

Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduste valdkond
Psühholoogia instituut

Lisbeth Rästa

EMOTSIOONIDE REGULATSIOONI RASKUSED SÖÖMISHÄIRE RISKIGA JA RISKITA
BARIAATRILISTEL PATSIENTIDEL

Uurimistöö

Juhendaja: Kirsti Akkermann, PhD

Jooksev pealkiri: Bariaatrilised patsiendid, söömishäire risk, emotsioonide regulatsiooni raskused

Tartu 2022

Emotsioonide regulatsiooni raskused söömishäire riskiga ja riskita bariaatrilistel patsientidel

Lühikokkuvõte

Käesoleva uurimistöö eesmärgiks oli hinnata emotsioonide regulatsiooni raskusi bariaatrilisele operatsioonile suunatud söömishäire riskiga ja söömishäire riskita patsientide vahel võttes arvesse ka soolised erinevused. Valim koosnes 281 bariaatrilisest patsiendist, kellest Söömishäire Hindamise Skaala (SHS) äralõikepunkti alusel oli söömishäire riskiga 157 ja söömishäire riskita 124. Emotsioonide Regulatsiooni Raskuste Skaala (DERS) skooride võrdlemisel ilmnes, et enam raporteerivad raskusi emotsioonide regulatsioonis ja selle alaspunktides söömishäire riskiga bariaatrilised patsiendid kui söömishäire riskita bariaatrilised patsiendid. Söömishäire riskiga bariaatrilistel patsientidel ei ilmnunud soolisi erinevusi emotsioonide regulatsiooni raskustes. Ainuke leitud sooline erinevus oli see, et söömishäire riskita mehed raporteerisid enam emotsioonide mitte-teadvustamist kui söömishäire riskita naised.

Märksõnad: *söömishäire, emotsioonide regulatsiooni raskused, bariaatriline operatsioon*

Emotion regulation difficulties in bariatric patients with eating disorder risk and without eating disorder risk

Abstract

The aim of this study was to evaluate differences in emotion regulation difficulties between bariatric patients with eating disorder risk and without eating disorder risk. In addition, gender differences were explored. The sample consisted of 281 bariatric patients, of whom 157 were at risk for an eating disorder and 124 were not at risk for an eating disorder based on the Eating Disorder Assessment Scale (EDAS). When comparing the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) scores, it appeared that more difficulties in emotion regulation were reported on DERS total score and on its subscales by patients with eating disorder risk than patients without eating disorder risk. There were no gender differences in emotion regulation difficulties in bariatric patients with eating disorder risk. Men without eating disorder risk reported more lack of emotional awareness than women without eating disorder risk.

Keywords: *eating disorder, difficulties in emotion regulation, bariatric surgery*

Sissejuhatus

Maailma Terviseorganisatsioon (2021) defineerib ülekaalu ja rasvumist kui ebanormaalse või ülemäärase rasva ladustumisena, mis võib ohustada tervist. 2016. aasta seisuga oli maailmas täiskasvanutest 39% ülekaalulised ja 13% rasvunud (World Health Organization, 2021). Sarnane tulemus leiti ka eesti täiskasvanute seas tehtud tervisekäitumise uuringus, kus selgus, et Eestis oli 2020. aastal ülekaalus 39,7% meestest ning 25,3% naistest ning rasvunud 22,9% meestest ja 18,9% naistest (Reile ja Veideman, 2021). Ülekaalulisuse ning rasvumisega kaasneb suurem risk mitmete haiguste tekkimiseks, näiteks südame-veresoonkonna haigused, luu- ja lihaskonna vaevused, diabeet ning mõned vähkkasvajad (World Health Organization, 2021).

Bariaatriline operatsioon

Rasvunud inimeste seas on mitmete uuringutega leitud olevat väga efektiivseks kaalu langetamise meetodiks bariaatriline operatsioon (Buchwald jt, 2004; Colquitt jt, 2014; Maggard jt, 2005). Bariaatriline operatsioon on leitud olevat isegi efektiivsem kui mittekirurgilised sekkumised. (Colquitt jt, 2014). Bariaatriline operatsioon ehk maovähendusoperatsioon kujutab endas ravimeetodit, millega sekkutakse kirurgiliselt seedetrakti (Eesti Haigekassa, 2016). Bariaatrilist operatsiooni kaalutakse inimeste seas, kelle kehamassiindeks on vähemalt 35 ja esineb kaasnevaid haigusi (II tüüpi diabeet, isheemiatõbi, hüpertooniatõbi, hüperlipideemia, obstruktiivne uneapnoe, osteoartriit, infarkti- või insuldijärgne seisund, polütsüstiliste munasarjade sündroom) või kui kehamassiindeks on üle 40 (Eesti Haigekassa, 2016). Tihti bariaatrilist operatsiooni kaalutakse kui inimese kaal pole langenud tervisliku eluviisi nõustamise tulemusena (Eesti Haigekassa, 2019). Bariaatrilise operatsiooniga suudetakse saavutada patsientidel püsiv kaalulangus ja selle kaudu ka komorbiidseid haiguseid leevendada (Eesti Haigekassa, 2016).

On leitud mitmeid tegureid, mis võivad soodustada või takistada bariaatrilise operatsiooni järgset kaalulangetamist ja tulemuste püsimist ning komorbiidsete haiguste paranemist. Van Hout jt (2005) tõid välja, et bariaatrilise operatsiooni parema edukusega näivad olevat noored naissoost patsiendid, kellel on kõrge enesehinnang, hea vaimne tervis, kõrge sotsiaalmajanduslik staatus, õnnelik abielu, realistlikud ootused ja kellel pole häirunud söömiskäitumist. Samuti suurem edu näib olevat neil, kes on enesekriitilised, on olnud rasvunud enne 18. eluaastat ning pole liiga rasvunud ning, kes tunnevad muret enda rasvumise üle (van Hout jt, 2005). Masnyj jt (2020) tõid välja, et ebakohased söömiskäitumised nagu liigsöömine ja emotsionaalne söömine on tugevas negatiivses seoses bariaatrilise operatsiooni järgse kaalulangetamisega. Lisaks võivad mõjutada

bariaatrilise operatsiooni järgset edukat kaalulangetamist ka depressioon ning ärevushäired (Ünal jt, 2019; Masnyj jt, 2020). Enne bariaatrilist operatsiooni seetõttu hinnatakse psüühilisi häireid ja nende esinemisel on oluline, et patsiendile oleks tagatud operatsiooni eelselt ning järgselt psühholoogiline ja/või psühhiaatriline nõustamine (Eesti Haigekassa, 2016).

Bariaatrilised patsiendid ja söömishäired

Bariaatriliste patsientide seas on väga levinud söömishäired (Mitchell jt, 2015). Kõige enam levinumaks söömishäireks bariaatriliste patsientide seas võib pidada liigsöömishäiret. Niego jt (2007) võtsid kokku uuringute tulemused, kus oli hinnatud bariaatrilise operatsiooni eelset liigsöömishäiret ning nende tulemuste põhjal võib öelda, et liigsöömishäiret võib esineda 2-49% bariaatrilisele operatsioonile suunatud patsientide seas. Võimalik, et nii suur varieeruvus tuleneb sellest, et liigsöömishäiret on võidud defineerida erinevalt uuringuti. Liigsöömishäire puhul esineb liigsöömishooge, kus süüakse lühikese aja jooksul suurem kogus toitu kui enamik inimesi sööksid sarnase perioodi ja tingimuste juures (American Psychiatric Association, 2013). Lisaks liigsöömishoo jooksul tajutakse kontrollikadu söömise üle ning liigsöömise tõttu esineb märkimisväärne distress. Liigsöömist esineb vähemalt korra nädalas kolme kuu jooksul.

Lisaks on leitud ka bariaatriliste patsientide seas buliimia nervosa-t ning öise söömise sündroomi (*night eating syndrome*) (Conceição jt, 2015). Buliimia nervosa puhul esineb samuti liigsöömishooge, kuid neile järgneb kompensatoorne käitumine (näiteks oksendamine või diureetikumide kasutamine) (American Psychiatric Association, 2013). Öise söömise sündroom tuuakse DSM-5-s (2013) välja teiste täpsustatud toitumis- või söömishäirete all. Seda kirjeldatakse kui korduvate öiste söömiste episoodidena, mis väljenduvad unest ärkamisel või pärast õhtusööki liigse toidu tarbimisel.

Söömishäired ja emotsioonide regulatsioon

Söömishäired on leitud olevat seotud emotsioonide regulatsiooni raskustega. Emotsioonide regulatsioon viitab protsessile, mis mõjutab seda, millal ja milliseid emotsioone inimene kogeb ning, kuidas ta neid kogeb ja väljendab (Gross, 1998). Emotsioone võidakse reguleerida suurendamiseks või vähendamaks emotsiooni intensiivsusust või kestust (Gross, 2014). Emotsioonide regulatsiooniks kasutatavad strateegiad saab jagada adaptiivseteks ja maladaptiivseteks. Adaptiivsete strateegiate hulka kuuluvad näiteks ümberhindamine ja probleemi

lahendamine ning maladaptiivsete strateegiate hulka kuuluvad näiteks allasurumine ja rumineerimine. Gratz ja Roemer (2004) tõid välja, et emotsioonide regulatsioon koosneb kuuest erinevast kuigi seotud dimensioonist, milles raskused võivad esineda. Nendeks on emotsioonide mitte-teadvustamine, emotsionaalse selguse puudumine, emotsiooni regulatsiooni strateegiate puudumine, emotsionaalsete reaktsioonide mitte-aktsepteerimine, impulsikontrolli raskused ning raskused eesmärgipärasel tegevuses.

Mitmete uuringutega on leitud, et söömishäired on seotud maladaptiivsete strateegiate kasutamisega (Walenda jt, 2021; Svaldi jt, 2010). Svaldi jt (2010) leidsid, et liigsöömisega naised kasutavad enam emotsioonide allasurumist ning vähem ümberhindamist. Lisaks on leitud ka, et naised, kellel esineb liigsöömisega kalduvad rumineerima ja ennast süüdistama rohkem kui tervisliku söömiskäitumisega naised (Walenda jt, 2021). Liigsöömist ise võib vaadata ka kui emotsiooni regulatsiooni strateegiat. Leehr jt (2015) võtsid mitmed liigsöömist seletavad emotsiooni regulatsiooni teooriad kokku ning tõid välja, et teooriad sisaldavad vähemalt ühte järgmistest: a) spetsiifiline või mittespetsiifiline negatiivne emotsioon, mis kutsus esile liigsöömist ja b) spetsiifilise või mittespetsiifilise negatiivse emotsiooni alla reguleerimine läbi liigsöömise lühiajaliselt (liigsöömise ajal) või pikaajaliselt (liigsöömise järgselt). Nende mõlema komponendi kombineerimisel on loodud emotsiooni regulatsiooni mudel (Leehr jt, 2015). Selle emotsiooni regulatsiooni mudeli kohaselt enne liigsöömist esinev negatiivne emotsioon võib kutsuda esile liigsöömist, mille järel toimub negatiivse emotsiooni intensiivsuse vähenemine.

Lisaks efektiivsete emotsiooni regulatsiooni strateegiate puudumisele on leitud puudusi ka teistes emotsiooni regulatsiooni aspektides. Svaldi jt (2012) võrdlesid naisi erinevate söömishäiretega ning nad leidsid, et söömishäiretega (anoreksia, buliimia, liigsöömisega) inimesed raporteerisid vähem emotsioonide aktsepteerimist, emotsionaalset selgust, emotsioonide teadvustamist kui tervisliku söömiskäitumisega naised. Samuti raporteerisid nad ka enam raskusi eesmärgipärasel käitumises, impulsi kontrolli raskusi ning emotsiooni regulatsiooni strateegiate puudumist kui kontrollgrupp (Svaldi jt, 2012). Enam raskusi nii emotsiooni regulatsioonis kui ka selle alaosadele leidsid ka Brockmeyer jt (2014). Prefit jt (2019) metaanalüüsist selgus, et emotsionaalse selguse puudumine, emotsionaalsete reaktsioonide mitte-aktsepteerimine ning emotsioonide mitte-teadvustamine on seotud häirunud söömiskäitumisega. Samas on osade uuringutega sellised erinevused gruppide vahel leidmata jäänud. Walenda jt (2021) leidsid liigsöömisega naistel võrreldes kontrollgrupiga enam emotsioonide regulatsiooni raskusi

kõikides eelnevates aspektides välja arvatud emotsioonide mitte-teadvustamises. Kenny jt (2017) leidsid samuti enam emotsioonide regulatsiooni raskusi kõikides aspektides, väljaarvatud emotsionaalses selguses.

Hanras jt (2022) leidsid, et liigsöömishäirega inimesed raporteerisid enam emotsioonide regulatsiooni raskusi kui liigsöömishäireta inimesed, ja mida suurem oli kehamassiindeks (kg/m^2) seda olulisemad olid ka liigsöömishäirega inimeste ja tervisliku söömiskäitumisega inimeste vahelised erinevused emotsioonide regulatsiooni raskustes (Hanras jt, 2022).

Üldiselt on leitud, et emotsioonide regulatsiooni raskused ei erine oluliselt erinevate söömishäirete vahel (Svaldi jt, 2012; Brockmeyer jt, 2014; Prefit jt, 2019). Küll aga on võimalik, et liigsöömishäirega inimestel on veidi adaptiivsem emotsioonide regulatsiooni muster kui buliimiaga või anoreksiaga inimestel (Svaldi jt, 2012, Brockmeyer jt, 2014).

Emotsioonide regulatsiooni raskused normaalkaaluliste ning ülekaaluliste seas

Uuringutega, kus on uuritud erinevusi tervisliku söömiskäitumisega normaalkaalus ja ja ülekaalus olevate inimeste vahel, ei ole leitud erinevusi emotsioonide regulatsiooni raskustes (Brockmeyer jt, 2014; Kenny jt 2017). Samas on leitud ka vastupidist. Willem jt (2019) leidsid, et rasvunud inimesed raporteerivad emotsioonide regulatsiooni raskusi rohkem kui normaalkaalus olevad inimesed. Täpsemalt nad leidsid, et rasvunud inimestel esines enam impulsikontrolli raskusi, emotsioonide mitte-teadvustamist, emotsionaalse selguse puudumist ning emotsiooni regulatsiooni strateegiates võrreldes normaalkaalus olevate inimestega. Antud uuringus aga ei suudetud hästi kontrollida ülekaalulisusega kaasnevaid võimalikke vaimse tervise häireid, mis võivad seletada ilmenud erinevusi gruppide vahel.

Soolised erinevused

Nagu eelnevalt ka näha on enamuse söömishäirete ning emotsioonide regulatsiooni raskuste uuringuid tehtud naistega, kuid siiski on täheldatud ka mõningaid soolisi erinevusi. Kukk ja Akkermann (2017) leidsid, et naistel, kellel oli liigsöömishäire, esines enam raskusi eesmärgipärasel tegevuses, emotsiooni regulatsioon strateegiate puudumist ja emotsionaalse selguse puudumist kui tervisliku söömiskäitumisega kontrollgrupp. Meeste puhul aga leiti, et liigsöömishäirega meestel esineb enam ainult emotsionaalse selguse puudumist kui tervisliku söömiskäitumisega kontrollgrupil (Kukk ja Akkermann, 2017). Seega võiks oletada, et liigsöömishäirega naistel esineb enam emotsioonide regulatsiooni raskusi kui liigsöömishäirega

meestel. Kukk (2020) leidis, et naised raporteerisid enam söömishäire sümptomeid ning ka emotsioonide regulatsiooni raskusi. Siiski meeste puhul olid kõrgemad skoorid emotsioonide mitte-teadvustamises võrreldes naistega. Aguera jt (2019) said samuti tulemuse, et söömishäiretega naised raporteerisid enam emotsioonide regulatsiooni raskusi peaaegu kõikides emotsiooni regulatsiooni raskuste aspektides kui söömishäiretega mehed. Nende uuringus ei ilmnenu liigsöömishäirega naiste ja meeste vahel erinevust emotsioonide mitte-teadvustamises. Lisaks tervete meeste ja naiste vahel ei esinenud emotsioonide regulatsiooni aspektides erinevusi (Aguera jt, 2019).

Eesmärk ja hüpoteesid

Käesoleva uurimistöö eesmärgiks on hinnata emotsioonide regulatsiooni raskusi söömishäire riskiga ning söömishäire riskita bariaatriliste patsientide vahel võttes arvesse ka soolised erinevused.

H1: Bariaatrilisele operatsioonile suunatud patsientidel, kellel on söömishäire risk esineb enam emotsioonide regulatsiooni raskusi kui neil patsientidel, kellel ei ole söömishäire riski.

H2: Söömishäire riskiga bariaatrilised patsiendid raporteerivad enam emotsioonide regulatsiooni raskusi kõikides emotsioonide regulatsiooni raskuste aspektides kui söömishäire riskita bariaatrilised patsiendid.

H3: Bariaatrilisele operatsioonile suunatud söömishäire riskiga naistel esineb võrreldes söömishäire riskiga meestega enam emotsioonide regulatsiooni raskusi kõikidel alaskaaladel, väljaarvatud emotsioonide mitteteadvustamise alaskaalal.

Meetod

Valim

Algne valim koosnes Tartu Ülikooli Kliinikumi bariaatrilisele operatsioonile suunatud 349 eesti keelt emakeelena rääkivast patsiendist. Valimist jäeti välja 68 inimest, kellel oli emotsioonide regulatsiooni raskuste küsimustik täitmata (N=41) või puudulikult täidetud. Kaasamaks uuringusse võimalikult palju inimesi, asendati inimestel, kellel oli kuni 10% küsimustest vastamata, puuduvad vastused nende vastuste mediaanväärtusega (N=25). Lõplikusse valimisse jäi 281 inimest, kellest mehi oli 64 (23%) ja naisi oli 217 (77%). Uuringus osalejate keskmiseks vanuseks oli 41 (SD=12.31, miinimum 17, maksimum 67), keskmiseks kehamassiindeksiks 44 (SD=5.54, miinimum 33, maksimum 64). Kõik osalejad olid teadlikud, et nende andmeid võidakse teaduslikel eesmärkidel kasutada ning nad olid allkirjastanud informeeritud nõusoleku.

Mõõtevahendid

Patsientide kohta koguti andmeid nende soo, vanuse, kehakaalu, pikkuse, elukoha (maa/linn/alevik) ning haridustaseme kohta.

Söömishäirete Hindamise Skaala (SHS)

Söömishäirete Hindamise Skaala hindab söömishäiretele iseloomulikke sümptomeid (Akkermann jt, 2010). Skaala koosneb 29-st väitest, mis jagunevad nelja alaskaala vahel: söömise piiramine, liigsöömine, toidu väljutamine, hõivatus välimusest ja kehakaalust. Vastuste andmine toimub 6-pallisel Likerti skaalal (5- "alati", 0- "mitte kunagi"). Skaalal on leitud kindlad äralõikepunktid, mille põhjal saab kahtlustada söömishäirete esinemist ning eristada söömishäireid teineteisest. Uurimistöös kasutati äralõikepunkti ≥ 52 .

Emotsioonide Regulatsiooni Raskuste Skaala (DERS)

Emotsioonide Regulatsiooni Raskuste Skaala koosneb 34-st väitest, mis jagunevad kuue alaskaala vahel (Gratz ja Roemer, 2004; Vachtel, 2011). Alaskaaladeks on emotsionaalse selguse puudumine, raskused eesmärgipärasel tegevuses, impulsi kontrolli raskused, emotsionaalsete reaktsioonide mitte-aktsepteerimine, emotsioonide mitteteadvustamine ning emotsiooni

regulatsiooni strateegiate puudumine. Vastamine toimub 5-pallisel Likerti skaalal (1- “peaaegu mitte kunagi”, 5- “peaaegu alati”).

Emotsionaalse Enesetunde Küsimustik (EEK-2)

Emotsionaalse Enesetunde Küsimustik koosneb 28-st väitest, mis jagunevad viie alaskaala vahel: depressioon või muu meeleoluhäire, ärevushäire, paanika ja agorafobia, sotsiaalfobia, asteenia, insomnia (Aluoja jt, 1999). Vastamine toimub 5-pallisel Likerti skaalal (0- “üldse mitte”, 4- “pidevalt”).

Andmeanalüüs

Osalejad jagati gruppidesse SHS üldskoori äralõike punkti alusel. Söömishäirete riski ja riskita bariaatriliste patsientide emotsiooni regulatsiooni raskuste erinevuste leidmiseks viidi läbi Mann-Whitney U test, kuna parameetrilise testi eeldused polnud täidetud. Sooliste erinevuste leidmiseks viidi läbi faktoriaalne dispersioonanalüüs (ANOVA). Tulemusi kontrolliti veel ANOVA mitteparameetrilise alternatiiviga Kruskal-Wallis testiga. Täpsemalt gruppide vaheliste erinevuste uurimiseks kasutati Bonferroni ja Šidák *post hoc* teste. Olulisuse nivooks võeti $p < 0.05$.

Tulemused

Mann-Whitney U test näitas, et enam emotsioonide regulatsiooni raskusi oli söömishäirete riskiga inimestel (M=69.27; SD=19.96) kui söömishäire riskita inimestel (M=58.32; SD=15.16), U=12852,5, $p < 0,001$. Emotsioonide regulatsiooni raskusi esines statistiliselt olulisel määral rohkem kõikidel alaskaaladel söömishäirete riskiga inimestel kui söömishäire riskita inimestel (tabel 1).

Tabel 1. Erinevused emotsioonide regulatsiooni raskustes söömishäire riskiga ning söömishäire riskita bariaatriliste patsientide vahel.

	SH riskiga (N=157) bariaatrilised patsiendid		SH riskita (N=124) bariaatrilised patsiendid		Mann-Whitney U test	
	M	SD	M	SD	U	p
DERS üldskoor	69.27	19.96	58.32	15.16	12852,5	<.001
Raskused eesmärgipäras tegevuses	14.79	6.07	12.10	4.45	12392	<.001
Emotsionaalse selguse puudumine	14.12	4.78	12.02	3.81	12313	<.001
Impulsikontrolli raskused	6.63	3.00	5.35	2.14	12146,5	<.001
Emotsionaalsete reaktsioonide mitte-aktsepteerimine	7.69	3.09	6.79	3.02	11618,5	=0,005
Emotsioonide mitte- teadvustamine	12.99	4.51	11.38	6.03	11274	=0,022
Emotsiooniregulatsiooni strateegiate puudumine	13.04	6,03	10.69	3.45	12345,5	<.001

Märkus: SH – söömishäire, DERS – Emotsiooni Regulatsiooni Raskuste Skaala

Tabelis 2 on välja toodud söömishäire riskiga ja riskita bariaatrilisele operatsioonile suunatud naiste ning meeste keskmised tulemused DERS, SHS ja EEK-2 alaskaaladel ning ANOVA tulemused. Statistiliselt olulisi soolisi erinevusi SHS alaskaaladel ei esinenud ($p > 0,05$).

DERS üldskooris esines söömishäire riski peamõju $F(1, 277)=13.36$, $p < .001$. Söömishäire riski peamõju esines ka DERS alaskaaladel raskused eesmärgipäras tegevuses ($p=0.001$), emotsionaalse selguse puudumine ($p=0.001$), impulsikontrolli raskused ($p=0.002$) ning emotsiooni regulatsiooni strateegiate puudumine ($p=0.004$). Tulemused püsisid mitteparameetrilise Kruskal-Wallis testiga sarnased, kuid statistiliselt oluline söömishäire riski peamõju ilmnes ka

emotsionaalsete reaktsioonide mitte-aktsepteerimise ($p=0.005$) ja emotsioonide mitte-teadvustamise ($p=0.022$) alaskaaladel. Ainuke alaskaala, millel esines statistiliselt oluline sooline erinevus oli emotsioonide mitte-teadvustamise alaskaala, kus söömishäire riskita mehed ($M=13.37$; $SD=4.30$) said kõrgemaid tulemusi kui söömishäire riskita naised ($M=10.60$; $SD=6.44$), $p<0.05$. Muid statistiliselt olulisi soolisi erinevusi alaskaaladel ei esinenud ($p>0.05$).

EEK-2 alaskaaladel ilmnes statistiliselt oluline söömishäire riski peamõju ($p<0.05$). EEK-2 alaskaaladel ei esinenud statistiliselt olulisi soolisi erinevusi ($p>0.05$).

Tabel 2. Kirjeldav statistika ja erinevused SHS, DERS ja EEK-2 alaskoorides bariaatrilisele operatsioonile suunatud söömishäire riskiga ja riskita meeste ja naiste vahel.

	Mehed SH riskiga (N=29)		Mehed SH riskita (N=35)		Naised SH riskiga (N=128)		Naised SH riskita (N=89)		ANOVA	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	F	p(η^2)
Vanus	44.55	14.04	42.37	12.61	42.20	11.53	39.08	12.48	2.28	0.132
KMI (kg/m ²)	45.15	6.08	43.49	4.27	43.70	6.27	44.37	5.79	0.34	0.560
SHS										
SHS üldskoor	66.72 ^{b,d,**}	8.62	37.43 ^{a,c,**}	9.96	67.54 ^{b,d,**}	11.66	41.49 ^{a,c,**}	8.02	363.95	<.001(0.56)
Söömise piiramine	19.17 ^{b,*}	5.80	14.20 ^{a,c,**}	5.67	19.82 ^{b,d,**}	6.52	16.60 ^{c,**}	5.91	21.57	<.001(0.07)
Liigsöömine	16.28 ^{b,d,**}	7.96	6.60 ^{a,c,**}	5.21	16.16 ^{b,d,**}	9.27	7.16 ^{a,c,**}	4.32	77.17	<.001(0.22)
Toidu väljutamine	1.24	2.23	0.17 ^{c,*}	0.45	1.44 ^{b,d,**}	2.49	0.24 ^{c,**}	0.69	17.84	<.001(0.06)
Hõivatus välimusest ja kehakaalust	30.04 ^{b,d,**}	5.10	16.46 ^{a,c,**}	6.63	30.12 ^{b,d,**}	5.73	17.50 ^{a,c,**}	6.91	218.73	<.001(0.44)
DERS										
DERS üldskoor	67.55 ^{d,*}	16.92	61.11	15.14	69.66 ^{d,**}	20.63	57.23 ^{a,c,**}	15.11	13.36	<.001(0.05)
Tegevusraskused	14.17	5.39	11.91 ^{c,*}	4.78	14.93 ^{b,d,*}	6.23	12.17 ^{c,*}	4.34	10.40	0.001 (0.04)
Selguse puudumine	13.93	4.91	12.00 ^{c,*}	3.54	14.16 ^{b,d,*}	4.77	12.03 ^{c,*}	3.93	10.43	0.001 (0.04)
Impulsikontrolli raskused	6.62	3.20	5.34	2.71	6.63 ^{d,*}	3.34	5.35 ^{c,*}	1.89	9.77	0.002 (0.03)
Mitte-aktsepteerimine	7.59	2.44	7.37	3.04	7.72 ^{d,*}	3.22	6.57 ^{c,*}	3	2.43	0.120
Mitte-teadvustamine	13.03	3.67	13.37 ^{d,*}	4.30	12.98 ^{d,*}	4.69	10.60 ^{c,b,*}	6.44	1.91	0.168
Strateegiate puudumine	12.21	4.59	11.11	3.29	13.23 ^{d,*}	5.45	10.52 ^{c,*}	3.51	8.39	0.004 (0.03)
EEK-2										
Depressioon	9.52 ^{b,*}	6.58	5.43 ^{a,c,**}	3.62	11.38 ^{b,d,**}	6.93	6.80 ^{c,**}	5.17	25.06	<.001(0.08)
Ärevus	8.14	5.08	5.63 ^{c,**}	3.75	9.34 ^{b,**,d,*}	5.34	6.91 ^{c,*}	4.47	12.52	<.001(0.04)
Paanikahäire	1.79	2.90	0.31 ^{c,**}	0.87	2.38 ^{b,d,**}	3.71	0.71 ^{c,**}	1.65	14.95	<.001(0.05)
Asteenia	7.66 ^{b,*}	3.56	4.77 ^{a,c,**}	2.70	7.85 ^{b,**,d,*}	4.01	6.05 ^{c,*}	3.88	18.28	<.001(0.06)
Insomnia	4.41	3.22	2.94 ^{c,*}	3	5.89 ^{b,d,*}	5.43	4.21 ^{c,*}	3.23	6.36	0.012 (0.02)

Märkus: SH – söömishäire, SHS – Söömishäirete Hindamise Skaala, DERS – Emotsiooni Regulatsiooni Raskuste Skaala, EEK-2 – Emotsionaalse Enesetunde Küsimustik; ^a

statistiliselt oluline erinevus söömishäire riskiga meestest, ^b statistiliselt oluline erinevus söömishäire riskita meestest, ^c statistiline oluline erinevus söömishäire riskiga naistest, ^d

statistiline oluline erinevus söömishäire riskita naistest. *p<.05 **p<.001. Kasutatud Bonferroni korrektsiooni.

Arutelu

Käesoleva uurimistöö eesmärgiks oli hinnata söömishäire riskiga ja riskita bariaatrilisele operatsioonile suunatud patsientide emotsioonide regulatsiooni raskusi võttes arvesse ka soolised erinevused.

Selgus, et enam emotsioonide regulatsiooni raskuseid raporteerivad söömishäire riskiga bariaatrilised patsiendid kui söömishäire riskita bariaatrilised patsiendid. Seega sai esimene hüpotees kinnitust ning tulemus on kooskõlas varasemates uuringutes leituga (Aguera jt, 2019; Brockmeyer jt, 2014; Hanras jt, 2022; Kenny jt, 2017; Prefit jt, 2019; Svaldi jt, 2012; Walenda jt, 2021). Lisaks raporteerisid söömishäire riskiga bariaatrilised patsiendid enam emotsioonide regulatsiooni raskusi kõikides emotsioonide regulatsiooni raskuste aspektides kui söömishäire riskita bariaatrilised patsiendid. Seega sai ka teine hüpotees kinnitust. See on kooskõlas Svaldi jt (2012) ja Brockmeyer jt (2014) uuringutega. On võimalik, et emotsioonide regulatsiooni raskused on söömishäire riski- ja/või säilitusfaktoriks.

Tulevikus võiks uurida ka emotsioonide regulatsiooni raskusi söömishäire riskiga ja riskita inimestel võttes arvesse emotsionaalse enesetunde mõju. Bariaatriliste patsientide seas on leitud olevat väga levinud meeleolu- ning ärevushäired (Gibb jt, 2021), mida seostatakse ka emotsioonide regulatsiooni raskustega (Barbuti jt, 2021; McLaughlin jt, 2007). Antud töös ilmnisid söömishäire riskiga bariaatrilistel patsientidel kõrgemad skoorid EEK-2 alaskaaladel kui söömishäire riskita bariaatrilistel patsientidel. Seega on võimalik, et emotsioonide regulatsiooni raskused võisid vähemalt osaliselt tuleneda emotsionaalsest seisundist.

Kolmas hüpotees sooliste erinevuste kohta ei leidnud kinnitust. Söömishäire riskiga mehed ja naised ei erinenud emotsioonide regulatsiooni raskustes. Lisaks söömishäire riskiga naised ja söömishäire riskita naised erinesid kõikides emotsioonide regulatsiooni aspektides, kuid meestel sellist erinevust ei ilmnenu. Võimalik, et meeste vahel erinevusi ei ilmnenu, kuna mehi oli oluliselt vähem valimis, kuid on võimalik ka, et mehed raporteerivadki vähesemal määral emotsioonide regulatsiooni raskusi. Kukk ja Akkermann (2017) leidsid enam emotsioonide regulatsiooni raskusi liigsöömishäirega naiste seas kui liigsöömishäirega meeste seas. Ainuke sooline erinevus, mis antud uurimistöös ilmnis oli see, et söömishäire riskita mehed raporteerisid enam emotsioonide mitte-teadvustamist kui söömishäire riskita naised. Gratz ja Roemer (2004) leidsid samuti, et mehed raporteerisid naistest enam emotsioonide mitte-teadvustamist. Samuti on

leitud ka liigsöömishäirega meestel rohkem emotsioonide mitte-teadvustamist kui liigsöömishäirega naistel (Kukk, 2020). Põhjuseks miks mehed teadvustavad emotsioone vähem võib olla on see, et naised ja mehed sotsialiseeritakse erinevalt (Chaplin, 2015). Võimalik, et soolisi erinevusi gruppide vahel antud uurimistöös ei leitud kuna mehed oli valimis oluliselt vähem kui naised. Seega kindlasti võiks tulevikus uurida suurema valimiga veel soolisi erinevusi emotsioonide regulatsiooni raskustes nii söömishäirega kui ka tervisliku söömiskäitumisega inimestel.

Söömishäire riskiga bariaatrilised patsiendid raporteerivad vähem liigsöömist kui varasemalt SHS konstrueerimisel on leitud olevat iseloomulikuks liigsöömishäirega inimestele (Akkermann jt, 2010; Herik, 2009). On leitud, et märkimisväärne osa bariaatrilisele operatsioonile suunatud patsientidest üritavad psühholoogilisel hindamisel näidata ennast paremas valguses (Ambwani jt, 2013). Akkermann jt (2010) toovad ka välja, et häirunud söömiskäitumisega inimestel pole keeruline varjata tahtlikult söömishäire sümptomeid. Seega on võimalik, et bariaatrilised patsiendid võivad enda sümptomeid tahtlikult varjata, et jätta endast parem mulje või vältida bariaatrilisele operatsioonile mittepääsemist. Tulevikus võiks uurida lähemalt, kas söömishäire riskiga bariaatriliste patsientide seas esinebki vähem liigsöömist kui liigsöömishäirega inimeste seas või tegu on pigem vastamiskaldega.

Söömishäire riskiga bariaatrilised patsiendid raporteerivad liigsöömishäirega patsientidega sarnasel määral hõivatust välimustest ja kehakaalust, mis viitab söömishäire riskile (Akkermann jt, 2010; Herik, 2009). Hõivatus välimusest ja kehakaalust on söömishäirete keskne tunnus. Ehkki söömishäire riskita bariaatriliste patsientide SHS üldskoor tavapopulatsioonist ei erine, ilmneb, et söömishäire riskita bariaatrilised patsiendid on tavapopulatsioonist veidi rohkem hõivatud välimusest ja kehakaalust (Akkermann jt, 2010; Herik, 2009). Seda on võimalik seletada liigest KMI-st tekkinud rahulolematusest kehaga, s.t, et rasvunud inimesed teatavad enam kehaga rahulolematust kui normaalkaalus olevad inimesed (Weinberger jt, 2017).

Kokkuvõttes andis antud töö kinnitust, et söömishäire riskiga bariaatrilistel patsientidel on enam emotsioonide regulatsiooni raskusi kui söömishäire riskita bariaatrilistel patsientidel. Antud teadmist võiks ära kasutada bariaatrilisele operatsioonile suunatud patsientide psühholoogilises nõustamises, kus võiks tegeleda söömishäire riski korral aga ka ennetavalt emotsioonide regulatsiooni raskustega.

Kasutatud kirjandus

- Aguera, Z., Paslakis, G., Munguia, L., Sanchez, I., Granero, R., Sanchez-Gonzalez, J., Steward, T., Jimenez-Murcia, S., & Fernandez-Aranda, F. (2019). Gender-Related Patterns of Emotion Regulation among Patients with Eating Disorders. *Journal of Clinical Medicine*, 8(2), 161. <https://doi-org.ezproxy.utlib.ut.ee/10.3390/jcm8020161>
- Akkermann, K., Herik, M., Aluoja, A., & Järv, A. (2010). Constructing an assessment scale for eating disorders. Department of Psychology, University of Tartu.
- Ambwani, S., Boeka, A. G., Brown, J. D., Byrne, T. K., Budak, A. R., Sarwer, D. B., Fabricatore, A. N., Morey, L. C., & O'Neil, P. M. (2013). Socially desirable responding by bariatric surgery candidates during psychological assessment. *Surgery for Obesity and Related Diseases: Official Journal of the American Society for Bariatric Surgery*, 9(2), 300–305. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2011.06.019>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.)
- Barbuti, M., Carignani, G., Weiss, F., Calderone, A., Santini, F., & Perugi, G. (2021). Mood disorders comorbidity in obese bariatric patients: the role of the emotional dysregulation. *Journal of Affective Disorders*, 279, 46–52. <https://doi-org.ezproxy.utlib.ut.ee/10.1016/j.jad.2020.09.128>
- Brockmeyer, T., Skunde, M., Wu, M., Bresslein, E., Rudofsky, G., Herzog, W., & Friederich, H.-C. (2014). Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 565–571. <https://doi-org.ezproxy.utlib.ut.ee/10.1016/j.comppsy.2013.12.001>
- Buchwald, H., Avidor, Y., Braunwald, E., Jensen, M. D., Pories, W., Fairbairn, K., & Schoelles, K. (2004). Bariatric Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*, 292(14), 1724. <https://doi.org/10.1001/jama.292.14.1724>

- Chaplin, T. M. (2015). Gender and Emotion Expression: A Developmental Contextual Perspective. *Emotion Review : Journal of the International Society for Research on Emotion*, 7(1), 14–21. <https://doi.org/10.1177/1754073914544408>
- Conceição, E. M., Utzinger, L. M., & Pisetsky, E. M. (2015). Eating Disorders and Problematic Eating Behaviours Before and After Bariatric Surgery: Characterization, Assessment and Association with Treatment Outcomes. *European Eating Disorders Review*, 23(6), 417–425. <https://doi.org/10.1002/erv.2397>
- Colquitt, J. L., Pickett, K., Loveman, E., & Frampton, G. K. (2014). Surgery for weight loss in adults. *Cochrance Database of Systematic Reviews*, 8. <https://doi-org.ezproxy.utlib.ut.ee/10.1002/14651858.CD003641.pub4>
- Eesti haigekassa (2016). Bariaatrilise patsiendi käsitus enne ja pärast kirurgilist sekkumist. Ravijuhendite Nõukoda. <https://www.ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/194/bariaatrilise-patsiendi-kasitus-enne-ja-parast-kirurgilist-sekkumist>
- Eesti haigekassa (2019). Ülekaalulise või rasvunud patsiendi käsitus esmatasandil. Ravijuhendite Nõukoda. [Ülekaalulise või rasvunud patsiendi käsitus esmatasandil - Ravijuhend](https://www.ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/194/ulekaalulise-voi-rasvunud-patsiendi-kasitus-esmatasandil-ravijuhend)
- Gibb, J., Rogers, C., Gidman, E., Mazza, G., Blazeby, J., & Moran, P. (2021). Prevalence and course of anxiety and depression among patients selected for bariatric surgery. *BJPsych Open*, 7, S25. <https://doi-org.ezproxy.utlib.ut.ee/10.1192/bjo.2021.120>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gross, J. J. (1998) The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*. 2(3), pp. 271–299. <https://doi.org/10.1037%2F1089-2680.2.3.271>

Gross, J. J. (2014). Handbook of emotional regulation (2nd ed.) *The Guilford Press*.

Hanras, E., Boujut, E., Dorard, G., Ruffault, A., Messenger, D., Lucas-Martini, L., Rives-Lange, C., Barsamian, C., Carette, C., & Czernichow, S. (2022). Binge eating disorder: What are the differences in emotion regulation, impulsivity, and eating behaviors according to weight status? *Obesity Medicine*, 36. <https://doi-org.ezproxy.utlib.ut.ee/10.1016/j.obmed.2022.100462>

Herik, K (2009). Söömishäirete hindamise skaala konstrueerimine. Magistriprojekt. Tartu Ülikool, Psühholoogia instituut.

Kenny, T. E., Singleton, C., & Carter, J. C. (2017). Testing predictions of the emotion regulation model of binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 50(11), 1297–1305. <https://doi.org/10.1002/eat.22787>

Kukk, K., (2020). Risk factors of binge eating and overeating – towards an integrated model. Doctoral thesis, The University of Tartu.

Kukk, K., & Akkermann, K. (2017). Fluctuations in negative emotions predict binge eating both in women and men: An experience sampling study. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 25 (1), 65-79,

Leehr, E. J., Krohmer, K., Schag, K., Dresler, T., Zipfel, S., & Giel, K. E. (2015). Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity - a systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 49, 125–134. <https://doi-org.ezproxy.utlib.ut.ee/10.1016/j.neubiorev.2014.12.008>

Maggard, M. A., Shugarman, L. R., Suttorp, M., Maglione, M., Sugerman, H. J., Livingston, E. H., Nguyen, N. T., Li, Z., Mojica, W. A., Hilton, L., Rhodes, S., Morton, S. C., & Shekelle, P. G. (2005). Meta-analysis: surgical treatment of obesity. *Annals of internal medicine*, 142(7), 547–559. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-142-7-200504050-00013>

Masnyj, S. V., Shea, B. J., & Khaitan, L. (2020). Predictors of Success in Bariatric Surgery. *Current Cardiovascular Risk Reports*, 14(3), 1–9. <https://doi-org.ezproxy.utlib.ut.ee/10.1007/s12170-020-0637-6>

- McLaughlin, K. A., Mennin, D. S., & Farach, F. J. (2007). The contributory role of worry in emotion generation and dysregulation in generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45(8), 1735–1752. <https://doi-org.ezproxy.utlib.ut.ee/10.1016/j.brat.2006.12.004>
- Mitchell, J. E., King, W. C., Courcoulas, A., Dakin, G., Elder, K., Engel, S., Flum, D., Kalarchian, M., Khandelwal, S., Pender, J., Pories, W., & Wolfe, B. (2015). Eating behavior and eating disorders in adults before bariatric surgery. *International Journal of Eating Disorders*, 48(2), 215–222. <https://doi.org/10.1002/eat.22275>
- Niego, S. H., Kofman, M. D., Weiss, J. J., & Geliebter, A. (2007). Binge eating in the bariatric surgery population: A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 40(4), 349–359. <https://doi-org.ezproxy.utlib.ut.ee/10.1002/eat.20376>
- Prefit, A.-B., Căndea, D. M., & Szentagotai-Tătar, A. (2019). Emotion regulation across eating pathology: A meta-analysis. *Appetite*, 143, 104438. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104438>
- Reile R., & Veideman T. (2021). *Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2020*. Tervise Arengu Instituut.
- Svaldi, J., Caffier, D., & Tuschen-Caffier, B. (2010). Emotion suppression but not reappraisal increases desire to binge in women with binge eating disorder. *Psychotherapy and psychosomatics*, 79(3), 188–190. <https://doi.org/10.1159/000296138>
- Svaldi, J., Griepenstroh, J., Tuschen-Caffier, B., & Ehring, T. (2012). Emotion regulation deficits in eating disorders: A marker of eating pathology or general psychopathology? *Psychiatry Research*, 197(1), 103–111. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.11.009>
- van Hout, G. C. M., Verschure, S. K. M., & van Heck, G. L. (2005). Psychosocial Predictors of Success following Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 15(4), 552–560. <https://doi.org/10.1381/0960892053723484>
- Walenda, A., Kostecka, B., Santangelo, P. S., & Kucharska, K. (2021). Examining emotion regulation in binge-eating disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion*

Dysregulation, 8(1), 1–10. <https://doi-org.ezproxy.utlib.ut.ee/10.1186/s40479-021-00166-6>

Weinberger, N.-A., Kersting, A., Riedel-Heller, S. G., & Luck-Sikorski, C. (2017). Body Dissatisfaction in Individuals with Obesity Compared to Normal-Weight Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obesity Facts*, 9(6), 424–441. <https://doi.org/10.1159/000454837>

Willem, C., Gandolphe, M.-C., Roussel, M., Verkindt, H., Pattou, F., & Nandrino, Jean-Louis. (2019). Difficulties in emotion regulation and deficits in interoceptive awareness in moderate and severe obesity. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00738-0>

World Health Organization. (2021, juuni 9). Obesity and overweight. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Ünal, Ş., Sevinçer, G. M., & Maner, A. F. (2019). Prediction of Weight Regain After Bariatric Surgery by Night Eating, Emotional Eating, Eating Concerns, Depression and Demographic Characteristics. *Turkish Journal of Psychiatry*, 30(1), 1–10. <https://doi-org.ezproxy.utlib.ut.ee/10.5080/u23174>

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.

/Lisbeth Rästa/