

**Tartu Ülikool
Psühholoogia instituut**

Kadri-Liis Külm

**BECK'I KOGNITIIVSE TEADLIKKUSE SKAALA ADAPTEERIMINE EESTI
KEELDE**

Magistritöö

Juhendaja: Maie Kreegipuu

Läbiv pealkiri: Kognitiivse teadlikkuse skaala

Tartu 2014

Sisukord

Sisukord.....	2
Kokkuvõte.....	3
Abstract.....	3
Sissejuhatus.....	4
Uurimustöö eesmärgid ja hüpoteesid.....	10
1. osa. Beck'i kognitiivse teadlikkuse skaala eestikeelse versiooni (BCIS-E) väljatöötamine	11
Meetod.....	11
Tõlkimine.....	11
Valim.....	11
Uurimisprotseduur.....	13
Statistiline analüüs.....	13
Tulemused.....	13
Skaala sisemise struktuuri hindamine.....	13
Skaala kordustesti reliaabluse hindamine.....	15
2. osa. Skaala valiidsuse hindamine.....	16
Meetod.....	16
Valim.....	16
Tulemused.....	17
Gruppidevahelised erinevused kognitiivses teadlikkuses.....	17
Kognitiivne teadlikkus ja kliiniline haigusteadlikkus.....	18
Kognitiivne teadlikkus ja psühhopatoloogia.....	18
Kognitiivne teadlikkus ja emotsionaalne enesetunne.....	19
Arutelu.....	20
Uurimistöö piirangud.....	22
Kokkuvõte.....	22
Tänuavaldused.....	24
Viited.....	25
LISA 1.....	28
LISA 2.....	29
LISA 3.....	30

Kokkuvõte

Uurimustöö peamine eesmärk oli kohandada eesti keelde psühhootiliste häiretega patsientide haigusteadlikkuse hindamiseks sobiv mõõtevahend. Selleks töötati välja Beck'i kognitiivse teadlikkuse skaala eestikeelne versioon (BCIS-E). Töös osales 22 skisofreenia- ja 50 depressioonipatsienti ning 227 kontrollisikut. Uurimuse esimeses osas hinnati skaala sisemist struktuuri ja reliaablust. Uurimuse teises osas eraldati koguvalimist 2 kliinilise grupi ja kontrollgrupiga osavalim, mis tasakaalustati soolise jaotuvuse, vanuse ja haridustaseme järgi. Osavalimisse kuulus 22 skisofreenia- ja 23 depressioonipatsienti ning 59 tervet kontrollisikut. Uurimuse teises osas hinnati skaala valiidsust, võrreldes kliinilisi gruppe kontrollgrupiga. Uurimuses leiti, et BCIS-E on hea sisemise ja kordustesti reliaablusega. Lisaks leiti, et skaalal on hea koonduv valiidsus PANSSi haigusteadlikkuse puudumise sümptomiga.

Abstract

The adaption and validation of the Estonian version of the Beck Cognitive Insight Scale (BCIS-E)

The aim of this study was to adapt and validate the Estonian version of the Beck Cognitive Insight Scale. Research participants were 22 patients with schizophrenia, 50 patients with depression and 227 control subjects. Firstly BCIS-E factor structure and reliability were examined. Thereafter age and education matched subsample was used to examine the validity of BCIS-E. Results showed that BCIS-E has good construct validity and test-retest reliability. The results also confirmed that BCIS-E has good convergent validity with PANSS clinical insight. BCIS-E showed adequate discriminant validity.

Sissejuhatus

Üldlevinud käsituse kohaselt on haigusteadlikkus¹ patsiendi arusaam haigestumisest ja haige olemisest, teadlikkus haiguse sümptomitest ja ravi vajadusest. Kui lisada ravile kasulike väärtuste omistamine, häire/haiguse nimetusega nõustumine, selle (meditsiiniliste ja sotsiaalsete) tagajärgede mõistmine, võib seda nimetada kliiniliseks haigusteadlikkuse definitsiooniks. Haigusteadlikkus on pigem dimensionaalne kui kategoriaalne konstrukt (Dam, 2006; Arango ja Amador, 2011).

Kliinilise haigusteadlikkuse mõiste oluline täpsustus on Riggs'i, Grant'i, Perivoliotis'e ja Beck'i (2012) järgi kognitiivne haigusteadlikkus – patsiendi võime kriitiliselt hinnata oma tajuelamusi ja sündmuste ebatavalisi tõlgendusi. Erinevalt mittepsühhoatilise häirega patsientidest on psühhoatilise häirega patsientidel oluliselt piiratud võime oma mõtlemise üle reflekteerida, selles vigu märgata ja neid korrigeerida. Patsiendi haigusteadlikkuse hindamine on oluline nii psüühikahäire kontseptualiseerimise kui ravi jaoks.

Kuigi psühhoatiliste häiretega seoses on haigusteadlikkuse mõiste kliinilises kontekstis olnud kasutusel juba pikka aega², on seda teaduslikult uuritud suhteliselt lühikese aja jooksul. Haigusteadlikkuse olemust, etioloogiat ja kliinilist tähtsust puudutavate teadusuuringute arv on hüppeliselt kasvanud viimase kahe kümnendi vältel (vt ülevaadet Lincoln, Lüllman ja Rief, 2007).

Psühhoatiliste häirete, eriti skisofreeniaga, kaasneb väga sageli haigusteadlikkuse alanemine. Arvukates uurimustes on leitud, et psühhoatilise häirega inimeste haigusteadlikkus on madalam kui mittepsühhoatilise häirega inimestel (Ghaemi, 1997). Ghaemi kirjeldab psühhoatiliste häirete haigusteadlikkuse alanemise määra kontiinumil, mille ühes otsas on skisofreenia (kõige madalama haigusteadlikkusega), teises otsas raske depressioon psühhoatiliste sümptomitega (kõige parema haigusteadlikkusega) ning nende vahele paigutuvad skisoafektiivne häire ja bipolaarne häire. Haigusteadlikkus ja kognitiivne mõistmine on skisofreenia korral enamasti alanenud seoses meelepetete, luulumõtete ja paranoilisusega (Medelia ja Thysen, 2010).

Haigusteadlikkuse tähelepanuväärsest puudumisest võib rääkida ka mõne neuroloogilise

¹ Ingliskeelse *insight* vastena on eesti kliinilises praktikas kasutatud “haiguskriitikat”, kuid kuna mõiste sisaldab enam kui vaid haiguskriitika, võiks selle asemel eelistada “haigusteadvust”, “-taju” või “-teadlikkust”.

² Näiteks kirjeldas Kraepelin juba 1896.a (viidanud Dam, 2006). *dementia praecox*'i patsientide täielikku teadmatust oma haiguse tõsidusest.

haigusega seoses. Eelmisel sajandivahetusel Pariisis töötanud neuroloog Babinski kirjeldas neuroloogiliste kahjustustega (näiteks hemipareesiga) patsientide täielikku teadmatust oma haigusest ning nimetas seda anosognoosiaks (Arango ja Amador, 2013). Flashman (2002) on oma ülevaateartiklis kirjeldanud haigusteadlikkuse alanemist ka Alzheimeri tõve, Parkinsoni tõve, Huntingtoni tõve, traumaatilise ajukahjustuse, kroonilise alkoholismi, meeoluhäirete ja stressiga patsientidel. Samas on inimese teadlikkus oma tervises seisundist ja haigusest oluline kõigi, nii neuroloogiliste, psühhiaatriliste kui somaatiliste haiguste korral (Dam, 2006).

Erinevates uurimustes on psühhootiliste häiretega kaasneva haigusteadlikkuse alanemise levimust hinnatud 30-98%-le skisofreenia-patsientidest. Maailma Tervishoiuorganisatsiooni (WHO) 1992.a. kümnes riigis läbiviidud uuringus (Jablensky jt, 1992) leiti, et haigusteadlikkuse piiratus on skisofreenia kõige levinum sümptom ning esineb 98% patsientidest. Amadori jt 1994.a. uurimuses esines 57% skisofreeniaga patsientidest mõõdukas kuni tõsine haigustaju alanemine, 32% patsientidest olid olulisel määral teadmatud oma häire sotsiaalsetest tagajärgedest ning 22% patsientidest eitas ravi vajalikkust või kasulikkust (Amador jt, 1994, viidanud Buckley jt, 2007). Arango ja Amador'i (2011) hinnangul ei tea umbes 50% skisofreeniaga inimestest, et nad on haiged ning see teadlikkus sageli ei parane harimise, aja ega ravi käigus.

Suures osas ravisoostumuse uuringutes on leitud, et haigusteadlikkuse tase on kõige parem ravisoostumuse ennustaja (Arango ja Amador, 2011). Ka Capdieville jt (2013) kinnitavad, et haigusteadlikkuse uurimine on suure kliinilise tähtsusega, kuna selle puudulikkus on oluliselt seotud nii ravisoostumusega kui ka vähese funktsionaalse taastumise ja kehva raviprognosisega ning tahtevastase hospitaliseerimise ja depressiooniga.

Cooke, Peters, Kuipers ja Kumari (2005) ülevaateartikli kohaselt on haigusteadlikkust teaduskirjanduses senini kirjeldatud kolme tüüpi mudelite järgi: kliiniline (haigusteadlikkuse alanemine kui haiguse kulu otsene sümptom, neuropsühholoogiline (haigusteadlikkuse alanemine kui ajukahjustusest põhjustatud neurokognitiivsete kahjustuste tagajärg), psühholoogiline eitamine (haigusteadlikkuse alanemine kui eituse kasutamine stressiga toimetuleku võttena).

Enim uuritud ja kinnitust leidnud on kliinilisele ja neuropsühholoogilisele mudelile. Enamus mõõtevahendeid, mis haigusteadlikkuse hindamiseks on loodud, tuginevad kliinilise haigusteadlikkuse määratlusele.

Sanz, Constable, Lopez-Ibor, Kemp ja David (1998) ülevaateartikli ning Lincoln jt (2007) ülevaateartikli põhjal on enamlevinud ja -kasutatud heade psühhomeetriliste omadustega haigusteadlikkuse hindamise vahendid järgnevad: *The Insight and Treatment Attitude Questionnaire* (ITAQ) (McEvoy jt, 1989), *Schedule for the Assessment of Insight* (SAI) (David, 1990), *The Insight Scale* (IS) (Markova ja Berrios, 1992; Markova jt, 2003), *The Birchwood Insight Scale* (BIS) (Birchwood jt, 1994), *Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder* (SUMD) (Amador jt, 1994), *Schedule for the Assessment of Insight – Expanded version* (SAI-E) (Kemp ja David, 1997), *The Self-Appraisal of Illness Questionnaire* (SAIQ) (Marks, Fastenau, Lysaker ja Bond, 2000) ning *Beck Cognitive Insight Scale* (BCIS) (Beck, Baruch, Balter, Steer ja Warman, 2004).

IS, BIS, SAIQ on enesekohased küsimustikud. IS koosneb 32 küsimusest selle kohta, kuidas patsient tajub ja millised on tema hoiakud seoses järgmiste valdkondadega: hospitaliseerimine, psüühikahäired üldiselt, haige olemine, endas toimuvad muutused, keskkonna ja ümbritseva tajumine, kontroll olukorra üle, soov mõista oma seisundit. BIS on 8-väeteline skaala, millel on kolm alaskaalat: teadlikkus (teadlikkus psüühikahäirest), nimetamine (sümptomite omistamine psüühikahäirele) ja ravi vajalikkus. SAIQ on 17-väeteline küsimustik, mis sisaldab haiguse teadvustamise, haigestumise tagajärgede kohta olevate uskumuste, psühhiaatrilise ravi vajaduse teadvustamise ning haiguse ja sellega seotud asjaolude pärast muretsemise määra teemasid.

ITAQ, SAI, SUMD ja SAI-E on skaalad, millel klinitsist hindab poolstruktureeritud või struktureeritud (SUMD) intervjuu käigus patsiendi haigusteadlikkust, mille määratlus on skaalati varieeruv. ITAQ hindab psüühikahäire tundmist ning hoiakuid ravimite, hospitaliseerimise ja järelhindamise kohta. Sanz jt (1998) järgi on skaala kasulik hindamaks haiguse aktsepteerimist ja ravi vajalikkuse tajumist, kuid ei võimalda hinnata patsiendi teadlikkust haigestumise tagajärgedest ega sellest põhjustatud defitsiitidest. SAI on kolmedimensiooniline skaala, milles hinnatakse patsiendi teadlikkust haigusest, tema võimet pidada psühhootilisi elamusi ebanormaalseteks ning ravisoostumust. Lisaks hinnatakse „hüpoteetilise vastuolu“ esitamise abil patsiendi võimet võtta arvesse teise inimese perspektiivi. Sanz jt on leidnud, et SAI eeliseks on teadlikkuse hindamine luulumõtetest, kuid ITAQ eristab tundlikumalt omal soovil ravil olevate ja tahtest olenematut ravi saavate patsientide erinevusi haigusteadlikkuses. Täiendatud versioonis (SAI-E) on lisatud küsimusi muutuste teadvustamise, vaimsest seisundist põhjustatud raskuste ja peamiste sümptomite kohta. SUMD on kõige mahukam, sisaldades 74 küsimust, mille abil hinnatakse patsiendi

teadlikkust psüühikahäirest, psüühikahäire tagajärgedest, ravimite toimest ning meeletete, luulumõtete, mõttekäigu häirete, emotsioonide lamenumise, anhedoonia ja sotsiaalse võõrandumise esinemist. Sanzi jt hinnangul on SUMD efektiivne haigusteadlikkuse piiratud ennustamisel, kuid ei võimalda hinnata patsiendi uskumusi ravi vajalikkuse kohta.

Peamiselt psühhopatoloogia hindamiseks on loodud Skisofreenia positiivsete ja negatiivsete sündroomide skaala (*The Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia*, PANSS) (Kay, Fiszbein ja Opler, 1987), milles hinnatakse ka haigusteadlikkust. Skaala sisaldab ühte alapunkti (G12), milles hinnatakse haigusteadlikkuse puudumist skaalal 1-7, kahjustamata haigusteadlikkusest kuni haigusteadlikkuse äärmusliku puudumiseni. Haigusteadlikkust defineeritakse seal kui „vähest teadlikkust oma psüühilisest seisundist ja oma hetkeolukorrast, mille tunnuseks on võimetus ära tunda varasemalt või antud hetkel esinevat psüühikahäiret või selle sümptome; hospitaliseerimise (või ravi) vajaduse eitamine; otsuste tegemine, mida iseloomustab suutmatus ette näha oma tegude tagajärgi ning ebarealistlikud lühi- ja pikemaajalised plaanid.“ Hindamise aluseks on patsiendi mõtete sisu väljendatuna struktureeritud intervjuu käigus esitatud küsimustele vastamisel.

Kõik need skaalad toetuvad haigusteadlikkuse mitmedimensionaalsele konstruktile ning hindavad patsiendi verbaalse hinnangu kokkusobivust/sobimatust kliinitsisti hinnanguga. Viidates Bleuleri juba 1950.a. avaldatule on Young, Campbell, Zakzanis ja Weinstein (2003) väitnud, et sellised haigusteadlikkuse hindamisvahendid ei suuda haarata seda, sageli sisemiste vastuoludega mitmetahulisust, kuidas skisofreeniahaiged oma haigusest mõtleavad. Sama moodi on kliinitsisti hinnangul põhinevaid mõõtevahendeid kritiseerinud Beck jt (2004), kelle sõnul ei piisa haigusteadlikkuse hindamiseks vaid patsiendi verbaalsest hinnangust, sest see ei pruugi täielikult peegeldada patsiendi tegelikke uskumusi haige olemise ning moonutatud tajude ja tõekspidamiste kohta.

Mõni patsient nõustub seletusega, et tal on psüühikahäire ning tema ebatavalised kogemused on selle psüühikahäire sümptomid, ilma et ta selles täielikult veendunud oleks. Küsitlemisel esinevate sümptomite põhjuste kohta vastab patsient talle räägitut korrates, kuid põhjalikumal uurimisel selgub, et see seletus ei peegelda tema tegelikke, tugevaid veendumusi. Näiteks võib kuulumismeelepeteid kogev patsient öelda, et hääled on põhjustatud psüühikahäirest, kuid põhjalikuma küsitlemise käigus selgub, et ta peab hääli sõnumiteks saatanalt. Patsiendi esimest seletust võib nimetada „intellektuaalseks haigusteadlikkuseks“, mis ei käi kokku tema „emotsionaalse haigusteadlikkusega“. Emotsionaalne haigusteadlikkus tähendab ebaotstarbekate veendumuste ning nende emotsionaalsete ja käitumuslike tagajärgede

muutmiseks piisava eneseteadlikkuse olemolu. Kuigi patsient võib siiralt uskuda sümptomite seletamist psüühikahäirega ja pidada seda mõistlikuks (intellektuaalne haigusteadlikkus), ei pruugi ta sellest lähtuvalt kogeda olulist muutust oma luululistes veendumustes (emotsionaalne haigusteadlikkus). (Beck jt, 2004)

Kui eelpool kirjeldatud skaalad mõõdavad intellektuaalset või kliinilist haigusteadlikkust, siis emotsionaalset haigusteadlikkust saab Beck'i jt (2004) järgi tuletada ainult käitumist vaadeldes. Selle puuduse ületamiseks löid Beck jt kognitiivse haigusteadlikkuse mõiste, mis tähendab võimet ära tunda, hinnata ja korrigeerida moonutatud veendumusi ja väärtõlgendusi, samuti patsiendi objektiivsust oma luululise mõtlemise osas, varasemate vigade osas, võimet uuesti sõnastada varasemaid ekslikke tõlgendusi ning avatust korrigeerivale tagasisidele keskkonnast. Neid võimeid võib nimetada metakognitiivseteks võimeteks. Metakognitsiooni võib defineerida ühe infotöötuse aspektina, mis jälgib, tõlgendab, hindab ja reguleerib kognitiivseid protsesse ja nende organiseeritust. Haigusteadlikkuse alanemise seost metakognitiivsete võimetega on uurinud ja kinnitanud ka näiteks Langdon ja Ward (2009), kelle uurimuses said skisofreeniapatsiendid vaimuteooria (*theory of mind*) ülesannetes kontrollisikutest kehvemaid tulemusi, sõltumata üldintelligentsi, verbaalse mälu ja täidesaatvate funktsioonide tasemest. Sarnaste tulemusteni on jõudnud ka Lysaker jt (2011) ning Fett jt (2011) oma metaanalüüsis.

Beck jt (2004) on kirjeldanud kognitiivse haigusteadlikkuse 4 aspekti, mis võivad psühhoosi/psühhootilise häire korral kahjustatud olla: võime suhtuda meelepettelistes elamustesse ja kognitiivsetesse moonutustesse objektiivselt; võime hinnata selliseid kogemusi perspektiivilt; vastupanu oma vigade korrigeerimisele teiste inimeste poolt; liigne enesekindlus luulumõtete õigsuse osas.

Selleks, et mõõta patsiendi suutlikkust distantseerida ennast oma ebataavalistest tajuelamustest ja väärtõlgendustest ning neid korrigeerida, loodi Beck'i kognitiivse teadlikkuse skaala (BCIS). BCIS on 15 väitest ja kahest alaskaalast koosnev enesekohane küsimustik. Eneserefleksiooni (*self-reflectiveness*) skaala koosneb 9 väitest, mis hindavad objektiivsust, refleksiooni, avatust tagasisidele. Enesekindluse (*self-certainty*) skaala 6 väidet hindavad enda eksimatust ja vastupanu korrigeerimisele. Testi koguskoor on eneserefleksiooni ja enesekindluse skooride vahe.

Originaali autorid (Beck jt, 2004) leidsid, et skaalal on hea koonduv valiidsus (eneserefleksiooni skaala tugev negatiivne korrelatsioon SUMD'i luulumõtete alaskaalaga ($r = -0,67$, $p < 0,05$) ja koguskoori tugev negatiivne korrelatsioon SUMD'i psüühikahäire

alaskaalaga ($r = -0,62$, $p < 0,05$) ning hea eristav valiidsus (kõige tugevamini eristas psühhootilisi patsiente mitte-psühhootilistest skaala koguskoor ($d = 0,66$), vähemal määral ka eneserefleksiooni skaala ($d = 0,44$) ja enesekindluse skaala ($d = 0,33$) – psühhootilise häirega patsiendid olid vähem reflektiivsed ja kindlamad oma otsustes kui ilma psühhootiliste sümptomiteta patsiendid. Head konstruktivaliidsust kinnitab autorite väitel uurimus (Granholmi jt, 2002, viidanud Beck jt, 2004), milles leiti, et skisofreeniapatsientide psühhopaatoloogia vähenes ja haigusteadlikkus paranes kognitiiv-käitumisteraapia käigus.

Käesolevalt on BCISi adapteeritud ning selle psühhomeetrilisi omadusi uuritud paljudes riikides (vt ülevaadet Riggs jt, 2012). Riggs jt kinnitasid, et: BCIS koosneb kahest sisemiselt kooskõllalisest alaskaalast; skaala on hea reliaablusega; sellel on hea koonduv valiidsus kliinilist haigusteadlikkust hindavate mõõdikutega; see eristab psühhootilise häirega patsiente tervetest kontrollisikutest ning mitte-psühhootilise häirega patsientidest. Lisaks Riggs jt artiklis käsitletutele on BCIS adapteeritud Indias (Merlin jt, 2012) ning selle psühhomeetrilisi omadusi uuritud Taiwanis (Kao, Wang, Lu ja Liu, 2011) ja Kanadas (Buchy, Brodeur ja Lepage, 2012).

Skaalat on kasutatud nii läbilõike- kui longituuduurimustes, peamiselt skisofreeniaspektri häirete (esmane psühhooos, skisofreenia, skisoafektiivne häire), bipolaarse häire ja (raske) depressiooniga patsientide valimil, aga ka kõrge psühhooosiriskiga/ psühhooosi prodroomiga (*at-risk/ ultra high risk mental state*) isikutel (Uchida jt, 2014) ja normgrupi valimil (Martin, Warman ja Lysaker, 2010; Buchy jt, 2012; Orfei, Caltagirone, Cacciari, Assogna ja Spalletta, 2011) nii kliinilistes, neuropsühholoogilistes (vt ülevaadet Nair jt, 2014) kui teraapiatõhususe uuringutes.

Pijnenborg, van Donkersgoed, David ja Aleman (2013) on oma metaanalüüsis võrrelnud erinevate sekkumiste mõju skisofreeniapatsientide haigusteadlikkusele. Üheks nende järelduseks oli see, et olulist haigusteadlikkuse paranemist ei toimunud sekkumistes, milles seda otseseks eesmärgiks ei olnud võetud. Kõige suurem mõju haigusteadlikkusele leiti olevat kognitiiv-käitumuslikul teraapial ning psühhoharimist, oskuste treeningut ja kognitiiv-käitumuslikku teraapiat kombineerivatel sekkumistel. Ainult psühhohariduslikel sekkumistel ei leitud olevat positiivset mõju haigusteadlikkusele. Sarnasele tulemusele on varasemalt jõudnud ka Lincoln, Wilhelm ja Nestoriuc (2007) metaanalüüsis, milles nad hindasid psühhoharimise mõju haigusteadlikkusele. Nende hinnangul on psühhohariduslikel sekkumistel mõõdukas lühiajaline, umbes aasta jooksul kaduv mõju ainult relapside ärahoidmisele. Psühhoharimine osutus statistiliselt olulist mõju avaldavalt ainult siis, kui

sekkumisse oli kaasatud patsient koos pereliikmetega.

Üheks erinevaid teraapiavõtteid – kognitiiv-käitumuslikku teraapiat, metakognitiivset teraapiat ja kognitiivsed remediatsiooni – kombineerivaks sekkumiseks on metakognitiivne treening, mis Moritzi jt (2014) ülevaate kohaselt on osutunud tõhusaks sekkumiseks psühhootiliste sümptomite, kognitiivse kallutatuse ja haigusteadlikkuse osas.

Uurimustöö eesmärgid ja hüpoteesid

Uurimustöö peamine eesmärk oli kohandada eesti keelde psühhootiliste häiretega patsientide haigusteadlikkuse hindamiseks sobiv, heade psühhomeetriliste omadustega mõõtevahend. Mõõtevahendi valimise kriteeriumiteks oli hea koonduv valiidsus teiste tunnustatud hindamisvahenditega, selle kasutamismugavus nii klinitsistile kui patsiendile ning, et hindamise tulemust saab kasutada psühhoterapeutilistes sekkumistes, mis on käesolevalt Eesti tervishoiusüsteemis aktsepteeritud ja Haigekassa poolt rahastatud ning teaduslikult kinnitatult efektiivne haigusteadlikkuse parandamisel.

Uurimustöö koosneb kahest osast. Uurimustöö esimeses osas töötati välja Beck'i kognitiivse teadlikkuse skaala eestikeelne versioon, uuriti selle struktuuri ja reliaablust ning võrreldi tulemusi originaaliga. Uurimustöö teises osas hinnati Beck'i kognitiivse teadlikkuse skaala valiidsust, uurides skaalaga kliinilisi gruppe ja võrreldes neid kontrollgrupiga.

Varasemate uurimuste ja teoreetiliste teadmiste põhjal püstitati järgnevad hüpoteesid:

1. Skisofreeniapatsientide tulemused eneserefleksiooni skaalal on madalamad ja enesekindluse skaalal kõrgemad kui depressioonipatsientidel ja kontrollgrupil.
2. Depressioonipatsientide tulemused eneserefleksiooni skaalal on kõrgemad kui skisofreeniapatsientidel ja madalamad kui kontrollgrupil ning enesekindluse skaalal madalamad kui skisofreeniapatsientidel ja kõrgemad kui kontrollgrupil
3. Kognitiivse teadlikkuse skaala koondskoor on kõige suurem kontrollgrupil ja kõige madalam skisofreeniagrupil.
4. Skisofreeniagrupi kognitiivse teadlikkuse tase on seotud kliinilise haigusteadlikkusega.

1. osa. Beck'i kognitiivse teadlikkuse skaala eestikeelse versiooni (BCIS-E) väljatöötamine

Meetod

Tõlkimine

Skaala tõlkimiseks saadi isikliku suhtluse käigus nõusolek originaali autorilt A. T. Beck'ilt. Inglisekeelne originaal tõlgiti eesti keelde töö autori poolt ja Eesti Tõlkebüroode Liidu poolt tunnustatud Luisa tõlkebüroos. Lõpliku eestikeelse versioonini jõuti kahe tõlke kõrvutamisel, tulemuste arutamisel ekspertidega, pilootuuringus 2 patsiendiga, sõltumatu kutselise tõlgi poolt tehtud tagasitõlke võrdlemisel originaaliga. Käesolevalt oodatakse originaali autorilt tagasisidet tagasitõlke originaalile vastavuse kohta.

Valim

Uurimuses osales 22 skisofreenia, skisoafektiivse häire või skisotüüpse häire diagnoosiga patsienti ning 50 depressiooni või depressiooni sümptomitega segatüüpi ärevushäire diagnoosiga patsienti, kes olid pöördunud SA Viljandi Haigla psühhiaatriakliinikusse ambulatoorsele või statsionaarsele ravile. Uuritavate karakteristikud on kirjeldatud Tabelis 1. Patsiendi diagnoos määrati tema raviarsti poolt RHK-10 alusel. Uurimusse kaasati normaalintellektiga isikud, kes olid suutelised andma informeeritud nõusolekut ning soovisid seda teha. Üldisteks välistavaks kriteeriumiks olid põhidiagnoosiga kaasuvate, patsiendi kognitiivseid funktsioone või seisundit oluliselt mõjutada võivate neuroloogiliste ning psüühika- ja käitumishäirete (näiteks Parkinsoni tõbi, dementsus, sõltuvushäire) esinemine. Valimist arvati välja skisofreeniapatsiendid, kelle seisund hindamise ajal ei võimaldanud PANSSi kliinilise intervjuu läbimist ja/või enesekohaste küsimustike täitmist.

Kõigile uurimuses osalenud statsionaarset ravi saavatele patsientidele oli määratud medikamentoosne ravi, mida nad tarvitasid ka testimise perioodil. Uurimuses ei võetud eesmärgiks võrrelda patsiente lähtuvalt tarvitavate ravimite tüübist, kuna nii psühhootiliste häirete kui depressiooni ravis võidakse kasutada suurt hulka erinevaid ravimeid ning patsientide arv ei olnud piisav erinevate ravimite mõju hindamiseks. Sellisest printsübist on lähtunud ka originaali autorid (Beck jt, 2004). Kuna mitmed skisofreeniapatsiendid olid varasemalt ravil viibinud erinevates raviasutustes, ei olnud kõigi patsientide kohta võimalik saada objektiivseid andmeid esmahaigestumise aja, haiguse kestuse ja -episoodide arvu kohta.

Uurimuse kontrollgrupi moodustasid 227 tervet isikut (Tabel 1), kellel ei olnud enda kinnitusel hindamisele eelneva 6 kuu jooksul diagnoositud psüühika- ja käitumishäireid. Välistavaks kriteeriumiks oli Emotsionaalse enesetunde küsimustikus (EEK-2) alaskaalade skoor üle äralõikepunkti. Kontrollgrupi uuritavad leiti Tartu Ülikooli psühholoogia instituudi ja arvutiteaduste instituudi tudengite hulgast, SA Viljandi Haigla psühhiaatriakliiniku töötajate hulgast ning läbi uurimusega seotud isikute kontaktide

Uurimuses osalemine oli vabatahtlik ning osalemiseks kulunud aega ei hüvitatud. Uurimuse läbiviimine oli kooskõlastatud Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee poolt ning kõikidelt uuritavatelt saadi informeeritud nõusolek uurimuses osalemiseks.

Tabel 1. Koguvalimi uuritavate karakteristikud

	Skisofreenia (N=22)		Depressioon (N=50)		Kontroll (N=227)	
	Arv (%)		Arv (%)		Arv (%)	
Sugu						
naine	12 (54,4%)		22 (44,0%)		97 (43,8%)	
mees	10 (45,5%)		28 (56,0%)		130 (56,2%)	
	M	SD	M	SD	M	SD
Vanus	40,82	8,84	30,10	13,98	24,19	9,61
Haridus õppeaastates	12,86	1,93	12,02	2,68	12,46	1,07

Mõõtevahendid

Becki kognitiivse teadlikkuse skaala (Beck, 2004) on 15-väiteline enesekohane küsimustik, millel vastaja hindab väiteid 4-pallisel Likerti skaalal, kus vastusevariantideks on „üldse mitte tõene“, „pigem tõene“, „väga tõene“, „täiesti tõene“. Skaala koosneb kahest alaskaalast, eneserefleksioon (*self-reflectiveness*) ja enesekindlus (*self-certainty*). Esimene alaskaala on 9-väiteline, teine 6-väiteline.

Kõigi uuritavate emotsionaalse seisundi ning depressiooni ja ärevuse sümptomite esinemise hindamiseks kasutati Emotsionaalse enesetunde küsimustiku 2. versiooni (EEK-2) (Aluoja, Shlik, Vasar, Luuk ja Leinsalu, 1999). EEK-2 on subjektiivse enesehinnangu skaala depressiooni ja ärevuse sümptomite hindamiseks. Küsimustikku kasutatakse sõeltestina ärevus- või meeleoluhäiretega isikute välja selgitamiseks ning ärevus- ja depressiivsete häiretega patsientide seisundi iseloomustamiseks ja dünaamiliseks jälgimiseks. EEK-2 sisaldab väiteid depressiooni ja ärevuse sümptomite esinemise kohta. Küsimustik koosneb

kuuest alaskaalast: depressioon, üldistunud ärevus, paanikahäire, sotsiaalärevus, asteenia, insomnia. Vastaja hindab sümptomite esinemist 5-pallisel Likerti skaalal, kus vastusevariantideks on „üldse mitte“, „harva“, „mõnikord“, „sageli“, „pidevalt“.

Skisofreeniapatsientide kliinilise haigusteadlikkuse ja psühhopatoloogia hindamiseks kasutati Skisofreenia positiivsete ja negatiivsete sündroomide skaalat (*The Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia*, PANSS) (Kay, Fiszbein ja Opler, 1987). PANSSis hinnatakse struktureeritud intervjuu käigus 30 sümptomi esinemist ja tugevust 7-pallisel Likerti skaalal. Skaala koosneb kolmest alaskaalast: positiivsed, negatiivsed ja üldise psühhopatoloogia sümptomid. Positiivsete sümptomite ja negatiivsete sümptomite alaskaala koosnevad kumbki 7 sümptomist, üldise psühhopatoloogia alaskaala koosneb 16 sümptomist. Üheks üldise psühhopatoloogia alaskaalal hinnatavaks sümptomiks (G12) on haigusteadlikkuse puudumine. Lisaks on eri sümptomite kombineerimisel võimalik arvutada skoorid 5 alaskaalal (energia vähesus, mõttekäigu häiritus, aktivatsioon, paranoilisus, depressioon). Käesolevas uurimustöös kasutati *Multi-Health Systems Inc.* kirjastuse eestikeelset intervjuumanuaali ja hindamiskriteeriume. PANSSi intervjuu viis läbi töö autor, kes on läbinud vastava väljaõppe ja on omandanud litsentsi skaala kasutamiseks teadustöös.

Uurimisprotseduur

Patsiendigruppide uuritavatega viidi hindamised läbi individuaalselt, kontrollgrupi uuritavatega suuremas osas grupiviisiliselt. Skisofreeniapatsientidega kulus PANSSi intervjuu ja testipatarei läbiviimiseks keskmiselt 1,5 tundi. Depressioonipatsientidel ja kontrollisikutel kulus testipatarei läbimiseks keskmiselt 15 minut.

Lisaks testipatarei läbiviimisele küsiti kõikidelt uuritavatelt analüüsiks vajalikud demograafilised andmed.

Statistiline analüüs

Andmetöötlus viidi läbi programmi SPSS Statistics versiooniga 17.0 ja SPSS Amos versiooniga 22.0. Kõikides statistilistes testides valiti olulisuse nivoo väärtuseks 0,05.

Tulemused

Skaala sisemise struktuuri hindamine

Skaala sisemise struktuuri hindamiseks kasutati peakomponentide meetodit *varimax* pööramisega ning kinnitavat faktoranalüüsi. Enne peakomponentanalüüsi hinnati andmete sobivust selleks – KMO väärtus oli 0,75 ja Bartlett'i test oli statistiliselt oluline, $\chi^2(105) =$

828,25, $p < 0,001$. Peakomponentanalüüsi käigus selgus, et parim lahendus oleks (*screeplot* joonise ja omaväärtuste kriteeriumi >1 alusel) kolmefaktoriline (3,25; 2,21; 1,47). Skaala faktorlaadungid ja võrdlus originaaliga on esitatud Tabelis 2. Kolmefaktoriline lahend seletas ära 46,2% üldhajuvusest, üksikfaktorite kirjeldusvõime oli vastavalt 18,2%, 15,8% ja 12,2%.

Originaalist lähtudes analüüsiti ka kahefaktorilist mudelit, kuid see seletas ära ainult 36,4% üldhajuvusest ning kolm väidet laadusid faktoritesse kolmefaktorilise mudeliga võrreldes nõrgemalt (faktorlaadung $< 0,40$) ja üks neist laadus peaaegu võrdse tugevusega mõlemasse faktorisse.

Mudelite sobivust kontrolliti kinnitava faktoranalüüsiga, mille tulemused viitasid kolmefaktorilise mudeli paremusele (CFI=0,83, GFI=0,91, RMSEA=0,07, SRMR=0,08) kahefaktorilise (CFI=0,75, GFI=0,79, RMSEA=0,10, SRMR=0,10) ees. Kaaluti ka 12-väitelist ja kahefaktorilist struktuuri, mille korral mudeli sobituvus oleks parem (CFI=0,90, GFI=0,94, RMSEA=0,06, SRMR=0,06), kuid sellest loobuti originaaliga võrreldavuse huvides.

Faktorite nimetamisel lähtuti väidete sisust ja originaalist. 6 väidet mõõdavad eneserefleksiooni (ER), 6 väidet mõõdavad enesekindlust (EK) ja 3 mõõdavad alternatiivide kaalumist (AK). Alaskaalade omavahelised korrelatsioonid olid nõrgad: eneserefleksiooni ja alternatiivide kaalumise alaskaalade korrelatsioonikoefitsient oli 0,26 ($p < 0,05$), eneserefleksiooni ja enesekindluse alaskaaladel -0,29 ($p < 0,01$) ning alternatiivide kaalumise ja enesekindlus alaskaalade vahel korrelatsioon puudus.

Skaala koondskoori arvutamiseks lahutatakse eneserefleksiooni ja alternatiivide kaalumise alaskaalade skooride summast enesekindluse skoor. Alaskaalade korrelatsioonid koondskooriga olid vastavalt 0,76, 0,49 ja -0,72 ($p < 0,01$). Alaskaalade sisereliaabluskoeffitsendid (Cronbach'i α) olid 0,72 (ER), 0,66 (EK) ja 0,58 (AK). Skaala komposiitreliaabluskoeffitsent oli 0,85.

Tabel 2. Kognitiivse teadlikkuse skaala faktorstruktuur ja võrdlus originaaliga

	BCIS-E			BCIS	
	ER	EK	AK	SR	SC
6. Mõned mõtted, mille tõesuses olin kindel, on osutunud väärateks.	0,73	-0,13	0,15	0,66	0,04
5. Tõlgendan oma kogemusi alati õigesti.	0,64	0,05	-0,08	0,59	0,19
1. Olen vahel inimeste suhtumist minusse valesti mõistnud.	0,63	-0,09	0,13	0,58	0,07
4. Olen teinud ennatlikke järeldusi.	0,59	-0,14	0,33	0,63	0,19
15. Mu ebatavaliste kogemuste põhjuseks võis olla see, et olin endast äärmiselt väljas või stressis.	0,56	0,05	0,25	0,50	0,18
3. Teised inimesed võivad mu ebatavaliste kogemuste põhjuseid mõista paremini kui ma ise.	0,55	-0,18	-0,18	0,43	0,11
2. Tõlgendan oma kogemusi alati õigesti.	-0,34	0,66	0,12	0,12	0,49
13. Võin oma otsustusi alati usaldada.	-0,26	0,65	0,21	-0,12	0,25
11. Ma ei saa usaldada teiste inimeste arvamusi minu kogemuste kohta.	0,30	0,62	-0,09	0,15	0,63
9. Tean paremini kui keegi teine, mis mu probleemid on.	-0,10	0,61	0,21	0,11	0,61
10. Kui inimesed ei ole minuga nõus, siis nad tavaliselt eksivad.	0,14	0,57	-0,22	0,08	0,67
7. Kui miski tundub õigena, siis see tähendab, et see ongi õige.	-0,24	0,51	-0,12	-0,06	0,64
14. Inimeste käitumisele on tihti rohkem kui üks võimalik seletus.	0,06	0,26	0,71	0,33	-0,19
12. Kui keegi väidab, et mu uskumused on valed, olen valmis seda kaaluma.	0,03	-0,01	0,67	0,41	-0,10
8. Kuigi olen väga kindel, et mul on õigus, võin tegelikult eksida.	0,25	-0,18	0,67	0,57	-0,24

Märkus. N=299. ER – enesereflektiivsus, EK – enesekindlus, AK – alternatiivide kaalumise

Skaala kordustesti reliaabluse hindamine

BCIS-E kordustesti reliaabluse hindamiseks täitsid 92 kontrollisikut küsimustikku kahel korral, nädalase intervalliga. Skaala kordustesti reliaabluskoeffitsent oli 0,77 ($p < 0,01$) ning alaskaalade reliaabluskoeffitsendid olid: ER-il 0,59 ($p < 0,01$), EK-l - 0,73 ($p < 0,01$), AK-l 0,51 ($p < 0,01$).

2. osa. Skaala valiidsuse hindamine

Meetod

Valim

Uurimuse koguvalimist eraldati 2 kliinilise grupi ja kontrollgrupiga osavalim, mis tasakaalustati soolise jaotuvuse, vanuse ja haridustaseme järgi. Osavalimisse kuulus 104 isikut, neist 22 skisofreeniapatsienti, 23 depressioonipatsienti ja 59 tervet kontrollisikut (Tabel 3).

Tabel 3. Uuritavate karakteristikud

	Skisofreenia (N=22)		Depressioon (N=23)		Kontroll (N=59)	
	Arv (%)		Arv (%)		Arv (%)	
Sugu ^a						
naine	12 (54,4%)		11 (47,8%)		23 (39,0%)	
mees	10 (45,5%)		12 (52,2%)		36 (61,0%)	
	M	SD	M	SD	M	SD
Vanus ^a	40,82	8,84	41,70	13,20	35,95	12,88
Haridus õppeaastates ^a	12,86	1,93	13,52	1,20	13,51	1,50
EEK-2						
DEP	12,91	6,75	18,83	6,44	6,64	4,40
ÜÄR	9,86	4,10	13,35	4,79	5,86	3,64
PAF	4,14	3,40	3,26	4,05	,26	,60
SÄR	2,91	1,90	3,57	2,46	1,06	1,27
AST	6,64	3,96	10,83	3,38	5,74	3,09
INS	6,64	3,47	6,48	3,81	3,32	2,57
PANSS						
P	17,45	4,19				
N	15,64	4,08				
G	35,36	4,90				
Kokku	68,45	10,59				
G12	3,68	1,49				

Märkus. EEK-2: DEP-depressioon, ÜÄR-üldistunud ärevus, PAF-paanikahäire, SÄR-sotsiaalärevus, AST-asteenia, INS-insomnia. PANSS: P-pos. sümptomid, N-neg. sümptomid, G-üldine psühhopatoloogia, Tot-koondskoor, G12-haigusteadlikkuse puudumine.

^aGruppide vahel puudusid statistiliselt olulised erinevused (ANOVA, $p > 0,05$)

Tulemused

Gruppidevahelised erinevused kognitiivses teadlikkuses

Patsiendigruppide ja normgrupi vaheliste erinevuste hindamiseks BCIS-E alaskaaladel ja koondskooris kasutati dispersioonanalüüsi. Gruppidevahelised erinevused on välja toodud Tabelis 4. Analüüsist selgus, et statistiliselt olulised erinevused ilmnisid kliiniliste gruppide ja kontrollgrupi vahel eneserefleksiooni alaskaalal ja koondskooris. Eneserefleksiooni alaskaalal olid gruppidevahelised erinevused statistiliselt olulised ($F(2,101)=25,7$, $p<0,001$) ning eta ruudu ($\eta^2=0,34$) järgi hinnates suure efektiga (Cohen'i (1988) kriteeriumi alusel). Gruppidevahelisi erinevusi keskmises skooris hinnati *post hoc* võrdluses Tukey HSD testi abil. Selle kohaselt oli eneserefleksiooni alaskaalal skisofreeniagrupi keskmine skoor ($M=8,95$, $SD=3,34$) statistiliselt oluliselt erinev kontrollgrupi keskmisest skoorist ($M=4,61$, $SD=2,7$) ning depressioonigrupi keskmine skoor ($M=9,35$, $SD=4,16$) samuti statistiliselt oluliselt erinev kontrollgrupi keskmisest. Gruppidevahelised erinevused skaala koondskooris olid statistiliselt olulised ($F(2,101)=13,9$, $p<0,001$) ja suure efektiga ($\eta^2=0,21$). Skisofreeniagrupi keskmine skoor ($M=8,27$, $SD=5,65$) oli statistiliselt oluliselt erinev kontrollgrupi keskmisest ($M=3,22$, $SD=5,22$) ja depressioonigrupi keskmine ($M=9,78$, $SD=6,74$) samuti statistiliselt oluliselt erinev kontrollgrupi keskmisest. Kliinilised grupid omavahel statistiliselt oluliselt ei eristunud ühegi BCIS-E tulemuse osas.

Tabel 4. BCIS-E alaskaalade ja koondskoori keskmiste skooride ja standardhälvete võrdlus kliiniliste gruppide ja normgrupi vahel

	Skisofreenia (N=22)		Depressioon (N=23)		Kontroll (N=59)		F-väärtus	η^2
	M	SD	M	SD	M	SD		
ER	8,95	3,34	9,35	4,16	4,61	2,70	25,7(2,101)**	0,34
AK	4,95	1,43	5,52	2,17	5,02	2,07	0,63(2,101)	
EK	5,64	3,47	5,09	3,29	6,41	2,74	1,72(2,101)	
Koondskoor	8,27	5,65	9,78	6,74	3,22	5,22	13,9(2,101)**	0,21

** $p<0,001$

Selgitamaks, kui palju mõjutas eneserefleksiooni alaskaala ja skaala koondskoori tulemust ebatavaliste kogemuste esinemine, liideti üheks komponendiks eneserefleksiooni alaskaala 3 väidet: „Teised inimesed võivad mu ebatavaliste kogemuste põhjuseid mõista paremini kui ma ise“, „Mõned sellised kogemused mu elus, mis tundusid reaalsena, võisid tegelikult olla kujutletud“, „Mu ebatavaliste kogemuste põhjuseks võis olla see, et olin endast äärmiselt väljas või stressis“. Nende väidete omavaheline korrelatsioon oli mõõdukas (0,33-0,43,

$p < 0,01$) ning komponendi sisereliaabluskoeffitsent (Cronbach'i α) oli 0,65. „Ebatavalisi kogemusi“ võtsid kõige rohkem omaks skisofreeniapatsiendid ($M=4,32$, $SD=2,1$), vähem depressioonipatsiendid ($M=3,78$, $SD=2,37$) ning kõige vähem kontrollisikud ($M=1,76$, $SD=1,47$). Skooride erinevus oli statistiliselt oluline kliiniliste gruppide ja kontrollgrupi vahel. Regressioonanalüüsis leiti, et ebatavalised kogemused seletavad skisofreeniagrupil ära 75%, depressioonigrupil 78% ja kontrollgrupil 65% eneserefleksiooni tasemest (Tabel 5).

Kognitiivne teadlikkus ja kliiniline haigusteadlikkus

Seostades skisofreeniapatsientide BCIS-E skooore haigusteadlikkuse puudumisega (G12) PANSSis selgus, et omavahel on tugevalt seotud nii skaala koondskoor ($=ER+AK-EK$) ja G12 ($r = -0,64$, $p = 0,01$), kui ka eneserefleksioon ja G12 ($r = -0,42$, $p < 0,05$), alternatiivide kaalumise ja G12 ($r = -0,43$, $p < 0,05$) ning enesekindlus ja G12 ($r = 0,45$, $p = 0,05$). Tulemused viitavad BCIS-E heale koondvale valiidsusele teise, kinnitatud reliaabluse ja valiidsusega haigusteadlikkust hindava mõõdikuga. Ülejäänud BCIS-E ja PANSSi korrelatsioonid on toodud Lisas 1.

Üksikküsimustest oli G12-ga oluliselt seotud 6. („*Mõned mõtted, mille tõesuses olin kindel, on osutunud väärteks*“, $r = -0,51$, $p < 0,05$) ja 9. („*Tean paremini kui keegi teine, mis mu probleemid on*“, $r = 0,47$, $p < 0,05$). See tähendab, et kognitiivne teadlikkus on parem inimesel, kes tunnistab oma mõtete võimalikku ekslikkust ning halvem inimesel, kes ei võta arvesse teiste inimeste arvamust oma (haigus)seisundi kohta.

Kognitiivne teadlikkus ja psühhopatoloogia

Ka PANSSi mõttekäigu häirituse alaskaalal ilmnesid statistiliselt olulised seosed BCIS-E enesekindluse alaskaala (EK) ($r = 0,45$, $p < 0,05$) ning koondskooriga ($r = -0,45$, $p < 0,05$). PANSSi mõttekäigu häirituse alaskaala koosneb kontseptuaalse desorganiseerituse, hallutsinatoorse käitumise, suurusluulu ja ebaharilike mõtete sümptomitest. Positiivne seos EK ja mõttekäigu häirituse alaskaala vahel tähendab seda, et EK skoor on suurem patsiendil, kelle mõttekäik on rohkem häiritud. Negatiivne seos koondskoori ja mõttekäigu häirituse alaskaala vahel viitab sellele, et eneserefleksiooni ja enesekindluse skooride vahe on suurem patsiendil, kelle mõttekäik on vähem häiritud.

Skisofreeniapatsientidel ilmnes statistiliselt oluline seos PANSSi haigusteadlikkuse puudumise (G12) ja EEK-2 sotsiaälärevuse vahel ($r = -0,62$, $p < 0,01$). Selle järgi on madalama haigusteadlikkusega patsiendid vähem mures selle pärast, millisena nad teistele inimestele paistavad. Ülejäänud EEK-2 ja PANSSi korrelatsioonid on toodud Lisas 2.

Kognitiivne teadlikkus ja emotsionaalne enesetunne

BCIS-E ja EEK-2 vahel avaldusid statistiliselt olulised seosed peamiselt kontrollgrupil (Tabel 6). Mõõdukalt olid eneserefleksiooni alaskaalaga seotud EEK-2 depressiooni alaskaala ($r = 0,35$, $p < 0,05$) ja üldistunud ärevuse alaskaala ($r = 0,47$, $p < 0,01$). Samuti ilmnes mõõdukas seos enesekindluse alaskaala ja EEK-2 astenia alaskaala vahel ($r = 0,34$, $p < 0,05$) ning enesekindluse alaskaala ja insomnia alaskaala vahel. Koondskoor ei olnud EEK-2 alaskaaladega statistiliselt oluliselt seotud.

Tabel 6. BCIS-E ja EEK-2 korrelatsioonid kontrollgrupil

	ER	AK	EK	Koond	DEP	ÜÄR	PAF	SÄR	AST
AK	0.55**	–							
EK	-0,07	-0,08	–						
Koond	0.77**	0.73**	-0.59**	–					
DEP	0.36*	0,21	0,20	0,16	–				
ÜÄR	0.47**	0,11	0,27	0,14	0.56**	–			
PAF	0,26	0,12	0,04	0,16	0.35*	0.45**	–		
SÄR	0,20	0,09	0,08	0,09	0.37**	0.39**	0,09	–	
AST	0,22	0,06	0.34*	-0,04	0.73**	0.46**	0.40**	0.30*	–
INS	0,16	0,04	0.30*	-0,06	0.37**	0.32*	0,24	0,19	0.36*

Märkus. BCIS-E: ER-eneserefleksioon, AK-alternatiivide kaalumise, EK-enesekindlus, Koond-koondskoor; EEK-2: DEP-depressioon, ÜÄR-üldistunud ärevus, PAF-paanikahäire, SÄR-sotsiaalärevus, AST-astenia, INS-insomnia.

** $p < 0,01$, * $p < 0,05$

Depressioonigrupil oli mõõdukas seos ($r = 0,42$, $p < 0,05$) eneserefleksiooni ja insomnia alaskaalade vahel (Tabel 7).

Skisofreeniapatsientide BCIS-E ja EEK-2 korrelatsioonid on toodud Lisas 3.

Tabel 7. BCIS-E ja EEK-2 korrelatsioonid depressioonigrupil

	ER	AK	EK	Koond	DEP	ÜÄR	PAF	SÄR	AST
AK	0,12	–							
EK	-0,27	-0,22	–						
Koond	0.79**	0.50*	-0.72**	–					
DEP	0,07	-0,37	-0,01	-0,07	–				
ÜÄR	0,23	-0,35	0,12	-0,03	0.77**	–			
PAF	0,19	-0,26	0,01	0,03	0,33	0.55**	–		
SÄR	0,40	-0,19	-0,20	0,28	0.55**	0.48*	0,41	–	
AST	0,03	-0,21	0,21	-0,15	0.70**	0.56**	0.43*	0.50*	–
INS	0.42*	0,04	-0,11	0,32	0.51*	0.54**	0.57**	0.68**	0.50*

Märkus. BCIS-E: ER-eneserefleksioon, AK-alternatiivide kaalumise, EK-enesekindlus, Koond-koondskoor; EEK-2: DEP-depressioon, ÜÄR-üldistunud ärevus, PAF-paanikahäire, SÄR-sotsiaalärevus, AST-asteenia, INS-insomnia.

**p< 0,01, *p<0,05

Arutelu

Käesoleva magistr töö peamine eesmärk oli kohandada eesti keelde Beck'i kognitiivse teadlikkuse skaala ning hinnata selle psühhomeetrilisi omadusi.

Skaala väidetekogumiku analüüsimisel osutus sobivaimaks kolmefaktoriline mudel. Faktorid nimetati väidete sisu analüüsid ja originaaliga võrreldes eneserefleksiooniks, enesekindluseks ja alternatiivide kaalumiseks. Eneserefleksiooni alaskaalale laaduvad väited, mis hindavad introspektsiooni ja valmisolekut oma ekslikkust/vigu tunnistada („*Olen vahel inimeste suhtumist minusse valesti mõistnud*“; „*Olen teinud ennatlikke järeldusi*“; „*Kuigi olen väga kindel, et mul on õigus, võin tegelikult eksida*“). Lisaks laaduvad eneserefleksiooni alaskaalale ebatavaliste kogemuste esinemist hindavad väited (täpsemalt kirjeldatud allpool). Enesekindluse alaskaalale laaduvad väited, mis hindavad veendumust oma uskumuste ja otsustuste õigsuses („*Tõlgendan oma kogemusi alati õigesti*“; „*Kui miski tundub õigena, siis see tähendab, et see ongi õige*“; „*Kui inimesed ei ole minuga nõus, siis nad tavaliselt eksivad*“). Alternatiivide kaalumise alaskaalale laaduvad väited kirjeldavad erinevate võimaluste kaalumist inimeste käitumise põhjuste ja oma uskumuste tõesuse hindamisel („*Inimeste käitumisele on tihti rohkem kui üks võimalik seletus*“, „*Kui keegi väidab, et mu uskumused on valed, olen valmis seda kaaluma*“). Originaalist erineva faktorstruktuurini on jõutud ka teistes BCISi adapteeringutes, sagedamini on teisiti laadunud just eneserefleksiooni alaskaala väited.

Skaala koondskoori kordustesti reliaablus kontrollgrupi valimil oli kõrge. Eneserefleksiooni ja alternatiivide kaalumise kordustesti reliaablus oli mõnevõrra madalam. See võib viidata alaskaalade madalamale konstruktivaliidsusele, kuid võib olla põhjustatud ka alaskaalade väikesest väidete arvust.

Beck'i kognitiivse teadlikkuse skaala koonduv valiidsus PANSSi kliinilise haigusteadlikkusega hinnati heaks. Sellega leidis kinnitust hüpotees, et skisofreeniagrupi kognitiivse teadlikkuse tase on seotud kliinilise haigusteadlikkusega. Samuti leiti, et skaala on hea eristava valiidsusega – eneserefleksiooni alaskaala ja koondskoor eristasid kliinilisi grupe kontrollgrupist statistiliselt oluliselt ja suure efektiga.

Töö peamine ennustus, et skisofreeniapatsientidel on madalam eneserefleksioonitase ja kõrgem enesekindluse tase kui depressioonipatsientidel ja kontrollgrupil, ei pidanud paika. Võrreldes patsiendigruppe kontrollgrupiga, leiti üllatuslikult, et kontrollgrupi keskmine tulemus oli eneserefleksiooni alaskaalal madalam kui mõlemal patsiendigrupil ning ka koondskoor oli kontrollgrupil kliinilistest gruppidest madalam. Kuna eneserefleksiooni alaskaalal on küsimusi ebatavaliste kogemuste kohta, mille esinemise osas võivad skisofreeniapatsiendid teistest gruppidest erineda, hinnati mil määral iga grupi eneserefleksiooni tasemest ebatavaliste kogemuste esinemine kirjeldab. Leiti, et ebatavaliste kogemuste komponent kirjeldas igal grupil suure osa eneserefleksiooni tasemest. Sealjuures erinesid grupid aga selle poolest, millisel määral nad ebatavaliste kogemuste esinemist omaks võtsid – skisofreeniapatsientide keskmine skoor oli (statistiliselt mitte-oluliselt) suurem depressioonipatsientide ja (statistiliselt oluliselt) kontrollisikute omast. Sellest võib järeldada, et eneserefleksiooni alaskaala ei hinda mitte ainult võimet ära tunda, hinnata ja korrigeerida moonutatud veendumusi ja väärtõlgendusi, vaid ka seda, kui palju inimesel neid üldse esineb. Kuigi stress ja endast väljas olemine võivad mõjutada ka terve inimese taju ja sündmuste tõlgendamist ei pruugi ebatavaliste kogemustega seotud väited olla skisofreeniapatsiendile ja psühhootilise häireta, tervele inimesele ühtviisi mõistetavad. See võib tähendada, et kuigi kognitiivse teadlikkuse skaala eristab patsiente kontrollgrupist, ei sobi see psühhootiliste häiretega patsientide ja tervete inimeste eneserefleksioonitaseme võrdlemiseks.

Samuti ei leidnud kinnitust ennustus, et kontrollgrupi tulemus enesekindluse skaalal on väiksem kui skisofreenia- ja depressioonigrupil. Gruppide keskmiste skooride erinevused enesekindluse skaalal ei olnud statistiliselt olulised.

Uurides skisofreeniapatsientide kognitiivse teadlikkuse seost kliinilise haigusteadlikkuse ja

psühhopatoloogiaga, leiti, et kognitiivselt teadlikum on selline skisofreenia patsient, kellel on vähem mõttekäigu häireid, kes tunnistab oma mõtete võimalikku ekslikkust ja võtab arvesse teiste inimeste vaadet oma (haigus)seisundile ning kes muretseb rohkem selle pärast, millisena ta teistele inimestele paistab.

Kontrollisikute kognitiivset teadlikkust vahendas patsiendigruppidest rohkem nende emotsionaalne enesetunne. Ärevuse- ja depressioonisümptomite esinemine oli kontrollgrupil seotud rohkema eneserefleksiooniga, asteenia ja unehäirete esinemine aga rohkema enesekindlusega. Võib arvata, et ärevuse ja depressiooni sümptomeid kogev inimene mõtiskleb muuhulgas rohkem ka iseenda üle ning, et väsimus ja häiritud uni piiravad inimese võimet seda paindlikult teha.

Uurimistöö piirangud

Üheks uurimustöö piiranguks võib pidada kliinilise valimi väiksust, mis kahandab statistiliste testide võimsust gruppidevaheliste erinevuste tuvastamisel. Teiseks piiranguks võib pidada seda, et skisofreeniavalimisse kaasamise tingimuseks oli patsiendi selline seisund, mis võimaldas kliinilise intervjuu läbiviimist ja enesekohaste küsimustike täitmist. Ei saa välistada võimalust, et skisofreeniapatsientide kontrollgrupist kõrgem eneserefleksiooni tase ja kontrollgrupist madalam enesekindluse tase olid seotud valimisse kaasatud patsientide parema tervisliku seisundiga, võrreldes nende patsientidega, kes valimist välja jäid. Seetõttu tuleks järgnevates töödes kaaluda sellist katseplaani, kus kognitiivse teadlikkuse hindamine on sõltumatu psühhopatoloogia hindamisest. Veelgi parem oleks täita Amadori ja Kronengoldi (2004) soovitus, mille kohaselt peaks sümptomite hindamine ja haigusteadlikkuse hindamine toimuma eri hindajate poolt.

Kokkuvõte

Magistritöö eesmärgiks oli kohandada eesti keelde küsimustik, millega on võimalik hinnata skisofreeniapatsientide teadlikkust oma haigusseisundist ning hinnata mõtlemisprotsesse, mis seda teadlikkust vahendavad. Uurimuse esimeses osas leiti, et Beck'i kognitiivse teadlikkuse skaalal (BCIS-E) on hea sisemine reliaablus ja kordustesti reliaablus. Uurimuse teises osas leiti, et skaalal on hea koonduv valiidsus ning, et see eristab patsiendigruppe tervetest kontrollisikutest. Antud uurimustöö on Eesti kontekstis oluline selle pärast, et varasemalt puudus eesti keeles mõõtevahend, millega hinnata psühhootilise häirega patsientide haigusteadlikkust ja kognitiivset paindlikkust. Lisaks jõuti uurimuses järelduseni, mille abil

on võimalik arendada edasi BCISi originaali eneserefleksiooni alaskaalat ja seeläbi skaala konstruktivaliidsust.

Tänuavaldused

Eelkõige soovin tänada oma SA Viljandi Haigla psühhiaatrikliiniku kolleege ja patsiente, kelle abita ei oleks see töö valmida saanud. Samuti olen tänulik oma juhendajale Maie Kreegi puule ning oma pereliikmetele ja lähedastele, kelle tugi töö valmimisel oli asendamatu.

Viited

- Aluoja, A., Shlik, J., Vasar, V., Luuk, K., Leinsalu, M. (1999). Development and psychometric properties of the Emotional State Questionnaire, a self-report questionnaire for Depression and anxiety. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53, 443-449.
- Amador, X. F., Flaum, M., Andreasen, N. C., Strauss, D. H., Yale, S. A., Clark, S. C., Gorman, J. M. (1994). Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 10, 826-836.
- Amador X, Kronengold H. *Understanding and assessing insight*. In: Amador X, David A, eds. *Insight and Psychosis. Awareness of Illness in Schizophrenia and Related Disorders*. Oxford, England: University Press
- Arango, C, Amador, X. (2011). Lessons Learned About Poor Insight. *Schizophrenia Bulletin*, 37, 1, 27–28.
- Baier, M. (2010). Insight in schizophrenia: a review. *Current psychiatry reports*, 12(4), 356-361.
- Beck, A. T., Baruch, E., Balter, J. M., Steer, R. A., Warman, D. M. (2004). A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia research*, 68(2), 319-329.
- Birchwood, M., Smith, V., Drury, V.(1994). A self-report insight Scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(1), 62-67.
- Buchy, L., Brodeur, M. B., & Lepage, M. (2012). The Beck Cognitive Insight Scale: psychometric properties in a Canadian community sample. *Schizophrenia research*, 137(1), 254-255.
- Buckley, P. F., Wirshing, D. A., Bhushan, P., Pierre, J. M., Resnick, S. A., Wirshing, W. C. (2007). Lack of Insight in Schizophrenia: Impact on Treatment Adherence. *CNS Drugs*, 21, 2, 129-141.
- Capdieville, D., Norton, J., Jaussent, I., Prud'homme, C., Raffard, S., Gelly, F., Boulenger, J-P, Ritchie, K. (2013). A multi-dimensional approach to insight and its evolution in first-episode psychosis: A 1-year outcome naturalistic study. *Psychiatry Research*, 210, 3, 835-841.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New York: Academic Press.
- Cooke, M. A., Peters, E. R., Kuipers, E., & Kumari, V. (2005). Disease, deficit or denial? Models of poor insight in psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(1), 4-17.
- Dam, J. (2006). Insight in schizophrenia: a review. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60, 2, 114-120.
- David, S. A. (1990). Insight and psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 156, 798-808.
- Fett, A. K. J., Viechtbauer, W., Dominguez, M. D. G., Penn, D. L., van Os, J., Krabbendam, L. (2011). The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: a meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(3), 573-588.
- Flashman, L. A. (2002). Disorders of awareness in neuropsychiatric syndromes: an update. *Current psychiatry reports*, 4(5), 346-353.
- Ghaemi, N. S. (1997). Insight and psychiatric disorders: a review of the literature, with a focus on its clinical relevance for bipolar disorder. *Psychiatric Annals*, 27, 12, 782-790.
- Gillieen, J., Greenwood, K., David, A. S. (2011). Domains of awareness in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 37(1), 61-72.
- Jablensky, A., Sartorius, N., Ernberg, G., Anker, M., Korten, A., Cooper, J. E , Day, R.,

- Bertelsen, A. (1992). Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures A World Health Organization Ten-Country Study. *Psychological medicine. Monograph supplement*, 20, 1-97.
- Kao, Y. C., Wang, T. S., Lu, C. W., & Liu, Y. P. (2011). Assessing cognitive insight in nonpsychiatric individuals and outpatients with schizophrenia in Taiwan: an investigation using the Beck Cognitive Insight Scale. *BMC psychiatry*, 11(1), 170.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., Opler, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Kemp, R. David, A.(1997). Insight and compliance. In *Compliance and the Treatment Alliance in Serious Mental Illness* (ed. B.Blackwell), 61-86. Harwood Academic Publishers: Amsterdam.
- Koren, D., Viksman, P, Giuliano, A. J., Seidman, L. J. (2013). The nature and evolution of insight in schizophrenia: A multi-informant longitudinal study of first-episode versus chronic patients. *Schizophrenia Research*, 151, 245-251.
- Langdon, R., Ward, P. (2009). Taking the perspective of the other contributes to awareness of illness in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 35(5), 1003-1011.
- Lincoln, T., Lüllmann, E. ,Rief, W. (2007). Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 6, 1324–1342.
- Lincoln, T. M., Wilhelm, K., & Nestoriuc, Y. (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophrenia research*, 96(1), 232-245.
- Lysaker, P. H., Dimaggio, G., Buck, K. D., Callaway, S. S., Salvatore, G., Carcione, A., Nicolo, G., Stanghellini, G. (2011). Poor insight in schizophrenia: links between different forms of metacognition with awareness of symptoms, treatment need, and consequences of illness. *Comprehensive psychiatry*, 52(3), 253-260.
- Markova, I. S., Berrios, G. E. (1992). The assessment of insight in clinical psychiatry: a new scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86(2), 159-164.
- Markova, I. S., Roberts, K. H., Gallagher, C., Boos, H., McKenna, P. J., Berrios, G. E. (2003). Assessment of insight in psychosis: a re-standardization of a new scale. *Psychiatry research*, 119(1), 81-88.
- Marks, K. A., Fastenau, P. S., Lysaker, P. H., Bond, G. R. (2000). Self-Appraisal of Illness Questionnaire (SAIQ): relationship to researcher-rated insight and neuropsychological function in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 45, 203-211.
- Martin, J. M., Warman, D. M., & Lysaker, P. H. (2010). Cognitive insight in non-psychiatric individuals and individuals with psychosis: an examination using the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia research*, 121(1), 39-45.
- McEvoy, J. P., Apperson, L. J., Appelbaum, P. S., Ortlip, P., Brecosky, J., Hammill, K., Geller, J. L., Roth, L. (1989). Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology. *The Journal of nervous and mental disease*, 177(1), 43-47.
- Medalia, A., Thysen, J. (2010). A comparison of insight into clinical symptoms versus insight into neuro-cognitive symptoms in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 118(1), 134-139.
- Merlin, T. J., Rajkumar, A. P., Reema, S., Tsheringla, S., Velvizhi, S., Jacob, K. S. (2012). Construct validity and factor structure of Tamil version of Beck Cognitive Insight Scale to assess cognitive insight of patients with schizophrenia. *Acta Neuropsychiatrica*, 24(1), 43-49.
- Misdrahi, D., Denard, S., Swendsen, J., Jaussent, I., Courtet, P. (2014). Depression in schizophrenia: The influence of the different dimensions of insight. *Psychiatry Research*, 216, 12-16.

- Moritz, S., Andreou, C., Schneider, B. C., Wittekind, C. E., Menon, M., Balzan, R. P., & Woodward, T. S. (2014). Sowing the seeds of doubt: a narrative review on metacognitive training in schizophrenia. *Clinical Psychology Review*.
- Nair, A., Palmer, E. C., Aleman, A., David, A. S. (2014). Relationship between cognition, clinical and cognitive insight in psychotic disorders: A review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 152, 191-200.
- Orfei, M. D., Spoletini, I., Banfi, G., Caltagirone, C., Spalletta, G. (2010). Neuropsychological correlates of cognitive insight in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 178, 1, 51–56.
- Pijnenborg, G. H., van Donkersgoed, R. J., David, A. S., & Aleman, A. (2013). Changes in insight during treatment for psychotic disorders: A meta-analysis. *Schizophrenia research*, 144(1), 109-117.
- Riggs, S. E., Grant, P. M., Perivoliotis, D., Beck, A. T. (2012). Assessment of Cognitive Insight: A Qualitative Review. *Schizophrenia Bulletin*, 38, 2, 338-350.
- Sanz, M., Constable, G., Lopez-Ibor, I., Kemp, R., David, A. S. (1998). A comparative study of insight scales and their relationship to psychopathological and clinical variables. *Psychological medicine*, 28(2), 437-446.
- Uchida, T., Matsumoto, K., Ito, F., Ohmuro, N., Miyakoshi, T., Ueno, T., Matsuoka, H. (2014). Relationship between cognitive insight and attenuated delusional symptoms in individuals with at-risk mental state. *Psychiatry Research*.
- Young, D. A., Campbell, Z., Zakzanis, K. K., & Weinstein, E. (2003). A comparison between an interview and a self-report method of insight assessment in chronic schizophrenia. *Schizophrenia research*, 63(1), 103-109.

LISA 1.

BCIS-E alaskaalade ja koondskoori korrelatsioonid PANSSi alaskaalade ja koondskooriga

	ER	AK	EK	K	Tot	C	P	N	G	AN	TD	AC	PB	D
AK	0,28	–												
EK	-0,24	0,15	–											
K	0.81**	0,33	-0.72**	–										
Tot	-0,34	-0,30	0,13	-0,36	–									
C	0,14	0,08	0,27	-0,06	-0,08	–								
P	-0,22	-0,15	0,34	-0,37	0.68**	0.64**	–							
N	-0,41	-0,25	0,00	-0,31	0.8**	-0.61**	0,22	–						
G	-0,21	-0,31	-0,01	-0,20	0.91**	-0,22	0.43*	0.72**	–					
AN	-0,38	-0,21	-0,03	-0,26	0.74**	-0.63**	0,11	0.91**	0.75**	–				
TD	-0,24	-0,03	0.49*	-0.45*	0.55**	0.6**	0.89**	0,16	0,28	0,06	–			
AC	-0,08	0,16	0,07	-0,05	0.61**	0,09	0.45*	0,35	0.63**	0,32	0,24	–		
PB	-0,03	-0,16	-0,02	-0,05	0,38	0,12	0,37	0,23	0,30	0,15	0,01	0,33	–	
D	0,09	0,06	-0,10	0,13	0,33	-0,16	-0,04	0,16	0.62**	0,34	0,03	0,32	-0,18	–
G12	-0.42*	-0.43*	0.45*	-0.64**	0.60**	0,16	0.66**	0.47*	0,35	0,32	0.54**	0,25	0.46*	-0,39

Märkus. BCIS-E: ER-eneserefleksioon, AK-alternatiivide kaalumise, EK-enesekindlus, Koond-koondskoor;
 PANSS: Tot-koondskoor, C-komposiitskoor, P-pos.sümp. alaskaala, N-neg.sümp. alaskaala, G-üld.psühhopatol.
 alaskaala, AN-anergia alaskaala, TD-mõttekäigu häirituse alaskaala, PB-paranoilisuse alaskaala, D-depressiooni alaskaala,
 G12-haigusteadlikkuse puudumine

**p< 0,01, *p<0,05

LISA 2.

EEK-2 alaskaalade korrelatsioonid PANSSi alaskaalade ja koondskooriga

	DEP	ÜÄR	PAF	SÄR	AST	INS	Tot	C	P	N	G	AN	TD	AC	PB
ÜÄR	0.73**	–													
PAF	0,02	0,18	–												
SÄR	0.52*	0.55**	0.52*	–											
AST	0.61**	0.73**	0,28	0,37	–										
INS	0.52*	0.50*	-0,12	0,22	0.49*	–									
Tot	0,12	0,02	-0,04	-0,18	0,16	-0,09	–								
C	-0,12	0,18	0,15	0,18	0,07	-0,05	-0,08	–							
P	-0,16	0,02	0,07	-0,10	0,04	-0,20	0.68**	0.64**	–						
N	-0,02	-0,21	-0,12	-0,33	-0,05	-0,14	0.80**	-0.61**	0,22	–					
G	0.43*	0,20	-0,05	-0,03	0,35	0,09	0.91**	-0,22	0.43*	0.72**	–				
AN	0,13	-0,14	-0,05	-0,24	0,09	0,04	0.74**	-0.63**	0,11	0.91**	0.75**	–			
TD	-0,15	0,02	0,10	-0,01	-0,02	-0,33	0.55**	0.60**	0.89**	0,16	0,28	0,06	–		
AC	0,30	0,41	-0,14	-0,02	0,41	0,12	0.61**	0,09	0.45*	0,35	0.63**	0,32	0,24	–	
PB	0,01	-0,11	-0,23	-0,30	-0,03	0,19	0,38	0,12	0,37	0,23	0,30	0,15	0,01	0,33	–
D	0.78**	0.55**	0,18	0.48*	0.52*	0,35	0,33	-0,16	-0,04	0,16	0.62**	0,34	0,03	0,32	-0,18

Märkus. EEK-2: DEP-depressioon, ÜÄR-üldistunud ärevus, PAF-paanikahäire, SÄR-sotsiaalärevus, AST-asteenia
 INS-insonia; PANSS: Tot-koondskoor, C-komposiitskoor, P-positiivsed sümptomid, N-negatiivsed sümptomid,
 G-üldine psühhopatoloogia, AN-energia puudumine, TD-mõttekäigu häiritus, PB-paranoilisus, D-depressioon,
 G12-haiguste adikkuse puudumine.

**p< 0,01, *p<0,05

LISA 3.

Skisofreeniapatsientide BCIS-E korrelatsioonid EEK-2 alaskaaladega

	ER	AK	EK	Koond	DEP	ÜÄR	PAF	SÄR	AST
AK	0,28	–							
EK	-0,24	0,15	–						
Koond	0.81**	0,33	-0.72**	–					
DEP	0,25	0,08	0,04	0,15	–				
ÜÄR	0,30	0,30	0,07	0,21	0.73**	–			
PAF	0,22	0,18	-0,04	0,20	0,02	0,18	–		
SÄR	0,37	0,40	-0,03	0,34	0.52*	0.55**	0.52*	–	
AST	0,24	0,10	0,16	0,07	0.61**	0.73**	0,28	0,37	–
INS	0,30	0,07	-0,13	0,27	0.52*	0.50*	-0,12	0,22	0.49*

Märkus. BCIS-E: ER-eneserefleksioon, AK-alternatiivide kaalumise, EK-enesekindlus, Koond-koondskoor; EEK-2: DEP-depressioon, ÜÄR-üldistunud ärevus, PAF-paanikahäire, SÄR-sotsiaalärevus, AST-asteenia, INS-insomnia.

**p< 0,01, *p<0,05

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Kadri-Liis Külm (sünnikuupäev: 04.10.1984)

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Beck'i kognitiivsea teadlikkuse skaala adapteerimine eesti keelde“, mille juhendaja on Maie Kreegipuu,

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

1.2.üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu alates **20.05.2014** kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

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

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

Tartus, **20.05.2014**