalüüsides uuriti prediktorite kirjeldusvõimet depressiooni ennustamisel. Muutujad olid valimigruppide alusel pideval skaalal, asümmeetriakordajad ja järsakusastmenäitajad olid vahemikus  $[-1;1]$ . Multikollineaarsus puudus, kuna sõltumatute

muutujate vahelised korrelatsioonid olid  $< .80$ , tolerantants  $> .10$ , muutujate variatsioonindeksid  $< 10$  (vastavalt Wang & Zhang, 2017). Lineaarsust ja jääkide homoskedastilisust kontrolliti hajuvusdiagrammidega. Tulenevalt teadaolevatest erinevustest nii depressiooni raskusastmes kui sümptomprofiilis, võeti kontrolli alla vanus ja sugu (Micheli, 2023). Lisaks võeti kontrolli alla grupp, et uurida prediktorite ennustusvõimet ilma grupi potentsiaalse, sekkuva mõjuta (Sanwald jt, 2022). Regressioonimudelite tõlgendamisel lähtuti Hunsley ja Meyeri (2003) raamistikust:  $.03-.05 R^2$  väärtuse muutus uute prediktorite lisamisel muudab arvestataval määral mudeli seletusvõimet. Statistilise olulisuse nivooks määratleti  $\alpha = .05$ . Mudelite seletusvõimet hinnati kohandatud determinatsioonikordaja  $R^2$  põhjal. Ennustustäpsust hinnati standardiseeritud  $\beta$ -koefitsiendi alusel, tõlgendamisel lähtuti Niemineni (2022) soovitusel:  $\beta = .10-.29$  osundab väikesele,  $\beta = .30-.49$  keskmisele,  $\beta < .50$  suurele efektsuurusele.

Järgnevalt, eesmärgiga tuvastada ER-i raskuste vahendavad mõjud, kasutati medieerimisanalüüsi. Rakendati *SEM Mediation* analüüsi, milles statistilise olulisuse hindamiseks kasutati *bootstrapping* meetodit suurendatud valimisuurusega ( $n = 5000$ ), 99% usaldusväärseuse piiridega, täpsemalt *bias-corrected percentile*’iga, vähendamaks I tüüpi vea tõenäosust (MacKinnon jt, 2004). Mitmemõõtmelise normaaljaotuse eeldus oli täidetud, mistõttu kasutati *maximum likelihood* meetodit. Medieerimisanalüüs loeti statistiliselt oluliseks, kui vahendava efekti olulisuse nivoo oli  $\alpha = .01$ . Kuna  $\alpha = .05$  korral peaks valim olema suurem kui käesolevas töös (sh suurendatud valimisuurusega), rakendati rangemat piiri, et vähendada I tüüpi vea tõenäosust (Hair jt, 2021; Walters, 2019).

## Tulemused

### Valimit iseloomustavate kirjeldavate karakteristikute keskmiste võrdlused

Tabel 1 osutab, et kliinilisel grupil tuvastati kõrgemad depressiooni ja mitteadaptiivse perfektsionismi skoorid. Lisa A Tabel A1 täiendab, et vanemad vanusegrupid (40+ eluaastat) raporteerisid noorematega (kuni 29 eluaastat) võrreldes vähem depressiooni, eelkõige afektiivseid sümptomiteid. Sarnane trend joonistus välja ka mitteadaptiivses perfektsionismis ja ER-i raskustes. Lisa A2 viitab, et naistel olid kõrgemad tulemused perfektsionismi mõlemas alatahus, meestel FI-s. Naistel identifitseeriti kõrgem depressiooni koguskoor kui meestel, mis oli ootuspärane (Micheli, 2023) ja kinnitas soo kontrolli alla võtmise vajalikkust. Samuti, varasema kirjandusega kooskõllaliselt raporteerisid naised rohkem neurovegetatiivseid sümptomeid (Tyuvina jt, 2018). Laiemalt, muutujate üldises võrdluses tuvastatud statistiliselt olulised efektsuurused olid väikesed kuni mõõdukad (Coheni  $d = .19 -$

.52), vanuselised erinevused ( $\eta^2 = .03 - .08$ ) viitasid väikestele kuni keskmistele efektidele ja sugudevahelised erinevused (Coheni  $d$  absoluutväärtused  $d = .24 - .32$ ) väikestele efektidele.

**Tabel 1**

*Demograafiliste andmete ja mõõtevahendite kirjeldav statistika valimigruppide lõikes*

<b>Vanus</b>	<b>Kontroll</b>		<b>Kliiniline</b>		<b>Kokku</b>		<b><i>p</i></b>	<b><i>d</i></b>					
M	26.16		26.09		26.19		.53	-.01					
SD	14.42		9.58		13.58								
Vahemik	[15, 79]		[15, 61]		[15, 79]								
<b>Sugu</b>	<b>Kontroll</b>		<b>Kliiniline</b>		<b>Kokku</b>		<b><i>p</i></b>	<b><i>V</i></b>					
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%							
Mees	82	13.25	12	7.45	94	12.05	.06	.07					
Naine	537	86.75	149	92.55	686	87.95							
Kokku	619	100	161	100	780	100							
<b>Haridus</b>	<b>Kontroll</b>		<b>Kliiniline</b>		<b>Kokku</b>		<b><i>p</i></b>	<b><i>V</i></b>					
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%							
Algharidus	3	.48	5	3.11	8	1.03	<.001**	.06					
Põhiharidus omandamisel	24	3.88	13	8.07	37	4.74							
Põhiharidus	0	0	5	3.11	5	.64							
Keskharidus omandamisel	377	60.9	21	13.04	398	51.03							
Keskharidus	30	4.85	21	13.04	51	6.54							
Kutseharidus	27	4.36	17	10.56	44	5.64							
Kõrgharidus omandamisel	30	4.85	31	19.25	61	7.82							
Kõrgharidus	128	20.68	48	29.81	176	22.56							
<b>Muutuja</b>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t/U</i>	<i>df</i>	<b><i>p</i></b>	<b><i>d / RBC</i></b>
MADRS	619	14.93	9.96	153	20.06	9.71	772	15.95	10.12	5.73	770	<.001**	.52
Neurovegetatiivsed sümptomid	619	4.94	3.17	153	6.24	3.29	772	5.20	3.23	4.50	770	<.001**	.41
Kognitiivsed sümptomid	619	5.25	3.76	153	6.54	3.84	772	5.50	3.81	3.78	770	<.001**	.34
Afektiivsed sümptomid	619	4.74	4.26	153	6.41	4.35	772	5.07	4.32	4.31	770	<.001**	.39
Adaptiivne perf.	619	35.62	10.45	147	32.82	14.96	766	35.08	11.49	47295 <sup>(U)</sup>		.77	-.04 <sup>(RBC)</sup>
Mitteadaptiivne perf.	619	19.01	13.15	147	21.53	13.50	766	19.49	13.25	2.80	764	.02*	.19
FI	619	22.65	9.06	156	17.55	10.16	775	21.62	9.51	61739 <sup>(U)</sup>		1.00	-.28 <sup>(RBC)</sup>
DFI	619	14.76	6.81	156	15.33	9.06	775	14.88	7.31	47364 <sup>(U)</sup>		.36	.02 <sup>(RBC)</sup>
DERS koguskoor	619	83.13	26.18	147	81.62	33.82	766	82.84	27.79	42785 <sup>(U)</sup>		.13	.06 <sup>(RBC)</sup>

*Märkused.* MADRS – Montgomery & Åsberg Depression Rating Scale, FI – funktsionaalne impulsiivsus, DFI – düsfunktsionaalne impulsiivsus, DERS - ER-i raskused; *V* – Crameri *V*, *d* – Coheni *d*; gruppide võrdluseks alternatiivse hüpoteesina Kliiniline > Kontroll; \**p* < .05, \*\**p* < .001; <sup>(RBC)</sup> - normaaljaotusega muutujate korral efektisuuruse mõõdikuks Coheni *d* väärtus. Vastupidistel juhtudel oli võrdlusteks Mann-Whitney *U* test ja efektisuurused esitati rank-biserial korrelatsiooniga (*RBC*). Vabadusastmeid (*df*) ei ole raporteeritud Mann-Whitney *U* testi tulemuste lõikes.

**Muutujatevahelised seosed**

Muutujatevahelised seosed on esitatud Tabelis 2. Analüüsi esimene eesmärk sai täidetud, sest regressioonanalüüside läbiviimiseks tuvastati multikollineaarsuse puudumine: sõltumatute muutujate vahelised seosed ei ületanud  $< .80$  piire. Täiendavalt, statistiliselt olulised seosed varieerusid vahemikus  $r = -.09$  kuni  $r = .90$ , hõlmates nõrkasid kuni tugevaid seoseid. Vastavalt ootustele avaldusid tugevaimad seosed MADRS-i skaala koguskoori ja selle kolme sümptomaatika klasteri vahel ( $r = .83 - .90$ ).

Konstruktide üldtasemel ilmnas, et kõige tugevamalt olid depressiooniga seotud ER-i raskused, eelkõige afektiivsete sümptomitega, seejärel koguskooriga, kuid efektid olid tugevad ka kognitiivsete ja neurovegetatiivsete sümptomitega. Need tugevad seosed andsid esmase viite, et DERS-i koguskoor peegeldab nii impulsiivsusele kui perfektsionismile omaseid väljendusviise. Lisanduvalt näitasid DERS-i ja DFI ning DERS-i ja mittheadaptiivse perfektsionismi vahelised tugevad seosed, et tegemist on seotud konstruktidega.

Mittheadaptiivne perfektsionism oli mõõdukalt kuni tugevalt seotud depressiooni koguskoori ja selle sümptomitega, seevastu adaptiivne tahk oli seotud üksnes depressiooni kognitiivsete sümptomitega ning seda nõrga ja negatiivse seose alusel. Impulsiivsuse tahud seostusid depressiooniga vastassuunaliselt: FI negatiivselt, DFI aga positiivselt.

**Tabel 2**

*Psühholoogiliste konstruktide seosed depressiooni sümptomitega koguvalimil*

Muutuja	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Neurovegetatiivsed sümptomid	-								
2. Kognitiivsed sümptomid	.65**	-							
3. Afektiivsed sümptomid	.66**	.73**	-						
4. MADRS koguskoor	.83**	.88**	.90**	-					
5. Mittheadaptiivne perf.	.42**	.47**	.54**	.54**	-				
6. Adaptiivne perf.	.06	-.10*	.00	-.05	.32**	-			
7. DFI	.28**	.36**	.35**	.38**	.34**	-.09*	-		
8. FI	-.32**	-.43**	-.41**	-.45**	-.25**	.17**	-.05	-	
9. DERS koguskoor	.57**	.64**	.68**	.66**	.61**	.18**	.54**	-.29**	-

*Märkused.* Neurovegetatiivsete, kognitiivsete ja afektiivsete sümptomite seosteks kasutati Spearmani korrelatsioonikordajat, ülejäänud seoseid iseloomustati Pearsoni korrelatsioonikordajaga; muutujate lühendid täpsustatud Tabeli 1 all; \* $p < .05$ , \*\* $p < .001$  (mida edaspidi eraldi välja ei tooda).

**Regressioonanalüüsid depressiooni sümptomaatika ennustamisel*****Perfektsionismi regressioonanalüüs***

Esmalt konstrueeriti mudelid MADRS-i skaala koguskooriga, analüüsima varasema kirjanduse vastanduvaid tulemusi. Mudelid tuginesid koguvalimil. Esimene, perfektsionismil põhinev regressioonanalüüs (Tabel 3) põhines Wang ja Zhang-i (2017) töö: esimese sammuna lisati kovariaadid, teiseks mittheadaptiivsed alatahud, kolmandana adaptiivsed. Mõlemate tahkude lisamine parandas mudeli seletusvõimet arvestataval määral. Adaptiivsete tahkude lisamisel paranes mudeli kirjeldustase 6.2%. Lõpliku mudeli kirjeldusvõime oli 43.3% (kohandatud  $R^2 = .433$ ),  $F(7,758) = 84.59$ ,  $p < .001$ . Peale soo ( $p = .05$ ) olid kõik lisatud prediktorid statistiliselt olulised. Huvitavalt, perfektsionismi alatahud olid depressiooniga seotud erisuunaliselt: mittheadaptiivsed tahud positiivselt, adaptiivsed tahud negatiivselt. Kuigi mõlemad adaptiivsed tahud olid statistiliselt olulised, ennustas „organiseeritus” ( $p < .001$ ) depressiooni täpsemalt kui „personaalsed standardid” ( $p = .009$ ).

**Tabel 3***Perfektsionismi alatahkude hierarhiline regressioon depressiooni sümptomite ennustamisel*

Mudel	Muutuja	<i>B</i>	<i>SE B</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>	95% CI	$R^2$
1. samm	Vabaliige	20.38	.77		26.61	<.001**	18.88, 21.88	.12
	Kliiniline grupp (Jah)	5.03	.86		5.85	<.001**	3.34, 6.72	
	Sugu (Mees)	-2.19	1.05		-2.09	.04*	-4.25, -.13	
	Vanus	-.20	.03	-.27	-7.89	<.001**	-.25, -.15	
2. samm	Vabaliige	10.99	.83		13.22	<.001**	9.36, 12.62	.37
	Kliiniline grupp (Jah)	3.69	.74		5.00	<.001**	2.24, 5.15	
	Sugu (Mees)	-.94	.89		-1.06	.29	-2.68, .80	
	Vanus	-.13	.02	-.18	-5.99	<.001**	-.17, -.09	
	„Muretsemine vigade pärast”	.56	.04	.43	12.69	<.001**	.47, .65	
	„Vanemate ootused ja kriitika”	.21	.05	.16	4.80	<.001**	.13, .30	
3. samm	Vabaliige	18.88	1.18		15.95	<.001**	16.56, 21.21	.43
	Kliiniline grupp (Jah)	2.71	.71		3.81	<.001**	1.31, 4.10	
	Sugu (Mees)	-1.63	.84		-1.93	.05	-3.85, .03	
	Vanus	-.11	.02	-.15	-5.16	<.001**	-.15, -.07	
	„Muretsemine vigade pärast”	.64	.05	.49	13.52	<.001**	.54, .73	
	„Vanemate ootused ja kriitika”	.20	.04	.15	4.74	<.001**	.12, .29	
	„Organiseeritus”	-.36	.05	-.21	-6.93	<.001**	-.47, -.26	
	„Personaalsed standardid”	-.12	.04	-.09	-2.61	.01*	-.20, -.03	

*Märkused.* *B* = standardiseerimata koefitsient,  $\beta$  = standardiseeritud koefitsient,  $R^2$  = kohandatud determinatsioonikordaja.

**Impulsiivsuse regressioonanalüüs**

Sarnaselt perfektsionismimudelile ja selle alatahkude analüüsimisele, oli järgneva regressioonanalüüsi eesmärk uurida impulsiivsuse kirjeldusvõimet depressiooni sümptomaatika ennustamisel (Tabel 4). Analoogselt eelnevale mudelile lisati teise sammuna düsfunktsionaalne impulsiivsus, kolmandana funktsionaalne impulsiivsus. Nagu ilmnes perfektsionismimudelitest, nähtus käesolevalt, et mõlema alatahu lisamisel paranes mudeli kirjeldusvõime arvestataval määral. Samuti ilmnes, et funktsionaalse impulsiivse lisamisel kolmandal sammul paranes seletusvõime teise sammuga võrreldes arvestatavalt, täpsemalt 13.8%. Lõpliku mudeli kirjeldusvõimeks tuvastati 37.0% (kohandatud  $R^2 = .370$ ),  $F(5,764) = 89.79$ ,  $p < .001$ . Taas ei olnud sugu statistiliselt oluline prediktor ( $p = .07$ ). Ilmnes, et impulsiivsuse tahud ennustasid depressiooni erisuunaliselt: düsfunktsionaalne impulsiivsus positiivselt, seevastu funktsionaalne impulsiivsus negatiivselt.

**Tabel 4***Impulsiivsuse hierarhiline regressioonanalüüs depressiooni sümptomite ennustamisel*

Mudel	Muutuja	<i>B</i>	<i>SE B</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>	95% CI	$R^2$
1. samm	Vabaliige	20.38	.77		26.61	<.001**	18.88, 21.88	.12
	Kliiniline grupp (Jah)	5.03	.86		5.85	<.001**	3.34, 6.72	
	Sugu (Mees)	-2.19	1.05		-2.09	.04*	-4.25, -.13	
	Vanus	-.20	.03	-.27	-7.89	<.001**	-.25, -.15	
2. samm	Vabaliige	12.46	1.02		12.17	<.001**	10.45, 14.47	.24
	Kliiniline grupp (Jah)	4.81	.81		5.94	<.001**	3.22, 6.40	
	Sugu (Mees)	-2.60	.98		-2.66	.008**	-4.53, -.68	
	Vanus	-.16	.02	-.20	-8.88	<.001**	-.21, -.12	
	DFI	.48	.04	.35	10.83	<.001**	.39, .57	
3. samm	Vabaliige	20.57	1.1		18.25	<.001**	18.35, 22.78	.37
	Kliiniline grupp (Jah)	2.69	.75		3.57	<.001**	1.21, 4.17	
	Sugu (Mees)	-1.64	.89		-1.83	.07	-3.91, .12	
	Vanus	-.12	.02	-.16	-5.53	<.001**	-.16, -.08	
	DFI	.47	.04	.34	11.71	<.001**	.39, .55	
	FI	-.41	.03	-.38	-12.75	<.001**	-.47, -.35	

*Märkused.* *B* = standardiseerimata koefitsient,  $\beta$  = standardiseeritud koefitsient,  $R^2$  = kohandatud determinatsioonikordaja.

**Emotsiooniregulatsiooni raskuste regressioonanalüüs**

Järgnevalt loodud ER-i raskuste regressioonanalüüsi mudeli kirjeldusvõimeks tuvastati 49.8% (kohandatud  $R^2 = .498$ ),  $F(4,760) = 190.73$ ,  $p < .001$  (Tabel 5). Prediktor „ER-i raskused” oli statistiliselt oluline ( $p < .001$ ) ning taas ei olnud vaid sugu statistiliselt oluline kovariaat ( $p = .11$ ).

**Tabel 5***ER-i raskuste hierarhiline regressioonanalüüs depressiooni sümptomite ennustamisel*

	<b>Muutuja</b>	<b>B</b>	<b>SE B</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>95% CI</b>	<b>R<sup>2</sup></b>
1. samm	Vabaliige	20.38	.77		26.61	<.001**	18.88, 21.88	.12
	Kliiniline grupp (Jah)	5.03	.86		5.85	<.001**	3.34, 6.72	
	Sugu (Mees)	-2.19	1.05		-2.09	.04*	-4.25, -.13	
	Vanus	-.20	.03	-.27	-7.89	<.001**	-.25, -.15	
2. samm	Vabaliige	-1.68	1.08		-1.56	.12	-3.79, .43	.50
	Kliiniline grupp (Jah)	5.16	.66		7.83	<.001***	3.87, 6.45	
	Sugu (Mees)	-1.26	.79		-1.59	.11	-2.81, .29	
	Vanus	-.09	.02	-.13	-4.93	<.001***	-.13, -.06	
	DERS koguskoor	.23	.01	.64	24.28	<.001***	.21, .25	

*Märkused.* B = standardiseerimata koefitsient,  $\beta$  = standardiseeritud koefitsient, R<sup>2</sup> = kohandatud determinatsioonikordaja.

### **Perfektsionismi ja impulsiivsuse regressioonanalüüs**

Seejärel konstrueeriti mudel, milles lisati prediktoritena üheaegselt perfektsionismi ja impulsiivsuse alatahud, eesmärgiga vastata hüpoteesile, kas üle- ja alakontrollitud motiivide mudel omab kõikidest eelnevalt esile toodud unikaalsetest mudelitest kõige täpsemat seletusvõimet depressiooni sümptomaatika kirjeldamisel (Tabel 6). Vastupidiselt ootustele ei olnud see suurema kirjeldusvõimega kui eelnev, DERS-i unikaalne mudel. Käesolev mudel seletas depressiooni sümptomaatika hajuvusest ära 47.9% (kohandatud R<sup>2</sup> = .479), F(7,755) = 101.06, p < .001. Kõik lisatud prediktorid olid statistiliselt olulised ning vaid sugu ei olnud statistiliselt oluline kontrolli alla võetud muutuja (p = .14).

**Tabel 6***Perfektsionismi ja impulsiivsuse regressioonanalüüs depressiooni sümptomite ennustamisel*

	<b>Muutuja</b>	<b>B</b>	<b>SE B</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>95% CI</b>	<b>R<sup>2</sup></b>
1. samm	Vabaliige	20.38	.77		26.61	<.001**	18.88, 21.88	.12
	Kliiniline grupp (Jah)	5.03	.86		5.85	<.001**	3.34, 6.72	
	Sugu (Mees)	-2.19	1.05		-2.09	.04*	-4.25, -.13	
	Vanus	-.20	.03	-.27	-7.89	<.001**	-.25, -.15	
2. samm	Vabaliige	17.82	1.30		13.68	<.001**	15.26, 20.38	.48
	Kliiniline grupp (Jah)	2.19	.70		3.15	<.01*	.82, 3.55	
	Sugu (Mees)	-1.20	.82		-1.47	.14	-2.80, .40	
	Vanus	-.10	.02	-.14	-5.13	<.001**	-.14, -.06	
	Mitteadaptiivne perf.	.32	.02	.41	12.93	<.001**	.27, .36	
	Adaptiivne perf.	-.10	.03	-.11	-3.74	<.001**	-.15, -.05	
	DFI	.27	.04	.20	6.82	<.001**	.20, .35	
	FI	-.29	.03	-.28	-9.51	<.001**	-.35, -.23	

*Märkused.* B = standardiseerimata koefitsient,  $\beta$  = standardiseeritud koefitsient, R<sup>2</sup> = kohandatud determinatsioonikordaja.

**Perfektsionismi, impulsiivsuse ja ER-i raskuste regressioonanalüüs**

Seejärel konstrueeriti regressioonimudel, mille eesmärk oli vaadata, kas ER-i raskuste lisamine perfektsionismi ning impulsiivsuse ühisesse mudelisse muudab depressiooni sümptomaatika kirjeldusvõimet. Tuvastati, et mainitud prediktori lisamine suurendab seletusvõimet arvestataval määral (Tabel 7). Lõpliku mudeli kirjeldusvõime oli 58.4% (kohandatud  $R^2 = .584$ ),  $F(8,754) = 134.65$ ,  $p < .001$  ning DERS-i koguskoor oli statistiliselt oluline ( $p < .001$ ). Eelneva mudeli prediktoritest jäid statistiliselt oluliseks küll mõlemad perfektsionismi alatahud ja funktsionaalne impulsiivsus, ometigi täheldati, et ER-i raskuste lisamisel kaotas düsfunktsionaalne impulsiivsus statistilise olulisuse ( $p = .92$ ). Kontrollitavatest prediktoritest ei olnud sugu ainsana statistiliselt oluline ( $p = .12$ ).

**Tabel 7***Perfektsionismi, impulsiivsuse ja ER-i raskuste hierarhiline regressioonanalüüs*

	<b>Muutuja</b>	<b>B</b>	<b>SE B</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>95% CI</b>	<b>R<sup>2</sup></b>
1. samm	Vabaliige	20.38	.77		26.61	<.001**	18.88, 21.88	.12
	Kliiniline grupp (Jah)	5.03	.86		5.85	<.001**	3.34, 6.72	
	Sugu (Mees)	-2.19	1.05		-2.09	.04*	-4.25, -.13	
	Vanus	-.20	.03	-.27	-7.89	<.001**	-.25, -.15	
2. samm	Vabaliige	8.66	1.34		6.47	<.001**	6.03, 11.29	.58
	Kliiniline grupp (Jah)	3.27	.63		5.22	<.001**	2.04, 4.50	
	Sugu (Mees)	-1.12	.73		-1.54	.12	-2.55, .31	
	Vanus	-.07	.02	-.10	-4.20	<.001**	-.11, -.04	
	Mitteadaptiivne perf.	.18	.02	.23	7.44	<.001**	.13, .23	
	Adaptiivne perf.	-.15	.02	-.17	-6.33	<.001**	-.20, -.10	
	DFI	.00	.04	.00	.10	.92	-.08, .08	
	FI	-.19	.03	-.18	-6.53	<.001**	-.24, -.13	
	DERS koguskoor	.17	.01	.48	13.84	<.001**	.15, .20	

*Märkused.* B = standardiseerimata koefitsient,  $\beta$  = standardiseeritud koefitsient,  $R^2$  = kohandatud determinatsioonikordaja.

**Depressiooni sümptomaatika regressioonanalüüsid**

Tabel 8 koondab tulemusi järgnevalt läbi viidud regressioonanalüüsides, milles võrreldi standardiseeritud efektisuuruste näitajaid ( $\beta$ ) ning kus sõltumatuteks muutujateks olid impulsiivsuse ja perfektsionismi mõlemad alatahud ning DERS-i koguskoor. Üldisel tasemel nähtus esmalt, et konstruktidel ilmnes kõige madalam ennustustäpsus neurovegetatiivsete sümptomite ennustamisel. Tuvastati, et nii DFI kui FI ennustustäpsused olid mõõdukate efektisuurustega kognitiivsete ja afektiivsete sümptomite puhul ja väikeste efektisuurustega neurovegetatiivsete sümptomite ennustamisel. Samuti leiti, et DFI ennustas kognitiivseid sümptomeid täpsemalt kui afektiivseid ning FI ennustas kõiki sümptomeid

negatiivselt, tugevaim seos ilmnis kognitiivsete sümptomitega. Huvitavalt, mittheadaptiivne perfektsionism osundas tugeva efektiivsusega ennustustäpsusele küll üksnes afektiivsete sümptomite ennustamisel, kuid kognitiivsete sümptomite mõõdukas efekt oli sellele ligilähedane. Adaptiivne perfektsionism ennustas statistiliselt oluliselt ainult kognitiivseid sümptomeid ja sarnaselt FI-le oli seos vastassuunaline. Kõige täpsemalt ennustas afektiivseid sümptomeid DERS-i koguskoor ning erinevalt teistest konstruktidest ennustas see ainsana ka neurovegetatiivseid sümptomeid tugeva efektiivsusega.

**Tabel 8***Depressiooni sümptomaatika regressioonanalüüsid*

	<b>Muutuja</b>	<b>B</b>	<b>SE B</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>95% CI</b>
Neurovegetatiivsed sümptomid	Mittheadaptiivne perf.	.10	.01	.41	12.59	<.001**	.08, .12
	Adaptiivne perf.	.01	.01	.03	.81	.42	-.01, .03
	DFI	.13	.02	.28	8.42	<.001**	.10, .15
	FI	-.10	.01	-.29	-8.48	<.001**	-.12, -.08
	DERS koguskoor	.06	.00	.53	17.65	<.001**	.06, .07
Kognitiivsed sümptomid	Mittheadaptiivne perf.	.13	.01	.45	14.09	<.001**	.11, .15
	Adaptiivne perf.	-.03	.01	-.09	-2.96	<.01*	-.05, -.01
	DFI	.18	.02	.35	10.70	<.001**	.15, .22
	FI	-.15	.01	-.38	-11.09	<.001**	-.18, -.12
	DERS koguskoor	.08	.00	.60	20.87	<.001**	.07, .09
Afektiivsed sümptomid	Mittheadaptiivne perf.	.16	.01	.50	16.77	<.001**	.15, .18
	Adaptiivne perf.	-.00	.01	-.00	-.08	.93	-.03, .03
	DFI	.19	.02	.32	9.88	<.001**	.15, .23
	FI	-.16	.02	-.36	-10.61	<.001**	-.19, -.13
	DERS koguskoor	.10	.00	.63	23.41	<.001**	.09, .11

*Märkused.* B = standardiseerimata koefitsient,  $\beta$  = standardiseeritud koefitsient.

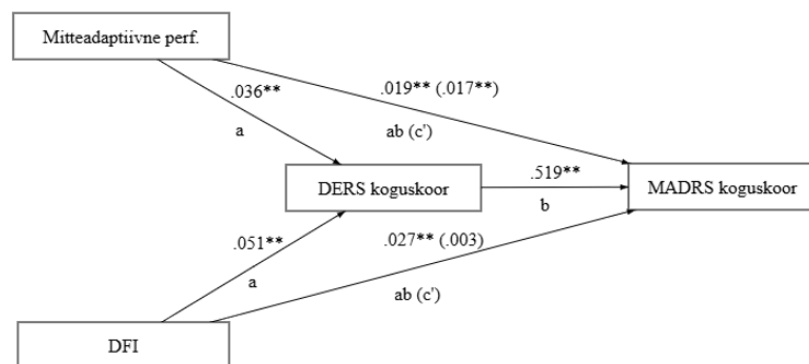
### **DFI ja mittheadaptiivse perfektsionismi vahendavate mõjude ehk medieerimisanalüüsid**

Eelnevalt leiti, et DERS-i lisamisel impulsiivsuse ja perfektsionismi mudelisse kaotas DFI statistilise olulisuse. Ühtlasi, impulsiivsuse mudelis ennustas üksnes DFI depressiooni positiivse seose alusel ning ka korrelatsioonanalüüs viitas mitte DERS-i ja FI ( $r = -.29$ ), vaid DERS-i ja DFI ( $r = .54$ ) tugevale seosele. Ilmnenuvad seosed andsid alust eeldada ER-i raskuste täielikku vahendavat mõju (Flett jt, 2011; Harris jt, 2008), mistõttu viidi vahendavate muutujate analüüsid läbi DFI-ga. Hüpooteesi kohaselt valiti perfektsionismi mittheadaptiivne tahk ja vahendajaks ER-i raskused. Esimene analüüs põhines MADRS-i skaala koguskoorigil, järgnevad sümptomitel. Kõik muutujad olid regressioonides tuvastatud olema statistiliselt olulised prediktorid. Kuigi järgnevalt tuvastatud üksikud vahendavad seosed osundasid ER-i

raskuste väikestele (Nieminen, 2022) ehk tagasihoidlikele vahendavatele efektidele (1-3%), olid kõik seosed statistiliselt olulised.

### *Depressiooni sümptomaatika koguskoori medieerimisanalüüs*

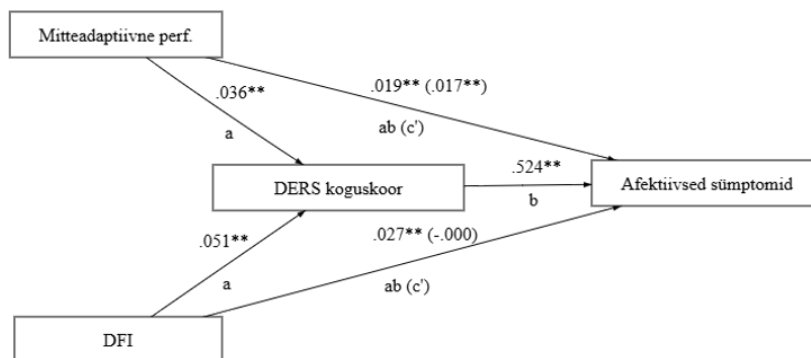
Analüüs näitas, et ER-i raskused vahendasid osaliselt mittheadaptiivse perfektsionismi seost (vahendav efekt  $\beta = .019$ , SE = .002,  $z = 10.96$ ,  $p < .001$ , 99% CI [.014, .024]) ja täielikult DFI seost (vahendav efekt  $\beta = .027$ , SE = .003,  $z = 9.79$ ,  $p < .001$ , 99% CI [.020, .035]) depressiooni koguskooriga. Teisisõnu, nii mittheadaptiivse perfektsionismi kui DFI-ga isikutel tuvastati küll kõrgemad depressiooniskoorid, kuid ligikaudu 2-3% vastavatest seostest vahendasid ER-i raskused. Kogu mudel seletas 47.2% depressiooni variatiivsusest ja 49.4% ER-i raskustest (Joonis 1, Lisa B, Tabel B1). Kuna mittheadaptiivne perfektsionism ennustas jätkuvalt depressiooni, ei olnud ER-i raskuste mõju täielik (Harris jt, 2008).



**Joonis 1.** ER-i raskuste vahendav mõju mittheadaptiivse perfektsionismi ja DFI-i seosele depressiooni koguskooriga. *Märkused.* Muutujate nimetused täpsustatud Tabel 1 all; koefitsiendid standardiseeritud; \* $p < .01$ , \*\* $p < .001$ .

### *Afektiiivsete depressiooni sümptomite medieerimisanalüüs*

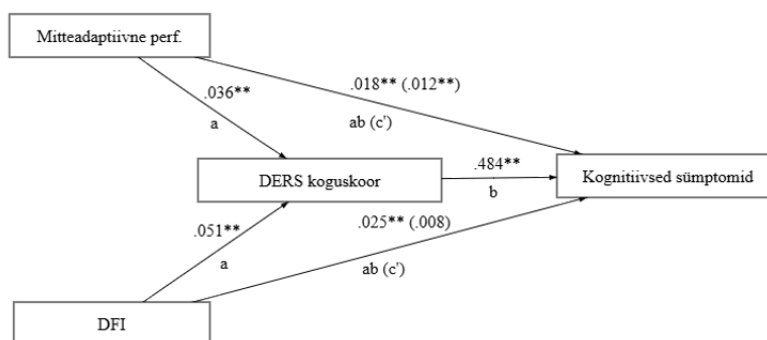
Järgnevalt tuvastati, et ER-i raskused vahendasid osaliselt mittheadaptiivse perfektsionismi seost (vahendav efekt  $\beta = .019$ , SE = .002,  $z = 10.98$ ,  $p < .001$ , 99% CI [.014, .024]) ning täielikult DFI seost (vahendav efekt  $\beta = .027$ , SE = .003,  $z = 9.80$ ,  $p < .001$ , 99% CI [.020, .035]) afektiiivsete depressiooni sümptomitega. Kogu mudel seletas ära 46.5% afektiiivsete sümptomite variatiivsusest ning 49.4% ER-i raskustest (Joonis 2, Lisa B, Tabel B2). Seega, üllatavalt olid prediktoritel sama tugevad seosed nii afektiiivsete sümptomite kui MADRS-i skaala koguskoori ennustamisel, ainsaks erinevuseks koguskooriga mudelist oli käesoleval mudelil tuvastatud kogu mudeli 0.7% madalam kirjeldusvõime.



**Joonis 2.** ER-i raskuste vahendav mõju mitteadaptiivse perfektsionismi ja düsfunktsionaalse impulsiivsuse seosele afektiivsete depressiooni sümptomitega. *Märkused.* Muutujate nimetused täpsustatud Tabel 1 all; koefitsiendid standardiseeritud; \* $p < .01$ , \*\* $p < .001$ .

### *Kognitiivsete depressiooni sümptomite medierimisanalüüs*

Järgnevalt tuvastati, et ER-i raskused vahendasid osaliselt mitteadaptiivse perfektsionismi seost (vahendav efekt  $\beta = .018$ , SE = .002,  $z = 10.06$ ,  $p < .001$ , 99% CI [.013, .023]) ning täielikult DFI seost (vahendav efekt  $\beta = .025$ , SE = .003,  $z = 9.13$ ,  $p < .001$ , 99% CI [.018, .032]) kognitiivsete sümptomitega. Kogu mudel seletas 39.8% kognitiivsete sümptomite variatiivsusest ja 49.4% ER-i raskustest (Joonis 3, Lisa B, Tabel B3). Antud analüüsis oli DFI otsene efekt tugevam kui afektiivsete sümptomite ja koguskoori mudelis.

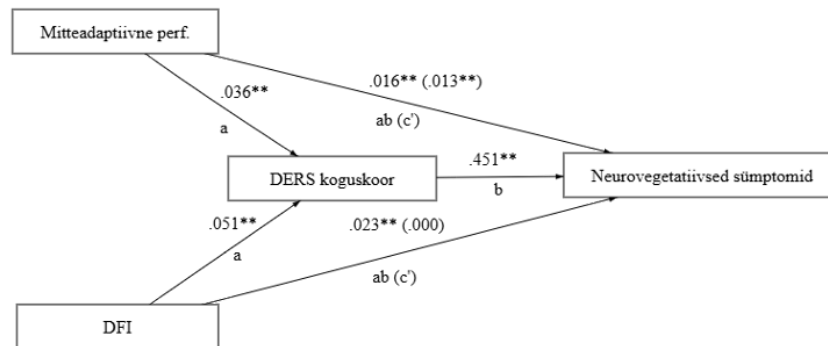


**Joonis 3.** ER-i raskuste vahendav mõju mitteadaptiivse perfektsionismi ja düsfunktsionaalse impulsiivsuse seosele kognitiivsete depressiooni sümptomitega. *Märkused.* Muutujate nimetused täpsustatud Tabel 1 all; koefitsiendid standardiseeritud; \* $p < .01$ , \*\* $p < .001$ .

### *Neurovegetatiivsete depressiooni sümptomite medierimisanalüüs*

Viimaks leiti, et ER-i raskused vahendasid täielikult DFI seost (vahendav efekt  $\beta = .023$ , SE = .003,  $z = 8.47$ ,  $p < .001$ , 99% CI [.016, .031]) ning osaliselt mitteadaptiivse perfektsionismi seost neurovegetatiivsete sümptomitega (vahendav efekt  $\beta = .016$ , SE = .002,

$z = 9.19, p < .001, 99\% \text{ CI } [.013, .023]$ ). Kogu mudel seletas ära 32.5% neurovegetatiivsete sümptomite variatiivsusest ning 49.4% ER-i raskustest (Joonis 4, Lisa B, Tabel B4).



**Joonis 4.** ER-i raskuste vahendav mõju mittheadaptiivse perfektsionismi ja düsfunktsionaalse impulsiivsuse seosele neurovegetatiivsete depressiooni sümptomitega. *Märkused.* Muutujate nimetused täpsustatud Tabel 1 all; koefitsiendid standardiseeritud; \* $p < .01$ , \*\* $p < .001$ .

### Arutelu ja järeldused

Käesoleva magistritöö eesmärgiks oli uurida kolme psühholoogilise konstrukti (perfektsionism, impulsiivsus, emotsiooniregulatsiooni ehk ER-i raskuste) kirjeldusvõimet depressiooni ennustamisel. Täiendav fookus oli depressiooni afektiivsete, kognitiivsete ja neurovegetatiivsete sümptomite klastritel. Ühtlasi analüüsiti ER-i raskuste vahendavat rolli düsfunktsionaalse impulsiivsuse ja mittheadaptiivse perfektsionismi seosele.

#### Perfektsionism: erisuunalised ja mitmekülgsed seosed depressiooni sümptomaatikaga

Uurimus kinnitas esimest hüpoteesi, mille kohaselt ennustab mittheadaptiivne perfektsionism statistiliselt olulisel määral depressiooni ka siis, kui adaptiivsed alatahud ja kovariaadid on arvesse võetud. Tegemist on ootuspärase leiuga, sest mittheadaptiivsed perfektsionistid on tuvastatud hindama iseenda väärtust läbi saavutuste ületähtsustamise (Smith jt, 2021) ning näib, et kaasnev hirm ebaõnnestumise ees alandab nende kontrollitunnet (Prud'homme jt, 2017), suurendades omakorda haavatavust depressioonile (Hewitt jt, 1996).

Kuivõrd puudub kirjanduses kooskõla adaptiivsete tahkude osas, uuriti nende spetsiifilist rolli depressiooni ennustamisel. Ehkki tulemused osutasid adaptiivsete tahkude lisamisest tingitud kirjeldusvõime paranemisele, nähtuvad „organiseeritus” ja „personaalsed standardid” omavat depressiooniga vastassuunalist seost (Kawamoto jt, 2023). Teisisõnu, analüüsist ilmneb, et perfektsionismi tahkude eristamine on väärtuslik, et identifitseerida neid, kelle perfektsionism soodustab kasutegurite asemel negatiivseid tagajärgi (Prud'homme jt, 2017; Richardson jt, 2014): nii enesekriitilisust, mittheadaptiivset eesmärkide poole

püüdlemist kui depressiooni säilimist (Lea jt, 2023). Sellegipoolest, teadvustades varasema kirjanduse divergentseid leide, ei saa käesoleva ega teiste üksikute tööde alusel teha põhjanevaid järeldusi adaptiivse perfektsionismi põhjuslikest kasuteguritest (Békés jt, 2015; Smith jt, 2021). Sarnaselt, kuna ei ole ka välistatav, et läbilõikeliste uuringute ühekordne hindamine on ebapiisav, et tuvastada adaptiivse perfektsionismi kahjulikkust (Smith jt, 2016), osutab käesolev töö eelkõige perfektsionismi ja depressiooni vaheliste longituuduuringute tähtsusele (Limburg jt, 2017).

### **Impulsiivsus: seni alakäsitletud seosed depressiooniga**

Teise hüpoteesi eesmärk oli analüüsida impulsiivsuse alatahkude rolli depressiooni koguskoori ennustamisel, sest jätkuvalt on internaliseerivate häirete ja impulsiivsuse seosed alakäsitletud (Ögüt jt, 2023; Özbek & Çıray, 2024) ning puudub konsensus, kas impulsiivsus võiks olla depressiooni prediktoriks (Ngo jt, 2011). Samuti oli eesmärk saada täpsem sisend medieerimisanalüüsideks. Hüpotees leidis kinnitust: nii düsfunktsionaalne (DFI) kui funktsionaalne impulsiivsus (FI) ennustasid depressiooni koguskoori. Tulemust toetavad arvukad tööd, mis viitavad, et impulsiivsusel on roll afektiivsete häirete bioloogias (Moustafa jt, 2017; Raj jt, 2025) ning täiendavad, et impulsiivsus ja depressioon omavad ühiseid neurobioloogilisi kujunemistrajekteore (Fan jt, 2023; Fields jt, 2021). Siiski, analüüs osundas vastassuunalistele seostele impulsiivsuse alatahkude tasemel: varasemate uuringutega kooskõlalisel näib DFI ennustavat depressiooni koguskoori positiivselt, FI aga negatiivselt (Dear, 2000; Dvorak jt, 2013). Tulemus pakub selgitust, miks ei ole impulsiivsust koguskoori alusel analüüsivad autorid saavutanud üksmeelt, kui käsitletud on seoseid depressiooniga. Siiski ei saa välistada, et valimi enesekohaselt raporteeritud impulsiivsuse tasemed on kallutatud nii depressiooniga kaasneva pärsituse (Cosi jt, 2011), moonutatud tõlgenduste (Crisp & Grant, 2024) kui mälukallete tõttu (Hsu jt, 2019). Näiteks võidi oma oleviku FI taset raporteerida madalamaks, kui oleks tehtud enne depressiooni (Cuvillier & Bayard, 2021). Ehkki leiud on veel ebapiisavad, et teha põhjuslike järeldusi impulsiivsusest, viitavad need, et düsfunktsionaalse ja funktsionaalse impulsiivsuse eristamine on söömishäirete kirjandusele (Soidla & Akkermann, 2020) lisanduvalt tarvilik ka meeleoluhäirete kontekstis.

### **Püsiomaduste koosinemine: üle- ja alakontrollitud jooned**

Kuivõrd on uurijad konsensusel, et psühhopatoloogia selgitamisel omavad kaalukat rolli nii impulsiivsus kui perfektsionism (Isaksson jt, 2021), on nende üheaegne käsitus jäänud piisava tähelepanuta (Landt jt, 2016). Seetõttu oli kolmanda hüpoteesi eesmärk uurida,

kas üle- ja alakontrollitud motiivide ühismudelil on teiste unikaalsete regressioonidega võrreldes suurim kirjeldusvõime depressiooni ennustamisel. Vastupidiselt ootustele lükkasid tulemused hüpoteesi ümber, sest ER-i raskuste mudel kirjeldas suuremat osa hajuvusest kui impulsiivsuse ja perfektsionismi ühine regressioon. Siiski tasub esile tuua, et mainitud joonte koosinemine selgitas hajuvusest rohkem kui impulsiivsuse või perfektsionismi unikaalsed mudelid. Teisisõnu, kuigi selles on pikalt kaheldud (Schmidt jt, 2018), nähtub siinest tööst, et perfektsionism ja impulsiivsus - kui näiliselt vastanduvad tegurid - võivad eksisteerida ühe indiviidi siseselt (Gilmartin jt, 2025; Soidla & Akkermann, 2020). Seega saab ootusvastase leiu esimene selgitus tuleneda asjaolust, et impulsiivsuse ja perfektsionismi mudelisse olid kaasatud mõlema püsiomaduse mõlemad tahud, mis võivad ühiselt teineteist teatud ulatuses ära tasandada (Shu jt, 2020). Teiseks, välistada ei saa ka võimalust, et ER-i raskused omavad kaalukamat rolli depressiooni kui emotsionaalse häire selgitamisel (Abdi & Pak, 2019).

Käesoleva töö tulemuste põhjal näib enim tõenäoline aga kolmas selgitus: kuna ER-i raskuste kirjeldusvõime (49.8 %) ei olnud ühismudeli omast arvestataval määral (47.9 %) suurem, on võimalik, et impulsiivsus ja perfektsionism peegeldavad olemuselt ER-i raskuste komponente. Nimelt kinnitavad esmased teemakohased uuringud, et nii mitteadaptiivse perfektsionismiga kaasnev mure vigade pärast ja hirm kriitika ees kui DFI-ga kaasnev madal frustratsioonitaluvus ja soov kohese tasu järele näitlikustavad ebakohaseid ER-i viise (González-Hernández jt, 2019). Sarnased tulemused on olulised, viidates, et depressiooni säilitavaid mehhanisme on mitmeid ja näib, et ühisrolli fenotüüp võib psühhopatoloogia olemusele pakkuda rikkaliku selgituse (Landt jt, 2016; Soodla & Akkermann, 2023). Ühiselt peegeldasid leiud, et mida kõrgem on üheaegne DFI ja mitteadaptiivse perfektsionismi tase, seda vähem rakendatakse kohaseid oskuseid düstressiga toimetulekuks (Soidla & Akkermann, 2020) ning andsid seeläbi täiendavat tuge medieerimisanalüüside relevantsusele.

### **Emotsiooniregulatsiooni raskused ja seosed impulsiivsuse ning perfektsionismiga**

Järgnevalt leidis kinnitust neljas hüpotees: tuvastati, et ER-i raskuste lisamine parandas impulsiivsuse ja perfektsionismi ühismudeli kirjeldusvõimet. Tulemust toetavad tööd, mis osundavad, et ehkki mitteadaptiivne perfektsionism ennustab depressiooni, paraneb kirjeldusvõime veelgi, kui kaasatud on ER-i raskused (Kahn jt, 2022). Sarnaselt, kirjanduses tuvastatud ER-i raskuste inkrementaalne väärtus üle impulsiivsuse on varasemaltki viidanud ER-i raskuste sihtmärgistamise tähtsusele (Gomez & Houghton, 2024). Seevastu oli üllatav leid, et ER-i raskuste mudelisse lisamisel kaotas DFI oma statistilise olulisuse. Antud tulemus

- näides viitavat, et DFI võib suurendada depressiooni, sest see soodustab ebakohast ER-i (d'Acremont & Linden, 2007) - kogus tuge nii neljanda kui viienda hüpoteesi tulemustest.

### **Viimased regressioonid: täpsemad mehhanismid depressiooni sümptomaatika klastrites**

Võttes arvesse nii depressiooni kui töösse kaasatud prediktorite heterogeensust, oli magistritöö uurimisküsimuse eesmärgiks tuvastada, milliseid depressiooni sümptomite klastreid ennustavad töösse kaasatud prediktorid kõige täpsemalt. Üldisel tasandil ilmnes kolm peamist leidu. Esiteks, käesolev analüüs kinnitab töö väärtust, sest prediktorite panustes tuvastati märkimisväärsed erinevused, mis viitab, et multifaktoriaalne ei ole mitte üksnes depressiooni kliiniline profiil (Kim & Park, 2021), vaid tõenäoliselt ka kujunemistrajektoolid ja allolev geneetiline baas (Liang jt, 2025). Teiseks, üldiselt avaldus madalaim ennustustäpsus neurovegetatiivsetes sümptomites. Varasema kirjanduse põhjal oli tulemus küll ootuspärane, ent oluline on leid, et enamik vastava klastriga positiivset seost omavatest prediktoritest olid statistiliselt olulised. Tegemist on tähelepanuväärse tulemusega, sest primaarselt neurovegetatiivsete sümptomitega patsiendid on teiste depressioonipatsientidega võrreldes tuvastatud omama negatiivsemat prognoosi (Torrente jt, 2017), kõrgemat suitsiidiriski (McGirr jt, 2007) ja suuremat tõenäosust retsidiveeruva kuluga häireks, mistõttu vajavad nad intensiivsemat ja spetsiifilisemat sekkumist (Toenders jt, 2020). Kolmandaks, kuigi konstruktideülel ilmnemiseid täpseimad ennustustäpsused kognitiivsetes ja afektiivsetes sümptomites, koorusid detailsemad, alljärgnevad seosed esile üksnes konstruktidesiselt.

### ***Impulsiivsuse ennustustäpsus depressiooni sümptomite ennustamisel***

Analüüsist ilmnemise, et DFI ennustab kõige täpsemalt kognitiivseid sümptomeid. Leidu tõendab Crisp ja Granti (2024) uurimus, kinnitades, et impulsiivsus on transdiagnostiline kognitiivne probleem, mis avaldub ka depressiooni kontekstis, eelkõige tähelepanematuses ja planeerimatuses. Ravi seisukohast on tulemus oluline, viidates, et läbimõtlematult tegutsevad isikud saavad tõenäoliselt enim tuge kognitiivsetest teraapiatest, mis adresseerivad automaatse käitumise pärssimist (Deplus jt, 2016). Täiendavalt leiti siinsest analüüsist, et FI ennustab kõiki sümptomeid negatiivse seose alusel. Esmalt viitab tuvastatu, et impulsiivsus ei ole ühtne konstrukt, omakorda näitlikustades, et selle objektiivsemaks mõõtmiseks on vajalik enesekohaseid instrumente täiendada lisanduvate võimalustega (Cuvillier & Bayard, 2021). Teiseks, käesoleva magistritöö impulsiivsuse analüüsid peegeldavad ühiselt, et vastava konstrukti alatahkudel on erinev panus depressiooni kujunemisel (Cosi jt, 2011), mistõttu ei saa **alatahkude** diferentseerimise tähtsust alahinnata (Joly jt, 2020).

***Perfektsionismi ennustatäpsus depressiooni sümptomite ennustamisel***

Kuigi mitteadaptiivne perfektsionism tuvastati kõige täpsemalt ennustavat afektiivseid sümptomeid, ilmnes peaaegu sama suure efektisuurusega ennustatäpsus ka kognitiivsete sümptomite (i.e., keskendumise, tegevustega alustamise ja huvi puudumise) ennustamisel. Tegemist on ootuspärase leiuga, sest kognitiiv-käitumuslikud mudelid on pikalt kontseptualiseerinud kliinilist perfektsionismi - ehk ebarealistlikult kõrgete eesmärkide seadmist ja hirmu ebaõnnestumise ees - kui kognitiivset riskifaktorit mitmete psüühikahäirete tekkeks (Macedo jt, 2014). Mehhanismina nähtub, et mitteadaptiivsed perfektsionistid on haavatavamad depressiooni kognitiivsete väljendusviiside suhtes, sest muretsevad vigade pärast, tõlgendavad neid üle (Graham jt, 2010), kogevad hirmu kriitika ees (Smith jt, 2021) ning rakendavad enesekriitilist sisekõnet (Kahn jt, 2022). On leitud, et eelmainitud panustavad iseennast taastootvasse nõiarings, avaldades ühest küljest ebakohastes kognitsioonides (näiteks katastrofiseerimises ja rumineerimises) ning teisalt depressiooni iseloomustavas motivatsiooni- ja keskendumislanguses, vältimises ja prokrastineerimises (Horan jt, 2021; Xie jt, 2019). Kuna seetõttu on järeldatud, et depressiooni avaldumisse panustab mitteadaptiivne perfektsionism läbi ebakohaste mõttemustrite (Macedo jt, 2017), on ravisekkumiseks viidatud isiksuslike tendentside sihtmärgistamisele (Isaksson jt, 2021). Eelkõige soovitatakse kognitiivset teraapiat, et alandada sarnaste joontega isikute kognitiivset rigiidsust (Denny jt, 2025) ja perfektsionistlikke muresid (Kahn jt, 2021). Veelgi enam, sinne analüüs osutas lisanduvalt, et adaptiivne perfektsionism ennustab statistiliselt oluliselt vaid kognitiivseid sümptomeid, kusjuures seos oli negatiivne. Ettevaatlikul tõlgendamisel järeldub, et „organiseeritus” ja „personaalsed standardid” võivad kaitsta düstressi eest (Schmidt jt, 2018) ja alandada haavatavust depressioonile (Smith jt, 2021).

***ER-i raskuste ennustatäpsus depressiooni sümptomite ennustamisel***

Kuna meeleoluhäirete teaduskirjandus toob esile, et ER-i raskused on üheks keskseks konstruktsiks afektiivsete häirete kujunemise ja säilimise selgitamisel (Sloan jt, 2017), oli ootuspärane, et DERS-i koguskoor ennustab kõige täpsemalt afektiivseid sümptomeid. Kuigi ER-i raskused ennustasid kõiki sümptomeid tugeva efektisuurusega, nähtus huvitavalt, et tegemist on ainsa konstruktiga, mis ennustab ka neurovegetatiivseid sümptomeid tugeva efektisuurusega. Kaudselt kinnitab leidu depressioonipatsientidel läbi viidud ning emotsionaalset söömist käsitletud Paans jt (2018) töö. Tuvastati, et neurovegetatiivne sümptomaatika seostub häirunud söömiskäitumisega tugevalt just seetõttu, et ühiseks allosevaks mehhanismiks on puudulikud ER-i oskused. Kuna kirjanduse põhjal avalduvad

neurovegetatiivsed sümptomid nõrgemates antidepressantravi vastustes, on kriitiliselt tähtis luua sihtmärgistatud sekkumine antud profiiliga isikutele (Toenders jt, 2020).

### **Sild seisundi- ja püsiomaduste vahel: emotsiooniregulatsiooni raskused**

Järgnevalt leidis kinnitust viies hüpotees: tuvastati, et ER-i raskused vahendavad täielikult DFI ja osaliselt mitteadaptiivse perfektsionismi seost depressiooni koguskooriga. Esmalt, leid DFI täielikust vahendamisest oli ootuspärane, sest kinnitas ideed, et DFI ja ER-i raskused on kontseptuaalselt sarnased (Sebastian jt, 2013). Nimelt mõtestatakse impulsiivsust kui baasilist mitteadaptiivset joont, mis esmalt kujundab haavatavust ER-i raskustele (Milam, 2024; Terzi jt, 2017) ja mis seejärel kombineerudes võimendavad tõenäosust depressiooni ilmnemiseks (Carver & Johnson, 2018). Sellest lähtuvalt on järeldatud, et ER-i raskustesse sekkumisel on potentsiaal alandada nii impulsiivsuse negatiivseid mõjusid (Schreiber jt, 2012) kui antud konstruktide ühisrollist tingitud raskemat depressiooni (Ceschi jt, 2014).

Teiseks, perfektsionismi vahendamise tulemus saab tuge kirjanduse analüüsides, mis illustreerivad, et leidub piisavalt tõendust fakte, et mitteadaptiivsed perfektsionistid on düstressile haavatavamad just seetõttu, et nad ebaõnnestuvad emotsioonide reguleerimises (Kahn jt, 2022). Võimalik, et nähes ette suutmatust saavutada liigselt kõrgeid standardeid, on nad altimad rakendama ebakohaseid ER-i strateegiad (Denny jt, 2025). Siiski tasub esile tuua, et kui siinses töös tuvastati osaline vahendamine, on ka leitud, et mõningad ER-i raskused, näiteks rumineerimine, vahendavad täielikult seost perfektsionismi ja depressiooni vahel (Harris jt, 2008). Selliste lahknevuste üheks põhjuseks näib olevat asjaolu, et rumineerimine ei ole identne tunnus DERS-i alusel hinnatavate ER-i raskustega (Daros & Ruocco, 2021).

Kuivõrd on pikemalt teadvustatud depressiooni mitmekülgset olemust, on jätkuvalt uuritud eelkõige depressiooni koguskoori. Kuna see lähenemine pärsib vahendajate ja prediktorite väärtuse rakendatavust (Carstens jt, 2021; Oliva jt, 2023; Remes jt, 2021), oli järgnevate analüüsides eesmärk adresseerida vastavat kirjanduslikku lünka. Seega puuduvad küll varasemast klastritepõhised identsed võrdlusandmed, kuid ilmneb mitmed leide kinnitavad paralleele. Esmalt, kuigi ER-i raskused vahendasid seoseid väikeste efektidega, olid need statistiliselt olulised ning alati tugevamad kui otsesed efektid (Huang jt, 2020; Milam, 2024). Huvitavalt, ER-i raskused vahendasid DFI seost sümptomklastritega alati otseselt ja tugevamalt kui mitteadaptiivse perfektsionismiga. Kirjandusest lähtuvalt võib leida põhjendada asjaolu, et perfektsionistid kalduvad rakendama eelkõige selliseid ebakohaseid ER-i viise, mis on olemuselt kaudsed, ülekontrollitud ning varjatud (Bohane jt, 2017), mistõttu avalduvad nende kahjustavad efektid peamiselt korduvmõõtmisel ja pikema aja

jooksul (Békés jt, 2015; Smith jt, 2021). Seevastu DFI-ga isikud kalduvad emotsioone reguleerima otseselt ja alakontrollitult, näiteks end vigastades (Özbek & Çıray, 2024). Siiski on siinkohal väärt mainimist, et kõik medieerimisanalüüsid kinnitasid nende prediktorite omavahelisi seoseid. Sellest lähtuvalt on järeldatav, et ehkki algselt ilmnevad perfektsionistidel vaid kaudsed, vähem kahjustavad ER-i raskused, ei jää need püsima: liigne ülekontrollitus on tõenäoline avalduma alakontrollitud motiivides (Boone jt, 2014). Kui varasemalt on söömishäirete kirjandus osundanud üle- ja alakontrollitud joonte ühismõjust tingitud sügavamale häiritusele (Bohane jt, 2018) ja kinnitatud, et seejuures on ER-i raskused sillaks seisundi- ja püsiomaduste vahel (Soodla & Akkermann, 2023), laiendab käesolev töö, et edaspidi on vastavaid mehhanisme tarvilik käsitleda ka depressiooni sümptomite uurimisel.

Ühtlasi ilmnis analüüsides kaks üllatavat leidu. Esmalt, afektiivsete sümptomite efektid olid peaaegu identsed MADRS-i skaala koguskoori mudeliga. Arvestades, et eelnevalt tuvastati DFI ja mitteadaptiivse perfektsionismi tugevad ennustustäpsused ka kognitiivsete sümptomite osas, võinuks oletada, et afektiivsete sümptomite efektid on pigem sarnasemad kognitiivse kui koguskoori mudeliga. Kirjandus põhjendab, et DFI ja mitteadaptiivse perfektsionismi koosinemine viib kõige tõenäolisemalt just afektiivse sümptomaatikani seetõttu, et ühiselt avalduvad need jooned ER-i raskustes (Vois & Damian, 2020). Teisisõnu, enam kui ühe patoloogilise püsiomaduse koosinemine võimendab veelgi ebakohast ER-i ja viib negatiivsete afektiivsete seisundite, sealhulgas depressioonini (Abdi & Pak, 2019). Võimalik, et see ka selgitab, miks just ER-i raskustel oli ülekaalukas roll depressiooni ning eelkõige afektiivsete sümptomite ennustamisel. Teiseks, märkimisväärselt puudus DFI-l otsene mõju neurovegetatiivsetele sümptomitele, ometigi avaldus 2%-line vahendav efekt läbi ER-i raskuste. Leid kinnitas, et kui enamjaolt kogevad kõrgema DFI-ga isikud kognitiivseid ja afektiivseid sümptomeid (Torrente jt, 2017), eristub nendest alamtüüp, kes kannatavad neurovegetatiivseid tagajärgi (Rajewska-Rager jt, 2023). Kooskõlas käesolevaga on järeldatud, et see sümptomaatika avaldub nende DFI-ga isikute hulgas, kes rakendavad impulsiivsusega toimetulekuks ebasoodsaid ER-i strateegiaid (Bourvis jt, 2017). Antud tulemuste kliinilist väärtust ilmestavad tööd, mis näitavad, et kohase ER-i õpetamine alandab vahendava mehhanismina ka neurovegetatiivsete sümptomite raskusastet (Micheli, 2023).

### **Piirangud ja edasised uurimissuunad, tugevused ja panus ning kokkuvõte**

Käesoleva töö tulemuste üldistamisel kogupopulatsioonile tuleb esmalt arvestada, et kuigi vahendavate analüüsides eesmärk on muutujatevahelise põhjusliku suuna tuvastamine, ei saa seda teha läbilõikeliste uuringute põhjal (Schoemann jt, 2017). Seetõttu on edaspidi

soovituslik eksperimentaalsete ja longituuduuringute läbiviimine (Preacher, 2015). Teiseks, kuna naiste osakaal moodustas ligikaudu 88% käesoleva töö valimist, tuleb sugude lõikes irduda kaugeleulatuvatest järeldustest. Kolmandaks, depressiooni täpsemaks uurimiseks ja tulemuste korratavuses veendumiseks tasub lisaks enesekohastele mõõdikutele rakendada ka füsioloogilisi, kognitiivseid, ajukuva ja käitumuslikke meetodeid (Cohn jt, 2018).

Vaatamata puudujääkidele on esmalt tugevuseks asjaolu, et erinevalt prevaleerivast uurimissuunitlusest (Fried & Nesse, 2015) analüüsiti lisaks depressiooni koguskoorile ka sümptomite klastreid, mistõttu on eeldatav, et tulemused on väärtuslikud nii ennetuseks, raviks (Rost jt, 2023; Toenders jt, 2020) kui prognostilisteks ennustusteks (Boschloo jt, 2016). Teiseks, töö käigus uuriti mitmeid impulsiivsuse ja perfektsionismi kirjanduse seni alakäsitletud vastuolusid. Samuti on uurimus uudne, sest ehkki üle- ja alakontrollitud motiivide käitlemine on vajalik negatiivse afekti säilimise mõtestamiseks (Soodla & Akkermann, 2023), on antud suund jätkuvalt jäänud piisava tähelepanuta.

Kokkuvõttes, käesolev magistritöö viitab võimalusele, et varasemas depressiooni kirjanduses on puudunud konsensus, sest suunitlus on olnud üldistav, ent riskifaktorite panus sõltub nende spetsiifilistest kombinatsioonidest (Kim & Park, 2021). Ühtlasi ilmneb, et depressiooni unikaalsete väljendusviiside mõtestamiseks on vajalik analüüsida mitte üksnes koguskoori, vaid sümptomite klastreid (Rajewska-Rager jt, 2023). Samuti näitavad tulemused, et impulsiivsuse ja perfektsionismi alatahud on depressiooniga vastassuunalistes seostes, kinnitades, et mainitud isiksuslikud tendentsid on multidimensionaalsed. Veelgi enam, ühiselt kirjeldavad need näiliselt vastanduvad jooned ulatuslikumat osa depressioonist kui kumbki tegur eraldiseisvana. Lisanduvad analüüsid viitavad, et ER-i raskuste hindamine ja adresseerimine omab potentsiaali soodustada seniseid ravisekkumisi. Kokkuvõtvalt nähtub, et nii psühholoogiliste riskitegurite kui psühhopatoloogiliste häirete koguskooride asemel on edaspidi soovituslik analüüsida alatahke ja sümptomklastreid. Kuivõrd depressioon on üks peamistest, üha tõusva trendiga globaalsetest haiguskoormuse põhjustajatest (Liu jt, 2020; Noorbala jt, 2017), on alust arvata, et käesoleva magistritöö tulemused on väärtuslikud nii depressiooni uurimise, ennetustöö kui sekkumise planeerimise seisukohast.

## **Tänuavaldused**

Eelkõige soovin tänada enda juhendajaid, Kirsti Akkermanni ja Kärol Soidlat, nendepoolse aja, julgustuse ja väärtusliku tagasiside eest. Lisanduvalt olen tänulik nii Liis Jõhvikule, Sheryl Vösule kui Marge Neemrele, kelle hoolikalt kogutud andmed olid aluseks käesolevale magistritööle. Viimaks tänan kõiki uuringutes osalejaid panustatud aja eest.

**Kasutatud kirjanduse loetelu**

- Abdi, R., & Pak, R. (2019). The mediating role of emotion dysregulation as a transdiagnostic factor in the relationship between pathological personality dimensions and emotional disorders symptoms severity. *Personality and Individual Differences, 142*, 282–287. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.09.026>
- Affrunti, N. W. (2017). *The roles of anxious rearing, negative affect, and effortful control in a model of risk for child perfectionism*. [Doktoritöö]. The University of Louisville. <https://doi.org/10.18297/etd/2739>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2009.11.004>
- Armstrong, R. A. (2014). When to use the Bonferroni correction. *Ophthalmic and Physiological Optics, 34*(5), 502–508. <https://doi.org/10.1111/opo.12131>
- Barnett, M. J., Doroudgar, S., Khosraviani, V., & Ip, E. J. (2021). Multiple comparisons: To compare or not to compare, that is the question. *Research in Social and Administrative Pharmacy, 18*(2), 2331–2334. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2021.07.006>
- Belkov, A. (2018). *Emotsioonide regulatsiooni raskused depressiooniga patsientidel*. [Uurimistöö]. Tartu Ülikooli Psühholoogia instituut.
- Bohane, L., Maguire, N., & Richardson, T. (2017). Resilients, overcontrollers and undercontrollers: A systematic review of the utility of a personality typology method in understanding adult mental health problems. *Clinical Psychology Review, 57*, 75–92. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.07.005>
- Boone, L., Claes, L., & Luyten, P. (2014). Too strict or too loose? Perfectionism and impulsivity: The relation with eating disorder symptoms using a person-centered approach. *Eating Behaviors, 15*(1), 17–23. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.10.013>
- Boschloo, L., Van Borkulo, C. D., Borsboom, D., & Schoevers, R. A. (2016). A prospective study on how symptoms in a network predict the onset of depression. *Psychotherapy and Psychosomatics, 85*(3), 183–184. <https://doi.org/10.1159/000442001>
- Bourvis, N., Aouidad, A., Cabelguen, C., Cohen, D., & Xavier, J. (2017). How do stress exposure and stress regulation relate to borderline personality disorder? *Frontiers in Psychology, 8*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02054>
- Breukelaar, I. A., Erlinger, M., Harris, A., Boyce, P., Hazell, P., Grieve, S. M., Antees, C., Foster, S., Gomes, L., Williams, L. M., Malhi, G. S., & Korgaonkar, M. S. (2019). Investigating the neural basis of cognitive control dysfunction in mood disorders. *Bipolar Disorders, 22*(3), 286–295. <https://doi.org/10.1111/bdi.12844>
- Buckman, J. E. J., Cohen, Z. D., O'Driscoll, C., Fried, E. I., Saunders, R., Ambler, G., DeRubeis, R. J., Gilbody, S., Hollon, S. D., Kendrick, T., Watkins, E., Eley, T., Peel, A. J., Rayner, C., Kessler, D., Wiles, N., Lewis, G., & Pilling, S. (2023). Predicting prognosis for adults with depression using individual symptom data: a comparison of modelling approaches. *Psychological Medicine, 1*–11. <https://doi.org/10.1017/s0033291721001616>
- Békés, V., Dunkley, D. M., Taylor, G., Zuroff, D. C., Lewkowski, M., Foley, J. E., Myhr, G., & Westreich, R. (2015). Chronic stress and attenuated improvement in depression over 1 year: The moderating role of perfectionism. *Behavior Therapy, 46*(4), 478–492. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.02.003>

- Carstens, L., Hartling, C., Stipl, A., Domke, A., Herrera-Mendez, A. L., Aust, S., Gärtner, M., Bajbouj, M., & Grimm, S. (2021). A symptom-based approach in predicting ECT outcome in depressed patients employing MADRS single items. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 271(7), 1275–1284. <https://doi.org/10.1007/s00406-021-01301-8>
- Carver, C. S., & Johnson, S. L. (2018). Impulsive reactivity to emotion and vulnerability to psychopathology. *American Psychologist*, 73(9). <https://doi.org/10.1037/amp0000387>
- Carver, C. S., Johnson, S. L., & Joor. (2008). What depression and impulsivity have in common. *Psychological Bulletin*, 134(6), 912–943. <https://doi.org/10.1037/a0013740>
- Ceschi, G., Billieux, J., Hearn, M., Fürst, G., & Van Der Linden, M. (2014). Trauma exposure interacts with impulsivity in predicting emotion regulation and depressive mood. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.24104>
- Christian, C., Bridges-Curry, Z., Hunt, R. A., Ortiz, A. M. L., Drake, J. E., & Levinson, C. A. (2021). Latent profile analysis of impulsivity and perfectionism dimensions and associations with psychiatric symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 283, 293–301. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.076>
- Cohen, J. (1990). Statistical power analysis for the behavioral sciences. *Computers*, 14(1), 71. [https://doi.org/10.1016/0198-9715\(90\)90050-4](https://doi.org/10.1016/0198-9715(90)90050-4)
- Cohen, J. 1988. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Academic Press.
- Cohn, J. F., Cummins, N., Epps, J., Goecke, R., Joshi, J., & Scherer, S. (2018). Multimodal assessment of depression from behavioral signals. *The Handbook of Multimodal Interfaces: Detection of Emotion and Cognition-Volume 2*, 375-417.
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Bettis, A. H., Watson, K. H., Gruhn, M. A., Dunbar, J. P., Williams, E., & Thigpen, J. C. (2017). Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative review. *Psychological Bulletin*, 143(9), 939–991. <https://doi.org/10.1037/bul0000110>
- Cosí, S., Hernández-Martínez, C., Canals, J., & Vigil-Colet, A. (2011). Impulsivity and internalizing disorders in childhood. *Psychiatry Research*, 190(2–3), 342–347. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.036>
- Cox, B. J., & Enns, M. W. (2003). Relative stability of dimensions of perfectionism in depression. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 35(2), 124–132. <https://doi.org/10.1037/h0087194>
- Crisp, Z. C., & Grant, J. E. (2024). Impulsivity across psychiatric disorders in young adults. *Comprehensive Psychiatry*, 130, 152449. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2023.152449>
- Cuvillier, C., & Bayard, S. (2021). Apathy and executive functioning among non-demented community-dwelling elderly individuals in an everyday environment: the mediating effect of impulsivity. *Psychogeriatrics*, 21(4), 636–649. <https://doi.org/10.1111/psyg.12725>
- Dalgleish, T., Black, M., Johnston, D., & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, i(3), 179–195. <https://doi.org/10.1037/ccp0000482>
- Daros, A. R., & Ruocco, A. C. (2021). Which Emotion regulation strategies? A Transdiagnostic Examination. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 43(3), 478–490. <https://doi.org/10.1007/s10862-020-09864-x>
- Dear, G. E. (2000). Functional and dysfunctional impulsivity, depression, and suicidal ideation in a prison population. *The Journal of Psychology*, 134(1), 77–80. <https://doi.org/10.1080/00223980009600850>
- Denny, K. S., Doba, K., & Nandirino, J. (2025). When “good enough” is not enough. *Personality*, 233, 112910. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2024.112910>

- Deplus, S., Billieux, J., Scharff, C., & Philippot, P. (2016). Enhancing Self-Regulation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 14(5), 775–790. <https://doi.org/10.1007/s11469-015-9627-1>
- Dervic, K., García-Amador, M., Sudol, K., Freed, P., Brent, D. A., Mann, J. J., Harkavy-Friedman, J., & Oquendo, M. A. (2015). Bipolar I, II, unipolar depression. *European Psychiatry*, 30(1), 106–113. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.06.005>
- Di Schiena, R., Luminet, O., Philippot, P., & Douilliez, C. (2012). Adaptive and maladaptive perfectionism in depression: Preliminary evidence on the role of adaptive and maladaptive rumination. *Personality and Individual Differences*, 53(6), 774–778. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.05.017>
- Dickman, S. J. (1990). Functional and dysfunctional impulsivity: Personality and cognitive correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(1), 95–102. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.1.95>
- Dunkley, D. M., Starrs, C. J., & Moroz, M. (2020). Self-critical perfectionism. *Journal of Counseling Psychology*, 67(6), 736–746. <https://doi.org/10.1037/cou0000425>
- D'Acremont, M., & Van Der Linden, M. (2006). How is impulsivity related to depression in adolescence? Evidence from a French validation of the cognitive emotion regulation questionnaire. *Journal of Adolescence*, 30(2), 271–282. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2006.02.007>
- Dvorak, R. D., Lamis, D. A., & Malone, P. S. (2013). Alcohol use, depressive symptoms, and impulsivity as risk factors for suicide proneness among college students. *Journal of Affective Disorders*, 149(1–3), 326–334. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.046>
- Ensoo, S. (2019). Emotsiooni regulatsiooni raskused ärevushäirete ja komorbiidse depressiooni ja sõltuvushäirega patsientidel. [Uurimistöo]. Tartu Ülikooli Psühholoogia instituut.
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 203–212. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009>
- Fairholme, C. P., Nosen, E., Nillni, Y. I., Schumacher, J. A., Tull, M. T., & Coffey, S. F. (2013). Sleep disturbance and emotion dysregulation as transdiagnostic processes in a comorbid sample. *Behaviour Research and Therapy*, 51(9), 540–546. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.05.014>
- Fan, H., Liu, Z., Wu, X., Yu, G., Gu, X., Kuang, N., Zhang, K., Liu, Y., Jia, T., Sahakian, B. J., Robbins, T. W., Schumann, G., Cheng, W., Feng, J., Becker, B., & Zhang, J. (2023). Decoding anxiety–impulsivity subtypes in preadolescent internalising disorders: findings from the Adolescent Brain Cognitive Development study. *The British Journal of Psychiatry*, 223(6), 542–554. <https://doi.org/10.1192/bjp.2023.107>
- Fields, S. A., Schueler, J., Arthur, K. M., & Harris, B. (2021). The Role of Impulsivity in Major Depression: A Systematic review. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 8(2), 38–50. <https://doi.org/10.1007/s40473-021-00231-y>
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., & Heisel, M. J. (2014). The destructiveness of perfectionism revisited: Implications for the assessment of suicide risk and the prevention of suicide. *Review of General Psychology*, 18(3), 156–172. <https://doi.org/10.1037/gpr0000011>
- Fried, E. I. (2017). The 52 symptoms of major depression: Lack of content overlap among seven common depression scales. *Journal of Affective Disorders*, 208, 191–197. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.019>
- Fried, E. I., & Nesse, R. M. (2015a). Depression sum-scores don't add up: Why analyzing specific depression symptoms is essential. *BMC medicine*, 13(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0325-4>

- Fried, E. I., & Nesse, R. M. (2015b). Depression is not a consistent syndrome: An investigation of unique symptom patterns in the STAR\* D study. *Journal of affective disorders, 172*, 96-102. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.10.010>
- Fried, E. I., & Robinaugh, D. J. (2020). Systems all the way down: Embracing complexity in mental health research. *BMC Medicine, 18*(1). <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01668-w>
- Fried, E. I., Flake, J. K., & Robinaugh, D. J. (2022). Revisiting the theoretical and methodological foundations of depression measurement. *Nature Reviews Psychology, 1*(6), 358–368. <https://doi.org/10.1038/s44159-022-00050-2>
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research, 14*(5), 449–468. <https://doi.org/10.1007/BF01172967>
- Fusar-Poli, P., Solmi, M., Brondino, N., Davies, C., Chae, C., Politi, P., Borgwardt, S., Lawrie, S. M., Parnas, J., & McGuire, P. (2019). Transdiagnostic psychiatry: A systematic review. *World Psychiatry, 18*(2), 192–207. <https://doi.org/10.1002/wps.20631>
- Gaebel, W., Stricker, J., & Kerst, A. (2020). Changes from ICD-10 to ICD-11 and future directions in psychiatric classification. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 22*(1), 7–15. <https://doi.org/10.31887/dcns.2020.22.1/wgaebel>
- George, D., & Mallery, P. (2019). IBM SPSS statistics 26 step by step: A simple guide and reference (1k 450-453). Routledge.
- Gilmartin, T., Gurvich, C., Dipnall, J. F., & Sharp, G. (2025). Using the alternative model of personality disorders. *Journal of Eating Disorders, 13*(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-025-01204-2>
- Goldberg, D. (2011). The heterogeneity of “major depression”. *World Psychiatry, 10*(3), 226–228. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00061.x>
- Gomez, R., & Houghton, S. J. (2024). Incremental validity of trait impulsivity, dysfunctional emotional regulation, and affect lability in the predictions of attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder symptoms in adults. *Behavioral Sciences, 14*(7), 598. <https://doi.org/10.3390/bs14070598>
- González-Hernández, J., Capilla Díaz, C., & Gómez-López, M. (2019). Impulsiveness and cognitive patterns. Understanding perfectionistic responses. *Frontiers in psychology, 10*, 1605. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01605>
- Graham, A. R., Sherry, S. B., Stewart, S. H., Sherry, D. L., McGrath, D. S., Fossum, K. M., & Allen, S. L. (2010). The existential model of perfectionism and depressive symptoms: A short-term, four-wave longitudinal study. *Journal of Counseling Psychology, 57*(4), 423–438. <https://doi.org/10.1037/a0020667>
- Gratz, K., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*, 41–54. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9102-4>
- Guo, Z., Cui, Y., Qiu, R., Bu, L., Yang, T., Li, Y., & Zhu, X. (2024). The association of impulsivity with depression and anxiety symptoms: A transdiagnostic network analysis and replication. *Journal of Affective Disorders, 359*, 100–108. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.05.076>
- Hair, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., Sarstedt, M., Danks, N. P., & Ray, S. (2021). Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM) using R. In *Classroom companion: Business*. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-80519-7>
- Hankin, B. L., Snyder, H. R., Gulley, L. D., Schweizer, T. H., Bijttebier, P., Nelis, S., Toh, G. Y., & Vasey, M. W. (2016). Understanding comorbidity among internalizing

- problems. *Development and Psychopathology*, 28(4), 987–1012. <https://doi.org/10.1017/s0954579416000663>
- Harris, P., Pepper, C. M., & Maack, D. J. (2008). The relationship between maladaptive perfectionism and depressive symptoms: The mediating role of rumination. *Personality and Individual Differences*, 44(1), 150–160. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.07.011>
- Hartmann, A., Von Wietersheim, J., Weiß, H., & Zeeck, A. (2018). Patterns of symptom change in major depression: Classification and clustering of long term courses. *Psychiatry Research*, 267, 480–489. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.03.086>
- Have, M. T., Lamers, F., Wardenaar, K. J., Beekman, A. T., De Jonge, P., Van Dorsselaer, S., Tuithof, M., Kleinjan, M., & De Graaf, R. (2016). The identification of symptom-based subtypes of depression: A nationally representative cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 190, 395–406. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.040>
- Havik, M., Jakobson, A., Tamm, M., Paaver, M., Konstabel, K., Uusberg, A., Allik, J., Ööpik, V., & Kreegipuu, K. (2012). Links between self-reported and laboratory behavioral impulsivity. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53(3), 216–223. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2012.00942.x>
- Hernández-Posadas, A., Lommen, M., De La Rosa Gómez, A., Bouman, T., Díaz, J. M. M., & Del Palacio-González, A. (2023). Symptoms of depression and post-traumatic stress. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04792-x>
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ediger, E. (1996). Perfectionism and depression: Longitudinal assessment of a specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(2), 276–280. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.105.2.276>
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Sherry, S., Habke, M., Parkin, M., Lam, R. W., McMurtry, B., Ediger, E., Fairlie, P., & Stein, M. B. (2003). The interpersonal expression of perfection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(6), 1303–1325. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.6.1303>
- Horan, S., Flaxman, P. E., & Stride, C. B. (2020). The perfect recovery? *Journal of Occupational Health Psychology*, 26(2), 86–107. <https://doi.org/10.1037/ocp0000208>
- Hsu, T., Lee, H., Lane, T. J., & Missal, M. (2019). Impulsivity and short-term memory in depression. *Neuroscience*, 13. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2019.00258>
- Huang, I. W., Short, M. A., Bartel, K., O’Shea, A. E., Hiller, R., Lovato, N., Micic, G., Oliver, M., & Gradisar, M. (2020). Perfectionism in depressed mood in adolescents. *Sleep Health*, 6(2), 166–171. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2019.09.008>
- Hunsley, J., & Meyer, G. J. (2003). The incremental validity of psychological testing and assessment: Conceptual, methodological, and statistical issues. *Psychological Assessment*, 15(4), 446–455. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.15.4.446>
- Isaksson, M., Ghaderi, A., Wolf-Arehult, M., & Ramklint, M. (2021). Overcontrolled, undercontrolled, and resilient personality styles among patients with eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00400-0>
- Johnson, S. L., Carver, C. S., & Joormann, J. (2013). Impulsive responses to emotion as a transdiagnostic vulnerability to internalizing and externalizing symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 150(3), 872–878. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.004>
- Joly, H., Capet, N., Mondot, L., Cohen, M., Suply, C., Bresch, S., & Lebrun-Frenay, C. (2020). Thalamic atrophy correlates with dysfunctional impulsivity. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 44, 102374. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2020.102374>
- Jorm, A. F., Patten, S. B., Brugha, T., & Mojtabai, R. (2017). Has increased provision of treatment reduced the prevalence of common mental disorders? *World Psychiatry*, 16(1), 90–99. <https://doi.org/10.1002/wps.20388>

- Jõhvik, L. (2021). *Eating Disorders in Youth-Questionnaire (EDY-Q) tõlkimine ja kohandamine eesti keelde*. [Uurimistöõ]. Psühholoogia instituut. Tartu Ülikool.
- Kahn, J. H., Woodrum, J. L., & Han, S. (2022). Perfectionistic concerns, emotion regulation. *Counselling Psychology, 35*(3). <https://doi.org/10.1080/09515070.2021.1958753>
- Kapur, S., Phillips, A. G., & Insel, T. R. (2012). Why has it taken so long for biological psychiatry to develop clinical tests and what to do about it? *Molecular Psychiatry, 17*(12), 1174–1179. <https://doi.org/10.1038/mp.2012.105>
- Kawamoto, A., Sheth, R. (2023). Self-Compassion and perfectionists. *The Counseling Psychologist, 51*(1), 113–144. <https://doi.org/10.1177/00110000221129606>
- Khakpoor, S., Saed, O., & Kian, A. A. (2019). Emotion regulation as the mediator of reductions in anxiety and depression. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy, 41*(3), 227–236. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2018-0074>
- Kim, Y. K., & Park, S. C. (2021). An alternative approach to future diagnostic standards for major depressive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 105*, 110133. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110133>
- Kuppert, K. (2005). *Dickmani impulsiivsuse küsimustiku psühhomeetrilised omadused ja seosed viiefaktorilise mudeliga*. [Avalikustamata seminaritöö]. Tartu Ülikooli Psühholoogia instituut.
- Köhler, C. A., Evangelou, E., Stubbs, B., Solmi, M., Veronese, N., Belbasis, L., Bortolato, B., ... & Carvalho, A. F. (2018). Mapping risk factors for depression. *Journal of Psychiatric Research, 103*, 189–207. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.05.020>
- Landt, M. C. T. S. '., Claes, L., & Van Furth, E. F. (2016). Classifying eating disorders based on “healthy” and “unhealthy” perfectionism and impulsivity. *International Journal of Eating Disorders, 49*(7), 673–680. <https://doi.org/10.1002/eat.22557>
- Lapo-Talledo, G. J., Talledo-Delgado, J. A., Portalanza, D., Rodrigues, A. L. S., & Siteneski, A. (2023). Suicide rates in Ecuador. *Journal of Affective Disorders, 320*, 638–646. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.167>
- Lea, K., Richardson, T., & Rauze, N. (2023). The relationship between mood and perfectionism subtypes. *Brain, 13*(3), 377. <https://doi.org/10.3390/brainsci13030377>
- Liang, Q., Zhou, Z., Chen, S., Lin, S., Lin, X., Li, Y., Zhang, Y., Peng, B., Hou, G., & Qiu, Y. (2025). Symptom-based depression subtypes: brain dynamic specificity and its association with gene expression profiles. *Translational Psychiatry, 15*(1). <https://doi.org/10.1038/s41398-025-03238-1>
- Limburg, K., Watson, H. J., & Egan, S. J. (2016). Perfectionism, psychopathology. *Journal of Clinical Psychology, 73*(10), 1301–1326. <https://doi.org/10.1002/jclp.22435>
- Liu, Q., He, H., Jin, Y., Xue, F., Zhao, F., & Lyu, J. (2020). Changes in the global burden of depression from 1990 to 2017. *Journal of Psychiatric Research, 126*, 134–140. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.08.002>
- Lombardo, C., Mallia, L., Battagliese, G., Grano, C., & Violani, C. (2013). Perfectionism mediates the relationship between insomnia and depressive symptoms. *Sleep and Biological Rhythms, 11*(2), 90–98. <https://doi.org/10.1111/sbr.12009>
- Macedo, A., Marques, C., Da Silva Quaresma, V. D., & Pereira, A. (2017). Are cognitive ER strategies mediators between perfectionism and distress? *Personality and Individual Differences, 119*, 46–51. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.06.032>
- Macedo, A., Marques, M., & Pereira, A. T. (2014). Perfectionism and psychological distress: a review of the cognitive factors. *International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health, 1*, 6. <https://doi.org/10.21035/ijcnmh.2014.1.6>
- MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., & Williams, J. (2004). Confidence limits for the indirect effect: distribution of the product and resampling methods. *Multivariate Behavioral Research, 39*(1), 99–128. [https://doi.org/10.1207/s15327906mbr3901\\_4](https://doi.org/10.1207/s15327906mbr3901_4)

- Malivoire, B. L., Kuo, J. R., & Antony, M. M. (2019). An examination of emotion dysregulation in maladaptive perfectionism. *Clinical Psychology Review, 71*, 39–50. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.04.006>
- Mayer, J. T., Nicolier, M., Tio, G., Mouchabac, S., Haffen, E., & Bennabi, D. (2019). Effects of high frequency repetitive transcranial magnetic stimulation in major depressive disorder. *Brain Sciences, 9*(9), 230. <https://doi.org/10.3390/brainsci9090230>
- McGirr, A., Renaud, J., Seguin, M., Alda, M., Benkelfat, C., Lesage, A., & Turecki, G. (2007). Depressive symptoms and risk for suicide in depressive disorder: *Journal of Affective Disorders, 97*(1–3), 203–209. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.06.016>
- Milam, A. (2024). *The impact of emotional impulsivity on emotion regulation and internalizing disorders*. [Doktoritöö]. Old Dominion University. [https://digitalcommons.odu.edu/psychology\\_etds/437](https://digitalcommons.odu.edu/psychology_etds/437)
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry, 158*(11), 1783–1793. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1783>
- Moroz, M., & Dunkley, D. M. (2019). Self-critical perfectionism, experiential avoidance, and depressive and anxious symptoms over two years. *Behaviour Research and Therapy, 112*, 18–27. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.11.006>
- Moustafa, A. A., Tindle, R., Frydecka, D., & Misiak, B. (2017). Impulsivity and its relationship with anxiety, depression and stress. *Comprehensive Psychiatry, 74*, 173–179. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.01.013>
- Neemre, M. (2023). *Ärevustundlikkuse roll ärevuse, depressiooni ja söömishäire sümptomite püsimisel*. [Magistritöö]. Tartu Ülikooli Psühholoogia instituut.
- Ngo, H. T., Street, H. L., & Hulse, G. K. (2011). Is There a Relationship between Impulsivity and Depression in Adults? A Research Synthesis. *Current Psychiatry Reviews, 7*(4), 281–297. <https://doi.org/10.2174/157340011797928240>
- Noorbala, A. A., Yazdi, S. a. B., & Ali, A. (2017). Trends of mental health status in Irancans. *PubMed, 20*(11 Suppl. 1), S2–S6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29481116>
- Oliva, V., Fanelli, G., Kasper, S., Zohar, J.,, .., & Serretti, A. (2022). Melancholic features and typical neurovegetative symptoms of major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders, 320*, 534–543. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.10.003>
- Orsolini, L., Latini, R., & Pompili, M. (2020). Understanding the Complex of suicide in depression. *Psychiatry Investigation, 17*(3), 207–221. <https://doi.org/10.30773/pi.2019.0171>
- Paans, N. P., Bot, M., Van Strien, T., Brouwer, I. A., Visser, M., & Penninx, B. W. (2018). Eating styles in major depressive disorder: Results from a large-scale study. *Journal of Psychiatric Research, 97*, 38–46. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.11.003>
- Porras-Segovia, A., Nobile, B., Olié, É., Gourguechon-Buot, E., García, E. B., Gorwood, P., Abascal-Peiró, S., & Courtet, P. (2023). Factors associated with transitioning from suicidal ideation to suicide attempt in the short-term. *Journal of Affective Disorders, 335*, 155–165. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.05.018>
- Preacher, K. J. (2015). Advances in mediation analysis: A survey and synthesis of new developments. *Annual Review of Psychology, 66*(1), 825–852. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010814-015258>
- Prud'homme, J., Dunkley, D. M., Bernier, E., Berg, J. E., Ghelerter, A., & Starrs, C. J. (2017). Specific perfectionism components predicting negative affect. *Personality and Individual Differences, 111*, 134–138. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.01.034>
- Maailma Terviseorganisatsioon. (1992). *Rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon (10. revisjon)*. Vaadatud 17.10.2023, allikast Kliinikum.ee <https://valisveeb.kliinikum.ee/psyhhaatriakliinik/lisad/ravi/RHK/RHK10-FR17.htm>

- Micheli, M. (2024). *Emotions and regulatory strategies in somatic processes*. [Doktoritöö]. Université de Bordeaux. <https://theses.hal.science/tel-04769803v1>
- Nieminen, P. (2022). Application of Standardized regression coefficient. *BioMedInformatics*, 2(3), 434–458. <https://doi.org/10.3390/biomedinformatics2030028>
- Rajewska-Rager, A., Dmitrzak-Weglarczyk, M., Lepczynska, N., Szczepankiewicz, A., Wilczynski, M., & Skibinska, M. (2023). Depression, and impulsivity. *Journal of Clinical Medicine*, 12(5), 1744. <https://doi.org/10.3390/jcm12051744>
- Raji, H., Dinesh, S. & Sharma, S. Inside the impulsive brain: A narrative review. *Psychiatry Neurosurg* 61, 4 (2025). <https://doi.org/10.1186/s41983-024-00930->
- Rawana, J. S., Flett, G. L., McPhie, M. L., Nguyen, H. T., & Norwood, S. J. (2014). Developmental trends in emotion regulation: A systematic review. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 33(1), 31-44. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2014-004>
- Reed, G. M., First, M. B., . . . Saxena, S. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 *World Psychiatry/World Psychiatry*, 18(1), 3–19. <https://doi.org/10.1002/wps.20611>
- Remes, O., Mendes, J. F., & Templeton, P. (2021). Biological, psychological, and social determinants of depression: A review of recent literature. *Brain Sciences*, 11(12), 1633. <https://doi.org/10.3390/brainsci11121633>
- Rice, K. G., & Ashby, J. S. (2007). An efficient method for classifying perfectionists. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 72–85. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.54.1.72>
- Richardson, C. M. E., Rice, K. G., & Devine, D. P. (2014). Perfectionism, emotion regulation, and the cortisol stress response. *Journal of Counseling Psychology*, 61(1), 110–118. <https://doi.org/10.1037/a0034446>
- Rost, N., Binder, E. B., & Brückl, T. (2023). Predicting treatment outcome in depression: an introduction into current concepts and challenges. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 273(1), 113–127. <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01418-4>
- Saarniit, M. (1999). *Eestikeelse multidimensionaalse perfektsionismi skaala konstrueerimine*. [Avalikustamata uurimistöö]. Tartu Ülikooli Psühholoogia instituut.
- Saddichha, S., & Schuetz, C. (2014). Impulsivity in remitted depression: A meta-analytical review. *Asian Journal of Psychiatry*, 9, 13–16. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2014.02.003>
- Schmidt, R. E., Courvoisier, D. S., Cullati, S., Kraehenmann, R., & Van Der Linden, M. (2018). Too imperfect to fall asleep. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01288>
- Sanwald, S., Widenhorn-Müller, K., Gahr, M., & Kiefer, M. (2022). Primary emotions as predictors for fear in inpatients with depression and healthy controls. *BMC Psychiatry*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03677-2>
- Schoemann, A. M., Boulton, A. J., & Short, S. D. (2017). Determining power and sample size for simple and complex mediation models. *Social Psychological and Personality Science*, 8(4), 379–386. <https://doi.org/10.1177/1948550617715068>
- Schreiber, L. R., Grant, J. E., & Odlaug, B. L. (2012). Emotion regulation and impulsivity in young adults. *Journal of Psychiatric Research*, 46(5), 651–658. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.02.005>
- Schäfer, J. Ö., Naumann, E., Holmes, E. A., Tuschen-Caffier, B., & Samson, A. C. (2017). Emotion regulation strategies in depression. *Journal of Youth and Adolescence*, 46(2), 261–276. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0585-0>
- Sebastian, A., Jacob, G., Lieb, K., & Tüscher, O. (2013). Impulsivity in borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 15(2). <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0339-y>

- Servidio, R., Bartolo, M. G., & Costabile, A. (2021). Fear of COVID-19. *Journal of Affective Disorders Reports, 4*, 100097. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100097>
- Shu, C., O'Brien, A., Watson, S., & Egan, S. J. (2020). Structure and validity of the clinical perfectionism questionnaire. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 48*(3), 268–279. <https://doi.org/10.1017/s1352465819000729>
- Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., & Staiger, P. K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 57*, 141–163. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.002>
- Slot, M., Sodemann, M., Gabel, C., Holmskov, J., Laursen, T. L., & Rodkjær, L. Ø. (2015). Factors associated with risk of depression. *HIV Medicine, 16*(7), 393–402. <https://doi.org/10.1111/hiv.12223>
- Smith, M. M., Sherry, S., Ray, C. M., Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (2021). Is perfectionism a vulnerability factor for depressive symptoms. *Clinical Psychology Review, 84*, 101982. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101982>
- Smith, M. M., Sherry, S., ..., & Gralnick, T. M. (2016). Are perfectionism vulnerability? *European Journal of Personality, 30*(2), 201–212. <https://doi.org/10.1002/per.2053>
- Soidla, K., & Akkermann, K. (2020). Perfectionism and impulsivity based risk profiles in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 53*(7), 1108–1119. <https://doi.org/10.1002/eat.23285>
- Soodla, H. L. (2021). *Towards dimensional classification of psychopathology: a latent profile analysis of personality traits*. [Magistritöö]. Tartu Ülikooli Psühholoogia instituut.
- Soodla, H. L., & Akkermann, K. (2023). Bottom-up transdiagnostic personality subtypes are associated with state psychopathology: A latent profile analysis. *Frontiers in Psychology, 14*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1043394>
- Soodla, H. L., Soidla, K., & Akkermann, K. (2024). Reading tea leaves or tracking true constructs? An assessment of personality-based latent profiles in eating disorders. *Frontiers in Psychiatry, 15*. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1376565>
- Stikkelbroek, Y., Bodden, D. H. M., Kleinjan, M., Reijnders, M., & Van Baar, A. L. (2016). Adolescent depression and the mediating role of cognitive emotion regulation. *PLoS ONE, 11*(8), e0161062. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161062>
- Suzuki, A., Aoshima, T., Fukasawa, T., Yoshida, K., Higuchi, H., Shimizu, T., & Otani, K. (2005). A three-factor model of the MADRS in major depressive disorder. *Depression and Anxiety, 21*(2), 95–97. <https://doi.org/10.1002/da.20058>
- Svanborg, P., & Åsberg, M. A. (1994) A new self-rating scale for depression and anxiety states based on the Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 89*, 21–28. doi: 10.1111/j.1600-0447.1994.tb01480.x
- Swann, A. C., Steinberg, J. L., Lijffijt, M., & Moeller, F. G. (2008). Impulsivity: Differential relationship to depression and mania in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders, 106*(3), 241–248. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.07.011>
- Terzi, L., Martino, F., Berardi, D., ... & Bortolotti, B. (2017). The role of impulsivity. *Psychiatry Research, 249*, 321–326. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.011>
- Toenders, Y. J., Schmaal, L., Harrison, B. J., Dinga, R., Berk, M., & Davey, C. G. (2020). Neurovegetative symptom subtypes in young people with major depressive disorder. *Translational Psychiatry, 10*(1). <https://doi.org/10.1038/s41398-020-0787-9>
- Torrente, F., López, P., Lischinsky, A., Cetkovich-Bakmas, M., & Manes, F. (2017). Depressive symptoms and the role of impulsivity. *Journal of Affective Disorders, 221*, 304–311. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.040>
- Tyuvina, N. A., Voronina, E. O., Balabanova, V. V., & Tyulpin, Y. G. (2018). Clinical features of depression in women compared with men. *Neurology Neuropsychiatry Psychosomatics, 103*(3), 48–53. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2018-3-48-53>

- Ulbricht, C. M., Chrysanthopoulou, S. A., Levin, L., & Lapane, K. L. (2018). Latent class analysis of depression: A systematic review. *Psychiatry Research*, 266, 228–246. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.03.003>
- Uus, A. (2023). *Emotsioonide regulatsiooni raskuste vahendav roll negatiivse perfektsionismi ning depressiooni ja ärevuse sümptomite vahel*. [Uurimistöõ]. Tartu Ülikooli Psühholoogia instituut.
- Vachtel, I., & Akkermann, K. (2011). *Emotsioonide regulatsiooni raskuste skaala konstrueerimine*. [Magistritöö]. Tartu Ülikooli Psühholoogia instituut.
- Vine, V., & Aldao, A. (2014). Impaired emotional clarity and psychopathology: A transdiagnostic deficit. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 33(4), 319–342. <https://doi.org/10.1521/jsep.2014.33.4.319>
- Võsu, S. (2019). *Measurement of inhibitory control and attentional bias to disorder specific stimuli in individuals with eating disorders: the use of emotional Go/No-Go task*. [Magistritöö]. Tartu Ülikooli Psühholoogia instituut.
- Walters, G. D. (2019). Why are mediation effects so small? *International Journal of Social Research Methodology*, 22(2), 219–232. <https://doi.org/10.1080/13645579.2018.1517232>
- Wang, H. R., Cho, H., & Kim, D. (2018). Prevalence and correlates of comorbid depression. *Journal of Affective Disorders*, 226, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.005>
- Wang, Y., & Zhang, B. (2017). The dual model of perfectionism and depression among Chinese University students. *South African Journal of Psychiatry*, 23. <https://doi.org/10.4102/sajpspsychiatry.v23i0.1025>
- Wang, Y., Jiang, N., Cheung, E. F., Sun, H., & Chan, R. C. (2015). Depression, impulsivity. *Journal of Affective Disorders*, 183, 83–89. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.05.001>
- Wheeler, H. A., Blankstein, K. R., Antony, M. M., McCabe, R. E., & Bieling, P. (2011). Perfectionism in anxiety and depression. *International Journal of Cognitive Therapy*, 4(1), 66–91. <https://doi.org/10.1521/ijct.2011.4.1.66>
- Widiger, T. A. (2011). Personality and psychopathology. *World Psychiatry*, 10(2), 103–106. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00024.x>
- World Health Organization. (2024). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. Vaadatud 16.05.2024, allikast International Classification of Disorders, <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#76398729>
- Yang, Y., Tian, M., Liu, Y., Qiu, S., Hu, Y., Yang, Y., ... & Lin, L. (2024). Effects of impulsivity. *Behavioral Sciences*, 14(1), 52. <https://doi.org/10.3390/bs14010052>
- Zeifman, R. J., Antony, M. M., & Kuo, J. R. (2019). Imperfect just won't do: *Personality and Individual Differences*, 152. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109612>
- Zimmerman, M., Ellison, W., Young, D., Chelminski, I., & Dalrymple, K. (2014). How many different ways for major depressive disorder? *Comprehensive Psychiatry*, 56, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.09.007>
- Xie, Y., Kong, Y., Yang, J., & Chen, F. (2018). Perfectionism, worry, rumination, and distress: The perfectionism cognition theory. *Personality and Individual Differences*, 139, 301–312. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.11.028>
- Özbek, M. M., & Çıray, R. O. (2024). Analysis of the relationship between ER difficulties and impulsivity. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 34(2), 144–152. <https://doi.org/10.5152/pcp.2024.23762>
- Öğüt, Ç., Başar, K., & Karahan, S. (2023). Impulsivity in Depression: Its Relation to Suicidality. *Journal of Psychiatric Practice*, 29(3), 189–201. <https://doi.org/10.1097/pr.0000000000000712>

**Lisa A**  
**Spetsiifilisemad gruppidevahelised võrdlused**

**Tabel A1**

*Koguvälimi kirjeldav statistika ja gruppidevahelised võrdlused vanusegruppide lõikes*

Muutuja	M (SD)						ANOVA			
	15-19 (n = 452)	20-29 (n = 121)	30-39 (n = 69)	40-49 (n = 56)	50-59 (n = 60)	60+ (n = 22)	F	df	p	$\eta^2$
MADRS	17.33 <sup>d,e,f</sup> (10.50)	18.06 <sup>d,e,f</sup> (9.55)	15.65 <sup>d,e,f</sup> (8.99)	10.45 <sup>a,b,c</sup> (7.80)	9.28 <sup>a,b,c</sup> (6.32)	9.68 <sup>a,b,c</sup> (7.57)	22.23	5, 131	<.001**	.08
Neurovegetatiivsed sümptomid	5.53 <sup>d,e,f</sup> (3.34)	5.92 <sup>d,e,f</sup> (3.21)	5.01 <sup>c</sup> (2.84)	3.70 <sup>a,b</sup> (2.79)	3.52 <sup>a,b,c</sup> (2.14)	3.59 <sup>a,b,c</sup> (2.82)	13.28	5, 129	<.001**	.06
Kognitiivsed sümptomid	5.85 <sup>d,e,f</sup> (3.96)	6.22 <sup>d,e,f</sup> (3.64)	5.78 <sup>d,e,f</sup> (3.60)	3.96 <sup>a,b,c</sup> (3.10)	3.48 <sup>a,b,c</sup> (2.89)	3.27 <sup>a,b,c</sup> (2.51)	12.87	5, 131	<.001**	.05
Afektiiivsed sümptomid	5.77 <sup>d,e,f</sup> (4.53)	5.46 <sup>d,e,f</sup> (4.25)	4.86 <sup>d,e</sup> (3.77)	2.79 <sup>a,b,c</sup> (2.93)	2.28 <sup>a,b,c</sup> (2.51)	2.82 <sup>a,b</sup> (3.38)	22.25	5, 132	<.001**	.08
Mitteadaptiivne perf.	19.71 <sup>d,e</sup> (13.56)	23.17 <sup>d,e,f</sup> (13.16)	23.69 <sup>d,e,f</sup> (12.65)	13.32 <sup>a,b,c</sup> (11.70)	14.22 <sup>a,b,c</sup> (8.96)	13.05 <sup>b,c</sup> (10.72)	11.56	5, 128	<.001**	.06
Adaptiivne perf.	34.10 <sup>b,c</sup> (12.68)	37.40 <sup>a</sup> (9.06)	40.25 <sup>a,d,e</sup> (8.49)	34.02 <sup>c</sup> (9.11)	33.55 <sup>c</sup> (9.65)	34.00 (10.19)	7.08	5, 129	<.001**	.03
DFI	15.50 <sup>e</sup> (7.43)	16.12 <sup>c,e</sup> (8.01)	12.97 <sup>b</sup> (7.13)	12.89 (6.16)	12.45 <sup>a,b</sup> (5.04)	13.09 (6.15)	6.08	5, 128	<.001**	.03
FI	20.92 <sup>d</sup> (9.77)	19.79 <sup>d,e</sup> (9.36)	22.83 (8.73)	26.23 <sup>a,b</sup> (8.67)	23.85 <sup>b</sup> (7.64)	24.00 (9.18)	5.92	5, 127	<.001**	.03
DERS koguskoor	86.35 <sup>d,e,f</sup> (30.55)	85.60 <sup>d,e,f</sup> (23.51)	83.09 <sup>d,e,f</sup> (24.82)	70.30 <sup>a,b,c</sup> (20.32)	68.97 <sup>a,b,c</sup> (15.22)	68.41 <sup>a,b,c</sup> (11.94)	19.10	5, 141	<.001**	.06

*Märkused.* Muutujate lühendid täpsustatud Tabeli 1 all; <sup>a</sup> Statistiliselt erinev grupist 15-19, <sup>b</sup> Statistiliselt erinev grupist 20-29, <sup>c</sup> Statistiliselt erinev grupist 30-39, <sup>d</sup> Statistiliselt erinev grupist 40-49, <sup>e</sup> Statistiliselt erinev grupist 50-59, <sup>f</sup> Statistiliselt erinev grupist 60+; kõikidel juhtudel rakendatud Welschi korrektsiooni ja Games-Howelli post hoc testi; \* $p < .05$ , \*\* $p < .001$ .

**Tabel A2**

*Koguvälimi kirjeldav statistika ja gruppidevahelised erinevused soo lõikes*

Muutuja	Mees	Naine	$t/U$	df	p	d / RBC
MADRS	13.42 (9.09)	16.30 (10.21)	2.58	770	.01*	.29
Neurovegetatiivsed sümptomid	4.33 (3.14)	5.32 (3.23)	2.77	770	.01*	.31
Kognitiivsed sümptomid	4.74 (3.23)	5.61 (3.87)	35291 <sup>(U)</sup>		.06	.12 <sup>(RBC)</sup>
Afektiiivsed sümptomid	4.34 (4.01)	5.17 (4.36)	1.73	770	.08	.19
Mitteadaptiivne perf.	16.70 (12.75)	19.88 (13.28)	2.17	764	.03*	.24
Adaptiivne perf.	31.99 (10.60)	35.51 (11.55)	2.78	764	.01*	.31
FI	24.25 (8.45)	21.26 (9.59)	-2.86	773	<.01*	-.32
DFI	15.51 (7.11)	14.79 (7.34)	-.90	773	.37	-.10
DERS koguskoor	79.09 (23.63)	83.36 (28.30)	34407 <sup>(U)</sup>		.12	.10 <sup>(RBC)</sup>

*Märkused.* Muutujate lühendid täpsustatud Tabeli 1 all; gruppide võrdluseks alternatiivse hüpoteesina Mehed  $\neq$  Naised; \* $p < .05$ , \*\* $p < .001$ ; <sup>(RBC)</sup> - normaaljaotust eeldavate muutujate puhul rakendati efektsuuruse mõõdikuna Coheni  $d$  väärtust. Muutujate puhul, mis ei vastanud normaaljaotuse eeldusele (kognitiivsed sümptomid, DERS koguskoor), kasutati võrdlemiseks Mann-Whitney  $U$  testi ja efektsuurused esitati rank-biserial korrelatsiooniga ( $RBC$ ). Vabadusastmeid ( $df$ ) ei ole raporteeritud Mann-Whitney  $U$  testi tulemuste lõikes.

**Lisa B**  
**Vahendavate muutujate analüüside lisatabelid**

**Tabel B1**

*ER-i raskuste vahendav mõju mittheadaptiivse perfektsionismi ja düsfunktsionaalse impulsiivsuse seosele depressiooni koguskooriga statistilised näitajad*

	Efektid	$\beta$	SE	p	99% CI	
					Alumine	Ülemine
a	DFI → DERS koguskoor	.051	.004	<.001**	.041	.061
a	Mittheadaptiivne perf. → DERS koguskoor	.036	.002	<.001**	.031	.042
b	DERS koguskoor → MADRS	.519	.037	<.001**	.387	.645
ab	DFI → DERS koguskoor → MADRS	.027	.003	<.001**	.020	.035
ab	Mittheadaptiivne perf. → DERS koguskoor → MADRS	.019	.002	<.001**	.014	.024
c	DFI → MADRS	.030	.004	<.001**	.017	.042
c	Mittheadaptiivne perf. → MADRS	.019	.002	<.001**	.014	.024
c'	DFI → MADRS	.003	.004	.48	-.008	.014
c'	Mittheadaptiivne perf. → MADRS	.017	.003	<.001**	.010	.023

*Märkused.* Muutujate lühendid täpsustatud Tabeli 1 all; a - tee prediktorist vahendajani, b - tee vahendajast sõltuva muutujani, ab - vahendav efekt, c' - otsene efekt, c – terviklik efekt; koefitsiendid standardiseeritud; \* $p < .01$ , \*\* $p < .001$ .

**Tabel B2**

*ER-i raskuste vahendav mõju mittheadaptiivse perfektsionismi ja düsfunktsionaalse impulsiivsuse seosele afektiivsete depressiooni sümptomitega statistilised näitajad*

	Efektid	$\beta$	SE	p	99% CI	
					Alumine	Ülemine
a	DFI → DERS koguskoor	.051	.004	<.001**	.041	.062
a	Mittheadaptiivne perf. → DERS koguskoor	.036	.002	<.001**	.031	.042
b	DERS koguskoor → Afektiivsed sümptomid	.524	.037	<.001**	.401	.639
ab	DFI → DERS koguskoor → Afektiivsed sümptomid	.027	.003	<.001**	.020	.035
ab	Mittheadaptiivne perf. → DERS koguskoor → Afektiivsed sümptomid	.019	.002	<.001**	.014	.024
c	DFI → Afektiivsed sümptomid	.026	.004	<.001**	.012	.040
c	Mittheadaptiivne perf. → Afektiivsed sümptomid	.036	.002	<.001**	.029	.042
c'	DFI → Afektiivsed sümptomid	-.000	.004	.91	-.013	.012
c'	Mittheadaptiivne perf. → Afektiivsed sümptomid	.017	.003	<.001**	.011	.023

*Märkused.* Muutujate lühendid täpsustatud Tabeli 1 all; a - tee prediktorist vahendajani, b - tee vahendajast sõltuva muutujani, ab - vahendav efekt, c' - otsene efekt, c – terviklik efekt; koefitsiendid standardiseeritud; \* $p < .01$ , \*\* $p < .001$ .

**Tabel B3**

*ER-i raskuste vahendav mõju mittheadaptiivse perfektsionismi ja düsfunktsionaalse impulsiivsuse seosele kognitiivsete depressiooni sümptomitega statistilised näitajad*

	Efektid	$\beta$	SE	p	99% CI	
					Alumine	Ülemine
a	DFI → DERS koguskoor	.051	.004	<.001**	.041	.061
a	Mittheadaptiivne perf. → DERS koguskoor	.036	.002	<.001**	.031	.041
b	DERS koguskoor → Kognitiivsed sümptomid	.484	.039	<.001**	.356	.609
ab	DFI → DERS koguskoor → Kognitiivsed sümptomid	.025	.003	<.001**	.018	.032
ab	Mittheadaptiivne perf. → DERS koguskoor → Kognitiivsed sümptomid	.018	.002	<.001**	.013	.023
c	DFI → Kognitiivsed sümptomid	.033	.004	<.001**	.020	.047
c	Mittheadaptiivne perf. → Kognitiivsed sümptomid	.030	.002	<.001**	.023	.036
c'	DFI → Kognitiivsed sümptomid	.008	.005	.08	-.005	.021
c'	Mittheadaptiivne perf. → Kognitiivsed sümptomid	.012	.003	<.001**	.006	.019

*Märkused.* Muutujate lühendid täpsustatud Tabeli 1 all; a - tee prediktorist vahendajani, b - tee vahendajast sõltuva muutujani, ab - vahendav efekt, c' - otsene efekt, c – terviklik efekt; koefitsiendid standardiseeritud; \* $p < .01$ , \*\* $p < .001$ .

**Tabel B4**

*ER-i raskuste vahendav mõju mittheadaptiivse perfektsionismi ja düsfunktsionaalse impulsiivsuse seosele neurovegetatiivsete depressiooni sümptomitega statistilised näitajad*

	Efektid	$\beta$	SE	p	99% CI	
					Alumine	Ülemine
a	DFI → DERS koguskoor	.051	.004	<.001**	.041	.062
a	Mittheadaptiivne perf. → DERS koguskoor	.036	.002	<.001**	.031	.041
b	DERS koguskoor → Neurovegetatiivsed sümptomid	.451	.042	<.001**	.323	.572
ab	DFI → DERS koguskoor → Neurovegetatiivsed sümptomid	.023	.003	<.001**	.016	.031
ab	Mittheadaptiivne perf. → DERS koguskoor → Neurovegetatiivsed sümptomid	.016	.002	<.001**	.012	.021
c	DFI → Neurovegetatiivsed sümptomid	.023	.005	<.001**	.010	.037
c	Mittheadaptiivne perf. → Neurovegetatiivsed sümptomid	.029	.003	<.001**	.022	.036
c'	DFI → Neurovegetatiivsed sümptomid	.000	.005	.95	-.013	.013
c'	Mittheadaptiivne perf. → Neurovegetatiivsed sümptomid	.013	.003	<.001**	.005	.020

*Märkused.* Muutujate lühendid täpsustatud Tabeli 1 all; a - tee prediktorist vahendajani, b - tee vahendajast sõltuva muutujani, ab - vahendav efekt, c' - otsene efekt, c – terviklik efekt; koefitsiendid standardiseeritud; \* $p < .01$ , \*\* $p < .001$ .

**Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks**

Mina, **Mireena Mandel**,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose „**Perfektsionismi, impulsiivsuse ja emotsioonide regulatsiooni raskuste ühisroll depressiooni sümptomite selgitamisel**“, mille juhendajad on **Kirsti Akkermann** ja **Kärol Soidla**, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 4.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Mireena Mandel

**06.05.2025**