

Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduste valdkond
Psühholoogia Instituut

Sille Sepmann

SKISOFREENIASPEKTRI HÄIREGA PATSIENTIDE ENESEHINNANG

Uurimistöö

Juhendajad: Kätlin Anni (MSc), Liina Haring (MD, *PhD*), Helle Pullmann (*PhD*)

Läbiv pealkiri: Skisofreeniahaigete enesehinnang

Tartu 2020

Skisofreeniaspektri häirega patsientide enesehinnang**Kokkuvõte**

Varasemad uurimused on näidanud enesehinnangu olulisust skisofreeniaspektri häirete kontekstis, kuid Eestis ei ole teadaolevalt enesehinnangu mõõtmisvahendite kasutatavust skisofreeniaspektri häirega patsientide valimil uuritud. Käesoleva uurimistöö eesmärk oli Rosenbergi enesehinnangu skaala (ERSES) näitel uurida, kas skisofreeniaspektri häirega patsientide enesehinnang erineb võrdlusgruppi kuuluvate inimeste enesehinnangust ja millised on patsientide grupil ERSES skaala psühhomeetrilised näitajad. Valim koosnes 132-st skisofreeniaspektri häirega patsiendist, võrdlusgrupi moodustas Euroopa Sotsiaaluuringu (*European Social Survey*, 2006/2007) eestikeelne esindusvalim, kuhu kuulus 815 isikut. Uurimistulemused näitasid, et patsientide gruppi kuuluvate isikute enesehinnangu tase on statistiliselt oluliselt madalam, kusjuures positiivselt sõnastatud ERSES väidetes ei ilmnenud erinevusi, kuid negatiivselt sõnastatud väidetel põhinev enesehinnangu tase oli patsientidel statistiliselt oluliselt madalam kui normisikutel. Patsientide grupi andmetel leidis kinnitust ERSES skaala ühemõõtmeline faktorstruktuur ja kõrge sisemine reliaablus.

Märksõnad: psühhoos, skisofreenia, enesehinnang, Rosenbergi enesehinnangu skaala

Self-esteem of patients with schizophrenia spectrum disorder

Abstract

Previous research has indicated the importance of self-esteem in the context of schizophrenia spectrum disorders. There is though no knowledge of research conducted in Estonia concerning the usability of self-esteem measuring instruments in the sample of schizophrenia spectrum disorder patients. The aim of this paper was to find out if the self-esteem of patients with schizophrenia spectrum disorder is different from controls by the example of ERSES scale and to find out psychometric indicators of ERSES scale in the patients sample. The study involved 132 patients with schizophrenia spectrum disorder. The control group was formed of Estonian representative sample of European Social Survey, consisting of 815 persons. It was found that the self-esteem of patients was significantly lower than of healthy controls. There was no difference in the self-esteem expressed by positively worded items, but the patients' self-esteem expressed by negatively worded items was significantly lower than of controls. Based on patients' group data it was confirmed that ERSES scale has a one-dimensional factor structure and high internal reliability.

Keywords: psychosis, schizophrenia, self-esteem, Rosenberg self-esteem scale

Sissejuhatus

Vaimsete häirete diagnostilise ja statistilise käsiraamatu (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*) viienda väljaande DSM-5TM (American Psychiatric Association, 2013) kohaselt kuuluvad skisofreeniaspektri ja teiste psühhootiliste häirete hulka skisofreenia, teised psühhootilised häired ja skisotüüpne (isiksuse)häire.

Kõige sagedasem krooniline psühhootiline häire on skisofreenia (Perälä, 2013). See on tõsine krooniline haigus, mis mõjutab olulisel määral seda põdevate inimeste ning nende lähedaste elusid. Haigusspetsiifiliste tunnustena käsitletakse skisofreeniaspektri häirete puhul eeskätt positiivseid ja negatiivseid sümptomeid ning kognitiivset düsfunktsiooni.

Positiivsete sümptomite alla kuuluvad tajuhäired (nt. auditoorsed ja visuaalsed hallutsinatsioonid), luulumõtted, desorganiseeritud käitumine ja kõne. Negatiivsed sümptomid on defitsiidid motivatsioonis (apaatia), naudingute tundmises (anhedoonia), sotsiaalses suhtluses (asotsiaalsus), verbaalses kommunikatsioonis (kõnevaegus) ja emotsioonide väljendamisel. Kognitiivne düsfunktsioon on identifitseeritud häired visuaalses ja verbaalses õppimises ja mälus, tähelepanus/valvsuses, töömälus, põhjendamisel ja probleemi lahendamisel, informatsiooni töötlemise kiiruses ja sotsiaalses kognitsioonis. (Feifel, Shilling, & MacDonald, 2016)

Psühhiaatriliste sümptomite esinemisel on nii üheks võimalikuks põhjuseks kui ka üheks võimalikuks tagajärjeks madal enesehinnang (Romm jt., 2011). Madal enesehinnang on madala tajutud elukvaliteedi riskifaktor (Gureje, Harvey, & Herrman, 2004).

Enesehinnang on üks kõige sagedamini kasutatud mõisteid psühholoogias (Mruk & Skelly, 2017). Enesehinnangu uurijad eristavad üldist ja spetsiifilist enesehinnangut (Orth & Robins, 2019). Pullmann (2003) on kirjeldanud, et „Üldine enesehinnang on määratletav kui indiviidi suhteliselt püsiv kõikehõlmav hinnang oma väärtuslikkusele (...) Spetsiifiline enesehinnang seevastu väljendab, indiviidi enesekohast suhtumist konkreetsema valdkonna või eesmärgi suhtes“. Enesehinnang on subjektiivne konstrukt, mis ei peegelda tingimata indiviidi objektiivseid omadusi ja pädevusi ega seda kuidas teised inimesed konkreetset indiviidi hindavad (Orth & Robins, 2019). Inimene võib endasse hästi suhtuda isegi juhul, kui tal puudub selleks teiste arvates küllaldane alus (Pullmann, 2003). Suurem osa varasematest uurimistöödest on keskendunud üldisele enesehinnangule.

Orth ja Robins (2019) on enesehinnangu teemalise uurimistöö tulemused võtnud kokku järgmiselt: individuaalsed erinevused enesehinnangu tasemes on elukaare jooksul suhteliselt stabiilsed, see viitab sellele, et enesehinnang on püsiv; enesehinnangul on

geneetiline komponent, kuid lapseea keskkondlikud faktorid seletavad vähemalt osaliselt enesehinnangu individuaalseid erinevusi, mis püsivad ka täiskasvanueas; vaatamata enesehinnangu stabiilsusele, on sellele iseloomulikud normatiivsed muutused elukaare jooksul; suurema osa eluajast enesehinnang tõuseb, olles kõrgeim 60-65. eluaasta vahel ning hakates pärast seda alanema; erinevate põlvkondade inimesed ei erine üksteisest enesehinnangutaseme keskmise ega elukaarele iseloomulike muutuste poolest; sotsiaalsed suhted, stressirohked elusündmused, olulised elumuutused mõjutavad enesehinnangu arengut kõikidel arenguperioodidel; enesehinnang mõjutab põhjuslikult inimeste suhteid, tööd ja tervist.

On leitud, et 24 vaimse häire puhul on probleeme enesehinnanguga (O'Brien, Bartoletti, Leitzel, 2006; viidatud Mruk & Kelly, 2017 järgi), seetõttu on enesehinnang psühhoteraapia ja tervisepsühholoogia valdkonna uurimistöodes oluline teema (Sinclair jt., 2010). Silverstone ja Salsali (2003) väidavad, et on võimalik rääkida madala enesehinnangu ja psühhiaatriliste häirete tsüklist: madal enesehinnang suurendab vastuvõtlikkust psühhiaatriliste häirete välja kujunemiseks, samas kui juba väljakujunenud häire alandab enesehinnangut. Enesehinnangust on kujunenud skisofreenia psühholoogiliste mudelite oluline fookus (Wittorf, Wiedemann, Buchkremer, & Klingberg, 2010). On leitud, et skisofreeniahaigetel kujuneb välja negatiivne minapilt (Thomas, Murakami-Brundage, Bertolami, Beck, & Grant, 2018). Varasemates uuringutes on leitud nii seda, et skisofreeniahaigete enesehinnangu tase ei erine tervete kontrollisikute omast (Krstev, Jackson, & Maude 1999; Lyon, Kaney, & Bentall, 1994) kui ka seda, et haigete enesehinnang on statistiliselt oluliselt madalam (Hofer jt., 2016; Wartelsteiner jt., 2016; Ciufolini jt., 2015). Skisofreeniahaigete patsiendigrupi enesehinnangu uurimine on oluline, kuna on leitud, et kõrgem enesehinnang ennustab kõrgemat psühhosotsiaalses raviprogrammis osalemise määra (Fung, Tsang, & Corrigan, 2008). Samuti võivad enesehinnangut tõsta aitavad sekkumised mõjutada negatiivsete sümptomite kulgu ajas (Palmier-Claus, Dunn, Drake, & Lewis, 2011). Selleks, et hinnata sekkumiste mõju, aga ka selleks, et enesehinnangut kirjeldada, võrrelda ja ennustada, on vaja psühhomeetriliselt sobivaid mõõdikuid (Eklund, Bäckström, & Hansson, 2018).

Enesehinnangut kui subjektiivset konstrukti mõõdetakse enamasti enesekohaste küsimustikega (Orth & Robins, 2019). Morris Rosenbergi poolt välja töötatud Rosenbergi enesehinnangu küsimustik (*The Rosenberg Self-Esteem Scale*; RSES; Rosenberg, 1965) on kõige enam kasutatud skaala üldise enesehinnangu mõõtmiseks (Mruk & Skelly, 2017). See mõõdab üldist enesekohast positiivset või negatiivset hoiakut oma väärtuslikkuse suhtes

inimolendina (Pullmann, 2003). Rosenbergi enesehinnangu küsimustik on tavapopulatsioonil eesti keelde kohandatud (Pullmann ja Allik, 2000; *Estonian version of the Rosenberg Self-Esteem Scale*; ERSSES), skaala sisemise reliaabluse näitaja oli normvalimil $\alpha = .84$ ning keskmine väidetevaheline korrelatsioon $r = .34$. RSES skaalat on varasemalt skisofreeniahaigetel enesehinnangu mõõtmiseks kasutatud (Cella, Swan, Medin, Reede, & Wykes, 2014; Sörngaard jt., 2002; MacDougall, Vandermeer, & Norman, 2017; Justo, Risso, Moskowitz, & Gonzalez, 2018; Wartelsteiner jt., 2016), kuid skaala psühhomeetrilisi näitajaid ei ole Eestis teadaolevalt psühhoosiahaigetel varasemalt uuritud.

Rosenberg (1965) pidas enesehinnangut ühemõõtmeliseks konstruktsiooniks, kuid uurijad on leidnud RSES skaalat analüüsides ka rohkem faktoreid (Gnambs, Scharl, & Schroeders, 2018). Sellistel juhtudel on enamasti raporteeritud positiivselt ja negatiivselt sõnastatud väidete koondumisest kahte eraldi faktorisse (Schmitt & Allik, 2005). Schmitt ja Allik (2005) uurisid Rosenbergi skaalaga 53 rahvuse enesehinnangut ning leidsid, et enamike valimite puhul on siiski tegemist ühefaktorilise struktuuriga. ERSSES skaala faktoranalüüsi uurides leidis nii kirjeldava kui kinnitava faktoranalüüsi tulemusel kinnitust küsimustiku ühemõõtmeline struktuur (Pullmann & Allik, 2000). Eklundi jt. (2018) uurimuses, mis kaasas psüühikahäiretega isikuid, sh psühhoosiahaigeid, leiti RSES skaala struktuur kinnitava faktoranalüüsi põhjal olevat ühemõõtmeline.

Nagu eelnevalt viidatud, siis on enesehinnangul skisofreenia psühholoogilistes mudelites oluline koht. Skisofreeniaspektri häirega patsientide enesehinnangu mõõtmiseks ning enesehinnangut tõstvate sekkumiste tulemuste hindamiseks on vaja sobivaid mõõtevahendeid. Kuna Rosenbergi enesehinnangu küsimustik on kõige enam kasutatavam skaala üldise enesehinnangu mõõtmiseks ning Eesti normvalimil ka adapteeritud, siis said käesoleva töö eesmärgid sellest lähtuvalt püstitatud.

Töö eesmärk

Käesoleva töö eesmärgiks on:

- 1) uurida, kas ERSSES skaala sisereliaablus on võrreldav originaalskaala vastava näitajaga;
- 2) uurida, kas ERSSES skaala faktorstruktuur skisofreeniaspektri häirega patsientide valimil sarnaneb normgrupi andmetel saadud tulemustele;
- 3) uurida, kas ja millisel määral erineb skisofreeniaspektri häirega patsientide gruppi kuuluvate isikute üldise enesehinnangu tase võrdlusgruppi kuuluvate inimeste üldisest enesekohasest suhtumisest.

Hüpoteesid

Töös on püstitatud järgnevad hüpoteesid:

1. Skisofreeniaspektri häirega patsientide gruppi kuuluvate isikute enesehinnangu mõõtmisel ERSES skaalaga ilmneb, et mõõtevahendi sisemise reliaabluse näitaja on samal tasemel võrreldes normgrupi vastava näitajaga ($\alpha \geq .84$).
2. Skisofreeniaspektri häirega patsientide gruppi kuuluvate isikute enesehinnangu mõõtmisel ERSES skaalaga kinnitab väidete faktoranalüüs ühefaktorilise lahendi olemasolu.
3. Skisofreeniaspektri häirega patsientide gruppi kuuluvate isikute üldise enesehinnangu tase ei erine võrdlusgruppi kuuluvate isikute ERSES küsimustikuga mõõdetud enesehinnangust.

Meetod

Käesolev uurimistöö on osa suuremast psühhosiahaiged kaasavast uurimistööst¹, mis toimub Sihtasutuse Tartu Ülikooli Kliinikum psühhiaatriakliinikus.

Valim

Uuritava kliinilise valimi ehk uuringugrupi moodustasid 132 patsienti, kes olid kas SA TÜK psühhiaatriakliinikusse ravile pöördunud, ambulatoorsel ravil viibivad või erihoolekandeesutustes elavad isikud. Uuringusse kaasamise kriteeriumid olid:

- (a) isikul skisofreeniaspektri häire diagnoos – RHK-10 (Maailma Terviseorganisatsioon, 1992) järgi F23 koodid (äge psühhootiline episood), F20.09 (skisofreenia, jälgimisperiood vähem kui aasta), F20 (skisofreenia oma alavormidega), F25 (skisoafektiivsed häired);
- (b) informeeritud nõusoleku vormi allkirjastamine isiku poolt;
- (c) eesti keele valdamine.

Uuringust väljaarvamise kriteeriumid olid:

- (a) isikul mahajäämus vaimses arengus;
- (b) isikul raske, dekompanseerunud keheline haigus.

¹ Protokoll nr 177/T-2, vastutav uurija dr. Liina Haring (TÜK psühhiaatriakliinik, Raja 31, 50417 Tartu), „Psühhosiahaigetel avalduva kognitiivse düsfunktsiooni seosed üldise toimetulekuga, kasutatava antipsühhootilise ravimi, bioloogilise markeriga (BDNF) ja aju struktuursete iseärasustega“

Protokoll nr 211/M-22, vastutav uurija dr. Liina Haring (TÜK psühhiaatriakliinik, Raja 31, 50417 Tartu), „Psühhosiahaigetel avalduva kognitiivse düsfunktsiooni seosed üldise toimetulekuga, kasutatava antipsühhootilise ravimi, bioloogilise markeriga (BDNF), geneetiliste tegurite ja aju struktuursete iseärasustega“

Protokoll nr 176/T-4, vastutav uurija dr. Liina Haring (TÜK psühhiaatriakliinik, Raja 31, 50417 Tartu), „Üldist rahulolu, elukvaliteeti ja toimetulekut kajastavate skaalade eesti keelde adapteerimine“

Uuringugruppi kuulujatest 72 olid mehed ja 60 naised. Keskmine vanus oli 36.6 aastat (SD=13.7), noorim osaleja oli 18- ning vanim 78-aastane. Osalejate keskmine haridustee pikkus oli 12.3 aastat (SD=2.7; ulatus: 7-20 aastat).

Võrdlusgrupina uuringugrupile kasutati Euroopa Sotsiaaluuringu (*European Social Survey*, ESS ERIC, 2006) kolmanda laine eestikeelset rahvusliku populatsiooni suhtes soolise, vanuselise ja haridustaseme lõikes esinduslikku valimit, kuhu kuulus 815 isikut, kellest 343 olid mehed ja 475 naised. Keskmine vanus oli 50.2 (SD=18.5), noorim osaleja oli 18- ning vanim 100-aastane. Osalejate keskmine haridustee pikkus oli 12.5 aastat (SD=3.3; ulatus: 3-24 aastat).

Mõõtevahendid

Üldise enesehinnangu taseme mõõtmiseks kasutati eesti keelde adapteeritud Rosenbergi Enesehinnangu Skaalat (ERSES; Pullmann & Allik, 2000). Skaala koosneb viiest positiivselt (väited nr 1, 2, 4, 6 ja 7) ja viiest negatiivselt sõnastatud (väited nr 3, 5, 8, 9 ja 10) enesekohasest väitest (vt Tabel 1).

Tabel 1

ERSES skaala väited²

Väide
1. Arvan, et olen igati lugupeetud inimene, vähemalt võrdsel määral teistega
2. Mul on palju häid omadusi
3. Kõike kokkuvõttes kaldun tundma, et olen äpardunud (R)
4. Mu oskused on sama head kui teistel inimestel
5. On olukordi, kus ma mõtlen, et minus pole midagi head (R)
6. Suhtun endasse hästi
7. Olen endaga üldiselt rahul
8. Tahaksin, et mul oleks rohkem eneseaustust (R)
9. Mulle tundub, et mu elul pole mingit mõtet (R)
10. Minus pole kuigi palju seda, mis mind rõõmustaks (R)

Märkus. (R) – pööratud väide.

² Väited on tõlgitud eesti keelde skaala adapteerimisel (Pullmann & Allik, 2000).

Väidetele paluti vastata 5-pallisel skaalal (1 – *vale/ei ole sugugi nõus*, 2 – *peaaegu vale/ei ole nõus*, 3 – *raske öelda/puudub arvamus*, 4 – *peaaegu õigus/üldiselt nõus*, 5 – *õige/täiesti nõus*). Nendele antud hinnangud summeeriti, kusjuures negatiivselt sõnastatud väidetele antud hinnangud pöörati koondskoori arvutamisel ümber. Summeerimisel saadi koondskoor (10...50 punkti), kus kõrgem punktisumma viitab kõrgemale enesehinnangu tasemele. Küsimustiku sisemise reliaabluse näitaja normgrupil oli $\alpha = .84$ ja keskmine väidetevaheline korrelatsioon $r = .34$ ning faktorstruktuur ühemõõtmeline (Pullmann ja Allik, 2000).

Protseduur

Uuringu läbiviimiseks oli luba Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt (protokollid nr 176/T-4, 177/T-2, 211/M-22). Uuringu protseduure viisid läbi psühhiaatrid, kliinilised psühholoogid ja vaimse tervise õed. Pärast informeeritud nõusoleku vormi allkirjastamist ning protseduurireeglite selgitamist paluti patsientidel täita ERSes küsimustik ja muud uuringu alaosad, sealhulgas koguti osalejatelt sotsiaal-demograafilisi andmeid. Küsimustiku täitmisel ning sotsiaal-demograafiliste andmete bloki täitmisel ei olnud ajapiirangut.

Statistiline andmetöötlus

Andmete statistiliseks analüüsimiseks kasutati programmi IBM SPSS Statistics 25 (IBM, 2017). Paralleelanalüüsi läbiviimiseks kasutati SPSS Syntax'it, O'Connori (2000) skripti. Andmete töötlemisel kasutati kirjeldava statistika meetodeid, korrelatsioonanalüüsi, kirjeldavat faktoranalüüsi (peakomponentide meetod), paralleelanalüüsi *Monte Carlo* meetodil, Mann-Whitney U testi. Otsused tehti usaldusnivool $p < .05$ ja $p < .001$.

Töö autor viis Kätlin Annilt, dr. Liina Haringult ja dr. Helle Pullmann'ilt saadud andmete põhjal läbi andmeanalüüsi, analüüsis ja tõlgendas tulemusi. Lisaks otsis autor käimasoleva kliinilise teadusuuringu tarbeks terveid kontrollisikuid, kellega viidi läbi uuringus osalenud patsientidega sarnased protseduurid.

Tulemused

ERSES skaala psühhomeetriline analüüs uuringugrupi valimil

Esimese hüpoteesi kontrollimiseks teostatud analüüsi tulemusel ilmnes, et üldise enesehinnangu küsimustiku sisemise reliaabluse näitaja patsientide valimil oli $\alpha = .86$ ning ERSES skaala keskmine väidetevaheline korrelatsioon $r = .40$.

Teise hüpoteesi kehtivuse kontrollimiseks viidi läbi peakomponentide analüüs, kasutati pööramata lahendust. Kui lähtuda Kaiseri (1960) kriteeriumist, mille alusel eraldatakse komponendid, mille omaväärtus on ≥ 1.0 , võiks uuringugrupi tulemuste alusel eraldada kaks komponenti. Esimene komponent seletas ära 46.1% ning teine 11.2% andmete hajuvusest (vt Tabel 2).

Tabel 2

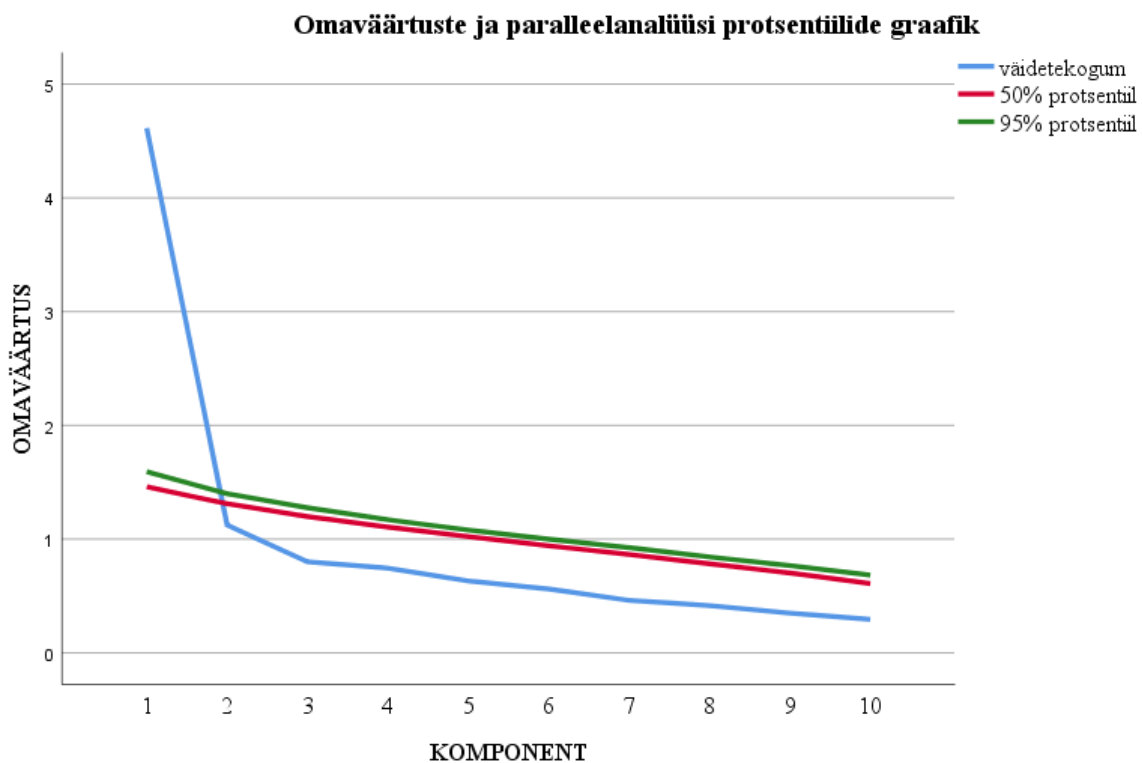
ERSES skaala peakomponentide analüüs ja komponentide sisemine konsistentsus uuringugrupi valimil.

Väide	K1	K2
7. Olen endaga üldiselt rahul	-0.79	
3. Kõike kokkuvõttes kaldun tundma, et olen äpardunud (R)	-0.74	
1. Arvan, et olen igati lugupeetud inimene, vähemalt võrdsel määral teistega	-0.74	
2. Mul on palju häid omadusi	-0.74	
6. Suhtun endasse hästi	-0.74	
9. Mulle tundub, et mu elul pole mingit mõtet (R)	-0.70	
4. Mu oskused on sama head kui teistel inimestel	-0.66	0.32
10. Minus pole kuigi palju seda, mis mind rõõmustaks (R)	-0.65	
5. On olukordi, kus ma mõtlen, et minus pole midagi head (R)	-0.53	-0.61
8. Tahaksin, et mul oleks rohkem eneseaustust (R)	-0.40	-0.58
Seletab variatiivsusest (%)	46.1	11.2
Kumulatiivne variatiivsus (%)	46.1	57.3

Märkus. Peakomponentide meetod, pööramata, Kaiseri normaliseerimisega. N=132. K1 – komponent 1, K2 – komponent 2. (R) – pööratud väide. Väited on reastatud vastavalt kaalude suurusele esimese komponendi alusel. Esitatud on kaalud väärtustega üle $|.30|$. Väidete numbrid vastavad originaaltesti vastavate väidete numbritele.

Siiski on leitud, et Kaiseri kriteerium ei tööta eriti hästi ning, et see meetod annab tihti tulemuseks liiga suure arvu faktoreid (*overfactoring*) (Fabrigar, Wegener, MacCallum, & Strahan, 1999).

Kasutades peakomponentide arvu määramisel Cattelli (1966) kriteeriumit ehk hinnates komponentide arvu omaväärtuste graafiku alusel (vt Joonis 1, sinine joon), leiti, et kõige paremini sobib skisofreeniaspektri häirega patsientide valimil ERSES skaala abil mõõdetud enesehinnangu kirjeldamiseks ühemõõtmeline struktuur.

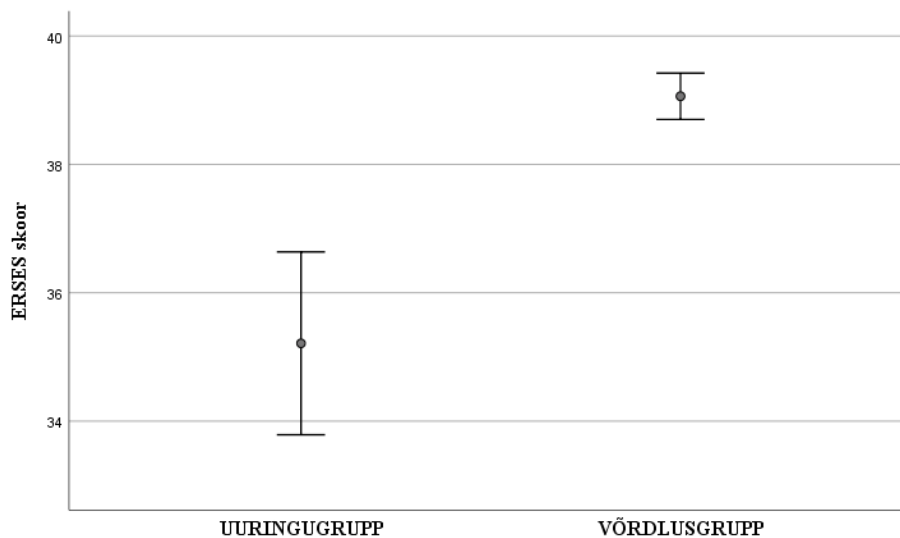


Joonis 1. ERSES väidetekogumi omaväärtused ja *Monte Carlo* simulatsiooni tulemused.

Kuna Kaiseri kriteerium ja Cattelli kriteerium andsid erineva tulemuse, viidi lisaks läbi paralleelanalüüs *Monte Carlo* meetodil (Green, Levy, Thompson, Lu, & Lo, 2012), mis osutas ühemõõtmelisele lahendile (vt Joonis 1, punane ja roheline joon). Arvestades graafiku kuju, esimese komponendi tugevust ning paralleelanalüüsi tulemusi, on otstarbekas käsitleda lahendit ühemõõtmelisena.

Uuringugrupi enesehinnangu taseme võrdlus võrdlusgrupiga

Uuringugruppi kuuluvate isikute ERSES küsimustikuga hinnatud enesehinnangu skoori keskmine $M = 35.2$ ($SD = 8.3$, $Mdn = 35.0$, vahemik 12-50) oli võrreldes võrdlusgruppi kuuluvate isikute enesehinnangu keskmise tasemega $M = 39.1$ ($SD = 5.3$, $Mdn = 39.0$, vahemik 19-50) statistiliselt oluliselt madalam ($U = 38357.500$, $Z = -5.302$, $p < .001$). Tulemus on graafiliselt esitatud Joonisel 2, kahe valimi keskmiste skooride võrdlus on toodud Tabelis 3.



Joonis 2. Uuringu- ja võrdlusgrupi ERSES skoori keskmised tasemed ja 95% usalduspiirid

Uuringugrupi meeste keskmine enesehinnangu skoor $M = 34.6$ ($SD = 7.9$, $Mdn = 34.0$, vahemik 21-50) ning sama grupi naiste skoor $M = 35.9$ ($SD = 8.7$, $Mdn = 36.0$, vahemik 12-50) olid sarnased ($U = 1915.000$, $Z = -1.121$, $p = .262$). Ka võrdlusgrupi meeste keskmise enesehinnangu skoori $M = 38.9$ ($SD = 5.3$, $Mdn = 39.0$, vahemik 19-50) võrdlemisel sama grupi naiste skooriga $M = 39.2$ ($SD = 5.2$, $Mdn = 39.0$, vahemik 23-50) ei ilmnenud statistiliselt olulist erinevust ($U = 77271.000$, $Z = -1.110$, $p = .267$).

Selleks, et täpsemalt analüüsida uuringugruppi ja võrdlusgruppi kuuluvate isikute enesehinnangu skooride erinevust, moodustati positiivselt ja negatiivselt sõnastatud väidete alusel kaks summaarset indeksit. Positiivse enesehinnangu indeksi alla kuulusid positiivselt sõnastatud väited (nr 1, 2, 4, 6 ja 7) ning negatiivse enesehinnangu indeksi alla kuulusid negatiivselt sõnastatud väited (nr 3, 5, 8, 9 ja 10). Selgus, et enesehinnangu positiivse aspekti keskmine tase on patsientide gruppi kuuluvatel isikutel $M = 19.8$ ($SD = 4.1$, $Mdn = 20$, vahemik 5-25) ja normisikutel $M = 19.6$ ($SD = 2.8$, $Mdn = 20$, vahemik 7-25) sarnane

($U=49481.000$, $Z = -1.364$, $p = .172$), kuid negatiivse enesehinnangu mõttes suhtuvad patsiendid ($M = 15.4$, $SD = 5.0$, $Mdn = 15.0$, vahemik 6-25) endasse normisikutega ($M = 19.4$, $SD = 3.3$, $Mdn = 20.0$, vahemik 7-25) võrreldes statistiliselt oluliselt negatiivsemalt ($U = 27828.000$, $Z = -8.937$, $p < .001$).

Tabel 3

ERSES skaala kirjeldavad statistikud, sisereliaablused ja kahe valimi keskmiste skooride võrdlus

Väide	Uuringugrupp				Võrdlusgrupp				U	Z	p
	M	SD	Mdn	r	M	SD	Mdn	r			
1. Arvan, et olen igati lugupeetud inimene, vähemalt võrdsel määral teistega	3.81	1.09	4.00	0.64	3.95	0.74	3.95	0.53	52003.000	-.668	.504
2. Mul on palju häid omadusi	4.03	0.99	4.00	0.63	3.81	0.75	3.81	0.46	44604.000	-3.436	.001
3. Kõike kokkuvõttes kaldun tundma, et olen äpardunud (R)	3.36	1.51	3.00	0.65	4.17	0.80	4.00	0.58	40294.500	-4.944	.000
4. Mu oskused on sama head kui teistel inimestel	3.76	1.11	4.00	0.54	3.80	0.78	3.80	0.40	53090.000	-.259	.796
5. On olukordi, kus ma mõtlen, et minus pole midagi head (R)	3.15	1.43	3.00	0.50	3.78	1.02	3.78	0.48	40351.500	-4.798	.000
6. Suhtun endasse hästi	4.27	0.90	4.50	0.63	3.99	0.81	4.00	0.53	42185.500	-4.412	.000
7. Olen endaga üldiselt rahul	3.92	1.17	4.00	0.68	4.07	0.78	4.00	0.57	53282.000	-.195	.845
8. Tahaksin, et mul oleks rohkem eneseaustust (R)	2.19	1.19	2.19	0.34	3.18	1.06	3.00	0.37	27400.500	-9.348	.000
9. Mulle tundub, et mu elul pole mingit mõtet (R)	3.64	1.48	5.00	0.63	4.46	0.80	5.00	0.55	40617.000	-5.144	.000
10. Minus pole kuigi palju seda, mis mind rõõmustaks (R)	3.08	1.46	2.00	0.56	3.87	0.97	4.00	0.55	37602.500	-5.809	.000
ERSES skoor	35.21	8.27	35.00	.86^a	39.06	5.25	39.00	.82^a	38357.500	-5.302	.000

Märkus. (R) – pööratud väide, M - keskmine, SD - standardhälve, Mdn – mediaan, r – väite seos skooriga (*item-total correlation*), U – Mann-Whitney'i testi väärtus, Z – z-skoor, p – olulisusnivoo, α – skaala sisemine reliaablus (*Cronbachi alfa*).

Arutelu ja järeldused

Käesoleva töö eesmärk oli skisofreeniaspektri häirega patsientide valimil uurida Rosenbergi enesehinnangu küsimustiku psühhomeetrilisi näitajaid ja faktorstruktuuri. Lisaks sellele oli eesmärgiks uurida, kas ja millisel määral erineb skisofreeniaspektri häirega patsientide gruppi kuuluvate isikute enesehinnangu tase võrdlusgruppi kuuluvate inimeste enesehinnangust hinnatuna Rosenbergi enesehinnangu küsimustikuga. Püstitati kolm hüpoteesi.

Esimene hüpotees väitis, et skisofreeniaspektri häirega patsientide gruppi kuuluvate isikute enesehinnangu mõõtmisel ERSES skaalaga ilmneb, et mõõtevahendi sisemise reliaabluse näitaja (*Cronbachi alfa*) on $\geq .84$. Hüpotees leidis kinnitust, mõõtevahendi sisemise reliaabluse näitaja oli kõrge ($\alpha = .86$). See on kooskõlas varasemate uurimustega, mis on samuti näidanud mõõtevahendi kõrget sisemist reliaablust ka skisofreeniahaigete valimil. MacDougall, Vandermeer ja Norman (2017) uurimisobjektiks olid esmase psühhoosiepisoodi läbinud patsiendid, skaala sisemise reliaabluse näitaja $\alpha = .87$. Justo, Risso, Moskowitz ja Gonzalez (2018) kasutasid hispaaniakeelset skaalat skisofreeniahaigete valimil ning nende töös oli skaala sisemise reliaabluse näitajaks $\alpha = .86$. Wartelsteineri jt. (2016) uurimuses kasutati skisofreeniahaigetel skaala saksakeelset versiooni ning selle sisemise reliaabluse näitajaks oli $\alpha = .84$. Eklund jt. (2018) uurisid rootsikeelse skaalaga kahe valimi baasil psüühilise häirega isikuid (diagnoos: psühhoos, depressioon/ärevushäire, muu) ning said sisemise reliaabluse näitajaks $\alpha = .91$. Sisereliaabluse aktepteeritav väärtus jääb erinevatel hinnangutel vahemikku .70 - .95 (Tavakol & Dennick, 2011). Käesoleva töö tulemus näitab, et ERSES skaala on sarnaselt normgrupile ka patsientide grupil kasutamise korral usaldusväärne ja skisofreeniaspektri häirega patsiendid suudavad küsimustiku väiteid tajuda ühtse konstruktina. Keskmise väidetevaheline korrelatsioon oli $r = .40$. See on mõnevõrra kõrgem näitaja kui RSES skaala eesti keelde adapteerimisel saadud tulemus $r = .34$. Keskmise väidetevaheline korrelatsioon võiks jääda .20 - .40 vahele, sellisel juhul on väited vastuvõetaval määral homogeensed, samas piisavalt varieeruvad (Piedmont, 2014).

Teine hüpotees eeldas, et skisofreeniaspektri häirega patsientide gruppi kuuluvate isikute enesehinnangu mõõtmisel ERSES skaalaga kinnitab tulemuste faktoranalüüs ühefaktorilise lahendi olemasolu. Nimetatud hüpoteesi kontrollimiseks viidi läbi peakomponentide analüüs ning paralleelanalüüs, mis lubasid järeldada, et hüpotees leidis kinnitust. Varasemalt on RSES skaala faktorite arvu uurides jõutud erinevate tulemusteni.

Näiteks jõudsid Gnambs jt. (2018) metaanalüüsiga Rosenbergi skaala struktuuri erinevaid mudeleid testides järeldusele, et parimate näitajatega olid ühefaktoriline üldmudel ja kahefaktoriline mudel. Alessandri ja Vecchione (2015) viisid mitte-kliinilisel valimil läbi neli uurimust ja uurisid kümmet erinevat mudelit. Nad järeldasid, et Rosenbergi skaala ei ole ühefaktorilise struktuuriga, vaid on kolm faktorit: enesehinnangu üldfaktor ja kaks spetsiifilist faktorit, millest üks seostub negatiivselt sõnastatud väidetega ning teine positiivselt sõnastatud väidetega. Ka kliinilisel valimil on saadud erinevaid tulemusi. Barrowclough jt. (2003) uurisid skisofreeniahaigete valimil Rosenbergi skaala positiivse ja negatiivse enesehinnangu sõltumatust peakomponentide analüüsiga kasutades varimaks-pööramist. Nad leidsid struktuuri, mis koosnes kolmest komponendist. Esimene komponent koosnes viiest positiivselt sõnastatud väitest, teine neljast negatiivselt sõnastatud väitest ning kolmandasse komponenti jäi väide „*Kõike kokkuvõttes kaldun tundma, et olen äpardunud*“. Käesoleva töö puhul kuulus nimetatud väide nii pööramata lahenduse puhul, kui kasutades kõige levinumat - varimaksiga pööratud lahendust - esimesse komponenti, esimeses komponendis olid kõikidel väidetel kaalud suuremad kui .40. Väidetel „*Mu oskused on sama head kui teistel inimestel*“, „*On olukordi, kus ma mõtlen, et minus pole midagi head*“ ning „*Tahaksin, et mul oleks rohkem eneseaustust*“ olid kaalud ka teises komponendis. Palmier-Claus jt. (2011) uurimus keskendus esimese episoodi psühhoosihaigetele. Nad kasutasid peakomponentide meetodit ja kaldnurkset pööramist ning leidsid kaks komponenti. Esimene komponent esindas positiivset enesehinnangut, teine negatiivset, väide „*Mul on palju häid omadusi*“ ei laadunud kummalegi komponendile. Käesoleva töö raames läbi viidud peakomponentide analüüsi tulemusel kuulus nimetatud väide esimesse komponenti. Marsh'i (1996) arvates seisneb kriitiline küsimus selles, kas kahe faktori ilmnemine on sisulises mõttes tähenduslik või vastamise stiilidega seotud artefakt. Marsh (1996) on leidnud, et Rosenbergi skaala on ühedimensionaalne, kuid esinevad meetoodilised efektid, mis seostuvad peamiselt negatiivselt sõnastatud väidetega ning, et kui küsimustikud sisaldavad positiivselt ja negatiivselt sõnastatud väiteid, näitab faktoranalüüs sageli, et skaala on kahedimensiooniline.

Kolmas hüpotees eeldas, et skisofreeniaspektri häirega patsientide gruppi kuuluvate isikute enesehinnang ERSES skoori alusel ei erine võrdlusgruppi kuuluvate isikute enesehinnangu tasemest. See hüpotees kinnitust ei leidnud ja tulemused näitasid, et patsientide gruppi kuuluvate isikute enesehinnang on statistiliselt oluliselt madalam võrreldes mitte-kliinilise esindusvalimist koosneva võrdlusgrupiga. Varasemalt on skisofreeniaspektri häirega patsientide ja võrdlusgruppi kuuluvate isikute võrdlemisel saadud vastuolulisi

tulemusi. Rosenbergi skaalat kasutades on leitud nii seda, et enesehinnangu tase ei erine (Krstev jt., 1999; Lyon jt., 1994) kui ka seda, et patsientide enesehinnangu tase on madalam (Hofer jt., 2016; Wartelsteiner jt., 2016; Ciufolini jt., 2015).

Wittorf'i jt. (2010) arvates võib erinevate tulemuste saamise põhjuste selgitamisel olla oluline valimite heterogeensus. Nad on välja toonud, et kirjanduses on rõhutatud mõõtmise hetkel patsienti iseloomustava haiguse staadiumi olulisust, kuid ka siin on saadud erinevaid tulemusi. Näiteks on Roberts (1991) leidnud, et enesesse suhtumine võib olla ebastabiilne eriti just üleminekul akuutsest faasist remissiooni faasi. Kumar ja Mohanty (2016) on arutlenud, et kui patsientide seisund on ägenenud, on neil endast moonutatud ettekujutus, mis ei vasta reaalsusele; kui sümptomid vähenevad ning hakkab taastuma side reaalsusega, hinnatakse ennast vastavalt reaalsusele ümber ning see peegeldub alanenud enesehinnangus. Minu arvates võib mõju avaldada see, et skisofreeniaspektri häire diagnoosiga patsiendid ei ole homogeenne grupp, valim võidakse moodustada ühe diagnoosiga patsientide põhjal, samas võivad ühte uurimusse olla kaasatud erinevate skisofreeniaspektri häire diagnoosidega patsiendid. Näiteks uurisid Hofer jt. (2016) skisofreeniahaigeid, Wartelsteiner jt., (2016) paranoidse skisofreenia diagnoosiga patsiente, Ciufolini jt., (2015) esimest psühhoosi episoodi põdenuid. Krstev' jt. (1999) valimisse kuulusid skisofreenia, skisofreniformse häire, luululise häire, (maania episoodiga) bipolaarse häire, muu skisoafektiivse häire, muu täpsustamata psühhootilise häirega patsiendid.

Käesolevast, Eesti psühhosihaigete valimil läbi viidud uurimistööst, selgus ka, et uuringugruppi kuuluvate isikute negatiivselt sõnastatud väidetega hinnatud enesehinnangu tase on võrreldes populatsiooni esindusvalimist koosneva võrdlusgrupi keskmise tasemega statistiliselt oluliselt madalam, samal ajal kui positiivselt sõnastatud väidetega hinnatud enesehinnangu tase on sarnane. Ehk teisisõnu suhtusid skisofreeniahaiged endasse samal ajal nii positiivselt kui negatiivselt, nõustudes võrdlusgrupist oluliselt enam madalale enesehinnangule viitavate väidetega (nt. „*Mulle tundub, et mu elul pole mingit mõtet*“, „*Minus pole kuigi palju seda, mis mind rõõmustaks*“). Seda on varasemalt täheldanud ka Barrowclough jt. (2003). Nemad eeldasid oma uurimuses, et enesehinnangule avaldavad mõju suhted teiste inimestega. Täpsemalt uurisid nad, kuivõrd lähedaste inimeste negatiivsed reaktsioonid on seotud pühhoosihaigete enesehinnanguga. Nad kasutasid enesehinnangu mõõtmiseks modifitseeritud Enesehinnangu ja sotsiaalse toetuse intervjuud (*Self-Evaluation and Social Support interview: Schizophrenia Version*; SESS-sv; Humphreys, Barrowclough, & Andrews, 2001; viidatud Barrowclough jt., 2003, järgi) ning leidsid, et patsiendid suhtusid endasse mõõdukalt negatiivselt (keskmine NES-skoor (*The Negative Evaluation of Self*

score) 7.9, SD = 2.1, võimalik vahemik 3-12) ning samal ajal ka mõõdukalt positiivselt (keskmine PES-skoor (*The Positive Evaluation of Self score*) 5.3, SD = 1.0, võimalik vahemik 2-8). Läbi viidud korrelatsioonanalüüs kinnitas nende oletust, et NES-skoori ja lähedaste kriitilise suhtumise vahel on seos, ehk mida kriitilisemad on lähedased inimesed, seda enam esineb patsientidel lisaks positiivsele endasse suhtumisele samaaegselt ka negatiivset suhtumist endasse. Barrowclough jt. (2003) töid muuhulgas välja selle, et psühhosiahaigete enesehinnangu uurimisel tuleks tähelepanu pöörata ka nende meeleolule. Varasemad uuringud (Andrews & Brown, 1993; Rosenberg, Schooler, Schoenbach & Roseneber, 1995; viidatud Barrowclough jt., 2003 järgi) on näidanud, et küsimustikud, mis enesehinnangut mõõdavad, on meeleolu suhtes tundlikud, mis on seletatav sellega, et enese vähene väärtustamine (*low self-worth*) on üks depressiooni sümptomeid. Lähedaste kriitika ja depressiivsus võivad minu arvates seega seletada skisofreeniahaigete negatiivsemat suhtumist endasse, kuid need ei seleta seda, miks negatiivne suhtumine ei ole üleüldine.

Skisofreeniahaigetel säilib ka ju positiivne suhtumine endasse kuna positiivselt sõnastatud väidetega hinnatud enesehinnangu tase oli käesoleva töö tulemuste põhjal sarnane võrdlusgruppi kuuluvate isikutega. Minu arvates on üks võimalik seletus seotud skisofreeniahaigetele iseloomuliku kognitiivse düsfunktsiooniga. Eneseanalüüs ja enesehinnangu küsimustiku täitmine eeldab kognitiivsete funktsioonide kaasatust. Skisofreeniahaigetel on probleeme sotsiaalse kognitsiooniga: neil on raskusi sotsiaalsete vihjete tajumisega, kogemuste jagamisega, teiste inimeste mõtetest arusaamise ja emotsioonide ära tundmisega, kohase emotsionaalse reageeringuga (Green, Horan, & Lee, 2015). Kui nad ei suuda õigesti tõlgendada teistelt saadavat tagasisidet, võivad nad nii teiste kui ka enda kohta teha kallutatud järeldusi. Küsimustiku täitmise puhul võib oluline roll olla ka sellel, kuidas küsimustiku täitja verbaalset infot töötleb. Näiteks on Marsh (1996) leidnud, et RSES skaala negatiivselt sõnastatud väidete efekti mõju väheneb verbaalse võimekuse kasvades. Condray jt. (2002) jõudsid oma töös järeldusele, et skisofreeniahaigetel on retseptiivse kõne süntaksi töötlus häiritud. Hinzen ja Rosselló (2015) on välja pakkunud uudse lähenemise keelele ja mõtlemisele skisofreenia kontekstis. Kui klassikalises vaates leitakse, et skisofreenia puhul on häiritud mõtlemine, siis Hinzen'i ja Rosselló (2015) arvates ei ole skisofreeniahaigetel häiritud mitte mõtlemine, vaid see kuidas keele abil toimub mõtete loomine. Nad oletavad, et keel kui mõtete loomise vahend mängib skisofreenia etiopatogneesises olulisemat rolli kui seni arvatud. Seega, kuigi endast samal ajal nii positiivselt kui ka negatiivselt võivad mõelda nii skisofreeniahaiged kui ka teised inimesed (Barrowclough jt., 2003), siis see, et skisofreeniahaigete negatiivsete väidete alusel mõõdetud

enesehinnangu tase erineb normisikute omast siiski statistiliselt olulisel määral, võib olla seotud skisofreeniahaigete kognitiivsest düsfunktsioonist tuleneva infotöötluse eripäraga.

Käesoleva töö puhul tuleb arvestada mõningate piirangutega. Valimi piiratud mahu tõttu tuleb olla ettevaatlik üldistuste tegemisel. Väidetele antud enesehinnangu skooride jaotus ei olnud normaaljaotuslik. Enesehinnang on konstrukt, mille puhul rohkem inimesi nõustub kõrgema enesehinnanguga kui normaaljaotuslikult võiks eeldada. Kliinilise valimi kasutamine võib samuti tähendada kõrvalekaldeid normaaljaotuslikkusest. Kuivõrd enesehinnangut uuriti vaid Rosenbergi skaalaga, siis käesolev töö ei võimalda hinnata skaala konstruktvaliidsust. Uuringugruppi kuulusid nii esmased psühhosidiagnoosi saanud patsiendid kui ka kroonilised haiged. Nagu eespool mainitud, võivad patsiendi karakteristikud ning haiguse staadium olla enesehinnangu seisukohalt olulised. Tulevikus läbiviidavate uurimuste puhul võiks patsientide alagruppe eraldi vaadelda, suurendades sellisel juhul ka valimimahtu. Üheks edasiseks võimaluseks on uurida, kuivõrd korreleerub enesehinnang sümptomite väljendusastmega ning jälgida patsientide grupi enesehinnangut pikema perioodi jooksul, et uurida selle püsivust ajas. Kindlasti oleks üks võimalik edasine uurimissuund seotud skisofreeniahaigete verbaalse info töötlemise eripäradega. Samuti on võimalik teemat edasi arendada põhjalikumate analüüsidega ERSSES küsimustiku uurimiseks patsientide valimil, näiteks uurida kinnitava faktoranalüüsiga küsimustiku faktorstruktuuri, kuivõrd käesoleva töö maht ei võimaldanud seda uurida.

Käesolev töö annab kinnitust selle kohta, et ERSSES skaala on skisofreeniaspektri häirega patsientidel kasutamiseks sobilik võimaldades nende enesehinnangut usaldusväärselt mõõta. Usaldusväärse mõõdiku olemasolu võimaldab hinnata sekkumiste tulemuslikkust, mis on oluline, kuna enesehinnangul on skisofreenia psühholoogilistes mudelites oma koht. Seega on käesolev töö andnud olulise panuse enesehinnangu uurimisse psühhooosi haigestunute grupil, mida varasemalt ei ole teadaolevalt Eestis tehtud.

Tänu sõnad

Ma tänan südamest oma juhendajaid Kätlin Anni't, Liina Haring'ut ja Helle Pullmann'i heade nõuannete, toetuse, vastutulelikkuse ning siira huvi eest käesoleva töö vastu. Lisaks soovin tänada kõiki patsiente, kes olid nõus uurimistöös osalema ning terveid kontrollisikuid, kes soostusid käimasolevate uuringute tarbeks oma panuse andma.

Kasutatud kirjandus

Alessandri, G., & Vecchione, M. (2015). On the Factor Structure of the Rosenberg (1965)

General Self-Esteem Scale. *Psychological Assessment*, 27(2), 621-635.

doi: <http://dx.doi.org/10.1037/pas0000073>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic And Statistical Manual of Mental*

Disorders DSM-5TM. (5th ed.). Washington, DC.

<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Andrews, B. & Brown, G. W. (1991). *The Self Evaluation and Social Support (SESS)*

manual. London: Royal Holloway and Bedford New College.

Barrowclough, C., Tarrier, N., Humphreys, L. Ward, J., & Gregg, L. (2003) Self-Esteem in

Schizophrenia: Relationships Between Self-Evaluation, Family Attitudes, and

Symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(1), 92-99.

doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.112.1.92>

Cattell, R. B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral*

Research, 1, 245-276.

Cella, M., Swan, S., Medin, E., Reeder, C., & Wykes, T. (2014). Metacognitive awareness of

cognitive problems in schizophrenia: exploring the role of symptoms and self-esteem.

Psychological Medicine, 44, 469-476.

doi: <https://doi.org/10.1017/S0033291713001189>

Ciufolini, S., Morgan, C., Morgan, K., Fearon, P., Boydell, J., Hutchinson, G., . . . Dazzan, P.

(2015). Self esteem and self agency in first episode psychosis: Ethnic variation and

relationship with clinical presentation. *Psychiatry Research*, 227(2–3), 213–218.

doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.03.030>

Condray, R., Steinhauer, S. R., van Kammen, D. P., & Kasperek, A. (2002).

The language system in schizophrenia: Effects of capacity and linguistic structure. *Schizophrenia Bulletin*, 28(3), 475-490.

doi: <http://dx.doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006955>

Eklund, M., Bäckström, M., & Hansson, L. (2018). Psychometric evaluation of the Swedish version of Rosenberg's self-esteem scale. *Nordic Journal of Psychiatry*, 72(5), 318-324.

doi: <https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1457177>

European Social Survey. (2006). *Data and Documentation by Round*.

Viidatud 25.04.2020, <https://www.europeansocialsurvey.org/data/download.html?r=3>

Fabrigar, L. R., Wegener, D. T., MacCallum, R. C., & Strahan, E. J. (1999). Evaluating the Use of Exploratory Factor Analysis in Psychological Research. *Psychological Methods*, 4(3), 272-299.

doi: <http://dx.doi.org.ezproxy.utlib.ut.ee/10.1037/1082-989X.4.3.272>

Feifel, D., Shilling, P. D., & MacDonald, K. (2016). A Review of Oxytocin's Effects on the Positive, Negative, and Cognitive Domains of Schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 79(3), 222-233.

doi: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.07.025>

Fung, K.M., Tsang, H. W. H., & Corrigan, P.W. (2008) Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(2), 95-104.

doi: <http://dx.doi.org/10.2975/32.2.2008.95.104>

Gnambs, T., Scharl, A., & Schroeders, U. (2018). The Structure of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Zeitschrift für Psychologie*, 226(1), 14-29.

doi: <https://doi.org/10.1027/2151-2604/a000317>

- Green, M. F., Horan, W. P., & Lee, J. (2015). Social cognition in schizophrenia. *Nature Reviews Neuroscience*, 16, 620–631.
doi: <https://doi.org/10.1038/nrn4005>
- Green, S. B., Levy, R., Thompson, M. S., Lu, M., & Lo, W-J. (2012). A Proposed Solution to the Problem With Using Completely Random Data to Assess the Number of Factors With Parallel Analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 72(3), 357-374.
doi: <https://doi.org/10.1177/0013164411422252>
- Gureje, O., Harvey, C., & Herrman, H. (2004). Self-esteem in patients who have recovered from psychosis: profile and relationship to quality of life. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 334–338.
- Hinzen, W., & Rosselló, J. (2015). The linguistics of schizophrenia: thought disturbance as language pathology across positive symptoms. *Frontiers in Psychology*, 6. Artikkel 971.
doi: doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00971
- Hofer, A., Mizuno, Y., Frajo-Apor, B., Kemmler, G., Suzuki, T., Pardeller, S., . . . Uchida, H. (2016). Resilience, internalized stigma, self-esteem, and hopelessness among people schizophrenia: Cultural comparison in Austria and Japan. *Schizophrenia Research*, 171(1-3), 86-91.
doi: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.01.027>
- Humphreys, L., Barrowclough, C., & Andrews, B. (2001). *The Self Evaluation and Social Support Interview: Schizophrenia Version (SESS-sv)*. Manchester, England: Academic Division of Clinical Psychology.
- IBM. (2017). IBM SPSS Statistics 25. Viidatud 05.05.2020.
<https://www.ibm.com/downloads/cas/ELALKA4N>

- Justo, A., Risso, A., Moskowitz, A., & Gonzalez, A. (2018). Schizophrenia and dissociation: Its relation with severity, self-esteem and awareness of illness. *Schizophrenia Research*, 197, 170-175.
doi: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.02.029>
- Kaiser, H. F. (1960). The application of electronic computers to factor analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 141-151.
- Krstev, H., Jackson, H., & Maude, D. (1999). An investigation of attributional style in first-episode psychosis. *British Journal of Clinical Psychology*, 38(2), 181-194.
doi: <https://doi.org/10.1348/014466599162737>
- Kumar, S., & Mohanty, S. (2016). Factors associated with self-esteem in patients with chronic schizophrenia. *Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 23(1), 56-60.
- Lyon, H. M., Kaney, S., & Bentall, R. P. (1994). The Defensive Function of Persecutory Delusions. Evidence from Attribution Tasks. *British Journal of Psychiatry*, 164(5), 637-646.
doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.164.5.637>
- Maailma Terviseorganisatsioon (1992). *Psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsioon RHK-10. Kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised*. Tõlge eesti keelde: V. Vasar (toim.) (1993). Tartu: Tartu Ülikool.
- MacDougall, A. G.; Vandermeer, M. R.J., & Norman, R. M.G. (2017). Determinants of self-esteem in early psychosis: The role of perceived social dominance. *Psychiatry Research*, 258, 583-586.
doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.05.050>
- Marsh, H. W. (1996). Positive and Negative Global Self-Esteem: A Substantively Meaningful Distinction Or Artifacts? *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(4), 810-819.

doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.70.4.810>

Mruk, C. J., & Skelly, T. (2017). Is Self-Esteem Absolute, Relative, or Functional?

Implications for Cross-Cultural and Humanistic Psychology. *The Humanistic Psychologist*, 45(4), 313-332.

O'Brien, E. J., Bartoletti, M., & Leitzel, J. D. (2006). *Global self-esteem: Divergent and convergent validity Issues*. In M. H. Kernis (Ed.) *Self-esteem: issues and answers* (pp. 306-315). New York, NY: Psychology Press.

O'Connor, B. P. (2000). SPSS and SAS programs for determining the number of components using parallel analysis and Velicer's MAP test. *Behavior Research Methods, Instrumentation, and Computers*, 32, 396-402.

Orth, U., & Robins, R. W. (2019). Development of Self-esteem Across the Lifespan. In D. P. McAdams, R. L. Shiner, & J. L. Tackett (Eds.), *Handbook of personality development*, (pp. 328-344). New York, NY: Guilford.

Palmier-Claus, J., Dunn, G., Drake, R., & Lewis, S. (2011). The negative and positive self: a longitudinal study examining self-esteem, paranoia and negative symptoms in individuals in first-episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*. 5(2), 150-155.

doi: <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2010.00250.x>

Perälä, J. (2013). *Epidemiology of Psychotic Disorders* (Doctoral dissertation).

Viidatud, 24.03.2020, https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104356/-URN_ISBN_978-952-245-826-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Piedmont R.L. (2014). Inter-item Correlations. In: Michalos A.C. (eds) *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. Springer, Dordrecht.

doi: https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_1493

Pullmann, H. (2003). Enesehinnang. In J. Allik, A. Realo, & K. Konstabel (Eds.),

Isiksusepsühholoogia (pp. 193-223). Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus

- Pullmann, H., & Allik, J. (2000). The Rosenberg Self-Esteem Scale: its dimensionality, stability and personality correlates in Estonian. *Personality and individual differences*, 28(4), 701-715.
doi: [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(99\)00132-4](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(99)00132-4)
- Roberts, G. (1991). Delusional belief systems and meaning in life: a preferred reality? *British Journal of Psychiatry*, 159(S14), 19–28.
doi: <https://doi.org/10.1192/S0007125000296438>
- Romm, K. L., Rossberg, J. I., Fredslund Hansen, C., Haug, E. Andreassen, O. A., & Melle, I. (2011). Self-esteem is associated with premordib adjustment and positive psychotic symptoms in early psychosis. *BMC Psychiatry*, 11. Artikkel 136.
doi: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-136>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., & Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, 60, 141-156.
doi: <https://doi.org/10.2307/2096350>
- Schmitt, D. P., & Allik, J. (2005). Simultaneous Administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 Nations: Exploring the Universal and Culture-Specific Features of Global Self-Esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(4), 623-642.
doi: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.89.4.623>
- Silverstone, P. H., & Salsali, M. (2003). Low Self-Esteem and Psychiatric Patients. Part I – The relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 2. Artikkel 2.
doi: <https://doi.org/10.1186/1475-2832-2-2>

Sinclair, S. J., Blais, M. A., Gansler, D. A., Sandberg, E., Bistis, K., & LoCicero, A.

(2010). Psychometric Properties of the Rosenberg Self-Esteem Scale: Overall and Across Demographic Groups Living Within the United States. *Evaluation & Health Professions*, 33(1), 56-80.

Sörngaard, K. W., Heikkilä, J., Hansson, L., Vinding, H. R., Bjarnason, O., Bengtson-Tops,

A., . . . Middelboe, T. (2002). Self-esteem in persons with schizophrenia. A Nordic multicentre study. *Journal of Mental Health*, 11(4), 405-415.

doi: <https://doi.org/10.1080/09638230020023769>

Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making Sense of Cronbach's Alpha. *International*

Journal of Medical Education, 2, 53-55.

doi: 10.5116/ijme.4dfb.8dfd

Thomas, E. C., Murakami-Brundage, J., Bertolami, N., Beck, A. T., & Grant, P. M. (2018).

Beck Self-Esteem Scale-Short Form: Development and psychometric evaluation of a scale for the assessment of self-concept in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 263, 173-180.

doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.02.053>

Wartelsteiner, F., Mizuno, Y., Frajo-Apor, B., Kemmler, G., Pardeller, S., Sondermann, C., ...

Hofer, A. (2016). Quality of life in stabilized patients with schizophrenia is mainly associated with resilience and self-esteem. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134(4), 360–367.

doi: <https://doi.org/10.1111/acps.12628>

Wittorf, A., Wiedemann, G., Buchkremer, G., & Klingberg, S. (2010). Quality and correlates

of specific self-esteem at the beginning of stabilisation phase of schizophrenia. *Psychiatry Research*, 179(2), 130-138.

doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.03.024>

World Health Organization. (2019, 4. oktoober). *Schizophrenia*.

<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

Käesolevaga kinnitan, et olen korrektselt viidanud kõigile oma töös kasutatud teiste autorite poolt loodud kirjalikele töödele, lausetele, mõtetele, ideedele või andmetele.

Olen nõus oma töö avaldamisega Tartu Ülikooli digitaalarhiivis DSpace.

Sille Sepmann