

Tartu Ülikool  
Psühholoogia Instituut

Karin Randmaa

**PERESUHETE JA SOTSIAALSE TOETUSE SEOSSED  
SÖÖMISHÄIRETE SÜMPTOMITEGA**

Uurimistöö

Juhendajad: Kärol Soidla MA ja Kirsti Akkermann PhD

Läbiv pealkiri: Söömishäired, peresuhted ja sotsiaalne toetus

Tartu 2022

## **Peresuhte ja sotsiaalse toetuse seosed söömishäirete sümptomitega**

### **Lühikokkuvõte**

Uurimistöö eesmärgiks oli uurida, kuidas ennustavad peresuhte omadused ja sotsiaalne toetus söömishäirete sümptomeid. Valimi moodustas 140 söömishäirega ning 28 kontrollgruppi kuuluvat naist. Osalejad täitsid küsimustikepaketi, kus muuhulgas olid järgnevad enesekohased küsimustikud: Söömishäirete Hindamise Skaala, Tartu Peresuhte Küsimustik ja Sotsiaalse Toetuse Küsimustik. Selgus, et söömishäirete sümptomeid ennustas peresisene lähedus, toetus, soojus, alavääristamine, vägivald, väärkohtlemine, kontroll, aktsepteerimine, autonoomia ning üldine sotsiaalne toetus. Söömishäirete sümptomite esinemist seletas kõige paremini kaks võrdväärset mitmese lineaarregressiooni mudelit, mis mõlemad seletasid 27% söömishäirete sümptomite esinemise variatiivsusest. Neist esimene sisaldas peresisest väärkohtlemist, kontrolli ja sotsiaalset toetust ning teine peresisest soojust, kontrolli ja sotsiaalset toetust. Tulemused viitavad peresuhtele ja sotsiaalsele toetusele kui olulistele aspektidele, millega söömishäiretega patsientide puhul arvestada.

**Märksõnad:** peresuhted, sotsiaalne toetus, söömishäired

## **Associations between family relationships, social support and eating disorder symptoms**

### **Abstract**

The aim of this study was to investigate if the symptoms of eating disorders could be predicted by the qualities of family relationships and social support. The sample consisted of 140 women with an eating disorder and 28 healthy female controls. Participants completed a series of self-reported surveys: the Eating Disorders Assessment Scale, the Tartu Family Relationships Scale and the Social Support Questionnaire. The results showed that closeness, support, warmth, malprize, abuse, maltreatment, control, acceptance and autonomy reported in family relationships and social support are important predictors of eating disorder symptoms. Prevalence of eating disorder symptoms was best predicted by two equal multiple linear regression models, which both explained 27% of the variance of eating disorder symptoms. The first model consisted of family maltreatment, control and social support and the second model included family warmth, control and social support. The results indicate that family relationships and social support are important aspects to take into consideration in regards to patients with eating disorders.

**Keywords:** family relationships, social support, eating disorders

## Söömishäired, peresuhted ja sotsiaalne toetus

Söömishäired on vaimse tervise häired, mille korral on tõsiselt ja püsivalt häirunud inimese söömiskäitumine (American Psychiatric Association, 2021). Söömishäiretele on sageli omane hõivatus toidu, kehakaalu või -kujuga ning võib esineda söömise piiramist, teatud toitude vältimist, liigsöömishoogusid ja/või toidu väljutamist (American Psychiatric Association, 2021). Käesolevas töös keskendutakse söömishäiretest *anorexia nervosa* (AN), *bulimia nervosa* (BN) ja liigsöömishäirele (BED). Elu jooksul esineb söömishäireid keskmiselt 8,4% naistest ja 2,2% meestest (Galmiche et al., 2019). Söömishäiretega inimestel on tavapopulatsiooniga võrreldes madalam elukvaliteet (Jenkins et al., 2011) ning füüsiliste ja vaimse tervise probleemide tõttu ka kõrgem suremusrisk (Chesney et al., 2014).

### Söömishäired ja peresuhted

Söömishäirete tekkepõhjuste kohta on mitmeid teooriad. Söömishäired ilmnevad esmaselt enamasti noorukieas (Volpe et al., 2016) ning nii mõnedki uurijad ja klinitsistid on kahtlustanud pere rolli söömishäirete tekkes ja säilimises. Minuchin ja kolleegid (1978) lõid oma kliinilise kogemuse põhjal psühhosomaatilise pere mudeli, mis seletas perekonna mõju haavatavatel lastel *anorexia nervosa*, astma ja diabeedi välja kujunemisel. Mudeli kohaselt iseloomustab psühhosomaatilisi perekondi neli omadust: üleseotus ehk väga lähedased ja ebaselgete piiridega peresuhted, ülehooldamine ehk kõrgendatud tundlikkus teiste pereliikmete distressi suhtes, rigiidsus ning konfliktide vältimine või puudulik lahendamine (Minuchin et al., 1978). Lisaks mõtestatakse mudelis perekonda kui süsteemi, kus lapse haigus mängib olulist rolli süsteemi toimimises (Minuchin et al., 1978). Mudel on saanud edaspidise kriitika osaliseks, kuna ei põhinenud empiirilistel uuringutel ning hilisemad uuringud ei leidnud taolisi selgelt välja joonistunud omadusi söömishäiretega indiviidide perekondades (Dodge, 2016; Eisler, 2005; Holtom-Viesel & Allan, 2014). Sellest hoolimata on psühhosomaatilise pere mudel panustanud pereteraapia arengusse, mis on osutunud efektiivseks AN ravil, eriti noorukite puhul (Eisler, 2005; Lock et al., 2010). See viitab sellele, et peresuhted võivad mängida olulist rolli söömishäirest paranemisel.

Tänapäeval on teada, et söömishäirete kujunemist mõjutavad mitmed geneetilised, bioloogilised, psühholoogilised, arengulised ning sotsiokultuurilised tegurid (Rikani et al., 2013). Söömishäirete spetsialistide ühing, *Academy of Eating Disorders*, möönab, et pere võib mõjutada söömishäire kujunemist ja püsimist, kuid seisab vastu etioloogilistele mudelitele, mis käsitlevad perekondlikke faktoreid kui primaarseid tegureid söömishäirete väljakujunemisel (Grange et al., 2010). Sellegipoolest on mitmed kaasaegsed uuringud leidnud, et

söömishäiretega iniviidid hindavad oma vanemaid vähem hoolivaks ning liigselt kaitsvaks ja kontrollivaks kui söömishäireteta inimesed (Deas et al., 2011; Fassino et al., 2010; Lobera et al., 2011; McEwen & Flouri, 2009; Tetley et al., 2014). Sealjuures leidsid Tetley et al. (2014) metaanalüüsis, et ka teised psühhiaatrilised patsiendid kippusid oma peresuhteid taoliselt kirjeldama. Vähene vanematepoolne soojus ja liigne kontroll võiksid viidata autoritaarsele kasvatusstiilile. Samas (Nicholls & Viner, 2009) leidsid 30 aastat kestnud longituuduuringus, et ema autoritaarne kasvatusstiil ei ennustanud lapsel AN väljakujunemist hilisema elu jooksul. Peresuhteid ei peeta tänapäeval söömishäirete keskseks tekkepõhjuseks, kuid teatud seaduspärasusi on söömishäiretega inimeste peredes täheldatud.

Mõningad uuringud on leidnud erinevusi söömishäiretega perede suhtlusviisides võrreldes söömishäireteta peredega. Näiteks täheldasid Gillett et al. (2009) söömishäirega inimeste peredes rohkem implitsiitseid piiravaid peresuhetega seotud reegleid, mis muuhulgas takistasid oma mõtete ja tunnete jagamist. Vähem leiti neis peredes toetavaid perereegleid, mis julgustaksid avatud suhtlust, lähedust ning mõistvat ja sooja suhtumist pereliikmete vahel (Gillett et al., 2009). Peresise läheduse olulisusele viitab ka Neumark-Sztainer et al. (2009) uuring, kus lähedus osutus ülekaaluliste noorukite seas kaitsvaks faktoriks häirunud söömiskäitumise eest. Retrospektiivsete andmete põhjal on leitud seoseid ema kriitilise suhtumisega lapsepõlves ja hilisema söömishäire diagnoosi välja kujunemisega (Krug et al., 2015). Vanemate ja laste suhtlust uurides leidsid Miller-Day & Marks (2006), et isade suhtlusviis, mis rõhutas konformsust, oli seotud maladaptiivsete söömiskäitumiste kujunemisega laste edasises elus. Nende uuringute põhjal paistab, et peresest avatud suhtlust ja aktsepteerimist esineb söömishäiretega indiviidide peredes vähem kui vaimselt tervete inimeste peredes.

Söömishäirete kujunemisega on seotud ka väärkohtlemise kogemus. Hinnates ja analüüsides varasemate uuringute tulemusi lapsepõlves kogetud väärkohtlemise ja söömishäirete vahel leidsid Caslini et al. (2016), et BN ja BED olid seotud nii seksuaalse, füüsilise kui ka emotsionaalse väärkohtlemisega. AN-l esines selge seos vaid füüsilise väärkohtlemisega (Caslini et al., 2016). Veidi hilisem ja mõnevõrra rohkemaid uuringuid kaasanud metaanalüüsis Molendijk et al. (2017) poolt leiti kõigil kolmel lapsepõlves esinenud väärkohtlemise tüübil seoseid AN, BN ja BED-ga. Sealjuures olid seosed selgemalt välja joonistunud diagnooside puhul, millele on iseloomulikud ülesöömine ja väljutamine. Mitte kõik söömishäiretega inimesed pole kogenud lapsepõlves väärkohtlemist, kuid kokkupuude

Söömishäired, peresuhted ja sotsiaalne toetus

väärkohtlemisega oli seotud söömishäire patoloogia tõsidusega, ülesöömise ja väljutamise tihedusega, söömishäire varajase algusega ning diureetikumide ja lahtistite kasutamisega (Molendijk et al., 2017). Perekond on üks võimalikest keskkondadest, kus varane väärkohtlemine aset leiab (Krug & Weltgesundheitsorganisation, 2002) ning seega võivad vägivaldsed peresuhted mõjutada söömishäirete välja kujunemist.

### **Söömishäired ja sotsiaalne toetus**

Söömishäirete kulgu võib mõjutada sotsiaalne toetus üldisemalt. Söömishäiretest paranenud või paranemas inimesed on kirjeldanud, et mittehinnanguline, toetav ja stabiilne sotsiaalne tugi pere ja sõprade poolt mängisid olulist rolli nende paranemisprotsessis (Linville et al., 2012; Nilsen et al., 2020). Sealjuures rõhutasid nad, et oluline oli patsiendi enda poolne mure jagamine ning avatus sotsiaalsele toele ning mitte lähedaste suhete vältimine või neile vastandumine (Nilsen et al., 2020). Üldiselt on söömishäiretega inimesed oma sotsiaalse toega vähem rahul kui isikud tavapopulatsioonis (Dimitropoulos et al., 2013). Ka täiskasvanud naiste mittekliinilisel valimil seostus madalam rahulolu sotsiaalse toega söömishäiretele omaste ilmingutega (Limbert, 2010). Samas Hispaanias läbi viidud uuringus olid söömishäiretega patsiendid oma sotsiaalse toega üldiselt rahul, kuigi selles uuringus kontrollgrupiga võrdlust ei toimunud (Quiles Marcos & Terol Cantero, 2009). Rahuldust pakkuv sotsiaalne toetus on oluline ressurss, millest söömishäiretega patsientidel on sageli puudus.

Olulist sotsiaalset tuge võivad pakkuda sõbrad ja eakaaslased. Gerner ja Wilson (2005) leidsid teismeliste seas, et vähem aktsepteerimist eakaaslaste poolt, tajutud sotsiaalset tuge ja intiimsust sõprussuhetes ennustas muret keha välimuse pärast (*body image concern*), kuigi mitte kehaga rahulolematust või söömise piiramist (Gerner & Wilson, 2005). Teistes uuringutes on leitud rahulolematust kehaga ja häirunud söömist rohkem neil noorukitel, kelle sõprussuhetes esines rohkem negatiivseid tunnuseid nagu konfliktid ja võõrandumine, kuid see seos kadus võttes arvesse depressiivseid sümptomeid (Schutz & Paxton, 2007; Sharpe et al., 2014). Vastupidine seos positiivsete sõprussuhete omaduste nagu rahulolu, usalduse ja aktsepteerimise, ja kehaga rahulolematusega mõnes uuringus esines (Sharpe et al., 2014), kuid mõnes mitte (Schutz & Paxton, 2007). Lisaks on söömishäiretest paranenud inimesed retrospektiivselt täheldanud, et vahel sõbrad kas ei teinud söömishäirete ilmingutest välja või distantseerusid söömishäirega kaaslastest (Linville et al., 2012), mille taga võib olla vähene teadlikkus või stigma söömishäirete suhtes (O'Connor et al., 2016). Seevastu empaatilised sõbrad võivad olla oluline ressurss paranemisel (Linville et al., 2012).

Söömishäired, peresuhted ja sotsiaalne toetus

## **Uurimisküsimused**

Käesoleva uurimistöö eesmärk on uurida peresuhte ja sotsiaalse toe seoseid söömishäirete sümptomitega. Selleks püstitati järgmised uurimisküsimused:

1. Millisel määral peresisene lähedus, toetus, alavääristamine, vägivald, autonoomia, kontroll ja aktsepteerimine ennustavad söömishäirete sümptomite esinemist?
2. Millisel määral rahulolu sotsiaalse toega ennustab söömishäirete sümptomite esinemist?
3. Milline peresuhteid ja sotsiaalset toetust hõlmav mudel seletab söömishäirete sümptomite varieeruvust kõige paremini?

## **Meetod**

### **Valim**

Valimisse kuulus 168 naist vanusevahemikus 13-41 aastat ( $M = 21,1$ ,  $SD = 5,93$ ). Osalejate seas oli 140 söömishäirega inimest ja 28 söömishäireta kontrollisikut. Söömishäirega isikud olid Tartu Ülikooli Kliinikumi Psühhiaatrikliiniku söömishäirete osakonna statsionaarsed patsiendid. Kõigil osakonnas statsionaarsel ravil olevatele patsientidele (v.a. tahtest olenematult ravil olevad, vaimse alaarengu või psühhootilise häirega patsiendid) pakuti võimalust uuringus osaleda ning osalemine oli vabatahtlik. Osalevatel patsientidel oli kliinilise intervjuu abil kliinilise psühholoogi või psühhiaatri poolt DSM-IV alusel diagnoositud *anorexia nervosa* piirav alatüüp ( $n = 64$ ), *anorexia nervosa* väljutav alatüüp ( $n = 18$ ), *bulimia nervosa* ( $n = 23$ ) või liigsöömishäire ( $n = 6$ ). Kontrollgruppi leiti osalejad avalike kuulutuste, ülikooli listide ja tutvuste kaudu.

### **Mõõtevahendid**

#### ***Kliiniline intervjuu***

Osalejatega viidi läbi rahvusvaheline neuropsühhiaatriline intervjuu MINI 5.0.0 (Sheehan et al., 1998; Shlik et al., 1999). Tegemist on lühikese struktureeritud psühhiaatrilise intervjuuga DSM-IV ja ICD-10 vaimsete häirete diagnoosimiseks. Kliinilisi intervjuusid viis läbi kliiniline psühholoog.

Söömishäired, peresuhted ja sotsiaalne toetus

### ***Söömishäireid Hindav Skaala (SHS)***

Tegemist on Herik et al. (2009) poolt koostatud 4-faktorilise skaalaga. Selle neli alaskaalat on Söömise piiramine, Liigsöömine, Toidu väljutamine ning Hõivatus välimusest ja kehakaalust. Skaala koosneb 29-st väitest, millele antakse hinnangud 6-pallisel Likerti skaalal vahemikus “mitte kunagi” kuni “alati”.

### ***Tartu Peresuhete Skaala***

Tartu Peresuhete Skaala mõõdab peresuhete omadusi inimese hinnangul tema päritoluperes (Kurrikoff, 2012). Originaalis koosneb see 39-st väitest ja neljast alaskaalast: lähedus (*closeness*), toetus (*support*), alavääristamine (*malprize*) ning vägivald (*abuse*). Läheduse ja toetuse alaskaalad moodustavad ühiselt peresisese soojuse (*warmth*) nimetaja. Alavääristamise ja vägivald alaskaalad moodustavad peresisese väärkohtlemise (*maltreatment*) nimetaja. Vastajatel paluti väiteid hinnata 4 või 5 pallisel Likerti skaalal. Käesolevas töös on kasutatud skaala laiendatud versiooni (Kurrikoff jt., skaala saadaval autoritelt), kus lisaks eelmainitule on juures ka autonoomia, aktsepteerimise ja kontrolli alaskaalad.

### ***Sotsiaalse Toetuse Küsimustik (STK)***

Küsimustikuga mõõdetakse sotsiaalset toetust kahe näitaja kaudu: keskmine inimeste arv, kes võiksid pakkuda kriitilistes olukordades tuge ning inimese keskmine rahulolu selle toega (Sarason et al., 1987; Tina, 1999). Küsimustiku moodustab seitse küsimust, näiteks “Kes on need, keda võid tõesti usaldada, kui Sa vajad abi?”. Vastajatel palutakse nimetada inimesi, kes võiksid pakkuda neile sotsiaalset toetust ning hindasid toega rahulolu 6-pallisel Likerti skaalal vahemikus “väga rahulolematu” kuni “väga rahul”.

### **Protseduur**

Uuringu läbiviimiseks andis loa Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomitee ning osalejad andsid enne protseduuri kirjaliku informeeritud nõusoleku. Alaealiste osalejate puhul andis nõusoleku ka üks lapsevanem. Kliinilise valimi osalejad täitsid seisundiküsimustike paketi esimese kahe haiglaravi päeva jooksul (käesolevas töös seisundiküsimustike paketist kasutusel SHS) ning püsiomadusi ja muid faktoreid hindava küsimustikepaketi esimese haiglaravi nädala jooksul (käesolevas töös Tartu Peresuhete Skaala, Sotsiaalse Toetuse Küsimustik). Diagnooside täpsustamiseks viidi osalejatega kliinilise psühholoogi poolt läbi struktureeritud

Söömishäired, peresuhted ja sotsiaalne toetus

kliiniline intervjuu (MINI 5.0.0). Kontrollgrupi hindamine toimus Tartu Ülikooli ruumides, püsiomaduste küsimustikke said osalejad täita ka kodus.

Andmeid koguti kahes laines. Esimene uuringulaine toimus novembrist 2010 kuni aprillini 2013 ning teine jaanuarist 2015 kuni veebruarini 2020. Uuringulained, mille raames andmeid koguti olid “Söömishäired ja serotoniinisüsteemi talitluse biomarkerid”, mille vastutavad uurijad olid J. Harro ja K. Akkermann, ning “Pidurduslik kontroll ja tähelepanu kallutatus söömishäirega patsientidel”, mille vastutavad uurijad olid K. Akkermann ja K. Kreegipuu.

Uurimistöö autor ei osalenud andmete kogumises. Uurimistöö autor skooris väikese osa andmetest, korrastas andmefaili, analüüsis andmeid, tutvus teemakohase kirjandusega ning kirjutas käesoleva käsikirja.

### **Statistiline analüüs**

Andmete analüüsimiseks kasutati JASP (versioon 0.13.1.0) ning SPSS (versioon 28.0.1.0) andmetöötlusprogramme. SPSS programmi kasutati, et *expectation maximization* meetodil asendada sotsiaalse toetuse skaalal puuduvad andmed nendel katseisikutel, kellel puudus sel skaalal alla 15% andmetest ehk 1 vastus. Ülejäänud andmeanalüüside tegemiseks kasutati JASP programmi.

Söömishäirete tunnuste ja peresuhte ning sotsiaalse toetuse vaheliste seoste uurimiseks viidi läbi individuaalsed lineaarsed regressioonanalüüsid. Samuti viidi läbi mitmene regressioon muutujatega, mis individuaalsetes regressioonanalüüsidest ennustasid SHS skoori statistiliselt olulisel määral. Käesolevas töös lähtuti statistilise olulisuse hindamisel olulisuse nivoost  $p < 0,05$ . Toetudes peamiselt *backwards* meetodile, eemaldati mitmese regressiooni mudelist ükshaaval komponendid, mille  $p > 0,05$ , alustades kõige suurema  $p$ -väärtusega komponendist kuni kõik mudeli komponendid olid statistiliselt olulised. Lisaks prooviti erinevaid olulisemate sõltumatute muutujate kombinatsioone, mis seletaks võimalikult suure osa sõltuva muutuja varieeruvusest ( $R^2$ ) ning milles sealjuures oleksid kõik sõltumatud muutujad statistiliselt olulised ( $p < 0,05$ ).

### Tulemused

Kirjeldav statistika Tartu Peresuhte Skaala alaskaalade, Sotsiaalse Toetuse Küsimustiku ja Söömishäireid Hindava Skaala on toodud Tabelis 1.

**Tabel 1.** Peresuhte alaskaalade, STK ja SHS keskmised, standardhälved ning skaalade võimalikud miinimumid ja maksimumid.

	Keskmine	Standardhälve	Miinimum	Maksimum
Lähedus	40,27	11,92	15,0	60,0
Toetus	22,46	5,06	7,0	28,0
Alavääristamine	16,27	5,76	10,0	40,0
Vägivald	12,80	4,37	7,0	28,0
Soojus (Lähedus + Toetus)	63,05	16,24	22,0	88,0
Väärkohtlemine (Alavääristamine + Vägivald)	28,95	8,54	17,0	68,0
Kontroll	11,96	3,89	6,0	24,0
Aktsepteerimine	17,63	4,26	6,0	24,0
Autonoomia	10,12	1,79	3,0	12,0
STK skoor	32,32	8,75	7,0	42,0
SHS koguskoor	64,54	33,55	0,0	145,00

Individuaalseteste regressioonanalüüside tulemused on kirjas Tabelis 2. Selgus, et sotsiaalne toetus ja kõik peresuhte näitajad ennustasid söömishäirete sümptomite esinemist statistiliselt olulisel määral. Peresise läheduse ja toetuse skoorid ennustasid mõlemad SHS koguskoori statistiliselt olulisel määral ning moodustasid kokku peresise soojuse näitaja, mis seletas 19,9% söömishäirete sümptomite esinemise varieeruvusest. Olulised seosed söömishäirete sümptomitega esinesid ka peresuhtes esineva väärkohtlemise alaskaaladel – alavääristamisel ja vägivaldial. Kokku seletas väärkohtlemine 21,4% söömishäirete sümptomite varieeruvusest. Peresuhte alaskaaladest olid lisaks statistiliselt olulised söömishäirete sümptomite ennustajad

kontroll, aktsepteerimine ja autonoomia. Statistiliselt oluliseks ennustajaks osutus ka sotsiaalne toetus.

**Tabel 2.** Peresuhte omaduste ja sotsiaalse toetuse muutujate võimekus individuaalselt ennustada SHS koguskoori.

	$\beta$	F (df)	R	R <sup>2</sup>	RMSE	<i>p</i>
Lähedus	-0,44	32,13 (1,134)	0,47	0,19	28,74	< 0,001
Toetus	-0,28	14,66 (1,152)	0,33	0,08	30,42	< 0,001
Soojus (Lähedus + Toetus)	-0,45	32,30 (1,130)	0,48	0,20	28,59	< 0,001
Alavääristamine	0,44	35,72 (1,148)	0,47	0,19	28,80	< 0,001
Vägivald	0,29	14,16 (1,155)	0,36	0,08	30,52	< 0,001
Väärkohtlemine (Alavääristamine + Vägivald)	0,46	38,17 (1,140)	0,52	0,21	27,62	< 0,001
Kontroll	0,17	4,89 (1,158)	0,24	0,03	32,24	0,028
Aktsepteerimine	-0,34	20,50 (1,154)	0,38	0,12	30,58	< 0,001
Autonoomia	-0,24	9,59 (1,160)	0,28	0,06	31,63	0,002
Sotsiaalne toetus	-0,41	23,43 (1,12)	0,39	0,17	31,98	< 0,001

Hindamaks, milline sõltumatute muutujate kombinatsioon ennustab kõige paremini söömishäire sümptomite esinemist viidi läbi mitmene regressioon. Peresuhte ja sotsiaalse toe muutujaid mitmese regressioonanalüüsi mudelisse sobitades leiti kaks võrdväärset mudelit, mis mõlemad seletasid 27% söömishäirete sümptomite esinemisest. Esimene mudel, mis on välja toodud Tabelis 3, sisaldas sõltumatute muutujatena väärkohtlemise, sotsiaalse toetuse ja kontrolli skooore,  $F(3, 92) = 11,33$ ,  $p < 0,001$ ,  $R^2 = 0,27$ . Teine mudel ( vt Tabel 4) sisaldas peresisese soojuse, sotsiaalset toe ja kontrolli kontroll skooore,  $F(3,91) = 11,207$ ,  $p < 0,001$ ,  $R^2$

## Söömishäired, peresuhted ja sotsiaalne toetus

= 0,27. Sealjuures mitmese regressiooni kollineaarsuse puudumise eeldust kontrollides selgus, et peresise väärkohtlemise ja soojuse skooride vahel esines statistiliselt oluline tugev korrelatsioon ( $r = -0,82$ ,  $p < 0,001$ ), mis võib seletada kahe eelmainitud regressioonimudeli sarnaseid statistikuid. Mitmeses regressioonis otsustati kasutada soojuse ja väärkohtlemise skaalasad, nende alaskaalade läheduse ja toetuse ning vägivalla ja alaväärastamise asemel, sest see võimaldas seletada ühe sõltumatu muutuja kaudu söömishäirete sümptomite varieeruvust suuremal määral.

**Tabel 3.** Peresise väärkohtlemise, kontrolli ja sotsiaalse toe koguskoori võime ennustada SHS koguskoori.

Sõltumatu muutuja	B	SE	$\beta$	t	p
Vabaliige	53,88	23,06		2,34	0,022
Väärkohtlemine	0,94	0,44	0,22	2,12	0,037
Sotsiaalne toetus	-1,18	0,40	-0,30	-2,95	0,004
Kontroll	1,68	0,85	0,19	1,99	0,05

**Tabel 4.** Peresise soojuse, kontrolli ja sotsiaalse toe koguskoori võime ennustada SHS koguskoori.

Sõltumatu muutuja	B	SE	$\beta$	t	p
Vabaliige	100,5 8	18,59		5,41	< 0,001
Soojus	-0,50	0,24	-0,23	-2,11	0,037
Sotsiaalne toetus	-1,04	0,43	-0,26	-2,43	0,017
Kontroll	2,07	0,83	0,23	2,48	0,015

## Arutelu

Tänapäeval ei peeta peresuhteid keskseks faktoriks söömishäirete kujunemisel ja alalhoidmisel (Grange et al., 2010). Sellegipoolest kujunevad söömishäired sageli välja eluperioodil, mil inimesed elavad veel oma päritoluperes, mistõttu on oluline mõista täpsemalt peresuhte rolli söömishäirete esinemises ja püsimises (Volpe et al., 2016). Samuti on söömishäiretega inimeste seas leitud madalamat rahulolu sotsiaalse toega ning kõrgemaid üksinduse näitajaid (Dimitropoulos et al., 2013; Harney et al., 2014). Käesoleva uurimistöö eesmärk oli uurida, kuidas ennustavad peresuhted ja sotsiaalne tugi söömishäirete sümptomite esinemise määra. Selgus, et söömishäirete sümptomeid ennustasid kõik Tartu Peresuhte Skaala alaskaalad: lähedus, toetus, alavääristamine, vägivald, kontroll, aktsepteerimine ja autonoomia. Samuti ennustas söömishäirete sümptomite esinemise määra indiviidi tajutud sotsiaalne toetus. Peresuhte ja sotsiaalse toe näitajaid ühiselt regressioonanalüüsi lisades selgus, et oli võimalik luua kaks võrdväärset mudelit iseseisvalt söömishäirete sümptomeid ennustavate muutujatega. Esimene mudel sisaldas väärkohtlemise, kontrolli ja sotsiaalse toetuse skoori ning teine mudel soojuse, kontrolli ja sotsiaalse toetuse skoori.

Individuaalsete ennustajate seast oli üks söömishäirete sümptomite varieeruvust üks suuremal määral seletav näitaja peresisese väärkohtlemise skoor. See tulemus läheb kokku varasemate uuringutega, kus on leitud seoseid kogetud väärkohtlemise ja söömishäirete välja kujunemise vahel (Molendijk et al., 2017). Sealjuures on tähelepanuväärne, et käesolevas töös oli söömishäirete sümptomitel väärkohtlemise alaskaaladest tugevam seos alavääristamise kui vägivald alaskaalaga. Vägivalla alaskaala mõõtis pigem otsest inimese vastu suunatud vaenulikku käitumist, samas alavääristamise alaskaala peegeldas rohkem alavääristavat ja rahulolematut suhtumist, mida vastaja pereliikmete poolt tajus (Kurrikoff, 2012). Seega söömishäiretega inimeste peredes tasub tähelepanu pöörata omavahelisele suhtlusele, kus söömishäirega inimene võib tunda end alavääristatuna. Sealjuures võib seost kõrgema peresisese väärkohtlemise raporteerimise ja söömishäirete sümptomite vahel mõjutada ka vastajast endast tulenevad tegurid. Söömishäiretega patsientide seas on leitud tähelepanukalle negatiivset suhtumist väljendava kehakeele suhtes ning väiksem tähelepanu positiivset suhtumist väljendavale kehakeelele (Cardi et al., 2013; Cserjési et al., 2011).

Oluline aspekt peresuhtes on kuidas inimene tunnetab, et austatakse tema autonoomiat. Läänelikus kultuuriruumis on autonoomia üks inimese põhivajadusi ning see on positiivselt seotud indiviidi psühholoogilise heaoluga (Deci & Ryan, 1985; Rudy et al., 2007). Käesolevas

töös leiti, et söömishäirete sümptomid olid negatiivselt seotud sellega, kui võrd autonoomsena invidiid end peresuhtes tunneb. Sarnaselt leidsid (Józefik & Pilecki, 2010) söömishäiretega invidiidide peredes raskusi autonoomse funktsioneerimisega. Söömishäire ravile keskendunud pereteraapia puhul on söömishäirega invidiidi autonoomia toetamine ja suurendamine üks olulistest eesmärkidest (Loeb & le Grange, 2009).

Autonoomiaga mõnevõrra seotud kontseptsioon on kontroll. Mõõdukas peresisene kontroll ja reeglite seadmine ei ole tingimata vastuolus invidiidi autonoomiaga, kuid liigne perepoolne kontroll võib hakata isiklikku autonoomiat piirama (Schiffrin et al., 2014). Kontroll peresuhtes seletas käesolevas uurimistöös väikese, kuid statistiliselt olulise osa söömishäirete sümptomite esinemise varieeruvusest. Tugeva seose puudumine võib tuleneda sellest, et peresisese kontrolli funktsionaalsus oleneb ka teistest peresuhte näitajatest, nagu peresisest soojusest (Pinquart, 2017). Samuti mõõtis käesolevas töös kasutatud Tartu Peresuhte küsimustiku kontrolliskaala pigem käitumist kontrollivaid reegleid, kui psühholoogilist kontrolli. Söömishäired on tugevalt seotud internaliseeritud psühhopatoloogiaga (Mitchell et al., 2014) ning Pinquart (2017) uuring näitas, et internaliseeritud häired on positiivselt seotud vanematepoolse psühholoogilise kontrolliga, kuid negatiivselt käitumise kontrolliga. Seega võib söömishäirete ja peresuhtes esineva kontrolli seose statistilised näitajad sõltuda mõõdetavast kontrolliaspektist.

Söömishäirete tunnustega oli antud töös negatiivselt seotud peresisene soojus. Söömishäirete korral on madalamat peresisest soojust täheldatud ka varasemates uuringutes (Lobera et al., 2011; Tetley et al., 2014). Sealjuures ülekaaluliste noorte seas on leitud peresisene lähedus olevat kaitsefaktoriks häirunud söömiskäitumise eest (Neumark-Sztainer et al., 2009). Samuti tajusid käesolevas uuringus kõrgema SHS skooriga inimesed vähem aktsepteerivat suhtumist peresuhtes. Sarnaselt leidsid Gillett et al. (2009), et söömishäirega invidiidide peredes esines rohkem otseselt sõnastamata kaudseid reegleid, mis piirasid oma mõtete ja tunnete vabalt jagamist ning vähem implitsiitseid perereegleid, mis toetaks sooja, avatud ning mõistvat peresisest suhtlust. Soojad ja aktsepteerivad peresuhted julgustavad pereliikmeid oma tundeid väljendama võimaldades oma tunnetega adaptiivselt toime tulemist õppima (Thompson & Meyer, 2007). Fosco ja Grych, (2013) leidsid, et soojad peresuhted ennustasid laste seas kohasemaid emotsiooniregulatsiooni oskusi. Teisest küljest väärkoheldud lastel on leitud vähem adaptiivseid oskusi oma emotsioonide reguleerimisel (Shipman et al., 2007). Samuti on vanemlik kontroll, eriti just psühholoogiline kontroll, seotud emotsiooniregulatsiooni

madalamate tasemetega (Manzeske & Stright, 2009). Raskused emotsioonide reguleerimisel on omakorda riski- ja säilitavaks faktoriks psühhopatoloogiale, sealhulgas söömishäiretele (Brockmeyer et al., 2014; Svaldi et al., 2012). Peresuhte oluline roll söömishäirete sümptomite ennustamisel võib seega osaliselt tuleneda sellest, kuivõrd perekeskkond toetab adaptiivsete emotsiooniregulatsiooni oskuste omandamist.

Lisaks peresuhte dimensioonidele ennustas söömishäirete sümptomite esinemist ka üldine tajutud sotsiaalne tugi – mida madalam oli sotsiaalne tugi, seda suuremal määral esines söömishäiretele omaseid sümptomeid. Varasemates uuringutes on söömishäiretega iniviidid raporteerinud madalamat rahulolu oma sotsiaalse toega ning suuremat üksindustunnet kui kontrollgrupid (Dimitropoulos et al., 2013; Harney et al., 2014). Söömishäirele viitavad tunnused seostusid Limbert (2010) uuringus madalama sotsiaalse toega rahuloluga ka söömishäire diagnoosita naiste valimil. Söömishäirest paranemisega on jällegi seotud üksindustunde vähenemine (Harney et al., 2014). Varasema söömishäirega patsiendid on kirjeldanud, kuidas lähedaste poolt pakutud mittehinnanguline ja stabiilne sotsiaalne tugi oli neile paranemisprotsessis oluliseks toeks, juhul kui patsiendid ise olid valmis tuge vastu võtma ning oma mure jagama (Linville et al., 2012; Nilsen et al., 2020). Kui kõrgema sotsiaalse toega rahuloluga seostuvad madalamad söömishäire näitajad, siis võib lähedaste ja usaldusväärsete suhete loomise ja tugevdamise toetamine osutada oluliseks sekkumiskohaks psühholoogilise abi pakkumisel söömishäiretega patsientidel.

Söömishäirete ja üksinduse vahel on täheldatud kahesuunalist seost (Levine, 2012; Richardson et al., 2017). Richardson ja kolleegid (2017) leidsid, et söömishäirete riskigruppi kuuluvatel inimestel esinesid kõrgemad üksinduse näitajad ning üksinduse korral süvenesid aja jooksul söömishäirete sümptomid. Sotsiaalne tugi on üksindusega üldjoones vastassuunalises seoses (Hombrados-Mendieta et al., 2013). Söömishäirega iniviidile kättesaadavat sotsiaalset tuge võib piirata söömishäiretega seotud sotsiaalne stigma ning kaaslaste madal teadlikkus häire olemusest (O'Connor et al., 2016). Samuti võib tajutud sotsiaalset tuge mõjutada söömishäirega iniviidi käitumine ja mõtlemine. Krug et al., (2013) leidsid, et söömishäirega inimesed veetsid nii lapsepõlves kui ka täiskasvanueas vähem aega sõpradega. Söömishäiretega iniviidid on raporteerinud distantseeritust teistest inimestest, sotsiaalset pidurdust ning raskusi lähedaste usaldamisel (Carter et al., 2012; Cunha et al., 2009). Patsientide pereliikmed on väljendanud, kuidas nende kogemuses söömishäirega inimese eemale hoidev olek vähendas peresisest lähedust (Gilbert et al., 2000; Highet et al., 2005).

Söömishäire paranemisprotsessis olevad inimesed on kirjeldanud, kuidas söömishäire sees olles oli nende tähelepanu fokuseeritud neile endile ning seetõttu panustasid nad vähem lähedastesse suhetesse (Rance et al., 2017). Söömishäirega inimeste sotsiaalse toe hindamisel ja vajaliku toe leidmist julgustades tasub tähelepanu pöörata vähese sotsiaalse toe erinevatele mõjuteguritele.

Selgus, et söömishäirete sümptomeid on võimalik ennustada kahe võrdväärse mitmese regressioonmudeliga. Üks neist mudelitest sisaldas peresisese väärkohtlemise, sotsiaalse toe ja kontrolli näitajaid. Teine mudel seletas SHS skoori peresuhete soojuse, sotsiaalse toe ja kontrolli näitajate kaudu. Peresisest soojust, kontrolli ja üldist sotsiaalset tuge sisaldav mudel läheb kokku mitmete teiste uuringutega, kus söömishäirega indiviidide peredele on madalam soojus ja kõrgem kontroll kaks peamist iseloomulikku joont (Deas et al., 2011; Fassino et al., 2010; Lobera et al., 2011; McEwen & Flouri, 2009; Tetley et al., 2014). Sotsiaalse toe olulisus mõlemas mudelis võib tuleneda sellest, et see hõlmab lisaks peresuhetele inimese laiemat sotsiaalset võrgustikku. Suhted eakaaslastega võivad oluliselt olla seotud sellega, kuidas inimene oma kehasse suhtub (Gerner & Wilson, 2005) ning empaatilised sõprussuhted võivad omakorda olla söömishäiretest paranemisel oluliseks toeks (Linville et al., 2012). Mudelite võrdväärsus võis tuleneda sellest, et peresisese soojuse ja väärkohtlemise skoorid olid omavahel tugevalt seotud. Seega üldjoontes peredes, kus esineb rohkem väärkohtlemist, on ka vähem soojust ning vastupidi. Sealjuures Tartu Peresuhte Skaala esialgsel väljatöötlemisel, oli seos soojuse ja väärkohtlemise vahel mõnevõrra madalam (Kurrikoff, 2012). See tõstatab omaette küsimuse, kas käesolevas töös leitud kõrgemad seosed soojuse ja väärkohtlemise vahel võivad tuleneda häirunud söömiskäitumisega indiviidide suurest osakaalust valimis või valimi kõrgemast keskmisest vanusest kui Kurrikoffi (2012) uuringus. Võib oletada, et et soojad ning madalate väärkohtlemise ja kontrolli näitajatega peresuhted ning kõrgem sotsiaalne toetus võivad kaitsta naisi söömishäirete väljakujunemise eest.

Leitud tulemused peresuhte ja sotsiaalse toe seostest söömishäirete sümptomitega panustavad laiemasse psühhopatoloogia ja sotsiaalsete suhete uurimisvaldkonda. Samuti on peresuhte ja sotsiaalse toe seoseid söömishäiretega oluline teada kliinilises töös patsientidega. Düsfunktsionaalsed kalduvused peresuhetes kõrgema söömishäirete sümptomite skooriga indiviidide seas viitavad jätkuvalt pereteraapiale kui kasulikule sekkumisviisile söömishäiretega patsientidel (Lock & le Grange, 2005). Sotsiaalse toetuse leidmise ja olemasolevate sotsiaalse toe ressursside kasutamise toetamine vaimse tervise spetsialistide

Söömishäired, peresuhted ja sotsiaalne toetus

poolt võib samuti aidata kaasa söömishäiretega indiviidide paranemisprotsessile. Muuhulgas võib patsiente julgustada tutvuma söömishäirete toetusgruppidega Internetis, kus on võimalik tutvuda teiste inimeste lugudega, leida toetust ja mõistvat suhtumist ning saada nõuandeid paranemise suunas liikumiseks (Eichhorn, 2008).

### **Piirangud ja edasised uurimissuunad**

Uurimistööl on mõningaid piiranguid. Üheks piiranguks on, et tegemist on läbilõikelise uuringuga. Seetõttu on raske hinnata seoste kausaalsust. Sealjuures on võimalik, et seosed peresuhete omaduste, sotsiaalse toetusega rahulolu ning söömishäirete sümptomite vahel on kahesuunalised (Cunha et al., 2009; Krug et al., 2013; Richardson et al., 2017), kus teatud peresuhete omadused ja madalam sotsiaalne tugi võivad ennustada häirunud söömiskäitumist ning samas ka kujuneda häire süvenedes tugevamalt välja. Tulevikus võib olla kasulik uurida näiteks, kas ja kuidas peresuhete ja sotsiaalse toetuse näitajad muutuvad häire kulgedes.

Samuti tasub tähelepanu pöörata sellele, et peresuhteid mõõdeti osalejate hinnangute kaudu. Tulevikus võiks lisaks koguda andmeid peresuhete kohta ka osalejate pereliikmetelt, et saada mitmekülgsemat infot peresuhete kohta. Samuti võimaldaks teistelt pereliikmetelt andmete kogumine hinnata, kuivõrd lahknevad söömishäirega inimeste ja söömishäireta kontrollisikute hinnangud teiste pereliikmete hinnangutest peresuhetele. See võiks anda vihjeid, kuivõrd söömishäirega indiviidide seas leitud tähelepanukalded interpersonaalses suhtluses (Cardi et al., 2013; Cserjési et al., 2011) võivad mõjutada vastajate hinnangut oma peresuhetele.

Üheks piiranguks on ka väike ning vanuse poolest heterogeenne valim. Erinevates eluetappides võivad varieeruda inimeste rollid päritoluperedes. Teismeliste seas on tavaliselt vanemate juures elamine sagedasem ning ka sõltuvus vanematest suurem kui täiskasvanutel. See võib omakorda mõjutada, kuidas suhted päritoluperes inimest mõjutavad. Edaspidistes uuringutes oleks huvitav keskenduda peresuhete seostele häirunud söömiskäitumisega piiritletumas vanusegrupis.

### **Kokkuvõte**

Uurimistöös leiti olulised seosed söömishäirete sümptomite ja mitmete peresuhete aspektide vahel. Samuti ennustas söömishäirete sümptomite esinemist sotsiaalne tugi. Mudelite seas selgus, et kõige paremini ennustas söömishäirete sümptomite esinemist väärkohtlemine, kontroll ja sotsiaalne tugi ning soojus, kontroll ja sotsiaalne tugi. Uurimistöö panustab

Söömishäired, peresuhted ja sotsiaalne toetus

laiemasse söömishäirete ja sotsiaalsete suhete vahelisi seoseid uurivasse teaduskirjandusse. Söömishäiretega indiviidide peresuhte ja sotsiaalse toe parem mõistmine võib olla kasuks söömishäirega patsientide ja nende perede tõhusamal toetamisel.

### Kasutatud kirjandus

- American Psychiatric Association. (2021). *What Are Eating Disorders?* American Psychiatric Association. <https://www.psychiatry.org/patients-families/eating-disorders/what-are-eating-disorders>
- 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/10.1016/j.comppsy.2013.12.001>
- Cardi, V., Matteo, R. D., Corfield, F., & Treasure, J. (2013). Social reward and rejection sensitivity in eating disorders: An investigation of attentional bias and early experiences. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 14(8), 622–633. <https://doi.org/10.3109/15622975.2012.665479>
- Carter, J. C., Kelly, A. C., & Norwood, S. J. (2012). Interpersonal problems in anorexia nervosa: Social inhibition as defining and detrimental. *Personality and Individual Differences*, 53(3), 169–174. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.02.020>
- Caslini, M., Bartoli, F., Crocamo, C., Dakanalis, A., Clerici, M., & Carrà, G. (2016). Disentangling the Association Between Child Abuse and Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosomatic Medicine*, 78, 79–90. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000233>
- Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: A meta-review. *World Psychiatry*, 13(2), 153–160. <https://doi.org/10.1002/wps.20128>
- Cserjési, R., Vermeulen, N., Lénárd, L., & Luminet, O. (2011). Reduced capacity in automatic processing of facial expression in restrictive anorexia nervosa and obesity. *Psychiatry Research*, 188(2), 253–257. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.12.008>
- Cunha, A. I., Relvas, A. P., & Soares, I. (2009). *Anorexia nervosa and family relationships: Perceived family functioning, coping strategies, beliefs, and attachment to parents and peers*. 9, 13.
- Deas, S., Power, K., Collin, P., Yellowlees, A., & Grierson, D. (2011). The Relationship between Disordered Eating, Perceived Parenting, and Perfectionistic Schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 35(5), 414–424. <https://doi.org/10.1007/s10608-010-9319-x>
- Deci, E., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. Springer US. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2271-7>
- Dimitropoulos, G., Freeman, V. E., Bellai, K., & Olmsted, M. (2013). Inpatients with Severe Anorexia Nervosa and Their Siblings: Non-shared Experiences and Family Functioning. *European Eating Disorders Review*, 21(4), 284–293. <https://doi.org/10.1002/erv.2230>
- Dodge, E. (2016). Forty years of eating disorder-focused family therapy – the legacy of ‘psychosomatic families’. *Advances in Eating Disorders*, 4(2), 219–227.

- <https://doi.org/10.1080/21662630.2015.1099452>
- Eichhorn, K. C. (2008). Soliciting and Providing Social Support Over the Internet: An Investigation of Online Eating Disorder Support Groups. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 14(1), 67–78. <https://doi.org/10.1111/j.1083-6101.2008.01431.x>
- Eisler, I. (2005). The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 27(2), 104–131. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2005.00303.x>
- Fassino, S., Amianto, F., Rocca, G., & Daga, G. A. (2010). Parental bonding and eating psychopathology in bulimia nervosa: Personality traits as possible mediators. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 19(3), 214–222. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00001147>
- Fosco, G. M., & Grych, J. H. (2013). Capturing the Family Context of Emotion Regulation: A Family Systems Model Comparison Approach. *Journal of Family Issues*, 34(4), 557–578. <https://doi.org/10.1177/0192513X12445889>
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: A systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402–1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>
- Gerner, B., & Wilson, P. H. (2005). The relationship between friendship factors and adolescent girls' body image concern, body dissatisfaction, and restrained eating. *International Journal of Eating Disorders*, 37(4), 313–320. <https://doi.org/10.1002/eat.20094>
- Gilbert, A. A., Shaw, S. M., & Notar, M. K. (2000). The impact of eating disorders on family relationships. *Eating Disorders*, 8(4), 331–345. <https://doi.org/10.1080/10640260008251240>
- Gillett, K. S., Harper, J. M., Larson, J. H., Berrett, M. E., & Hardman, R. K. (2009). Implicit Family Process Rules in Eating-Disordered and Non-Eating-Disordered Families. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35(2), 159–174. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00113.x>
- Grange, D. le, Lock, J., Loeb, K., & Nicholls, D. (2010). Academy for eating disorders position paper: The role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(1), 1–5. <https://doi.org/10.1002/eat.20751>
- Harney, M. B., Fitzsimmons-Craft, E. E., Maldonado, C. R., & Bardone-Cone, A. M. (2014). Negative affective experiences in relation to stages of eating disorder recovery. *Eating Behaviors*, 15(1), 24–30. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.10.016>
- Herik, M., Akkermann, K., & Aluoja, A. (2009). *Söömishäirete hindamise skaala konstrueerimine* [Magistritöö]. Tartu Ülikool, Psühholoogia Instituut.
- Hight, N., Thompson, M., & King, R. M. (2005). The Experience of Living with a Person with an Eating Disorder: The Impact on the Carers. *Eating Disorders*, 13(4), 327–344. <https://doi.org/10.1080/10640260591005227>
- Holtom-Viesel, A., & Allan, S. (2014). A systematic review of the literature on family functioning across all eating disorder diagnoses in comparison to control families. *Clinical Psychology*

- Review*, 34(1), 29–43. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.10.005>
- Hombrados-Mendieta, I., García-Martín, M. A., & Gómez-Jacinto, L. (2013). The Relationship Between Social Support, Loneliness, and Subjective Well-Being in a Spanish Sample from a Multidimensional Perspective. *Social Indicators Research*, 114(3), 1013–1034. <https://doi.org/10.1007/s11205-012-0187-5>
- Jenkins, P. E., Hoste, R. R., Meyer, C., & Blissett, J. M. (2011). Eating disorders and quality of life: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 113–121. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.08.003>
- Józefik, B., & Pilecki, M. (2010). Perception of autonomy and intimacy in families of origin of parents of patients with eating disorders, of parents of depressed patients and of parents of healthy controls. A Transgenerational perspective—Part II. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 12, 79–86.
- Krug, E. G., & Weltgesundheitsorganisation (Toim). (2002). *World report on violence and health*.
- Krug, I., Fuller-Tyszkiewicz, M., Anderluh, M., Bellodi, L., Bagnoli, S., Collier, D., Fernandez-Aranda, F., Karwautz, A., Mitchell, S., Nacmias, B., Ricca, V., Sorbi, S., Tchanuria, K., Wagner, G., Treasure, J., & Micali, N. (2015). A new social-family model for eating disorders: A European multicentre project using a case-control design. *Appetite*, 95, 544–553. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.08.014>
- Krug, I., Penelo, E., Fernandez-Aranda, F., Anderluh, M., Bellodi, L., Cellini, E., di Bernardo, M., Granero, R., Karwautz, A., Nacmias, B., Ricca, V., Sorbi, S., Tchanturia, K., Wagner, G., Collier, D., & Treasure, J. (2013). Low social interactions in eating disorder patients in childhood and adulthood: A multi-centre European case control study. *Journal of Health Psychology*, 18(1), 26–37. <https://doi.org/10.1177/1359105311435946>
- Kurrikoff, T. (2012). *Interpersonal relationships and behaviour: Moderation by functional gene variants* [Doktori väitekirj, Tartu Ülikool, Psühholoogia Instituut]. Tartu Ülikooli Kirjastus. <https://dspace.ut.ee/handle/10062/27239>
- Levine, M. P. (2012). Loneliness and eating disorders. *The Journal of Psychology*, 146(1–2), 243–257. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.606435>
- Limbirt, C. (2010). Perceptions of social support and eating disorder characteristics. *Health Care for Women International*, 31(2), 170–178. <https://doi.org/10.1080/07399330902893846>
- Linville, D., Brown, T., Sturm, K., & McDougal, T. (2012). Eating disorders and social support: Perspectives of recovered individuals. *Eating Disorders*, 20(3), 216–231. <https://doi.org/10.1080/10640266.2012.668480>
- Lobera, I. J., Ríos, P. B., & Casals, O. G. (2011). Parenting styles and eating disorders. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(8), 728–735. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01723.x>
- Lock, J., & le Grange, D. (2005). Family-based treatment of eating disorders. *International Journal of*

- Eating Disorders*, 37(S1), S64–S67. <https://doi.org/10.1002/eat.20122>
- Lock, J., Le Grange, D., Agras, W. S., Moye, A., Bryson, S. W., & Jo, B. (2010). Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 67(10), 1025–1032. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.128>
- Loeb, K. L., & le Grange, D. (2009). Family-Based Treatment for Adolescent Eating Disorders: Current Status, New Applications and Future Directions. *International journal of child and adolescent health*, 2(2), 243–254.
- Manzeske, D. P., & Stright, A. D. (2009). Parenting Styles and Emotion Regulation: The Role of Behavioral and Psychological Control During Young Adulthood. *Journal of Adult Development*, 16(4), 223–229. <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9068-9>
- McEwen, C., & Flouri, E. (2009). Fathers' parenting, adverse life events, and adolescents' emotional and eating disorder symptoms: The role of emotion regulation. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(4), 206–216. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-0719-3>
- Miller-Day, M., & Marks, J. D. (2006). Perceptions of Parental Communication Orientation, Perfectionism, and Disordered Eating Behaviors of Sons and Daughters. *Health Communication*, 19(2), 153–163. [https://doi.org/10.1207/s15327027hc1902\\_7](https://doi.org/10.1207/s15327027hc1902_7)
- Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families*. Harvard University Press. <https://www.degruyter.com/document/doi/10.4159/harvard.9780674418233/html>
- Mitchell, K. S., Wolf, E. J., Reardon, A. F., & Miller, M. W. (2014). Association of eating disorder symptoms with internalizing and externalizing dimensions of psychopathology among men and women. *The International Journal of Eating Disorders*, 47(8), 860–869. <https://doi.org/10.1002/eat.22300>
- Molendijk, M. L., Hoek, H. W., Brewerton, T. D., & Elzinga, B. M. (2017). Childhood maltreatment and eating disorder pathology: A systematic review and dose-response meta-analysis. *Psychological Medicine*, 47(8), 1402–1416. <https://doi.org/10.1017/S0033291716003561>
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Story, M., & Sherwood, N. E. (2009). Five-year longitudinal predictive factors for disordered eating in a population-based sample of overweight adolescents: Implications for prevention and treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 42(7), 664–672. <https://doi.org/10.1002/eat.20733>
- Nicholls, D., & Viner, R. (2009). Childhood Risk Factors for Lifetime Anorexia Nervosa by Age 30 Years in a National Birth Cohort. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 791–799. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181ab8b75>
- Nilsen, J.-V., Hage, T. W., Rø, Ø., Halvorsen, I., & Oddli, H. W. (2020). External support and personal agency - young persons' reports on recovery after family-based inpatient treatment for anorexia nervosa: A qualitative descriptive study. *Journal of Eating Disorders*, 8(1), 18.

<https://doi.org/10.1186/s40337-020-00293-5>

- O'Connor, C., McNamara, N., O'Hara, L., & McNicholas, F. (2016). Eating disorder literacy and stigmatising attitudes towards anorexia, bulimia and binge eating disorder among adolescents. *Advances in Eating Disorders*, 4(2), 125–140.  
<https://doi.org/10.1080/21662630.2015.1129635>
- Pinquart, M. (2017). Associations of Parenting Dimensions and Styles with Internalizing Symptoms in Children and Adolescents: A Meta-Analysis. *Marriage & Family Review*, 53(7), 613–640.  
<https://doi.org/10.1080/01494929.2016.1247761>
- Quiles Marcos, Y., & Terol Cantero, M. C. (2009). Assessment of social support dimensions in patients with eating disorders. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(1), 226–235.  
<https://doi.org/10.1017/s1138741600001633>
- Rance, N., Clarke, V., & Moller, N. (2017). The anorexia nervosa experience: Shame, Solitude and Salvation. *Counselling and Psychotherapy Research*, 17(2), 127–136.  
<https://doi.org/10.1002/capr.12097>
- Richardson, T., Elliott, P., & Roberts, R. (2017). Relationship between loneliness and mental health in students. *Journal of Public Mental Health*, 16(2), 48–54. <https://doi.org/10.1108/JPMH-03-2016-0013>
- Rikani, A. A., Choudhry, Z., Choudhry, A. M., Ikram, H., Asghar, M. W., Kajal, D., Waheed, A., & Mobassarah, N. J. (2013). A critique of the literature on etiology of eating disorders. *Annals of Neurosciences*, 20(4), 157–161. <https://doi.org/10.5214/ans.0972.7531.200409>
- Rudy, D., Sheldon, K. M., Awong, T., & Tan, H. H. (2007). Autonomy, culture, and well-being: The benefits of inclusive autonomy. *Journal of Research in Personality*, 41(5), 983–1007.  
<https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.11.004>
- Sarason, B. R., Shearin, E. N., Pierce, G. R., & Sarason, I. G. (1987). Interrelations of social support measures: Theoretical and practical implications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(4), 813–832. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.4.813>
- Schifffrin, H. H., Liss, M., Miles-McLean, H., Geary, K. A., Erchull, M. J., & Tashner, T. (2014). Helping or Hovering? The Effects of Helicopter Parenting on College Students' Well-Being. *Journal of Child and Family Studies*, 23(3), 548–557. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9716-3>
- Schutz, H. K., & Paxton, S. J. (2007). Friendship quality, body dissatisfaction, dieting and disordered eating in adolescent girls. *British Journal of Clinical Psychology*, 46(1), 67–83.  
<https://doi.org/10.1348/014466506X115993>
- Sharpe, H., Schober, I., Treasure, J., & Schmidt, U. (2014). The role of high-quality friendships in female adolescents' eating pathology and body dissatisfaction. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 19(2), 159–168. <https://doi.org/10.1007/s40519-014-0113-8>

- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). 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*(Suppl 20), 22–33.
- Shipman, K. L., Schneider, R., Fitzgerald, M. M., Sims, C., Swisher, L., & Edwards, A. (2007). Maternal Emotion Socialization in Maltreating and Non-maltreating Families: Implications for Children's Emotion Regulation. *Social Development*, *16*(2), 268–285.  
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00384.x>
- Shlik, J., Aluoja, A., & Kihl, E. (1999). *MINI 5.0.0 Mini international neuropsychiatric interview. DSM-IV, Estonian version.*
- 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>
- Tetley, A., Moghaddam, N. G., Dawson, D. L., & Rennoldson, M. (2014). Parental bonding and eating disorders: A systematic review. *Eating Behaviors*, *15*(1), 49–59.  
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.10.008>
- Thompson, R., & Meyer, S. (2007). Socialization of emotion regulation in the family. *Handbook of Emotion Regulation.*
- Tina, A. (1999). *Sotsiaalne toetus kui ressursid inimese toimetuleku soodustamiseks* [Bakalaureuse töö]. Tartu Ülikool.
- Volpe, U., Tortorella, A., Manchia, M., Monteleone, A. M., Albert, U., & Monteleone, P. (2016). Eating disorders: What age at onset? *Psychiatry Research*, *238*, 225–227.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.048>

Söömishäired, peresuhted ja sotsiaalne toetus

### **Tänu sõnad**

Täna juhendajaid Kirsti Akkermanni ja Kärol Soidlat abivalmiduse, kasulike nõuannete ja julgustavate sõnade eest.

*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.*

*Karin Randmaa*