

Tartu Ülikool  
Sotsiaalteaduste valdkond  
Psühholoogia Instituut

EMOTSIOONIDE REGULATSIOONI RASKUSED DEPRESSIOONIGA PATSIENTIDEL

Uurimistöö

Anastassia Belkov

Juhendaja: Kirsti Akkermann, PhD

Läbiv pealkiri: EMOTSIOONIREGULATSIOON DEPRESSIOONIGA PATSIENTIDEL

Tartu, 2018

## Emotsioonide regulatsiooni raskused depressiooniga patsientidel

## Kokkuvõte

Emotsioonide regulatsioon on üldiselt seotud oma emotsioonide mingi aspekti kohandamisega vastavalt olukorrale või soovile. Varasemalt on leitud, et raskused emotsioonide regulatsioonis on seotud psühhopatoloogia esinemisega, sealhulgas meeleoluhäiretega. Käesolevas töös on uuritud emotsiooniregulatsioonis esinevaid erinevusi depressiooniga patsientidel ja tervetel kontrollisikutel. Lisaks on uuritud, kas erinevusi esineb kliinilise valimi siseselt, täpsemalt neil depressiooniga patsientidel, kellel on kaasnev ärevus- või isiksusehäire. Uuringu läbiviimisel kasutati Emotsioonide Regulatsiooni Raskuste Skaalat (DERS). Kliinilise ja kontrollgrupi vahel ilmnasid statistiliselt olulised erinevused kõigil DERS alaskaaladel, välja arvatud emotsioonide mitteteadvustamise alaskaalal. Kliinilise valimi alagruppides statistiliselt olulisi erinevusi emotsioonide regulatsioonis ei esinenud. Erinevused puudusid ka depressiooni sügavuse, melanhoolia ja komorbiidsuse olemasolu põhjal moodustatud gruppide vahel. Käesolev töö annab panuse emotsioonide regulatsiooni raskuste rolli mõistmisesse psüühikahäirete kontekstis.

*Märksõnad:* emotsioonide regulatsioon, depressioon

## Emotion Regulation Difficulties in Patients With Depression

## Abstract

Emotion regulation is related to adjusting some aspects of one's emotion according to one's situation or wish. Earlier works have demonstrated that difficulties in emotion regulation are associated with the presence of psychopathology, affective disorders included. Differences in emotion regulation difficulties among patients diagnosed with depression and healthy controls were investigated in this study. In addition, it was examined whether there are differences in emotion regulation within the clinical sample, more precisely in those depression patients, who were diagnosed with a concurrent anxiety or personality disorder. Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) was used in this study. Statistically significant differences were found between the clinical sample and the control group on all subscales, except for the „lack of emotional awareness“ scale. No statistically significant differences in emotion regulation within the subgroups of the clinical sample were found. No differences were found in groups distinguished by the severity of depression and the presence of comorbidity or melancholy. Present work makes a contribution to the understanding of the role emotion regulation difficulties might have in the context of mental disorders.

*Keywords:* emotion regulation, depression

## Sissejuhatus

### Emotsioonide regulatsioon

Emotsioonide regulatsiooni mõistel puudub ühine definitsioon ning erinevad autorid on seda erinevalt sõnastanud. Thompson (1994) on välja toonud, et emotsioonide regulatsioon koosneb sisemistest ja välistest protsessidest, mille põhjal on võimalik hinnata ja kohandada emotsionaalseid reaktsioone, saavutamaks oma eesmärke. Cole, Michel ja Teti (1994) leidsid, et emotsioonide regulatsioon on võime reageerida toimuvale viisil, mis on sotsiaalselt aktsepteeritav ning jätab ruumi nii spontaansetele reaktsioonidele kui ka nende allasurumisele või edasilükkamisele. Gross (1998) on välja pakkunud definitsiooni, mille kohaselt tähendab emotsioonide regulatsioon inimese poolt avaldatavat mõju sellele, millal ja milliseid emotsioone ta kogeb, kuidas ta neid väljendab ja läbi elab. Efektiivne emotsioonide regulatsioon eeldab leidude kohaselt ka kõrge kognitiivse kontrolli olemasolu (Joormann ja Tanovic, 2015). Koole (2009) on oma definitsioonis asetanud rõhu pigem positiivsete ja negatiivsete emotsioonide vähendamisele, säilitamisele või võimendamisele ja sellest tulenevalt võivad aset leida muudatused ka emotsionaalses reaktsioonis. Kuigi neis sõnastustes võib märgata teatud erinevusi, võib üldiselt öelda, et definitsioonide läbivaks jooneks on emotsiooni mingi aspekti kohandamine vastavalt olukorrale ja oskustele.

Gross (1998) on välja pakkunud emotsioonide regulatsiooni mudeli, millel on viis taset või alaprotsessi. Nendeks on olukorra selekteerimine (näiteks olukorrale lähenemine või sellest eemaldumine), olukorra kohandamine (püüd muuta olukorda selliselt, et selle emotsionaalne mõju muutuks), tähelepanu koondamine olukorra teatud aspektile, kognitiivne muutus ehk tähenduse omistamine olukorrale, ning reaktsiooni modifitseerimine. See tähendab, et emotsioonide regulatsioonil on mitu erinevat etappi, mille käigus saab soovitud või vajalik muudatus toimuda. Neist etappidest lähtuvalt on autor oma hilisemas uuringus näitena välja toonud kaks regulatsioonistrateegiat: ümberhindamine, mis kuulub kognitiivse muutuse alla, ja allasurumine, mis iseloomustab reaktsiooni modifitseerimist (Gross ja John, 2003).

Emotsioonide reguleerimiseks kasutatavaid erinevaid strateegiaid esineb kirjanduses aga tunduvalt rohkem. Üldiselt on neid liigitatud mitmel erineval moel, näiteks lähtudes süsteemist, millele reguleerimisprotsess on suunatud – näiteks tähelepanu või füüsiline reaktsioon –, protsessi automaatsusest või eesmärgist, milleks võib olla sealhulgas hedooniline kasu või sotsiaalse funktsioneerimise lihtsustamine (Koole, 2009). Erinevad autorid on välja pakkunud ja uurinud

paljusid erinevaid regulatsioonistrateegiaid. Nii on uuringute läbiviimisel regulatsioonistrateegiatena käsitletud näiteks ka mälestuste allasurumist ja rumineerimist (Palacio-Gonzalez, Berntsen ja Watson, 2017), korduvat negatiivset mõtlemist (Klemanski, Curtiss, McLaughlin ja Nolen-Hoeksema, 2017) ja tähelepanu kontrolli (O'Bryan et al, 2017). Siit ilmneb, et regulatsioonistrateegiaid on seostatud mõistetega, mis võivad olla nii positiivsema kui ka negatiivsema alatooniga. Näiteks korduv negatiivne mõtlemine kui regulatsioonistrateegia võib küll aidata kaasa emotsioonide reguleerimisel, kuid mitte tingimata soovitud või vajalikus suunas.

Erinevatele allikatele ja uuringutele tuginedes leidsid Gratz ja Roemer (2003) Emotsioonide Regulatsiooni Raskuste Skaala (*DERS*) koostamise käigus, et emotsioonide regulatsiooni on võimalik defineerida multidimensionaalse nähtusena, mille aluseks on kuus faktorit. Nendeks on emotsioonide mitteteadvustamine, emotsioonide mitteaktsepteerimine, impulsikontrolli raskused, tegevusraskused, strateegiate puudumine emotsioonidega hakkama saamiseks ning selgusetus emotsioonides. Seega moodustab regulatsioonistrateegiate olemasolu vaid ühe osa emotsioonide regulatsiooni kontseptsioonist ning oluline on silmas pidada ka teisi aspekte, mis on sellega seotud.

### **Varasemad leiud**

Gross ja Munoz (1995) on leidnud, et häired emotsioonide regulatsioonis mängivad rolli psüühikahäirete kujunemisel. Sarnaselt leidis ka Vachtel (2011), et Emotsioonide Regulatsiooni Raskuste skaala tulemuste põhjal on psüühikahäiretega (sealhulgas depressiooniga) patsientidel emotsioonide regulatsiooniga suuremaid raskusi kui normgrupil. Sarnaseid järeldusi on teinud ka Joormann ja Siemer (2013), Sundermann ja DePrince (2015) on aga leidnud, et raskused emotsioonide regulatsioonis ennustasid depressioonisümptomite esinemist. Mayorga et al (2018) on leidnud, et raskused emotsioonide reguleerimisel on seotud depressiooni sümptomite esinemisega ja pakkusid välja, et regulatsioonistrateegiate õpetamine klientidele võiks aidata paremini igapäevase stressiga toime tulla ning seega ka vähendada sümptomite esinemise tõenäosust.

Emotsioonide regulatsiooni erinevaid dimensioone uurides on leitud, et näiteks depressiooni puhul on patsiendil regulatsioonistrateegiate kasutamise sagedus väiksem kui normgrupil (Klemanski, Curtiss, McLaughlin ja Nolen-Hoeksema, 2017). Lisaks on leitud, et depressiivsetel patsientidel on vähenenud võime valida sobivat strateegiat emotsioonide

reguleerimiseks või muuta juba valitud, kuid mittetõhusat strateegiat (Sheppes, Suri ja Gross, 2015; Owens, Held, Hamrick ja Keller, 2018). Sarnaseid tulemusi on leidnud ka näiteks Aldao ja Nolen-Hoeksema (2012), Gross ja John (2003) ja Huh, Kim, Lee ja Chae (2017), kes tõid välja, et mittheadptiivsete strateegiate kasutamine on seotud psühhopaatoloogia, sealhulgas depressiooni esinemisega. Campbell-Sills, Barlow, Brown ja Hoffmann (2006) on leidnud, et depressiivsed patsiendid kasutavad kontrollgrupist enam negatiivsete emotsioonide allasurumist, kuna selliseid emotsioone hinnatakse vastuvõetamatuteks. Autorid oletasid, et negatiivse hinnangu andmine oma emotsioonidele võib kaasa tuua soovimatuse nendega lähemalt tegeleda ja vähendab tõenäosust, et kasutatakse kohasemaid strateegiaid, mis hõlmavad näiteks ümberhindamist või muud sügavamalt töötlemist. Lisaks on leitud, et emotsioonide allasurumise strateegia laieneb ka positiivsetele emotsioonidele, ning see pole samuti tõhus ega kohane (Beblo et al, 2012). Millgram, Joormann, Huppert ja Tamir (2015) on märkinud, et depressiooni puhul on suurem tõenäosus, et patsiendid kasutavad regulatsioonistrateegiaid, mis säilitavad või isegi süvendavad depressioonisümptomeid. See on samuti näide mittheadptiivsete strateegiate valimisest ja kasutamisest. Mainitud leiud viitavad emotsioonide regulatsiooni ja regulatsioonistrateegiate rollile psüühikahäirete esinemisel ning on seega oluline aspekt, millega arvestada häirete uurimisel ja ravil.

Emotsioonide regulatsiooni uurimisel kasutatakse uuringutes tihtipeale Emotsioonide Regulatsiooni Raskuste skaalat. Selle kriitikana on välja toodud, et uuringutes keskendutakse sageli *DEERS* üldskoorile ja otsitakse seoseid üldskoori ning psüühikahäirete sümptomite vahel (Lee, Witte, Bardeen, Davis ja Feathers, 2016). Lisaks on autorid varasemalt läbiviidud uuringutele tuginedes märkinud, et üks alaskaaladest, mis on seotud emotsioonide mitteteadvustamisega, pole vahel teiste alaskaalade tulemustega kooskõlas ja on leitud, et see ei pruugi olla testile vajalik osa (Lee, Witte, Bardeen, Davis ja Feathers, 2016; Fowler et al, 2014). Seetõttu on ka käesolevas uurimistöös mõistlik emotsioonide regulatsiooni raskusi uurides vaadelda täpsemalt ka alaskaalade tulemusi, saamaks selgemat ettekujutust emotsioonide regulatsiooni erinevatest aspektidest ja vältimaks üldistuste tegemist ainult üldskoori põhjal.

### **Töö eesmärk ja hüpoteesid**

Töö eesmärk on uurida emotsioonide regulatsiooni erinevaid aspekte depressiooni ja kaasuva psüühikahäiretega patsientidel, tuvastamaks võimalikke erinevusi depressiivsete ja tervete kontrollisikute vahel. Seeläbi on võimalik panustada erinevatele psüühikahäiretele omaste emotsiooniregulatsiooni raskuste profiilide uurimisse. Töö alaesmärk on uurida, kas ja millised erinevused emotsiooniregulatsioonis esinevad kliinilise valimi alagrupidel, täpsemalt ainult depressioonidiagnoosiga patsientidel, depressiooni ja kaasuva ärevushäire ning depressiooni ja kaasuva isiksusehäire puhul.

Varasemate uuringute põhjal (Aldao ja Nolen-Hoeksema, 2012; Scheppes, Suri ja Gross, 2015; Vachtel, 2011) võib püstitada hüpoteesi, et meeleoluhäiretega patsientidel on võrreldes kontrollgrupiga tugevamalt väljendunud raskused adaptiivsete strateegiate valimisel ja rakendamisel; täpsemalt võiks see avalduda kõrgemas skooris DERS strateegiate puudumise skaalal. Lähtudes depressiooni sümptomaatikast, mille hulka kuuluvad ka tegevusraskused (Rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon, 1992), saab lisaks püstitada hüpoteesi, et depressiooniga valimil on kõrgem skoor DERS tegevusraskuste skaalal. Kuna impulsikontrolli raskuste ja depressiooni raskusastme vahel on leitud positiivne seos (Paulus, Vanwoerden, Norton ja Sharp, 2015), püstitan hüpoteesi, et kliinilisel valimil on kõrgem skoor DERS impulsikontrolli raskuste skaalal. Kuna depressiooni raskusastmest tulenevalt võivad süveneda ka tegevusraskused (Rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon, 1992), uuritakse töö käigus ka, kas depressiooni süvenedes esineb muutusi emotsiooniregulatsioonis. Võib püstitada hüpoteesi, et raske ja mõõduka depressiooniga gruppide vahel esineb emotsiooniregulatsioonis erinevusi.

Kuna varasemalt on leitud, et näiteks depressiooni ja ärevushäire komorbiidsuse korral võib esineda rohkem tegevus- ja toimetulekuraskusi kui komorbiidsuse puudumisel (Adams, Balbuena, Meng ja Asmundson, 2016), võrreldakse käesolevas töös ka ainult puhtakujulise depressioonidiagnoosi ja komorbiidsusega patsientide emotsiooniregulatsiooni raskusi. Kirjandusest lähtuvalt püstitan hüpoteesi, et komorbiidsusega patsientidel on raskused emotsioonide regulatsioonis tugevamalt väljendunud.

Lisaks võrreldakse omavahel niinimetatud melanhoolse ehk somaatiliste sümptomitega depressiooni ja mittesomaatilise depressiooniga gruppe, kuna on leitud, et melanhoolse depressiooniga grupil esineb erinevusi mittesomaatilise depressiooniga grupist – näiteks on neil suuremaid raskusi kognitiivse paindlikkuse, planeerimise ja probleemilahendusega seotud

ülesannetes ning emotsionaalses funktsioneerimises (Michopoulos et al, 2016; Withall, Harris ja Cumming, 2010; Tsujii et al, 2016). Sellest lähtuvalt võib püstitada hüpoteesi, et melanhoolse ja mittemelanhoolse depressiooniga gruppide vahel esineb erinevusi emotsioonide regulatsioonis.

H1: depressiooniga patsientidel on võrreldes kontrollgrupiga tugevamalt väljendunud raskused adaptiivsete strateegiate valimisel ja rakendamisel; täpsemalt võiks see avalduda kõrgemas skooris DERS strateegiate puudumise skaalal

H2: depressiooniga patsientidel on kõrgem skoor DERS tegevusraskuste skaalal

H3: depressiooniga patsientidel on kõrgem skoor DERS impulsikontrolli raskuste skaalal

H4: depressiooni süvenedes ilmneb DERS alaskaaladel erinevusi mõõduka ja raske depressiooniga gruppide vahel

H5: komorbiidsusega patsientidel on võrreldes puhtakujulise depressioonidiagnoosiga grupiga tugevamalt väljendunud raskused emotsioonide regulatsioonis

H6: esineb erinevusi emotsioonide regulatsioonis melanhoolse ja mittemelanhoolse depressiooniga gruppide vahel

## Meetod

### Valim

Kliinilise grupi andmed on kogutud SA TÜK Psühhiaatrikliiniku üldpsühhiaatria ja ambulatoorses osakonnas. Valim moodustus uuringu „Pidurduslik kontroll ja tähelepanu kallutatus söömishäiretega patsientidel“ raames kogutud uuritavate ja dialektilise käitumisteraapia grupiteraapias osalevate patsientide põhjal. Käesoleva uuringu valimisse kaasati patsiendid, kelle põhidiganoos oli depressioon. Kontrollgrupp moodustus TÜ tudengitest, gümnaasiumiõpilastest ja avalikele kuulutustele vastanud vabatahtlikest, kelle andmed koguti ISU uuringu raames. Kontrollgruppi määratleti uuritavad lähtuvalt sellest, et nad ei raporteerinud, et neil oleks kunagi diagnoositud psüühikahäiret.

Patsientidel esines vahel ka komorbiidsus ehk valim hõlmab ka neid, kellel esines kaasnevaid diagnoose näiteks isiksuse- või ärevushäire näol. Seetõttu moodustati kliinilise grupi skoores analüüsides ka kolm alagruppi: ainult depressiooni diagnoosiga uuritavad, kaasneva isiksusehäirega uuritavad ning kaasneva ärevushäirega uuritavad.



Selleks, et uurida, kas depressiooni süvenedes esineb muutusi emotsioonide regulatsioonis, moodustati kolm gruppi põhidiagnoosi järgi: mõõduka, raske ja täpsustamata depressioonidiagnoosiga grupid. Komorbiidsuse võimaliku mõju uurimiseks emotsiooniregulatsioonile moodustati samuti kolm gruppi: mõõduka depressiooniga patsiendid, raske depressiooniga patsiendid ja grupp, kellel esineb lisaks depressioonile isiksuse- või ärevushäire. Sel viisil saab uurida, kas komorbiidsus või depressiooni sügavus võivad kumbki mängida rolli emotsioonide regulatsiooni raskustes.

Kuna uuringutes osalenud meeste arv ei olnud naiste suhtes proportsionaalne ja need grupid poleks olnud võrreldavad, kaasati valimisse ainult naissoost uuritavad. Kokku oli uuritavaid 381, kellest 332 kuulub kontrollgruppi ja 49 kliinilisse gruppi. Osalejate keskmine vanus oli 28,2 aastat ( $SD = 9,1$  aastat). Noorim osaleja oli 15-aastane ning vanim 59-aastane.

### **Mõõtevahendid**

Osalejad täitsid küsimustiku, milles pidid välja tooma oma sotsiaaldemograafilised andmed, näiteks vanuse ja haridustaseme. Patsientide puhul kasutati ka M.I.N.I. intervjuud (Sheehan et al, 1994), määramaks vastaja diagnoosi. Intervjuu on välja arendatud nii, et seda saavad kasutada nii RHK-10 kui ka DSM-IV kasutavad spetsialistid. Diagnostilise intervjuu kestus on umbes 15 minutit. Korduvtesti reliaablus on autorite sõnul erinevate diagnooside puhul kõrge (Coheni kapa jääb enamasti vahemikku 0.63-1.00).

Andmete kogumisel kasutati ka Emotsioonide Regulatsiooni Raskuste skaala eestikeelset versiooni (Vachtel, 2011). Selle konstrueerimisel oli aluseks DERS ehk Difficulties in Emotion Regulation Scale (Gratz ja Roemer, 2004), mille sisereliaablus on autorite hinnangul väga kõrge (Cronbachi  $\alpha = .93$ ) ja kordustesti reliaablus niisamuti (üldskooril = .88). Eestikeelne skaala koosneb 47 enesehinnangulisest väitest, mille kehtivuse sagedust tuleb hinnata skaalal 1 („peaaegu mitte kunagi“) kuni 5 („peaaegu alati“). Skaala psühhomeetrilised omadused on püsivad lisaks täiskasvanutele ka noorte seas, mis tähendab, et seda saab tõhusalt rakendada erinevate vanusegruppide lõikes (Neumann, van Lier, Gratz ja Koot, 2010; Saritas-Atalar, Gençöz, Özen, 2015).

### Andmeanalüüs

Andmete analüüsimiseks kasutati SPSS statistikaprogrammi. Analüüside läbiviimisel on parameetrilisuse määramise kriteeriumideks võetud olukord, kus asümmeetriakordaja ja järsakusaste jäävad vahemikku  $-1...1$ . Lisaks on vaadatud Shapiro-Wilki normaaljaotustesti tulemusi. Neid kriteeriume aluseks võttes on *DERS* skoorid kliinilise grupi puhul peamiselt normaaljaotuslikud, kuid kontrollgrupi puhul mitte. Seetõttu on *DERS* skooride keskmiste võrdlemiseks kliinilise ja kontrollgrupi vahel kasutatud mitteparameetrilist keskmiste võrdlemise analüüsi; kliinilise valimi alagruppide puhul on aga kasutatud ANOVA-t. Statistilise olulise nivooks on võetud .05.

### Eetika

Projekti jaoks vajalike andmete kogumiseks ja nende analüüsimiseks on saadud load Tartu Ülikooli Inimuuringu Eetikakomiteelt. Uuringus osalejad on andnud nõusoleku saadud andmete kasutamiseks ning tagatud on nende anonüümsus. Uuringus osalejatel oli võimalik igal hetkel uuringus osalemine katkestada. Kogutud andmed on konfidentsiaalsed ja neid kasutatakse vaid teaduslikel eesmärkidel.

### Tulemused

Tabelis 1 on ära toodud kliinilise ja kontrollgrupi keskmised skoorid *DERS* skaaladel ning Mann-Whitney U-testi tulemused. Kliinilise grupi puhul ( $n = 49$ ) oli *DERS* üldskoor  $M = 104.10$  ( $SD = 24.1$ ), kontrollgrupi puhul ( $n = 332$ ) oli see aga  $M = 72.09$  ( $SD = 17.1$ ). Mitteparameetrilise testi tulemuse põhjal on kahe grupi üldskoorid statistiliselt oluliselt erinevad ( $U = 2303.000$ ,  $p = .0001$ ). Seega on kliinilise grupi üldskoor emotsioonide regulatsiooni raskuste skaalal statistiliselt oluliselt kõrgem kui kontrollgrupil.

Tabelist ilmneb, et kahe grupi skooride vahel on statistiliselt olulised erinevused ka kõigil alaskaaladel, välja arvatud emotsioonide mitteteadvustamise puhul ( $U = 6702.500$ ,  $p = .074$ ). Strateegiate puudumise skaala skooride puhul on kliinilisel grupil  $M = 22.19$  ( $SD = 5.8$ ), kontrollgrupil  $M = 13.43$  ( $SD = 5.2$ ) ning keskmistes esineb statistiliselt oluline erinevus ( $U = 2224.000$ ,  $p = .0001$ ). Tegevusraskuste skaala skooride puhul ilmneb statistiliselt oluline erinevus ( $U = 3168.500$ ,  $p = .0001$ ). Impulsi kontrolli raskuste skaala skoori puhul esineb samuti statistiliselt oluline erinevus ( $U = 4830.000$ ,  $p = .0001$ ).

Tabel 1.

*Erinevused DERS skoorides kliinilise ja kontrollgrupi vahel.*

|                                      | Kliiniline |      |               |      | Mann-Whitney |       |
|--------------------------------------|------------|------|---------------|------|--------------|-------|
|                                      | grupp      |      | Kontrollgrupp |      | test         |       |
|                                      | (n = 49)   |      | (n = 332)     |      | U            | p     |
|                                      | M          | SD   | M             | SD   |              |       |
| DERS                                 | 104.1      | 24.1 | 72.1          | 17.1 | 2303.0       | .0001 |
| üldskoor                             |            |      |               |      |              |       |
| Raskused eesmärgipäras               | 24.8       | 6.4  | 17.3          | 5.3  | 3168.5       | .0001 |
| tegevuses                            |            |      |               |      |              |       |
| Emotsionaalse selguse                | 22.2       | 7.2  | 14.7          | 4.6  | 3295.0       | .0001 |
| puudumine                            |            |      |               |      |              |       |
| Impulsikontrolli                     | 10.4       | 5.1  | 7.1           | 3.0  | 4830.0       | .0001 |
| raskused                             |            |      |               |      |              |       |
| Emotsionaalsete reaktsioonide        | 11.9       | 4.1  | 7.3           | 2.8  | 3144.0       | .0001 |
| mitteaktsepteerimine                 |            |      |               |      |              |       |
| Emotsioonide                         | 13.5       | 4.3  | 12.3          | 4.9  | 6702.5       | .074  |
| mitteteadvustamine                   |            |      |               |      |              |       |
| Emotsiooniregulatsiooni strateegiate | 22.2       | 5.8  | 13.4          | 5.2  | 2224.0       | .0001 |
| puudumine                            |            |      |               |      |              |       |

Tabelis 2 on ära toodud kolme kliinilise valimisse kuuluva alagrupi keskmised DERS skaaladel ning ANOVA testi tulemused. Statistiliselt olulisi erinevusi gruppide vahel ANOVA testi tulemuste kohaselt ei ole ( $F = .659$ ,  $p = .522$ ). Ka DERS alaskaalade skooride keskmiste vahel ei esinenud statistiliselt olulisi erinevusi, seda kõigi kuue alaskaala puhul. Kõige lähedasem statistiliselt olulisele erinevusele oli alaskaala, mis mõõtis raskusi eesmärgipärasest tegevustes ( $F = 2.439$ ,  $p = 0.98$ ). Games-Howelli testi tulemused kinnitavad samuti, et statistiliselt olulised erinevused puuduvad.

Tabel 2.

*Keskmiised skoorid DERS alaskaaladel kliinilise valimi alagruppidel.*

|  | Depr. (n = 17) |           | Depr. + ÄH<br>(n = 20) |           | Depr. + IH<br>(n = 12) |           | ANOVA         |          |
|--|----------------|-----------|------------------------|-----------|------------------------|-----------|---------------|----------|
|  | <i>M</i>       | <i>SD</i> | <i>M</i>               | <i>SD</i> | <i>M</i>               | <i>SD</i> | <i>F (df)</i> | <i>p</i> |
| DERS üldskoor  | 99.1           | 30.4      | 108.2                  | 22.6      | 104.3                  | 15.4      | .659 (2, 46)  | .522     |
| Raskused<br>eesmärgipäras<br>tegevuses                   | 22.4           | 7.2       | 26.9                   | 5.4       | 23.8                   | 6.1       | 2.439 (2, 46) | .098     |
| Emotsionaalse selguse<br>puudumine                       | 21.2           | 8.8       | 22.9                   | 7.1       | 21.9                   | 4.4       | .248 (2, 46)  | .781     |
| Impulsikontrolli raskused                                | 10.3           | 5.2       | 10.5                   | 5.8       | 10.6                   | 4.1       | .009 (2, 45)  | .991     |
| Emotsionaalsete<br>reaktsioonide<br>mitteaktsepteerimine | 11.0           | 4.1       | 12.2                   | 4.0       | 12.0                   | 4.4       | .392 (2, 46)  | .678     |
| Emotsioonide<br>mitteteadvustamine                       | 14.3           | 4.6       | 12.7                   | 4.4       | 13.6                   | 3.5       | .633 (2, 45)  | .536     |
| Emotsiooniregulatsiooni<br>strateegiate puudumine        | 20.2           | 6.1       | 23.6                   | 5.7       | 22.4                   | 4.8       | 1.647 (2, 46) | .204     |

*Märkused.* ÄH – kaasnev ärevushäire; IH – kaasnev isiksusehäire; depr. – ainult depressioonidiagnoos.

Andmetöötluse käigus viidi läbi ka võrdlevad analüüsid, uurimaks, kas emotsioonide regulatsiooni raskustes esineb erinevusi sõltuvalt depressiooni raskusastmest. Gruppidevahelisi statistiliselt olulisi erinevusi ei esinenud ( $p > .05$ ). Niisamuti ei avaldunud statistiliselt olulisi erinevusi ka puhtakujulise mõõduka või raske depressioonidiagnoosiga patsientide ja komorbiidsusega patsientide vahel. Erinevused puudusid ka melanhoolse depressioonigrupi ja mittemelanhoolse depressioonigrupi vahel.

### Arutelu ja järeldused

Antud töö eesmärgiks oli uurida, kas ja milliseid erinevusi esineb emotsioonide regulatsiooni raskustes depressiooniga patsientidel võrreldes kontrollgrupiga. Töö alaeesmärgiks oli uurida ka, kas ja millised erinevused esinevad DERS skoorides alagrupidel, täpsemalt ainult depressioonidiagnoosiga inimestel, depressiooni ja kaasneva isiksus- või depressiooni ja kaasneva ärevushäirega inimestel. Püstitatud sai kolm hüpoteesi, mille kohaselt on kliinilisel grupil võrreldes psüühikahäireteta kontrollgrupiga statistiliselt oluliselt kõrgem skoor DERS impulsikontrolli, tegevusraskuste ja strateegiate puudumise skaaladel.

Kõik kolm hüpoteesi said kinnitust. Tulemused heidavad rohkem valgust sellele, millised valdkonnad on meeleoluhäirega patsientidel täpsemalt häiritud ja tavapopulatsioonist erinevad. Põhjuslikke järeldusi nende tulemuste põhjal aga teha ei saa – on võimalik, et teatud emotsiooniregulatsiooni probleemid võisid eelneda psüühikahäirele, kuid need võisid ka häirega kaasneda. Edaspidi tuleks uurida, kas ja kuidas mõjutab emotsiooniregulatsiooni eri aspektidega tegelemine patsientide paranemist ja toimetulekut, lisaks võib olla kasu ka tavapopulatsioonile emotsiooniregulatsiooni tehnikate tutvustamisest. Võimalik, et tulevikus läbiviidavad longituuduuringud annavad ka rohkem aimu, kas ja milline võiks olla põhjuslik seos emotsiooniregulatsiooni ja psüühikahäirete sümptomite vahel.

Analüüsi käigus leitud tulemused ühtivad osaliselt ka varasemate leidudega. Suuremaid raskusi emotsioonide reguleerimises üldiselt on kliinilise grupi puhul täheldanud ka Vachtel (2011) ning Sundermann ja DePrince (2015). Klemanski, Curtiss, McLaughlin ja Nolen-Hoeksema (2017), Aldao ja Nolen-Hoeksema (2012), Scheppes, Suri ja Gross (2015) ja Vachtel (2011) on oma uuringutes viidanud, et psüühikahäirega patsiendid on sobiva regulatsioonistrateegia valimisel ja rakendamisel suuremates raskustes kui normgrupp – see avaldub ka käesoleva uuringu tulemustes. Lisaks ühtivad tulemused uuringuga, mille kohaselt on depressiooniga patsientidel suuremaid raskusi impulsside kontrollimisel (Paulus, Vanwoerden, Norton ja Sharp, 2015). Varasemate tulemuste kordamine on samuti väärtuslik, kuna annab mõista, et tendents on tõepoolest olemas ja kordusuuringutes tuvastatav.

Käesolevas töös ei ilmnenu depressiooni sügavusest sõltuvaid erinevusi emotsioonide regulatsioonis. Erinevuste ilmnemiseks võisid grupid olla liiga väikesed, kuid on võimalik, et raske depressiooniga kaasnev käitumuslik ja kognitiivne pidurdus (Rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon, 1992) toovad endaga kaasa ka emotsioonide regulatsiooni vähenemise, mis

tähendab, et ka emotsiooniregulatsiooniga seotud probleeme ilmneb vähem. Lisaks ei leidnud kinnitust hüpotees, mille kohaselt esineb erinevusi emotsiooniregulatsioonis melanhoolse ja mittemelanhoolse depressiooniga gruppide vahel. On mõeldav, et somaatiliste sümptomite olemasolu või puudumine ei olegi seotud probleemidega emotsiooniregulatsioonis, vähemalt mitte sel määral, et seda saaks pidada oluliseks. Samas on teemat vaja kindlasti ka edaspidi uurida, kuna varasem kirjandus viitab siiski võimalikule erinevuste olemasolule (Michopoulos et al, 2016; Withall, Harris ja Cumming, 2010; Tsujii et al, 2016).

Käesolevas töös ei avaldunud erinevusi emotsioonide regulatsioonis ainult depressiooniga ja komorbiidsete patsientide vahel – vastav hüpotees ei leidnud kinnitust. Võimalik, et erinevuste ilmnemiseks olid grupid liiga väiksed ning esineda võis ka laaeft: on mõeldav, et psüühikahäirega patsiendid võivad sõltumata diagnoosist ja komorbiidsusest saada Emotsioonide Regulatsiooni Raskuste Skaalal kõrgeid ja seega üsna sarnaseid skoorid. Samas ei maksa ainult käesoleva töö põhjal järeldusi teha – erinevused emotsioonide regulatsioonis võivad siiski esineda. Näiteks on Whitehead ja Suveg (2016) leidnud, et depressiooni ja obsessiiv-kompulsiivse häirega (OKH) komorbiidsetel patsientidel oli suuremaid raskusi nii impulsikontrolli kui ka regulatsioonistrateegiatega rakendamise osas võrreldes patsientidega, kellel oli diagnoositud ainult OKH või ainult depressioon. Tulemused võivad viidata sellele, et komorbiidsuse puhul on emotsioonide regulatsiooni raskused teistsuguse profiiliga kui mitte-komorbiidsetel patsientidel, kuid erinevused võivad tuleneda ka sellest, et käsitleti käesolevast tööst erinevaid häireid.

Paraku on erinevate häirete emotsiooniregulatsiooni raskuste omavahelisele võrdlusele ja komorbiidsuse uurimisele suunatud uuringuid väga vähe, mistõttu oleks sellele vaja edaspidi rohkem keskenduda ja luua kindlaid teadmisi ka sellest, kas komorbiidsus mõjutab emotsioonide regulatsiooni. On leitud, et mitme häire sümptomite koosinemine võib probleeme võimendada ja raskused mitmes valdkonnas, näiteks nii meeleolu- kui ka ärevushäirest tulenevad, võivad põhjustada suuremaid toimetuleku- ja tegevusraskusi (Adams, Balbuena, Meng ja Asmundson, 2016; Nyer et al, 2013). Seetõttu võib oletada, et edaspidi uuringuid läbi viies võib komorbiidsetel patsientidel avalduda näiteks suuremaid raskusi eesmärgipärasel tegevusel.

Käesoleval tööl ja selle tulemustel on siiski ka piiranguid. Valimisse kuulusid ainult naissoost uuritavad, mistõttu ei saa teha üldistusi depressiooni diagnoosiga meestele. Edaspidi tuleks kindlasti uurida ka soolisi erinevusi meeleoluhäiretega patsientide emotsioonide regulatsioonis – seni on tulemused olnud üsna vastuolulised. Näiteks leidis Martinson (2015) oma

uuringu käigus, et emotsioonide regulatsiooni raskuste üldskooris statistiliselt olulisi erinevusi meeste ja naiste vahel ei esinenud, kuid sellegipoolest leidus erinevusi emotsioonide regulatsiooni erinevates aspektides, näiteks said mehed kõrgema skoori emotsioonide mitteteadvustamise alaskaalal, naised aga impulsikontrolli raskuste alaskaalal. Nolen-Hoeksema ja Aldao (2011) leidsid seevastu, et naised kasutavad küll meestest rohkem strateegiaid emotsioonide reguleerimiseks, kuid see tähendab, et kasutatakse rohkem ka mitteadaptiivseid strateegiaid, millel on omakorda positiivne seos depressiooni sümptomite esinemisega. Sellest lähtuvalt võib järeldada, et soolised erinevused emotsioonide regulatsioonis võivad tõepoolest olemas olla ning seda just erinevate DERS alaskaalade lõikes. Alles põhjalikemate mõlemat sugu kaasavate uuringute läbiviimisel saab teha põhjapanevamaid järeldusi emotsiooniregulatsiooni raskustest meeleoluhäiretega patsientidel üleüldiselt.

Vaatamata mainitud piirangutele on siiski võimalik välja pakkuda mõningaid mõtteid ja lahendusi edaspidiseks uurimiseks ja kaalumiseks. Näiteks on McRae et al (2017) leidnud, et erinevad emotsioonide reguleerimise strateegiad on erineva pärilikkusekoefitsiendiga, näiteks emotsioonide allasurumise puhul on pärilikkus kõrgem kui olukorra ümberhindamise strateegia puhul. See tähendab, et regulatsioonistrateegiate kasutamine ja tõhusus on osaliselt mõjutatud keskkonna poolt, mis omakorda näitab, et teraapiast võib olla kasu erinevate regulatsioonistrateegiate harjutamisel ja rakendamisel, seekaudu aga ka psüühikahäiretega tegelemisel. Autorid leiavad, et just kognitiivteraapia võimaldaks klientidel oma emotsioone tulevikus tõhusamalt reguleerida. Gutentag, Halperin, Porat, Bigman ja Tamir (2017) on oma uuringu käigus leidnud, et emotsioonide regulatsiooni efektiivsust mõjutab inimese usk emotsioonide kontrollitavusse – mida rohkem katsealused emotsioonide reguleeritavusse uskusid, seda paremini nad sellega ka toime tulid. See leid illustreerib samuti võimalikku sekkumiskohta teraapia abil, tutvustamaks neile võimalikke strateegiaid ja nende mõju ning suurendamaks seeläbi inimeste usku regulatsioonistrateegiate kasutamisse.

### **Kokkuvõte**

Kliinilise ja kontrollgrupi vahel ilmnas statistiliselt olulisi erinevusi emotsioonide regulatsiooni raskustes. Statistiliselt olulisi erinevusi ei ilmnenu aga kliinilise valimi alagruppides, milleks olid ainult depressioonidiagnoosiga patsiendid, depressiooni ja kaasneva ärevushäire ning depressiooni ja kaasneva isiksusehäirega patsiendid. Lisaks ei ilmnenu olulisi erinevusi ka depressiooni

sügavuse järgi moodustatud gruppide puhul, melanhoolse ja mittemelanhoolse grupi puhul ning komorbiidsuse esinemise põhjal moodustatud gruppide puhul.

### **Tänu sõnad**

Olen eelkõige tänulik oma juhendajale Kirsti Akkermannile nõuannete ja paranduste eest. Täna ka uuringutes osalejaid, kes olid nõus jagama oma andmeid ja panustama oma aega.



**KASUTATUD KIRJANDUS**

- Adams, G.C., Balbuena, L., Meng, X. ja Asmundson, G.J.G. (2016). When social anxiety and depression go together: A population study of comorbidity and associated consequences. *Journal of Affective Disorders*, 206, 48-54. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.07.031>
- Aldao, A., ja Nolen-Hoeksema, S. (2012). When are adaptive strategies most predictive of psychopathology? *Journal Of Abnormal Psychology*, 121(1), 276-281. doi:10.1037/a0023598
- Beblo, T., Fernando, S., Klocke, S., Griepstroh, J., Aschenbrenner, S. ja Driessen, M. (2012). Increased suppression of negative and positive emotions in major depression. *Journal of Affective Disorders*, 141(2-3), 474-479. <https://doi-org.ezproxy.utlib.ut.ee/10.1016/j.jad.2012.03.019>
- Campbell-Sills, L., Barlow, D.H., Brown, T.A. ja Hoffman, S.G. (2006). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6 (4), 587-595. doi:10.1037/1528-3542.6.4.587
- Cole, P.M, Michel, M.K. ja Teti, L.O. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: a clinical perspective. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2/3), 73-100. doi:10.1111/j.1540-5834.1994.tb01278.x
- Fowler, J.C., Charak, R., Elhai, J.D., Allen, J.G., Frueh, B.C. ja Oldham, J.M. (2014). Construct validity and factor structure of the difficulties in Emotion Regulation Scale among adults with severe mental illness. *Journal of Psychiatric Research*, 58, 175-180. <https://doi-org.ezproxy.utlib.ut.ee/10.1016/j.jpsychires.2014.07.029>
- Gratz, K.L. ja Roemer, L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.. <http://dx.doi.org.ezproxy.utlib.ut.ee/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gross, J.J. ja Munoz, R.F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2 (2), 151-164. Kasutatud 12.04.2017. doi:10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x
- Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299. doi:10.1037/1089-2680.2.3.271

- Gross, J.J. ja John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362. doi: 10.1037/0022-3514.85.2.348
- Gutentag, T., Halperin, E., Porat, R., Bigman, Y.E. ja Tamir, M. (2017). Successful emotion regulation requires both conviction and skill: beliefs about the controllability of emotions, reappraisal, and regulation success. *Cognition and Emotion*, 31, 1225-1233. <http://dx.doi.org.ezproxy.utlib.ut.ee/10.1080/02699931.2016.1213704>
- Huh, H.J., Kim, K.H., Lee, H-K. ja Chae, J-H. (2017). The relationship between childhood trauma and the severity of adulthood depression and anxiety symptoms in a clinical sample: The mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *Journal of Affective Disorders*, 213, 44-50. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.02.009>
- Joormann J., ja Siemer, M. (2013). Emotion regulation in mood disorders. J. Gross (toim). *Handbook of Emotion Regulation* (413-427). New York: Guilford.
- Joormann, J. ja Tanovic, E. (2015). Cognitive vulnerability to depression: examining cognitive control and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*, 4, 86-92.
- Klemanski, D.H., Curtiss, J., McLaughlin, K.A. ja Nolen-Hoeksema, S. (2017). Emotion regulation and the transdiagnostic role of repetitive negative thinking in adolescents with social anxiety and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 41(2), 206-219. doi: 10.1007/s10608-016-9817-6
- Koole, S.L. (2009). The psychology of emotion regulation: an integrative review. *Cognition and Emotion*, 23(1), 4-41. doi: 10.1080/02699930802619031
- Lee, D. J., Witte, T. K., Bardeen, J. R., Davis, M. T., ja Weathers, F. W. (2016). A factor analytic evaluation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal Of Clinical Psychology*, 72(9), 933-946. doi:10.1002/jclp.22297
- Mailma Tervishoiuorganisatsioon. (1992). *Rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon (10. versioon)*. Kasutatud 20.04.2017. <http://www.kliinikum.ee/psyhhiaatrikliinik/lisad/ravi/RHK/RHK10-FR17.htm>
- Martinson, R. (2015). *Isiksuslikud ja soolised erinevused emotsiooni regulatsiooni raskustes*. Bakalaureusetöö. Tartu Ülikool, Psühholoogia instituut.
- Mayorga, N.A., Jardin, C., Bakshaie, J., Garey, L., Viana, A.G., Cardoso, J.B. ja Zvolensky, M. (2018). Acculturative stress, emotion regulation, and affective symptomology among

- Latino/a college students. *Journal of Counseling Psychology*, 65(2), 247-258. <http://dx.doi.org/10.1037/cou0000263>
- McRae, K., Rhee, S.H., Gatt, J.M., Godinez, D., Williams, L.M ja Gross, J. (2017). Genetic and environmental influences on emotion regulation: a twin study of cognitive reappraisal and expressive suppression. *Emotion*, 17(5), 772-777. <http://dx.doi.org/10.1037/emo0000300>
- Michopoulos, I., Zervas, I.M., Papakosta, V.M., Tsaltas, E., Papageorgiou, C., Manessi, T., ... Soldatos, C.R. (2006). Set shifting deficits in melancholic vs. non-melancholic depression: preliminary findings. *European Psychiatry*, 21, 361-363. <https://doi-org.ezproxy.utlib.ut.ee/10.1016/j.eurpsy.2006.03.008>
- Millgram, Y., Joormann, J., Huppert, J.D. ja Tamir, M. (2015). Sad as a matter of choice? Emotion-regulation goals in depression. *Psychological Science*, 26(8), 1216-1228. <https://doi.org/10.1177%2F0956797615583295>
- Neumann, A., van Lier, P. A., Gratz, K. L., ja Koot, H. M. (2010). Multidimensional assessment of emotion regulation difficulties in adolescents using the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Assessment*, 17, 138–149. <http://dx.doi.org/10.1177/1073191109349579>
- Nolen-Hoeksema, S. ja Aldao, A. (2011). Gender and age differences in emotion regulation strategies and their relationship to depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 51(6), 704-708. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2011.06.012>.
- Nyer, M., Farabaugh, A., Fehling, K., Soskin, D., Holt, D., Papakostas, G. I., ... Mischoulon, D. (2013). Relationship between sleep disturbance and depression, anxiety, and functioning in college students. *Depression and Anxiety*, 30(9), 873-880. doi:10.1002/da.22064
- O'Bryan, E.M., Kraemer, K.M., Johnson, A.L., McLeish, A.C. ja McLaughlin, A.E. (2017). Examining the role of attentional control in terms of specific emotion regulation difficulties. *Personality and Individual Differences*, 108, 158-163. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2016.12.015>
- Owens, G.P., Held, P., Kamrick, L. ja Keller, E. (2018). The indirect effects of emotion regulation on the association between attachment style, depression, and meaning made among undergraduates who experienced stressful events. *Motivation and Emotion*, 42 (3), 429-437. <https://doi-org.ezproxy.utlib.ut.ee/10.1007/s11031-018-9688-0>
- Paulus D.J., Vanwoerden S., Norton P.J. ja Sharp, C. (2015). Emotion dysregulation, psychological inflexibility, and shame as explanatory factors between neuroticism and

- depression. *Journal of Affective Disorders*, 190, 376-385. <http://doi.org.ezproxy.utlib.ut.ee/10.1016/j.jad.2015.10.014>
- Ritschel, L.A., Tone, E.B., Schoemann, A.M. ja Lim, N.E. (2015). Psychometric properties of the difficulties in Emotion Regulation Scale across demographic groups. *Psychological Assessment*, 27(3), 944-954. <http://dx.doi.org/10.1037/pas0000099>
- Saritas-Atalar, D., Gençöz, T. ja Özen, A. (2015). Confirmatory factor analyses of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) in a Turkish adolescent sample. *European Journal of Psychological Assessment*, 31(1), 12–19. DOI: 10.1027/1015-5759/a000199
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., ... Dunbar, G.C. (1994). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22-33.
- Sheppes, G., Suri, G. ja Gross, J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 379-405. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032814-112739
- Sundermann, J.M. ja DePrince, A.P. (2015). Maltreatment characteristics and emotion regulation (ER) difficulties as predictors of mental health symptoms: results from a community-recruited sample of female adolescents. *Journal of Family Violence*, 30, 329-338. doi:10.1007/s10896-014-9656-8
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25–52. doi: 10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x
- Tsuji, N., Mikawa, W., Tsujimoto, E., Akashi, H., Adachi, T., Kirime, E. ja Shirakawa, O. (2016). Relationship between prefrontal hemodynamic responses and quality of life differs between melancholia and non-melancholic depression. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 253, 26-35. <https://doi.org.ezproxy.utlib.ut.ee/10.1016/j.psychresns.2016.04.015>
- Vachtel, I. (2011). *Emotsioonide Reguleerimise Raskuste Skaala konstrueerimine*. Magistritöö. Tartu Ülikool, Psühholoogia instituut.
- Whitehead, M. R., ja Suveg, C. (2016). Difficulties in emotion regulation differentiate depressive and obsessive–compulsive symptoms and their co-occurrence. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 29(5), 507-518. doi:10.1080/10615806.2015.1088523

Withall, A., Harris, L.M. ja Cumming, S.R. (2010). A longitudinal study of cognitive function in melancholic and non-melancholic subtypes of Major Depressive Disorder. *Journal of Affective Disorders*, 123(1-3), 150-157. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.07.012>

*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.*

*/Anastassia Belkov/*