

Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduste valdkond
Psühholoogia instituut

Evelyn Salm

**NOORUKITE HÄIRUNUD SÖÖMISKÄITUMISE HINDAMINE
KLIINILISEL VALIMIL**

Magistritöö

Juhendaja: Kirsti Akkermann, PhD

Tartu 2022

NOORUKITE HÄIRUNUD SÖÖMISKÄITUMISE HINDAMINE KLIINILISEL VALIMIL

Kokkuvõte

Teismeliste söömishäirete puhul on oluline varajane sekkumine, selles mängib rolli vanemate oskus söömiskäitumises muutusi märgata. Söömishäirele omased söömiskäitumisi on täheldatud juba enne söömishäire diagnoosi kinnitamist. Enimkasutatavad söömishäirete sõelküsimumstikud on enesekohased ning nende puudusteks on sotsiaalne soovitus, eitus või madal enese-analüüsi võime, mis võivad tulla vähesest haigusteadlikkusest või soovist oma sümptomeid vähendada. Käesoleva kirjeldava uurimuse eesmärk oli uurida vaatlusskaala psühhomeetrilisi näitajaid ning võrrelda lapsevanemate ja ravipersonali hinnanguid häirunud söömiskäitumise märkamises. Enesekohaseid küsimustikke täitsid nii ambulatoorsed kui ka statsionaarsed söömishäire diagnoosiga patsiendid (n = 26). Kõige enam esines lapsevanemate hinnanguil järgmisi söömiskäitumisi: „Kaupleb (peab läbirääkimisi) toidu osas“; „Nõuab alternatiivset toitu/toiduainet; „Keeldub söömast“. Lapsevanemate ning ravipersonali vaatlushinnangud langesid enim kokku väite puhul: „Vaatab söömise ajal ainiti oma toitu“. Piiravale alatüübile omane söömiskäitumine ei eristunud vanemate vaatlushinnangutes, „Sööb taldriku tühjaks teistest kiiremini“ käitumist esines rohkem ülesöömis-väljutava alatüübi puhul. Söömishäirega patsientide enesekohaste väidete ning nende lapsevanemate vaatlushinnangute vahel puudusid statistiliselt olulised seosed. Söömishäirega võib kaasneda häirele omane sümptomite vähendamine, vanemad märkasid silmatorkavaid söömiskäitumisi seotud alternatiivsete toitade nõudmise või toidust keeldumisega rohkem kui varjatuid söömisrituaale. Lapsevanemad vajavad enam söömishäirealast harimist patoloogilise söömiskäitumise märkamise osas.

Märksõnad: *söömishäired; häirunud söömiskäitumine; söömiskäitumise mõõtmine; vaatlusskaala vanemate vaatlushinnangud hinnangud; ravipersonali vaatlushinnangud;*

MEASURING ADOLESCENT DISTURBED EATING BEHAVIOR ON CLINICAL SUBGROUP

Abstract

Adolescent eating disorders need an early intervention, a crucial for parents to notice changes in eating behavior. Eating behaviors related to ED one may observe before various diagnosis. The most used scales for eating disorders are self-reported and their deficiencies are social desirability, denial or low self-reflection related to low awareness or desire to minimize one's symptoms. The purpose of present explorative study was to examine psychometric properties of an observation scale and to compare parent and specialized staff observations on disturbed eating behavior. Self-report questionnaires were completed by diagnosed eating disorder clinical sample (n = 26). Parents reported following the most: „Bargains (negotiates) about food“; „Demands alternative food/ingredients“ and „Refuses to eat“. Parent-staff reports agreed most on „Looks down to his/hers food“. ED restrictive like behavior did not differentiated in parent assessments, though „Eats his/hers food more quickly than others“ did occur more in binge-purge subtype. Self-report and observation scale items did not show any statistically significant relation. Eating disorder can contain manipulative behavior and patients can lessen their symptoms, parents did notice more apparent eating behavior related to demanding alternatives or rejection of food than more concealed eating rituals. Study emphasizes the importance of parental education about disordered eating.

Keywords: eating disorders; disturbed eating behavior; measuring eating behavior, observation scale; parent reported observations; staff reported observations

Sissejuhatus

Häirunud söömiskäitumine on üks iseloomulikumaid tunnuseid söömishäirete diagnoosis ja ka ravis. Otsene söömiskäitumise uurimine pakub üht võimalikku meetodit identifitseerimaks psühhobioloogilisi faktoreid, mis säilitavad neid häireid ning aitavad planeerida efektiivset ravisekkumist (Walsh, 2011), samuti tõsta laste ja noorukite söömishäire hindamise täpsust.

Söömiskäitumine peegeldab meie suhet toiduga ja käitumuslikku reaktsiooni toidule väliskeskkonnas (Russell & Russell, 2018) ning sellel on söömishäire tekkes keskne roll. Söömiskäitumine kujuneb välja üsna varakult ja liigub mööda eristatavat trajektoori (Herle et al., 2020). Söömiskäitumise uuringus, kus osales 800 last vanusevahemikus 6-22 eluaastat leiti, et konfliktid ja raskused söögikordadel lapsepõlves on seostatud kõrgema riskiga söömishäirete tekkeks noorukieas ja varajases täiskasvanueas (Kotler et al., 2001). Söömishäiretele omane söömiskäitumise väljakujunemine on küllaltki pikk protsess ning muutused käitumises võivad olla märgatavad ammu enne söömishäirete kliinilist diagnoosi.

Söömishäirete diagnoosimise teeb keeruliseks asjaolu, et häirunud kehataju ja söömine on peamisi tervisemuresid noorukite seas (Neumark-Sztainer et al., 2018). See teeb keeruliseks piiri tuvastamise, kust lõpeb mittepatoloogiline häirunud söömine, näiteks autismile omane söömiskäitumine (Curtin et al., 2015), aga ka teismeeaga kaasnev suurenenud tähelepanu välimusele ja kehakaalule ning kust algab patoloogiliselt häirunud söömine, mis on omane söömishäirete diagnostilistele kriteeriumitele.

Söömismustrite olemus ja kvaliteet paiknevad kontiinumil, mis peegeldavad söömiskäitumist ja enese eest hoold kandmist; kontiinumi ühes otsas – normaalne söömiskäitumine – näitab efektiivselt funktsioneerivat keha, mis on võimeline säilitama tervislikku kaalu läbi normaalse söömise ja enesehooldituse; kontiinumi teises otsas – eluohtlik söömishäire – mis on läbi põimunud allolevatest emotsionaalsetest, füsioloogilistest ja neurobioloogilistest faktoritest (Natenshon, 2020). Seega söömismustrid võivad pigem üldist toimetulekut iseloomustada ning ebatavalisus neis võib patoloogiale viidata.

Siinkohal on oluline klinitsisti otsus, millises normaalse söömise kontiinumi punktis söömiskäitumine ületab normaalse söömise lävendi ning millal on põhjust kahtlustada söömispatoloogiate eri vorme ja raskusastet. Teatud häirunud söömise mustreid, eriti nende levimuse valguses, on üha raskem patoloogiana märgata; enesekohastes küsimustikes väljatoodud söömise piiramise kohta väited on kõrgelt korreleerunud söömismustritega, mis

on laialdaselt üldpopulatsioonis levinud (Ocker et al., 2007). Noorukite söömishäirele omased käitumine ja häirunud söömine on väga kompleksed ning mõjutatud bioloogiliste, käitumuslike ja keskkondlike faktorite poolt (Culbert et al., 2015). Erinevaid faktoreid arvesse võttes suurendame täpsust hindamisel, aga ka raviefektiivsuses.

Häirunud söömiskäitumise mõõtmine läbi erinevate meetodite

Söömiskäitumise hindamisel on oluline silmas pidada häire diagnostilisi kriteeriume: nii enesetajuhäireid kui ka käitumuslikke valikuid, mis päädivad äärmusliku hirmuga toidu ja sellest tulenevalt kehakaalu tõusu ees. Kõige usaldusväärsemad meetodid söömishäirete hindamiseks ja diagnoosimiseks on struktuuraalsed ja poolstruktuuraalsed kliinilised intervjuud, mida viivad läbi väljaõppinud klinitsistid (Fairburn & Beglin, 1994). Kliiniliste intervjuude puuduseks on ajamahukus ning selle läbiviimine saab toimuda ainult väljaõppinud spetsialisti käe all. Söömishäirele omaseid sümptomeid hindavad enesekohased küsimustikud on kasutajasõbralikud, aja- ja kuluefektiivsed ning ei vaja spetsiaalset väljaõpet, neid kasutatakse söömishäire epidemioloogilistes uurimustes ning ka hindamaks haiguse ennetamise ja ravi efekti (Ciao et al., 2014). Enamus mõõtevahendeid (sh enesekohased küsimustikud) on olemuselt retrospektiivsed hinnangud sageduse ja intensiivsuse muutustes häirunud söömiskäitumises (Safer et al., 2001), mõõtes söömishäirele omaseid suhtumisi ja käitumisi viimase nelja nädala jooksul. Enesekohaste küsimustike suurimaid puuduseid on võimalik sotsiaalne soovitus, retrospektiivsus, kuid ka eituse või madal enese-refleksiooni võime, mis tulenevad vähesest haigusteadlikkusest või ka sümptomite vähendamisest või mitte omaksvõtmisest, mis on söömishäiretele iseloomulik.

Kuna erinevate söömishäirete alguspunkte ja olemusi võib olla üsna raske tuvastada ning see võib vanuselisel varieeruda, nt *anorexia nervosa* võib areneda juba 8-aastaselt, kulmineerudes 15-18 aasta vahel (Salbach-Andrae et al., 2009); *bulimia nervosa* on tavalisem noores täiskasvanu eas (Gowers, 2008), siis nooremas vanusegrupis on andmete kogumine vanematelt või teistelt otsestelt hooldajalt ning nende kaasamine raviprotsessi väga oluline, sest söömishäire patsiendid tihti eitavad või minimaliseerivad oma häiret (Le Grange et al., 2007; Viglione et al., 2006). Vanemate hinnangud lapse söömiskäitumise kohta annavad rohkem teavet häire raskuse ning erinevate vormide kohta.

Söömishäire diagnostilise selguse puudumine võib olla seotud limiteeritud hindamismeetoditega, mis peamiselt toetuvad enesekohasel sümptomite väljatoomisel (Le Grange & Loeb, 2007). Kasutades informatsiooni ka teistest allikatest ja käitumuslikest

indikaatoritest, mis annavad laiema pildi kui patsiendi verbaalne kinnitus, võib tõsta kliiniliselt oluliste sümptomite tuvastamismäära ning vähendada diagnostilist ambivalentsust (Hail, 2017). Võrreldes täiskasvanutega, noorukid ja lapsed saavad madalamaid skooore söömishäire patoloogia hindamisel vaatamata sellele, et alatoitumismäär on täiskasvanuga võrreldav (Couturier & Lock, 2006). Arvatavasti on sellel mitmeid põhjuseid: suurem sümptomite eitamine ja väiksem abiotsimise soov (Binford et al., 2005); aga ka lühem haiguse kestvus ei lase noorukitel ja lastel täielikult mõista kroonilise haiguse tagajärgi (Fisher et al., 2001) või pidada oma käitumist häirunud söömiskäitumiseks (Couturier & Lock, 2006), kuid ravi efektiivsuses mängib üliolulist rolli varajane märkamine ja sekkumine.

Näiteks arusaam väitest „Hirm kaalutõusu ees“ (kriteerium B) nõuab, et laps on võimeline korrektselt märkama ja nime andma oma afektiivsele seisundile ja tuvastama motivatsiooni selle käitumise taga (Cooper et al., 2002; Fisher et al., 2001).

Olemasolevate hindamisvahendite muutmine või isegi uute välja töötamine nooremal valimil ei elimineeri haiguse eitamist nt *anorexia nervosa* patsientidel. AN diagnoosimise eelpool kirjeldatud raskuseid tähtsustab vanemate või teiste lähedaste kaasamise olulisust hindamise protsessis, mida üldiselt laste ja noorte psühhiaatrilises hindamises laialdaselt kasutatakse (Couturier & Lock, 2006). Üha olulisemaks on muutunud vajadus kasutada täiendavaid informatsiooni allikaid söömishäire patoloogia hindamisel (Mariano et al., 2013; Murray et al., 2014). Suurem osa söömishäirete ravist toimub koduses keskkonnas, siis vanemate hinnangud eriti alaealiste söömiskäitumise kohta on määrava tähtsusega.

Vanemate hinnangu olulisus

Vanemapoolne hinnang söömishäirete sümptomaatikale paistab mõõtvat teistsuguseid, aga mitte vähemtähtsaid sümptomite aspekte noorukiea söömishäire patoloogias (Swanson et al., 2014). Vaatamata raskustele, mis kaasnevad ainult lapse või nooruki enesekohaste küsimustike kasutamisele ning teadmisele, et täiendav teave sümptomite varieeruvuses ja raskusastmes on oluline hindamises ja ka ravi planeerimises, siis hindamisvahendeid, mis täidaksid selle puudujäägi, on endiselt vähe. Kasutuses on vanemapoolne söömishäirete sümptomite hindamisvahend on ABOS (*The Anorectic Behavior Observation Scale*; Vandereycken, 1992). 30-väitleline vaatlusskaala hindab psühhopatoloogiat kolmel dimensioonil: söömiskäitumine, hõivatus kaalust ja toidust, probleemide eitus; buliimiline käitumine; ning hüperaktiivsus. ABOS on hea täiendav informatsiooniallikas häirunud söömiskäitumise kohta, kuid sel puuduvad patoloogilise söömiskäitumise otsese – siin ja

praegu – jälgimiseks mõeldud väited. See tõstatab uue kitsaskoha: vanemapoolne hinnang oma lapse sümptomite ja lapse enda enesekohase hindamise vahel ei ole märkimisväärselt korreleerunud, uuringus kasutati ABOS vaatlusskaalat ning EAT-40 enesekohast küsimustikku (Laporta-Herrero & Latorre, 2020). Vanemad ei pruugi endale teadvustada, kust algab problemaatilisele söömiskäitumisele viitavad söömismustrid.

Laste ja noorukite söömiskäitumise hindamisel võib kasu olla käitumise hindamine söömishäirele kõige keerulisemas kontekstis – söögilaua taga. Söömiskäitumise otsene jälgimine on täiendavaks informatsiooniks söömishäire patoloogia märkamisel ja hindamisel, aga ka häire progressi kohta. Kuigi söömishäirete tuum ei ole otseselt söögi või söömisega seotud, patsientide edukas tervenemine sõltub tervisliku kaalu ja toiduga suhte taastamisel ja säilitamisel (Da Luz et al., 2018), seega paindlik söömine on oluline komponent häire märkamisel ja tervenemisel. Kliinilises kontekstis, mil söögikorrad on rangelt struktureeritud ning haiglapersonali poolt jälgitud, taastub normaalne söömine kiiresti, kuid keeruliseks muutub olukord, kui lapsevanem või muu lähedane peab muude argitoimetuste kõrval vastutama normaalse söömise taastamise ja säilitamise eest. Söögikorrad võivad olla stressirohked, emotsionaalselt intensiivsed, konfliktised ja kesta tunde (Jaffa et al., 2002; Schmidt & Treasure, 2006) - sel on märkimisväärne mõju tervele perekonnale (Fox et al., 2017). Vanemad või esmased hooldajad toovad esile, et enim raskusi häirega toime tulemisel on söögikordade ajal, vanemad tunnevad puudust praktilisest abist ja toetusest, et saavutada kontrollitunne söögikordade üle; seda saab saavutada läbi söömishäirete käitumise mõistmise (White et al., 2020). See tähendab, vanematel või teistel lähedastel on oluline mõista, milline söömiskäitumine on patoloogiline ja milline mitte.

Kuigi olemasolevad uurimistööd näitavad, et kõige kuluefektiivsem ja lihtsam viis hinnata söömishäirete patoloogiat ning ka ravi edasist progressi on läbi enesekohaste küsimustike, siis laste ja noorukite puhul mängib väga olulist rolli vanemapoolne teave söömiskäitumise kohta. Olemasolevad küsimustikud ja vaatlusskaalad küll püüavad mõnevõrra seda puudujääki korvata, kuid skaala, mis otseselt hindab söömiskäitumist söömishäiretele kõige keerulisemas olukorras – söömise ajal - puudub hindamisvahendite valikust sootuks.

Eesmärk ja hüpoteesid

Käesoleva magistritöö eesmärgiks on täita puuduolev tühimik vanemapoolsetes hindamisvahendites, töötada välja söömishäirele omase patoloogilise söömiskäitumist hindav

vaatlusskaala ning hinnata selle skaala psühhomeetrilisi näitajaid kliinilises kontekstis. Lõppkasutajad võiksid olla nii lapsevanemad või teised esmased hooldajad ning söömishäiretega tegelev ravimeeskond, kes saavad hinnata söömiskäitumist läbi objektivsete vaatlusandmete. Uurimustöö eesmärk on hinnata vaatlusskaala psühhomeetrilisi näitajaid ja kliinilist kasu söömishäirete märkamisel ning erinevust lapsevanemate ning ravipersonali vaatlushinnangutes.

Uurimistöö hüpoteesid eelnevast lähtuvalt on:

- Lapsevanem märkab vähem söömishäirele omast söömiskäitumise esinemist kui häire ravile spetsialiseerunud spetsialist.
- Söömishäire piirava alatüübi patoloogilise söömiskäitumist märkab lapsevanem sagedamini kui ülesöömis-väljutaval alatüübil; söömishäire ülesöömis-väljutavat söömiskäitumist märkab lapsevanem sagedamini kui piiraval alatüübil.
- Mida madalam kehamassiindeks, seda rohkem märkab lapsevanem söömiskäitumise patoloogiat vaatlusskaala abil.
- Patsiendi söömiskäitumise enesekohasuse ning vaatlushinnangute vahel puudub statistiliselt oluline seos.

Meetod

Valim

Käesolevas magistritöös kasutatavad andmed koguti 2020-2021 läbiviidud uuringu käigus „Laste häirunud söömishoiakuid ja -käitumist hindavate mõõtevahendite kohandamine Eesti oludele“, mille raames testiti noorukeid kuni kaks korda.

Kliiniline valim koosnes 26 tüdrukust, kes olid vanuses 12-17 eluaastat, noorukite keskmine vanus 15.1 ($SD = 1.24$). Nooremas vanusegrupis 8-14 eluaastat oli tüdrukuid 7 ($M = 13.4$, $SD = 0.73$) ning vanemas vanusegrupis 15-19 eluaastat oli tüdrukuid 19 ($M = 15.7$, $SD = 0.73$). Psühhiaater oli kõikidel uuritavatel diagnoositud söömishäire.

Protseduur

Uuringu läbiviimine toimus TÜ Inimuuringute Eetikakomiteelt nõusolekul. Uuringus osalevatele patsientidele edastati laste/noorukite ja lapsevanemate nõusolekuleht, mis ühtlasi kirjeldas lühidalt uuringu sisu. Allkirjastatud lapse ja tema vanema nõusolekulehed tagastati koheselt ambulatoorsele õele, kes need uuringu läbiviijale edastas. Uuringus osalesid need

noorukid, kes ise ning kelle vanem selleks allkirja ja nõusoleku andsid. Selgitati uuringus osalemise vabatahtlikkust, anonüümsust ning igal ajahetkel uuringus osalemise loobumise võimalust.

Uuringusse värvati SA Tallinna Lastehaigla Laste Vaimse Tervise Keskuse (LVTK) noorukite- ja lastepsühhiaatria ambulatoorse ja statsionaarse söömishäirete osakonna patsiendid (vanuses 8–16 eluaastat), kellel psühhiaater oli diagnoosinud söömis – ja/või toitumishäire. Uuringus osalemise võimalust pakuti kõigile hospitaliseeritud ja ambulatoorsetele vastuvõtudele pöördunud lastele ja noorukitele, kelle tervislik seisund seda võimaldas. Uurimistöö toimus koostöös söömishäireteosakonna vaimse tervise ambulatoorse õega, kes koos uuringu läbiviijaga edastasid lapsevanematele või esmastele hooldajatele ja lapsele kutse uuringus osalemiseks, informeeritud nõusoleku vormid ning söömiskäitumist hindava skaala ja enesekohased küsimustikud. Statsionaarsel ravil olevate patsientide söömiskäitumist hindas uuringu läbiviija.

Käesoleva töö autor ning uuringu läbiviija pidas protokoll, kuhu märgiti uuringus osalemisest nõustujad ja keeldujad (võimalusel lisati ka põhjus). Protokollis lisati patsiendi nimi, vanus, kehamassiindeks, kas tegemist on piirava või ülesöömis-väljutavat tüüpi söömishäirega ning psühhiaatri poolt ametlikult kinnitatud söömishäire diagnoos.

Mõõtevahendid

Söömiskäitumise vaatlusskaala lapsevanemale ja raviasutuse personalile, mida kasutati eksplitsiitse häirunud söömiskäitumise hindamiseks ning seda täideti kas raviasutuse personali ja/või patsiendi vanema poolt. Vaatlusskaala koosneb kolmekümnest väitest (Lisa 1), mis pärinesid viiest kasutuselolevast söömiskäitumist mõõtvast küsimustikust, omalt poolt lisati veel mõned väited. Väidete valikul püüti leida häirunud söömisele viitavaid käitumuslikke konstrukte, mida saab mõõta lapsevanem või raviasutuse personal väliste tunnuste abil. Vaatlusskaala konstrueerimisel püüti arvestada söömiskäitumise laia variatiivsust: piirav, ülesöömis-väljutav, impulsiiivne. Kolmekümnest väitest kahekümne kolmel juhul on väited pärit erinevatest juba väljatöötatud mõõtevahenditest. Seitse väidet aga lisati variatiivsuse tõstmiseks, nt äreva-piirava toitumishäire tüübile omaseid söömismustrite kirjeldusi.

Igat väidet hinnati kolme vastuspunktiga: „esineb“ või „ei esine“, juurde lisati „täpsustav“ lahter. Sarnaselt ABOS vaatlusskaala (Vandereycken, 1992) mõõtevahendi

skoorimispehõhimõtetele hinnati ka antud skaala tunnuseid järgmiselt: „esineb“ andis 1 punkti, „ei esine“ 0 punkt; väljaarvatud üheksas väide, mis oli pööratud („esineb“ 0 punkti ja „ei esine“ 1 punkti). Kui lapsevanem oli märkinud lahtrisse „esineb“ ning sealjuures andnud täpsustuse, loeti punktiskooriks 1. Kui lapsevanem oli jätnud „esineb“ ja „ei esine“ lahtrid tühjaks ning kirjutanud täpsustavalt lahtrisse „Mõnikord, vahel, tihti“, siis sai punktiskooriks 1 punkti, samas kui „esineb“ ja „ei esine“ lahtrid on jäänud tühjaks, kuid lapsevanem on täpsustanud väidet „pole näinud“, „pole kindel“, „pole tähele pannud“, „ei tea“, siis sai punktiskooriks 0 punkti. Mõnel juhul jäeti lahtrid üldse tühjaks, sel juhul oli punktiskoor 0. Vaatlusskaala kõrgeim skoor on 27 punkti; kolm väidet on piiravat tüüpi söömiskäitumist välistavad: „Söök ahmides/väga kiire tempoga“, „Söök taldriku tühjaks teistest kiiremini“, „Neelab toitu ilma mälumata“. Nende väidetes käitumise kirjeldamise esinemine võib viidata impulsiivsele söömisele ning neid väiteid tuleb eraldi skoorida. Üldiselt võiks vaatlusskaala skooore iseloomustada: mida kõrgem skoor, seda patoloogilisem söömiskäitumine, kuid konkreetsed vaatlusskaala otspunktid jäävad selle uurimistöo raames mõõtmata ebapiisava valimi tõttu.

Vaatluskalaat täitsid söömishäirele spetsialiseerunud ravipersonal ning lapsevanemad retrospektiivselt statsionaarse ravi alguses. Ambulatoorsete patsientide puhul hindas lapsevanem oma lapse söömiskäitumist kodus kasutades ainult vaatluskalaat. Lisaks küsiti täiendavat infot patsiendi kohta: sugu, vanus, kehamassiindeks, tarbitav kaloraaž. Hinnanguliselt kulus ühe patsiendi vaatlemiseks ca 15-40 minutit. Uuritava käitumise mõõtmisel ei vesteldud ega sekkunud söömiprotsessi.

Vaatluskalaat väljatöötamisel võeti eeskujuna valideeritud ABOS (Vandereycken, 1992) vanematele mõeldud vaatluskalaalt, mis on kohandatud mitmete riikide oludele (Martin et al., 2014; Salbach-Andrae et al., 2009; Uehara et al., 2002;). Antud skaala väited pärinevad enamasti kasutuselolevatelt häirunud söömiskäitumist hindavatelt küsimustikelt. Seitse väidet on lisatud sisulistel ning varieeruvuse suurendamise eesmärkidel.

Väited „Söömisele kulub rohkem kui 30 minutit“, „Söök ahmides/väga kiire tempoga“ pärinevad vanema hinnangutele toetuvast mõõdikust *Children's Eating Behaviour Questionnaire* (Wardle et al., 2001). *CEBQ* pakub kasulikku erinevate söömistiilide mõõtmisel, mis võiksid olla prekursoriteks lapse ülekaalule või söömishäiretele. 35-väiteline küsimustik koosneb seitsmest alaskaalast, esimesest alaskaalast „Reaktsioon

küllastatusele“ võeti kaks väidet, mis on omavahel vastandlikud ning peaksid mõõtma nii emotsionaalset üle- ja alasöömist.

Väited „Söömine võtab kauem aega kui teistel“, „Lõikab toidu (väga väikesteks tükkideks)“ pärinevad enesekohasest küsimustikust *Eating Attitudes Test 26* (Garner et al., 1982). *EAT-26* on laialdaselt kasutusel olev küsimustik, mille kolm latentset tunnust hõlmavad toidu piiramist (dieeditamist), buliimiat ja hõivatust toidust ning suukaudset kontrolli. Meie skaalas kasutatud kaks väidet on pärit kolmandast faktorist „Suukaudne kontroll“ (*Oral Control*), mis peegeldavad söögi osas enesekontrolli, aga ka sotsiaalse surve tajumist kaalus juurde võtmisel. Kõrged skoorid selles faktoris on seotud madala kaalu ning buliimiat puudumisega.

Väited „Söömise ajal ei tee kahte asja korraga, nt ei suuda samal ajal mäluda toitu ja lõigata toitu tükkideks“, „Lapsele on oluline, et toit oleks taldrikul eraldatud“, „Söögilaua taga esineb agressiooni, vihapurskeid“, „Vaatab söömise ajal ainiti oma toitu“, „Keeldub söömast“ pärinevad enesekohasest küsimustikust *SWedish Eating Assessment for Autism Spectrum Disorders* (Karlsson et al., 2013). *SWEAA* on küll välja töötatud normintellektiga autismispektri häirega inimeste häirunud söömiskäitumise kaardistamiseks, kuid selektiivse söömise alaskaala on leitud kattuvusi *anorexia nervosa* patsientidega (Karjalainen et al., 2019).

Väited „Joob vedelikku teatud viisil või koguses, nt joob ära vee enne söömist, joob vett pärast igat ampsu“, „Söüb konkreetse sagedusega, nt võtab ampsu iga 2 min tagant“, „Mälub igat ampsu kindel arv kordi“, „Söüb teatud grupi täielikult ära ning konkreetsetes järjekorras, nt söüb kogu salati enne kartuleid, siis kõik kartulid enne liha“, „Jätab toitu taldrikule taldrikule, kui on söömise lõpetanud (ei ole suuteline kogu toitu tarbima)“, „Songib või rikub toitu taldrikul“ pärinevad enesekohasest küsimustikust *Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale* (Mazure et al., 1994), mis mõõdab söömishäirele omast hõivatust, obsessiivsusega seotud söögi- ja söömisrituaale ning sümptomite raskusastet, skaala on seotud motivatsiooniga terveneda (Jordan et al., 2009).

Väited „Peidab toitu“, „Püüab hoiduda söömisest pidevalt rääkides“, „Nõuab alternatiivset toitu/toiduainet“, „Kaupleb (peab läbirääkimisi)“, „Kaebab füüsilist valu“, „Nutab“, „Okserefleks“, „Keeldub söömast“ pärinevad lapsevanematele mõeldud küsimustikust *Mealtime Behavior Questionnaire* (Berlin et al., 2010). *MBQ* mõõdab lapse

käitumist söögiajal. Skaala koosneb neljast latentsest muutujast: toidust keeldumine/toidu vältimine, manipulatsioon läbi toidu, söögiaja agressioon/rahulolematus, lækastamine/öökimine/oksendamine.

Järgnevad väited lisati sisulistel kaalutlustel ning need käitumuslikud eripärad võivad häirunud söömiskäitumusele viidata. „Söüb taldriku tühjaks teistest kiiremini“ võib seostuda liigsöömishäirega (Williamson & Martin, 1999). Väide „Lükkab söögiriistu ja/või toitu eemale“ ja „Jälgib teiste söömist“ on täheldatud ärev-piirava alatüübi toitumishäirega kliinilises grupis (Aldridge et al., 2018). „Neelab toitu ilma mälumata“ võib viidata *bulimia nervosa* kliinilisele grupile, kus eelistatakse süüa vähe mälumist nõudvaid toiduaineid (jäätis, jogurt jne), et väljutamine oleks kiirem (Herpertz-Dahlmann, 2009). „Söüb nina kinni pigistades“ ja „Söömisel vastikust ilmestav grimass“ viitab seosele, et tundlikkus vastikusele, eriti toidustiimulile ning söömishäirete vahel on statistiliselt oluline (Davey et al., 1998). „Kauplemisel on nõus kaloririkkama alternatiiviga“ tähistab häirele omast toiduga kauplemist, et saavutada kokkulepe madalama toiteväärtusega toidu söömise osas. Kaloririkas toit hirmutab söömishäire patsienti ning häirele omaselt püüab selle söömisest hoiduda, selline käitumine on omane nii koduses keskkonnas (Leichner et al., 2005) kui ka raviuasutuses (Harken et al., 2017).

Muud mõõtevahendid

Noorukite toidukordadel söömist (hommikusöök, lõunasöök koolis, lõunasöök kodus, õhtusöök) hinnati 3-pallisel Likerti skaalal (2- alati, 1- mõnikord, 0- ei söö).

Kehamassiindeks (KMI) arvutati kaalu ja pikkuse põhjal ($KMI = \text{kehakaal [kg]} / \text{pikkus [m}^2\text{]}$), kasutades Tallinna Lastehaigla SA patsiendiportaali LIISA kalkulaatorit. Programm arvestab ka patsiendi vanust.

Söömishäirete Hindamise Skaala (SHS), mida kasutati vanema vanusegrupi (15-19a) söömishoiakute ja -käitumise mõõtmiseks. 29-väitelise enesekohase küsimustiku aluseks on kahekümne üheksa väiteline skaala, millel on neli alaskaalat: söömise piiramine, liigsöömine, toidu väljutamine ning hõivatus kehakaalust ja välimusest. Skaala adapeerimisel eesti keelde (Akkermann et al., 2010) kasutati nii kliinilist valimit kui tavapopulatsiooni. Igat väidet hinnatakse 6-pallisel Likerti skaalal (0 – alati kuni 5 – mitte kunagi). Faktorite sisereleerelatsioonid olid väga head (Cronbach $\alpha = .90-.93$), väidete omavahelised keskmised korrelatsioonid ulatusid .50 -.76. SHS küsimustikust valiti välja enesekohased küsimused, mis

sarnanesid vaatlusskaala väidetega: „Kui ma olen palju sünnud, siis oksendan ebamugavustunde leevendamiseks“; „Mul on perioode, mil ma piiran oma söömist“; „Ma püüan vältida kaloririkaste toitude söömist“; „Ma väldin rasvaste toitude söömist“; „Ma väldin rasvaste toitude ja maiustuste söömist“; „Ma tahan peale söömist oksendada“; „Mul on vastupandamatu söögiisu“; „On olukordi, kus ma ei suuda söömist lõpetada“; „Pärast sööki on mul tahtmine toit endast välja saada“; „Söön ka siis, kui ei tunne nälga“; „Ma eelistan madala kalorsusega toite“.

Söömisreeglite küsimustik (Valdmann, 2015), mille eesmärk oli vaadata, kas ja kuidas on naiste (16-37a) söömiseiga seotud reeglid päritoluperes seotud söömishäiretega. Tegemist on 27-väitelise enesekohase küsimustikuga, millel on 5 alaskaalat: söömise survestamine, söömise keelamine, söögiga premeerimine, söögi abil karistamine, söömise reguleerimine. Iga väidet hinnatakse 5-pallisel Likerti skaalal (1 - mitte kunagi kuni 5 – alati). Väidete omavaheliste korrelatsioonide keskmised korrelatsioonid ulatusid .76 - .89, siserelevantsusnäitaja rahuldav (Cronbach $\alpha = .69$). Söömisreeglite küsimustikust valiti välja enesekohased küsimused, mis sarnanesid vaatlusskaala väidetega: „Taldrik tuleb igal toidukorral tühjaks süüa“; „Ma pean istuma laua taga seni, kuni olen toidu ära sünnud“.

Andmeanalüüs

Andmeanalüüside läbiviimiseks kasutati analüüsitarkvara JASP Team (2020), SPSS Statistics Windows versioon Beeta. Söömiskäitumise vaatlusskaala analüüsimisel kasutati kirjeldavaid statistikuid, sõltumatute valimite Studenti t-testi ning Mann-Whitney testi gruppidevaheliste erinevuste leidmiseks, muutujate vaheliste seoste leidmiseks kasutati korrelatsioonkordajaid (Pearson r, Spearman rho, punkt-biseriaalne).

Tulemused

Valimi sotsiodemograafiline ja kliinilisi omadusi kirjeldav analüüs on kirjeldatud tabelis 1. Kõigil uuringus osalenud patsientidel oli diagnoositud psühhiaatri poolt söömishäire. Söömishäire tüübilt jagunesid noorukid kaheks: kolmteist noorukit liigitus piirava ning kolmteist noorukit ülesöömis-väljutava alatüübi alla. Enamus noorukeid oli oma kodukohaks märkinud linn (14), kolm olid pärit maapiirkonnast ning kaheksa noorukit elas alevikus, ühel juhul oli lahter jäetud tühjaks. Kõik osalejad õppisid üldhariduslikus koolis.

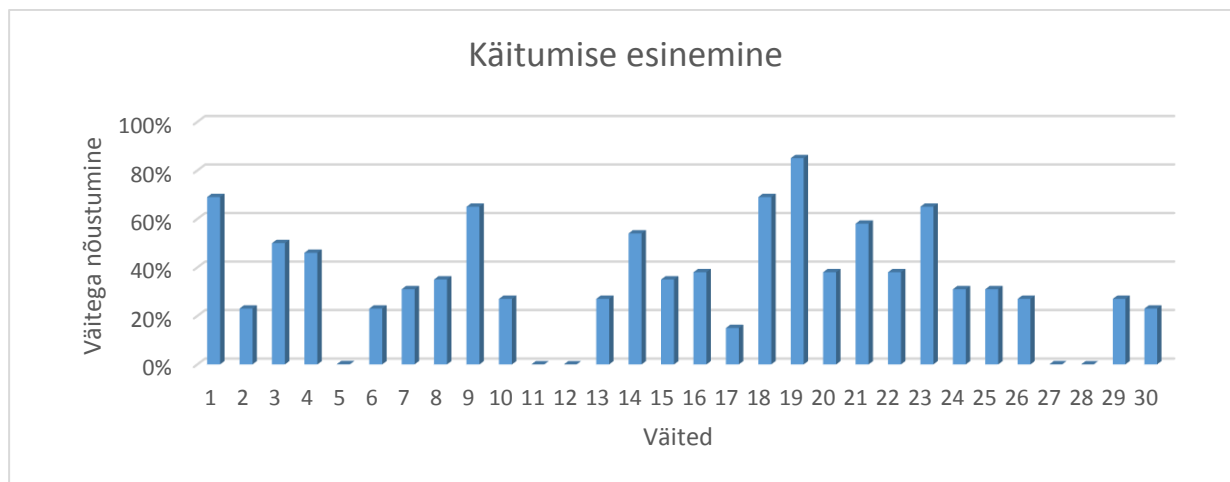
Tabel 1.*Valimi karakteristikud*

Muutuja	Sagedus	Osakaal
Sugu		
Tüdrukud	26	100%
Poisid	0	0%
Vanus		
Noorem vanusegrupp (8-14)	7	27%
Vanem vanusegrupp (15-19)	19	73%
Diagnoosid		
<i>Anorexia nervosa</i>	9	35%
Atüüpiline <i>anorexia nervosa</i>	3	11,5%
<i>Bulimia nervosa</i>	3	11,5%
Täpsustamata söömishäire	11	42%

Statistiliselt oluline erinevus ilmneb keskmises kehamassiindeksis (kg/m^2), madalaim indeks sealjuures oli $12,7 \text{ kg}/\text{m}^2$ ning kõrgeim $30,8 \text{ kg}/\text{m}^2$ ($M = 19.3$, $SD = 4.01$). Piirava alatüübi keskmine kehamassiindeks oluliselt madalam ($M = 17.2$, $SD = 4.01$) kui ülesöömishäire vältitava alatüübi keskmine ($M = 21.4$, $SD = 4.16$), $t(24) = (-2.99)$, $p = 0,006$, [Coheni d] = (-1.18).

Nii statsionaarsete kui ka ambulatoorsete söömishäiretega patsientide lapsevanemad täitsid vaatlusskaalat retrospektiivselt ning patoloogilist söömiskäitumist täheldades nõustusid skaala väidetega (Joonis 1). Vaatlusskaalat täites kirjutasid lapsevanemad lahtrisse „Täpsustus“ ka omapoolseid kommentaare (Lisa 2). Rohkem kui pooled lapsevanemad (> 13) nõustusid järgmiste väidetega, st nende lapsel on vastav käitumine esinenud: väide 1 „Keeldub söömast“ esines 18 korral; väide 3 „Söömine võtab aega kauem kui teistel“ esines 13 korral; väide 9 „Vajadusel on nõus toiduainet/toitu asendama kaloririkkama alternatiiviga“ 17 korral; väide 18 „Nõuab alternatiivset toitu/toiduainet“ 18 korral; väide 19 „Kaupleb (peab läbirääkimisi) toidu osas“ 22 korral; väide 21 „Nutab“ 15 korral; väide 23 „Kommenteerib toitu ja söömisega seonduvat“ 17 korral. Kui patsiendi kehamassiindeks oli väiksem kui $18 \text{ kg}/\text{m}^2$ ($n = 12$), siis kõik eelnimetatud söömiskäitumised esinesid samas suhtarvus. Mitte ühelgi korral ei täheldanud vanemad järgmisi käitumisi: väide 11 „Sööb konkreetse sagedusega, nt võtab ampsu iga 2 min tagant“; väide 12 „Mälub iga ampsu kindel arv kordi“;

väide 28 „Neelab toitu ilma mälumata“. Kehamassiindeksi ning vaatlushinnangute vahelises korrelatsioonianalüüsis ei leitud statistiliselt olulist seost ($r = -.18$, $p = .39$).

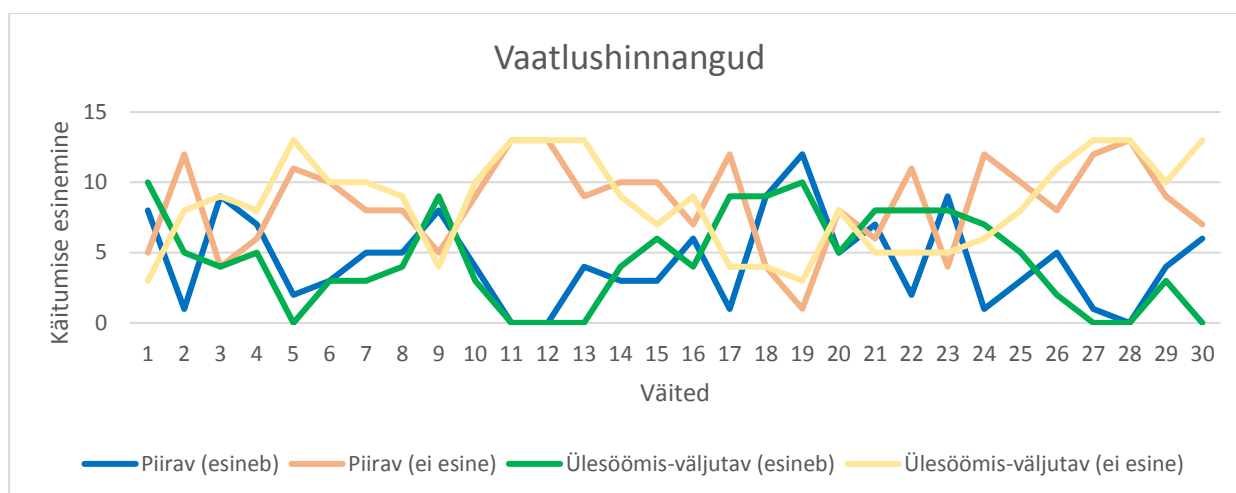


Joonis 1.

Lapsevanemate hinnangud (n=26) oma lapse söömiskäitumisele (%)

Söömishäire alatüüpide vaheline erinevus

Vaatlusskaalal väidetes kirjeldatud käitumise esinemine oli vaadeldud ka piirava ja väljutava alatüübi võrdluses (Joonis 2). Sõltumatute gruppide võrdluses Mann-Whitney analüüsis arvatud U-statistiku kriitiline väärtus ühepoolses testis olulisuse nivool .05 kui mõlemas rühmas $n = 13$ on 51. (Elmes et al., 2013). Esimene nullhüpotees, et piirava alatüübi puhul esineb patoloogilist söömiskäitumist sagedamini, kui eemaldada ülesöömis-väljutavale alatüübile omased väited: väide 2, „Sööb ahmides/väga kiire tempoga“, väide 17 „Püüab hoiduda söömisest pidevalt rääkides“, väide 24 „Sööb taldriku tühjaks teistest kiiremini“. Analüüsi tulemusena nullhüpoteesi, et piirava alatüübi puhul esineb rohkem patoloogilist söömiskäitumist, ei lükatud ümber, ühegi väite puhul ei olnud U-väärtus väiksem kui U-statistiku kriitiline väärtus. Teine nullhüpotees, et ülesöömis-väljutavale alatüübile omased eelnevalt nimetatud väited esinevad rohkem ülesöömis-väljutavas kui piiravas alatüübis. Statistiliselt oluline erinevus ilmnes väite 24 puhul „Sööb taldriku tühjaks teistest kiiremini“ ($U = 45.5$, $p = .007$).

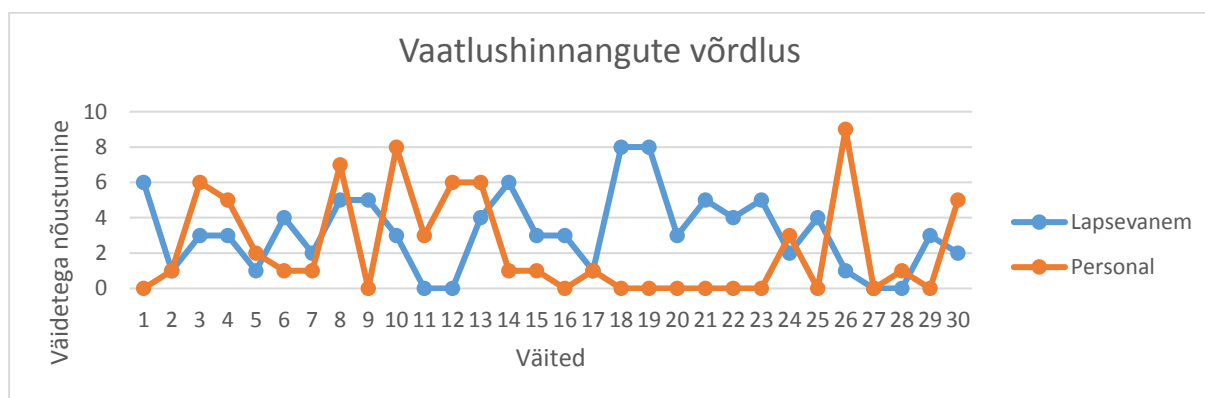


Joonis 2.

Lapsevanemate väidetega nõustumise arv

Lapsevanemate ning haiglapersonali hinnangute võrdlus ja kokkulangevus

Stationsaarse ravi ajal mõõdeti patsientide ($n = 9$) söömiskäitumist nii personali poolt haiglaravi esimestel päevadel kui ka retrospektiivselt lapsevanema poolt. Lapsevanemate ning ravipersonali vaatlushinnangud on illustreeritud joonisel 3.



Joonis 3.

Lapsevanemate ja ravipersonali söömiskäitumise vaatlushinnangute arv ning iseloom

Ravipersonali ja lapsevanema vaatlushinnangute kokkulangevus sama patsiendi ($n = 9$) puhul kattus 11 väite puhul: „Vaatab söömise ajal ainiti oma toitu“ neljal korral; „Söömine võtab kauem aega kui teistel“ kolmel korral; „Lõikab toidu (väga) väikesteks tükkideks“ kolmel korral; „Joob vedelikku teatud viisil või koguses, nt joob ära vee enne söömist, joob vett pärast igat ampsu“ kolmel korral; „Söüb teatud toiduaine grupi täielikult ära ning konkreetses järjekorras, nt söüb kogu salati enne kartuleid, siis kõik kartulid enne liha“ kolmel korral;

„Jätab toitu taldrükule, kui on söömise lõpetanud (ei ole suuteline kogu toitu tarbima)“ kahel korral; „Songib või rikub toitu taldrükul“ kahel korral; „Söömisele kulub rohkem kui 30 minutit“ kahel korral; „Söömise ajal ei tee kahte tegevust korraga, nt ei suuda samal ajal mäluda toitu ja lõigata toitu tükkideks“ ühel korral; „Lapsele on oluline, et erinevad toiduained oleksid taldrükul eraldatud“ ühel korral; „Püüab hoiduda söömisest pidevalt rääkides“ ühel korral; „Jälgib teiste söömist“ ühel korral.

Vaatlusskaala väidete omavaheliste seoste korrelatsioonianalüüs

Korrelatsioonianalüüsis leiti Spearmani ehk astakkorrelatsioonkordaja (ρ) erinevate väidete vahel ning välja on toodud statistiliselt olulised väidetevahelised seosed (Elmes, 2013). Korrelatsioonianalüüsist ja –maatriksist (Tabel 3) eemaldati väited 11., 12., 28. statistilistel põhjustel, kuna antud väidetega ei nõustunud ükski lapsevanem.

Teoreetilise eelduse järgi viitavad järgnevad väited ühele ja samale konstruktile: väide 9 „Vajadusel on nõus toiduainet/toitu asendama kaloririkkama alternatiiviga“ ning väide 18 „Nõuab alternatiivset toitu/toiduainet“ ($\rho = -.14$, $p = .51$) ning väide 9 „Vajadusel on nõus toiduainet/toitu asendama kaloririkkama alternatiiviga“ ja väide 19 „Kaupleb (peab läbirääkimisi) toidu osas“ ($\rho = -.09$, $p = .68$).

Toidukordadel söömine

Hommikusööki sööb noorukitest „alati“ 53% ning „ei söö“ 19% ($M = 1.35$, $SD = .80$). Koolilõunat sööb „alati“ 12% vastanut ning koolilõunat „ei söö“ 42% noort ($M = .65$, $SD = .69$). Lõunasööki kodus söövad „alati“ 38% noort ning kodus lõunat „ei söö“ 15% ($M = 1.23$, $SD = .71$). Õhtusööki sööb „alati“ 73% noort, „mõnikord“ 27% ($M = 1.73$, $SD = .45$). Toidukordadel söömise ning kehamassiindeksi vahel puudub statistiliselt oluline seos ($r = -.041$, $p = .84$).

Enesekohaste küsimustike ning vaatlusskaala hinnangute korrelatsioonianalüüs

Patsientide täidetud enesekohased küsimused ning lapsevanemate vaatlusskaala hinnangutes leiti punkt-biseriaalkordaja. Punkt-biseriaalkordajast räägitakse siis, kui üks on binaarne ning teine pidev tunnus (Käärrik, 2013). Enesekohastes küsimustikes puudusid mõned vastused, kasutati *pairwise* välistusmeetodit. Vaatlusskaala väidete ning enesekohaste vastuste vahel ei leitud statistiliselt olulist seost (Tabel 3).

Tabel 3.

Vaatlusskaala väidetevaheline korrelatsioonimaatriks (Spearmani rho)

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	29.	30.	
1.	-																											
2.	.17	-																										
3.	.17	.00	-																									
4.	.28	.23	.46	-																								
5.	.19	-.16	.29	.31	-																							
6.	-.23	-.08	-.18	-.41	.18	-																						
7.	.44	.43	.50*	.39	.12	.03	-																					
8.	.31	-.21	.08	.14	.09	.37	.21	-																				
9.	-.14	.21	-.08	.03	-.09	.21	-.04	.02	-																			
10.	-.16	-.13	.26	.13	-.18	.08	-.03	.11	.08	-																		
13.	-.16	-.33	-.09	-.04	.15	.29	-.03	.29	.26	.02	-																	
14.	.28	.23	-.15	-.08	-.27	.23	.22	.46	.19	.13	-.04	-																
15.	.31	.18	.24	.14	.09	.37	.22	.49	.02	.11	.11	.46	-															
16.	.36	-.25	.32	.38	.07	-.06	.16	.09	.08	.23	-.12	.06	.09	-														
17.	.28	.02	.00	.25	.28	.02	-.05	.14	.09	-.02	-.26	.25	.14	.10	-													
18.	.10	.17	.17	.28	.19	.37	.08	.31	-.14	.03	-.16	.12	.31	.36	.05	-												
19.	-.05	-.02	.21	.18	.12	.23	-.18	.31	-.09	.02	-.22	-.03	.31	.12	-.11	.64**	-											
20.	-.16	.51*	.16	.22	.07	-.06	.16	-.24	.24	.06	-.12	.06	.09	.03	.10	.18	.12	-										
21.	.27	.28	.23	.32	-.05	.28	.23	.30	.36	.17	.17	.32	.46	.36	.15	.44	.28	.20	-									
22.	.18	.13	-.16	.06	.07	.13	-.36	.09	.24	.06	.06	.38	.42	.19	.10	.36	.34	.03	.52*	-								
23.	-.31	.21	.24	.35	-.09	.21	-.04	.02	.15	.26	-.29	.03	.02	.08	.09	.39	.59*	.41	.36	.08	-							
24.	.08	.65**	-.33	.05	-.19	.23	.10	-.14	.14	-.03	-.22	.22	.22	-.36	.18	.08	.05	.33	.23	.16	.31	-						
25.	.26	.23	.33	.39	.12	.43	.46	.57*	-.04	.35	-.03	.55*	.74**	.16	.18	.44	.28	.16	.40	.16	.31	.28	-					
26.	.03	.29	.43	.48	.15	-.13	.54*	-.08	-.29	.02	.02	-.21	.11	.06	-.02	.22	.02	.23	-.01	-.30	.08	-.03	.16	-				
27.	.13	-.11	-.20	-.19	-.06	-.11	-.13	.26	.15	-.21	.33	.22	.28	-.16	-.09	-.30	.09	-.16	.17	.25	-.28	-.13	-.13	-.21	-			
29.	.41	.08	.26	.13	.15	.08	.54*	.47	-.11	-.17	.02	.48	.47	.06	-.02	.22	.26	-.12	.17	.06	-.11	-.03	.54*	.22	.33	-		
30.	.17	-.30	.55*	.26	.53*	.13	.47	.18	.02	.29	.08	-.14	-.02	.32	.02	-.03	-.02	-.06	.10	-.25	.02	-.37	.23	.08	-.11	.29	-	

** $p < .001$, * $p < .01$

Tabel 2.*Enesekohaste küsimustike ning vaatluskaala hinnangute punkt-biseriaalkordaja Pearson r*

Vaatluskaala väited	„Keeldub söömast“	„Vajadusel on nõus toitu asendama kaloririkama alternatiiviga“	„Nõuab alternatiivset toitu“	„Kaupleb (peab läbirääkimisi) toidu osas“
Enesekohased küsimused				
„Mul on perioode, mil ma piiran oma söömist“	$r = .22$ $p = .36$	$r = .18$ $p = .47$	$r = .26$ $p = .29$	$r = -.20$ $p = .40$
„Ma püüan vältida kaloririkaste toitude söömist“	$r = .03$ $p = .89$	$r = .25$ $p = .30$	$r = .18$ $p = .46$	$r = .26$ $p = .28$
„Ma väldin kaloririkaste toitude söömist“	$r = .22$ $p = .36$	$r = .16$ $p = .52$	$r = .46$ $p = .05$	$r = .41$ $p = .08$
„Ma eelistan madala kalorsususega toite“	$r = .15$ $p = .58$	$r = .31$ $p = .25$	$r = .56$ $p = .02$	$r = .09$ $p = .73$
Vaatluskaala väited	„Sööb ahmides/väga kiire tempoga“		„Sööb taldriku tühjaks teistest kiiremini“	
Enesekohased küsimused				
„Mul on vastupandamatu söögiisu“		$r = .23$ $p = .40$		$r = .04$ $p = .90$
„On olukordi, kus ma ei suuda söömist lõpetada“		$r = .27$ $p = .33$		$r = .21$ $p = .45$

„Ma süön ka siis, kui ei tunne nälga“	$r = .12$ $p = .66$	$r = -.17$ $p = .53$
Vaatlusskaala väited	„Kaebab füüsilist valu“	„Okserefleks“
Enesekohased küsimused		
„Kui olen palju süönud, siis oksendan ebamugavustunde leevendamiseks“	$r = -.07$ $p = .80$	$r = .31$ $p = .20$
„Ma tahan peale süömist oksendada“	$r = -.03$ $p = .90$	$r = .30$ $p = .21$
„Pärast süöki on mul tahtmine toit endast välja saada“	$r = -.09$ $p = .74$	$r = .12$ $p = .66$
Vaatlusskaala väited	„Süömine võtab kauem aega kui teistel“	„Süömisele kulub rohkem kui 30 minutit“
Enesekohased küsimused		
„Taldrik tuleb igal süögikorral tühjaks süüa“	$r = .21$ $p = .39$	$r = .40$ $p = .09$
„Ma pean istuma laua taga seni, kuni olen toidu ära süönud“	$r = .00$ $p = 1.00$	$r = -.18$ $p = .49$

Arutelu

Uurimistöö peamine eesmärk oli kaardistada eksplitsiitsed häirunud söömiskäitumised ning sealjuures hinnata lapsevanematele ja ravipersonalile mõeldud häirunud söömiskäitumist mõõtvat vaatlusskaala psühhomeetrilisi omadusi ja võrrelda lapsevanemate ning ravipersonali vaatlushinnanguid. Lapsevanemad märkasid enim järgmisi häirunud söömiskäitumisi: „Kaupleb (peab läbirääkimisi) toidu osas“, „Nõuab alternatiivset toitu/toiduainet“, „Keeldub söömast“. Statsionaarsel ravil olevate patsientide lapsevanemate ning ravimeeskonna vaatlushinnangud ühtisid vähem kui pooltel kordadel: vanemate hinnangud ei olnud vähemuses, kuid nende väljatoodud häirunud söömiskäitumine erines kvalitatiivselt spetsialisti vaatlushinnangutest; enim langes kokku hinnang käitumisele „Vaatab söömise ajal ainiti oma toitu“. Piirava alatüübi patoloogilist söömiskäitumist ei märganud rohkem, kuid ülesöömis-väljutava alatüübile omane käitumist „Sööb taldriku tühjaks teistest kiiremini“ esines rohkem ülesöömis-väljutava puhul. Kehamassiindeks ei mänginud patoloogilise söömiskäitumise märkamises rolli, vaatlusskaala hinnangute ning patsientide kehamassiindeksi vahel puudus statistiliselt oluline seos. Samas puudus ka statistiliselt oluline seos nooruki väidetava söögikordadel söömise ja kehamassiindeksi vahel. Patsientide nägemus oma söömiskäitumise ning lapsevanemate vaatlushinnangud vahel ei kattunud, see tähendab enesekohaste väidete ning vaatlushinnangute vahel ei leitud statistiliselt olulist seost.

Teismeliste psüühiliste probleemide kliinilisel hindamisel on olulised ka vanema hinnangud (Comer & Kendall, 2004). Täpsema kliinilise pildi saamiseks on oluline kasutada andmeid erinevatest allikatest, mis aitavad patsiendi käitumisest, kogemusest või funktsioneerimisest adekvaatsema pildi luua (Jepsen et al., 2012). Leitud on erinevusi lapse ja vanema sümptomite raporteemisel, kusjuures teismelised kipuvad oma seisundi kohta andma vähem informatsiooni kui vanemad (Salbbach-Andrae et al., 2009), samas siin on andmed vastakad. Küll aga liiga suur erinevus vanemate ja laste raporteerimise vahel võib mõjutada hindamist, klassifikatsiooni ning ravi (De los Reyes & Kazdin, 2005) ning teismeliste psühhopatoloogia prognoosi (Ferdinand et al., 2006). Vanemate hinnangud oma lapse või teismeliste patoloogia kohta lisavad adekvaatset väärtust häirete märkamises ning edasises häire prognoosis.

Laste ja teismeliste söömishäirete identifitseerimisel ning adekvaatses ravis mängivad suurt rolli lapsevanema nägemus söömiskäitumisest ning selle patoloogia mõistmisest. Vaatlusskaalal olevate väidetega nõustuti enim väidetega: „Kaupleb (peab läbirääkimisi)

toidu osas“, „Nõuab alternatiivset toitu/toiduainet“ ning „Keeldub söömast“. Kuivõrd söömisest keeldumine võib tunduda intuiitiivselt häirele omane, siis toiduga kauplemine või alternatiivide nõudmine seda pole. Toiduvalikutes vanematele vastuvaidlemine on üks olulisemaid aspekte häire ravis – ettenähtud kaloraaži söömisel - see on lapsevanemaile kurnavam, mistõttu söömishäire raskus kipub just vahetult enne söömist või söömise ajal väljakutset pakkuma. Lapsevanemad tunnistavad, et söögikordade ajal toimuv tekitab enim stressi söömishäirega lapse toetamisel koduses ravis (White et al., 2020). Pidev toidu teemadel läbirääkimiste pidamine või alternatiivsete toitude nõudmine mõjutab suuresti, kuidas tagatakse vanemlik järelvalvet eale ja tervislikule seisundile vastavas toitumises.

Söömiskäitumise esinemist puhul hindasid lapsevanemad mitte vähemal määral kui personal, kuid erinevalt. Lapsevanemad nõustusid enim järgmiste väidetega: „Nõuab alternatiivset toitu/toiduainet“; „Kaupleb/peab läbirääkimisi toidu osas“; „Keeldub söömast“; „Jätab toitu taldrikule, kui on söömise lõpetanud (ei ole suuteline kogu toitu tarbima)“ – need käitumised on nähtavad ning võib ehk enim söögilaua taga probleeme tekitada. Personal aga märkas järgmiste käitumiste esinemist enim: „Joob vedelikku teatud viisil või koguses, nt joob ära vee enne söömist, joob vett pärast igat ampsu“; „Jälgib teiste söömist“; „Vaatab söömise ajal ainiti oma toitu“, peamiselt söömisrituaalidega seotud käitumised. Söömisrituaalid on aeganõudvad, tekitavad distressi ning mõjutavad üldist toimetulekut (Sunday et al., 1995). Veejoomine söömishäire patsientidel on seotud tavaliselt kindla eesmärgiga: täita kõht vedelikuga (Boswell et al., 2015) ja/või hilisema oksendamise lihtsustamiseks (Castillo & Weiselberg, 2017). Teiste söömise jälgimine võib olla aga seotud kaaslaste söömistempona: mida aeglasem söömine, seda enam tajutakse end haigena olevat. Toidu järelejätmine võib viidata nii häirunud söömiskäitumisele (Mazure et al., 1994), kuid näiteks ülekaalulise vähendamiseks on see just soovitudlik. Väide „Vaatab söömise ajal ainiti oma toitu“ on laenatud enesekohasest küsimustikust SWEAA (Karlsson et al., 2013), tegevus võib viidata nii autismispektrihäirega kaasneva häirunud söömiskäitumisele. Söömise ajal ainult toidule keskendumine on söömishäirele omane tõmbuda sotsiaalsetest situatsioonidest tagasi, eriti toidustiimuli olemasolul, kuigi teiste inimeste juuresolekul on sobiv adpteerida oma käitumist kooskõlas ümbritsevaga (Karjalainen et al., 2019). Peresöömisi kaardistada üritanud uuring (Wilk, 2010), kus appi võeti nii enesekohased hinnangud kui ka videosalvestised, nenditi, et normaalne söömine on niivõrd lai mõiste, et seda on isegi raske kirjeldada. Laps või teismeline võib oma taldrikule olla keskenduda ka siis, kui ta on päevast

väsinud või lihtsalt kurb ja pettunud. Samas söömishäirega teismelisel on söögilaua taga põhjust pettunud ning kurb olla.

Statsionaarsel ravil olevate patsientide lapsevanemate ning ravipersonali hinnangud ühtisid sama patsiendi puhul vähem kui pooltel kordadel. Kõige sagedamini, kuid vähem kui pooltel kordadel langesid vaatlushinnangud kokku käitumiste puhul „Vaatab söömise ajal ainiti oma toitu“; „Lõikab toidu (väga) väikesteks tükkideks“; „Joob vedelikku teatud viisil või koguses, nt joob ära vee enne söömist, joob vett pärast igat ampsu“; „Sööb teatud toiduaine grupi täielikult ära ning konkreetsetes järjekorras, nt sööb kogu salati enne kartuleid, siis kõik kartulid enne liha“; „Söömine võtab kauem aega kui teistel“. Söömise ajal mitte sotsialiseerumine teiste pereliikmetega ilmselt paistab silma. Hinnangute vähene kokkulangevuste põhjused on siinkohal ainult oletuslikud. Loogilisim selgitus võib peituda koduse ning statsionaarse ravi erinevuses: kontrollitud keskkonnas on reeglid jäigad ja piirid sätestatud ravisöömisele ning seda ümbritsevale käitumisele; patsientidel ei ole lubatud nõuda alternatiivseid toiduvalikuid või muul moel toidust keelduda või toiduga kaubelda (Harken et al., 2017). Samuti mitte sotsialiseerumine söömise ajal teiste pereliikmetega ilmselt paistab silma ning see võib olla häiriv. Nii lapsevanemate kui ka personali enim esindatud väited on kõik söömishäirele omased ning raskendavad häire leevenemist.

Lapsevanemad ei nõustunud kordagi kolme järgneva väitega: „Sööb konkreetse sagedusega“, „Mälub iga ampsu kindel arv kordi“, „Neelab toitu ilma mälumata“, samas ravipersonal märkas neid käitumisi. Kaks esimest on seotud söömisrituaalidega eesmärgiga vähendada toidukoguseid, mille märkamiseks peab omama häirest rohkem teadmisi ning ka söömise vaatlemisel neile eraldi tähelepanu pöörama. Samas on leitud, et mälumise sagedus tõuseb stressisituatsioonis söömishäirest olenemata ning võib mõjutada afektiregulatsiooni (Schmalbach et al., 2021). Ilma mälumata neelamist kui atüüpilist söömiskäitumist on seostatud autismispektrihäirega (Mayes et al., 2019), aga ka ülesöömishäirega, et kontrollida täiskõhutunnet (Gormally et al., 1982 via Curran, 2020).

Piirava alatüübile omane söömiskäitumise puhul eemaldati analüüsist impulsiivsele söömiskäitumisele viitavad väited ning eelduse kohaselt oleksid need pidanud rohkem märgatavamad vaatlushinnangutes olema, kuid tulemused seda ei kinnitanud: vaatlushinnangud ei kinnitanud piiravale alatüübile omast söömiskäitumise sagedasemat märkamist. Küll aga ülesöömis-väljutava alatüübi puhul kinnitasid vaatlushinnangud „Sööb taldriku tühjaks teistest kiiremini“ esinemist enam ülesöömis-väljutavas alagrupis. Piirava

alatüübi keskmine kehamassiindeks oli oluliselt madalam kui ülesöömis-väljutava alatüübi oma, nagu varasemadki uurimistööd on leidnud (Yilmaz et al., 2019). Sellest hoolimata ei mõjutanud teismelise kehamassiindeks vaatlushinnaguid, kehamassiindeksi ning lapsevanemate hinnangute vahel puudus statistiliselt oluline seos. Vanemate hinnangutes enam piiravale alatüübile omane söömiskäitumine märkamise võib üheltpoolt tähendada seda, et ka ülesöömis-väljutavale alatüübile vähemalt vanemate ees on söömiskäitumine pigem piiravat tüüpi või teisalt, ehk need käitumised iseloomustavadki söömis- ja toitumishäirete laia variatiivsust .

Söögikordadel söömine patsientide enda hinnanguil varieerusid: kõige vähem söödi lõunasööki koolis, veidi rohkem kodus. Hommikul söömist kinnitati rohkem kui pooltel kordadel, kõige enam väideti söömist õhtusöögi ajal. Õhtusöögi söömine toimub kõikidest toidukordadest tõenäolisemalt vanemliku järelvalve all, mistõttu kinnitatakse ka selle söömist enam. Samas regulaarne söömine ei kajastu kehakaalus, sest söögikordadel söömise ning kehamassiindeksi vahel puudub statistiliselt oluline seos. Enesekohased hinnagud oma söömisele võivad olla osa häirest: ebapiisavat söömist peetakse regulaarseks söömiseks.

Vaatlusskaala väidete omavahelises korrelatsioonianalüüsis leiti väga tugevad statistiliselt olulised seosed järgmiste väidete puhul: „Sööb ahmides/väga kiire tempoga“ ja „Sööb taldriku tühjaks teistest kiiremini“. Kiiresti ja ahmivat söömiskiirust seostatakse *bulimia nervosale* iseloomuliku söömiskäitumisega (Kissileff et al., 2008), kusjuures autorid leidsid, et nii aeglane kui ka kiire söömiskiirus ei mõjutanud oksendamissoovi. Samas on ka leitud, et tung oksendada väheneb, mida aeglasemalt püüda süüa (Azrin et al., 2006). See võib tähendada, et ülesöömis-väljutava alatüübi puhul võib märgata nii kiiret kui ka aeglast söömistempot. „Lükkab söögiriistu ja/või toitu eemale“ ja „Songib või rikub toitu taldrikul“ viitab toidust keeldumisele ning sellel on selgeid viiteid häirunud söömiskäitumisele nagu ärev-vältivale toitumishäirele iseloomulik või nagu kirjeldab *YBC-EDS* söömishäire skaala (Mazure et al., 1994), kuid võib viidata lihtsalt lapse jaoks ebameeldivale toidule, siinkohal tundub olevat oluline tegevuse sagedus. „Kaupleb (peab läbirääkimisi) toidu osas“ ja „Nõuab alternatiivset toitu/toiduainet“ viitavad söömishäirele, mille eesmärk on kas madalama kalorsusega toit või üleüldine tahtmatus süüa, sagedasti seotud *anorexia nervosale* omase toiduga kauplemisega (ABOS; Vandereycken, 1992; Lechner et al., 2005). Vaatlusskaala väited üheltpoolt võivad viidata häirunud söömiskäitumisele, kuid võivad viidata ka normaalsele söömisele, oluline on siin normvalimi kaasamine.

Väited „Vajadusel on nõus toiduainet/toitu asendada kaloririkkama alternatiiviga“; „Kaupleb (peab läbirääkimisi) toidu osas“ ja „Nõuab alternatiivset toitu/toiduainet“ mõõdavad teoreetiliselt sama konstrukti. Lapsevanemate täpsustavatest kommentaaridest jäi kahtlus, kas väitega „Vajadusel on nõus toiduainet/toitu asendada kaloririkkama alternatiiviga“ lahtrisse kirjutamine „esineb“ tähendas nõustumist väitega. Vanemate vastused andsid aimu, et antud konstrukti sisulist mõtet andis kõige paremini „Kaupleb (peab läbirääkimisi“ toidu osas)“ edasi.

Lapsevanema vaatlusshinnagute ning patsientide endi enesekohased hinnangud ei kattunud, väidete vahel puudusid statistiliselt olulised seosed. Kuigi käesoleva valimi väiksuse ja kontrollgrupi puudumise tõttu ei saa laiaulatuslikke järeldusi teha, siis oletuslikke põhjuseid võib olla mitmeid: esiteks, väidete sisuline lahknevus, neid pole sihilikult loodud mõõtma samu konstrukte; teiseks, söömishäirega nooruki ning vanema erinev nägemus häirest. Üheltpoolt võivad noorukid minimaliseerida oma sümptomeid ning varjata oma tegelike hoiakuid enesekohastes küsimustikes (Starzomoska & Tadeusiewicz, 2016), samas võib põhjus olla ka eitamises – kui patoloogilisi mõtteid ei mainita, siis neid ehk polegi olemas. Lapsevanemad ei pruugi tajuda oma laste normist kõrvalekalduvaid hoiakuid söömise suhtes ning ei seo neid muutustega söömiskäitumises ning kolmandaks, söömishäirega teismelised võivad vähendada oma sümptomeid enesekohastes küsimustikes, sama järelduseni jõuti patsientide ning vanemate hinnangute võrdluses (Laporta-Herrero & Latorre, 2020), kus uuriti AN patsientide enesekohase küsimustiku ja vanematele mõeldud söömiskäitumist hindava skaala tulemusi ning nende vahel puudusid statistiliselt olulised seosed. Lapsevanema ja lapse sümptomite vaheliste hinnangute erinevust võib selgitada häirele omase manipulatiivsusest tingitud patoloogia varjamisega, mis teeb vanematele raskemaks märgata ja sekkuda haiguse erinevatel etappidel ning mõista häire komplekset iseloomu.

Käesolevalt tuleb arvestada töö piirangutega. Valim põhineb kliinilisel subgrupil ning eksplitsiitselt häirunud söömiskäitumist hindava vaatlusskaala psühhomeetrilised omadused näitavad väga kontsentreeritud inimrühma, tavavalimi normvariatsioonidega käesolevas magistritöös ei arvestatud. Saadud tulemusi on soovituslik edasi uurida populatsioonipõhiselt Likert'i skaalal, sest patoloogilise söömise ja mittepatoloogilise söömise eristamisel on oluline sagedus (Druschinin et al., 2018). COVID-19 tulenevatest piirangutest raviasutustes oli kliiniline valim ebapiisav uurimaks ja hindamaks patoloogilise söömiskäitumise kõiki valiidsed latentseid muutujaid. Suuri järeldusi ei saa ka teha vaatlusskaala sobivuste kohta

statsionaarsete patsientide söömiskäitumise hindamise kohta, sest mõõtmiste arv ($n = 9$) ei olnud statistiliselt piisav kasutamaks vaatlusskaalat edaspidi hindamisvahendina.

Kokkuvõttes leiti magistritöös, et lapsevanemad märkasid enam häirunud söömiskäitumisi seotud toiduga kauplemise ning toidust keeldumisega, raviperioodi ajal täheldas söömiskäitumises varjatuid söömisrituaale, hinnangud kattusid enim „Vaatab söömise ajal ainiti oma toitu“. Söömiskäitumise kaardistamine on keerulisem kui esmapilgul näib - normaalne söömine on niivõrd suure variatiivsusega. Lapsevanemad märkavad teatud tüüpi häirunud söömiskäitumist rohkem kui teisi ning see võib olla seotud söömishäirele omase sümptomite vähendamise või mitteteadvustamisega või ka vanemate vähese teadlikkuse tõttu. Lapsevanemate arusaam patoloogilisest söömiskäitumisest võib rolli mängida söömishäire kulus ning üldises prognoosis.

Lisa 1.

Söömiskäitumise vaatluskaala

Söömiskäitumise vaatluskaala lapsevanemale ja raviasutuse personalile

Sugu:

Kehamassiindeks:

Vanus:

Tarbitav kaloraaž:

Kuupäev:

Palume Teil hinnata, kas Teie poolt vaadeldaval noorukil/lapsel esineb järgnevaid käitumisi söömiskorra ajal:

	Hinnatav tegevus	Esineb	Ei esine	Täpsustus
1.	Keeldub söömast			
2.	Sööb ahmides/väga kiire tempoga			
3.	Söömine võtab aega kauem kui teistel			
4.	Lõikab toidu (väga) väikesteks tükkideks			
5.	Söömise ajal ei tee kahte tegevust korraga, nt ei suuda samal ajal mäluda toitu ja lõigata toitu tükkideks			
6.	Lapsele on oluline, et toit oleks taldrikul eraldatud			
7.	Söögilaua taga esineb agressiooni, vihapurskeid			
8.	Vaatab söömise ajal ainiti oma toitu			
9.	Kauplemisel on nõus kaloririkkama alternatiiviga			
10..	Joob vedelikku teatud viisil või koguses, nt joob ära vee enne söömist, joob vett pärast igit ampsu			
11..	Sööb konkreetse sagedusega, nt võtab ampsu iga 2 min tagant			
12.	Mälub igit ampsu kindel arv kordi			

13.	Söök teatud toiduaine grupi täielikult ära ning konkreetses järjekorras, nt söök kogu salati enne kartuleid, siis kõik kartulid enne liha			
14..	Jätab toitu taldrikule, kui on söömise lõpetanud (ei ole suuteline kogu toitu tarbima)			
15.	Songib või rikub toitu taldrikul			
16.	Peidab toitu			
17.	Püüab hoiduda söömisest pidevalt rääkides			
18.	Nõuab alternatiivset toitu/toiduainet			
19.	Kaupleb (peab läbirääkimisi)			
20..	Kaebab füüsilist valu			
21.	Nutab			
22.	Okserefleks			
23.	Kommenteerib toitu ja söömisega seonduvat			
24.	Söök taldriku tühjaks teistest kiiremini			
25.	Lükkab söögiriistu ja/või toitu eemale			
26.	Jälgib teiste söömist			
27.	Söök nina kinni pigistades			
28.	Neelab toitu ilma mälumata			
29.	Söömisel vastikust ilmestav grimass			
30.	Söömisele kulub rohkem kui 30 minutit			

Lisa 2.

Lapsevanema täpsustavad kommentaarid järgnevatele väidetele

Vaatluskaala väide	Lapsevanema täpsustavad kommentaarid
1. Keeldub söömast	„Hommikuti“ „Vahel“ „Kui toit ei meeldi või on olnud konflikte kodus“ „Otseselt ei keeldu, aga ütleb, et kõht pole tühi või sööb pärast“
2. Sööb ahmides/väga kiire tempoga	„Vahel“
3. Söömine võtab kauem aega kui teistel	„Koolis“ „Tahab süüa oma toas“
5. Söömise ajal ei tee kahte tegevust korraga, nt ei suuda samal ajal mälua toitu ja lõigata toitu tükkideks	„Ei oska öelda“ „Ei ole osanud tähele panna“
7. Söögilaua taga esineb agressiooni, vihapurskeid	„Sööb omaette“ „Kui on olnud tüli peres“ „Siis kui toitumisest räägitakse“
9. Vajadusel on nõus toiduainet/toitu asendama kaloririkkama alternatiiviga	„Ei ole nõus“ „Pole proovinud“
10. Joob vedelikku teatud viisil või koguses, nt joob ära vee enne söömist, joob vett pärast igat ampsu	„Ei ole tähele pannud“ „Joob vett enne söömist“

- | | | |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13. | Sööb teatud toiduaine grupi täielikult ära ning konkreetses järjekorras, nt sööb kogu salati enne kartuleid, siis kõik kartulid enne liha | <i>„Hakkliha nokib välja“
„Liha, piimatooted, kala üldse ei söö, hakkas veganiks“</i> |
| 15. | Songib või rikub toitu taldrikul | <i>„Kui on tige, et peab sööma“</i> |
| 16. | Peidab toitu | <i>„Vähemalt pole avastanud“
„Nt magusat, siis sööb oma toas“</i> |
| 18. | Nõuab alternatiivset toitu/toiduainet | <i>„Mõnikord“
„Algselt oli, enam mitte“
„Vegantooted“</i> |
| 19. | Kaupleb (peab läbirääkimisi) toidu osas | <i>„Valib, mida süüa“</i> |
| 20. | Kaebab füüsilist valu | <i>„Kui on liiga palju söömist“
„Peale söömist“</i> |
| 21. | Nutab | <i>„Kui ei taha, aga peab sööma“
„Vahel“
„Mõnikord“
„Vahel, kui on toidu teemal tüli“</i> |
-

Kasutatud kirjandus:

- Akkermann, K., Herik, M., Aluoja, A., & Järv, A. (2010). Söömishäireid hindava skaala konstrueerimine. Psühholoogia instituut: Tartu Ülikool.
- Aldridge, V. K., Dovey, T. M., El Hawi, N., Martiniuc, A., Martin, C. I., & Meyer, C. (2018). Observation and comparison of mealtime behaviors in a sample of children with avoidant/restrictive food intake disorders and a control sample of children with typical development. *Infant mental health journal*, 39(4), 410-422.
<https://doi.org/10.1002/imhj.21722>
- Azrin, N. H., Kellen, M. J., Ehle, C. T., & Brooks, J. S. (2006). Speed of Eating as a Determinant of Bulimic Desire to Vomit: A Controlled Study. *Behavior Modification*, 30(5), 673–680. <https://doi.org/10.1177/0145445505277149>
- Binford, R. B., Le Grange, D., & Jellar, C. C. (2005). Eating Disorders Examination versus Eating Disorders Examination-Questionnaire in adolescents with full and partial-syndrome bulimia nervosa and anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37(1), 44-49. <https://doi.org/10.1002/eat.20062>
- Berlin, K. S., Davies, W. H., Silverman, A. H., Woods, D. W., Fischer, E. A., & Rudolph, C. D. (2010). Assessing children's mealtime problems with the Mealtime Behavior Questionnaire. *Children's Health Care*, 39(2), 142-156. DOI: [10.1080/02739611003679956](https://doi.org/10.1080/02739611003679956)
- Boswell, J. F., Anderson, L. M., & Anderson, D. A. (2015). Integration of interoceptive exposure in eating disorder treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22(2), 194. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12103>
- Castillo, M., & Weiselberg, E. (2017). Bulimia nervosa/purging disorder. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 47(4), 85-94.
<https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.02.004>
- Ciao, A., Loth, K., & Neumark-Sztainer, D. (2014). Preventing eating disorder pathology: Common and unique features of successful eating disorders prevention programs. *Current Psychiatry Reports*, 16(7), 1–13. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0453-0>
- Comer, J. S., & Kendall, P. C. (2004). A symptom-level examination of parent–child agreement in the diagnosis of anxious youths. *Journal of the American Academy of*

Child & Adolescent Psychiatry, 43(7), 878-886.

<https://doi.org/10.1097/01.chi.0000125092.35109.c5>

Cooper, P. J., Watkins, B., Bryant-Waugh, R., & Lask, B. (2002). The nosological status of early onset anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 32(5), 873.

doi:10.1017/S0033291702005664

Couturier, J. L., & Lock, J. (2006). Denial and minimization in adolescents with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39(3), 212-216.

<https://doi.org/10.1002/eat.20241>

Culbert, K. M., Racine, S. E., & Klump, K. L. (2015). Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders—a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(11), 1141-1164. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12441>

Curran, J. L. (2020). Mental Health Considerations for Pediatric Obesity.

Curtin, C., Hubbard, K., Anderson, S. E., Mick, E., Must, A., & Bandini, L. G. (2015). Food selectivity, mealtime behavior problems, spousal stress, and family food choices in children with and without autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 45(10), 3308-3315.

<https://doi.org/10.1007/s10803-015-2490-x>

Da Luz, F. Q., Hay, P., Touyz, S., & Sainsbury, A. (2018). Obesity with comorbid eating disorders: associated health risks and treatment approaches. *Nutrients*, 10(7), 829.

Davey, G. C., Buckland, G., Tantow, B., & Dallos, R. (1998). Disgust and eating disorders. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 6(3), 201-211. <https://doi.org/10.3390/nu10070829>

De Los Reyes, A., & Kazdin, A. E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: a critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological bulletin*, 131(4), 483. DOI: 10.1037/0033-2909.131.4.483

Drutschinin, K., Fuller-Tyszkiewicz, M., Paoli, T. D., Lewis, V., & Krug, I. (2018). The daily frequency, type, and effects of appearance comparisons on disordered eating.

Psychology of Women Quarterly, 42(2), 151-161.

<https://doi.org/10.1177/0361684317732001>

Elmes, D.G., Kantowitz, B.H., Roediger III, H.L. (2013). Psühholoogia uurimismeetodid.

Üheksas väljaanne. (Eesti keelde tõlkinud Laak, T., Rauk, M., Täht, K.). Tartu

Ülikooli Kirjastus.

Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire?. *International journal of eating disorders*, 16(4), 363-370.

Ferdinand, R. F., van der Ende, J., & Verhulst, F. C. (2006). Prognostic value of parent-adolescent disagreement in a referred sample. *European child & adolescent psychiatry*, 15(3), 156-162. <https://doi.org/10.1007/s00787-005-0518-z>

Fisher, M., Schneider, M., Burns, J., Symons, H., & Mandel, F. S. (2001). Differences between adolescents and young adults at presentation to an eating disorders program.

Journal of Adolescent Health, 28(3), 222-227. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(00\)00182-8](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(00)00182-8)

Fox, J. R., Dean, M., & Whittlesea, A. (2017). The Experience of Caring For or Living with an Individual with an Eating Disorder: A Meta - Synthesis of Qualitative Studies.

Clinical Psychology & Psychotherapy, 24(1), 103-125.

<https://doi.org/10.1002/cpp.1984>

Gowers, S. G. (2008). Management of eating disorders in children and adolescents. *Archives of disease in childhood*, 93(4), 331-334.

<http://dx.doi.org/10.1136/adc.2007.117747>

Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological medicine*, 12(4), 871-878.

doi:10.1017/S0033291700049163

Gormally, J. I. M., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive behaviors*, 7(1), 47-55.

[https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90024-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90024-7)

Hail, L. (2017). Adapting the Eating Disorder Examination for parents as symptom informants: psychometric properties and influence on diagnosis.

- Harken, W., Maxwell, J., Hainline, M., Pollack, L., & Roberts, C. (2017). Perceptions of caring for adolescents with eating disorders hospitalized on a general pediatric unit. *Journal of pediatric nursing, 34*, e34-e41. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.02.008>
- Herle, M., De Stavola, B., Hübel, C., Abdulkadir, M., Ferreira, D. S., Loos, R. J., ... & Micali, N. (2020). A longitudinal study of eating behaviours in childhood and later eating disorder behaviours and diagnoses. *The British Journal of Psychiatry, 216*(2), 113-119. doi:10.1192/bjp.2019.174
- Herpertz-Dahlmann, B. (2009). Adolescent eating disorders: definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America, 18*(1), 31-47. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2008.07.005>
- Jepsen, M. I., Gray, K. M., & Taffe, J. R. (2012). Agreement in multi-informant assessment of behaviour and emotional problems and social functioning in adolescents with Autistic and Asperger's Disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders, 6*(3), 1091-1098. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2012.02.008>
- Jordan, J., Joyce, P. R., Carter, F. A., McIntosh, V. V., Luty, S. E., McKenzie, J. M., ... & Bulik, C. M. (2009). The Yale–Brown–Cornell eating disorder scale in women with anorexia nervosa: What is it measuring?. *International Journal of Eating Disorders, 42*(3), 267-274. <https://doi.org/10.1002/eat.20605>
- Karjalainen, L., Råstam, M., Paulson-Karlsson, G., & Wentz, E. (2019). Do autism spectrum disorder and anorexia nervosa have some eating disturbances in common?. *European child & adolescent psychiatry, 28*(1), 69-78. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1188>
- Karlsson, L., Råstam, M., & Wentz, E. (2013). The Swedish Eating Assessment for Autism spectrum disorders (SWEAA)—validation of a self-report questionnaire targeting eating disturbances within the autism spectrum. *Research in Developmental Disabilities, 34*(7), 2224-2233. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.03.035>
- Kissileff, H. R., Zimmerli, E. J., Torres, M. I., Devlin, M. J., & Walsh, B. T. (2008). Effect of eating rate on binge size in Bulimia Nervosa. *Physiology & behavior, 93*(3), 481-485. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2007.10.007>

- Kotler, L. A., Cohen, P., Davies, M., Pine, D. S., & Walsh, B. T. (2001). Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(12), 1434-1440. <https://doi.org/10.1097/00004583-200112000-00014>
- Käärik, E. (2013). E-kursuse „Andmeanalüüs II“ materjalid. Tartu Ülikool
- Laporta-Herrero, I., & Latorre, P. (2020). Do parents perceive the abnormal eating attitudes of their adolescent children with anorexia nervosa?. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25(1), 5-15. <https://doi.org/10.1177/1359104519864121>
- Le Grange, D., Crosby, R. D., Rathouz, P. J., & Leventhal, B. L. (2007). A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 64(9), 1049-1056. doi:10.1001/archpsyc.64.9.1049
- Le Grange, D. L., & Loeb, K. L. (2007). Early identification and treatment of eating disorders: prodrome to syndrome. *Early Intervention in Psychiatry*, 1(1), 27-39. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2007.00007.x>
- Leichner, P., Hall, D., & Calderon, R. (2005). Meal support training for friends and families of patients with eating disorders. *Eating disorders*, 13(4), 407-411. <https://doi.org/10.1080/10640260591005281>
- Mariano, P., Watson, H. J., Leach, D. J., McCormack, J., & Forbes, D. A. (2013). Parent-child concordance in reporting of child eating disorder pathology as assessed by the eating disorder examination. *International Journal of Eating Disorders*, 46(6), 617-625. <https://doi.org/10.1002/eat.22158>
- Martin, J., Padierna, A., González, N., Aguirre, U., Lafuente, I., Muñoz, P., & Quintana, J. M. (2014). Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of the Anorectic Behaviour Observation Scale. *International journal of clinical practice*, 68(1), 83-93. <https://doi.org/10.1111/ijcp.12223>
- Mayes, S. D., & Zickgraf, H. (2019). Atypical eating behaviors in children and adolescents with autism, ADHD, other disorders, and typical development. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 64, 76-83. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2019.04.002>

- Mazure, C. M., Halmi, K. A., Sunday, S. R., Romano, S. J., & Einhorn, A. M. (1994). The Yale-Brown-Cornell eating disorder scale: development, use, reliability and validity. *Journal of psychiatric research*, 28(5), 425-445.
[https://doi.org/10.1016/0022-3956\(94\)90002-7](https://doi.org/10.1016/0022-3956(94)90002-7)
- Murray, S. B., Loeb, K. L., & Le Grange, D. (2014). Indexing psychopathology throughout family-based treatment for adolescent anorexia nervosa: are we on track?. *Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice*, 2(1), 93-96.
<https://doi.org/10.1080/21662630.2013.831522>
- Natenshon, A. H. (2020). Discretion or Disorder? The Impact of Weight Management Issues on the Diagnosis and Treatment of Disordered Eating and Clinical Eating Disorders. In *Weight Management*. IntechOpen.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M. M., Chen, C., Larson, N. I., Christoph, M. J., & Sherwood, N. E. (2018). Eating, activity, and weight-related problems from adolescence to adulthood. *American journal of preventive medicine*, 55(2), 133-141.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.04.032>
- Ocker, L. B., Lam, E. T., Jensen, B. E., & Zhang, J. J. (2007). Psychometric properties of the eating attitudes test. *Measurement in physical education and exercise science*, 11(1), 25-48. <https://doi.org/10.1080/10913670709337010>
- Russell, C. G., & Russell, A. (2018). Biological and psychosocial processes in the development of children's appetitive traits: insights from developmental theory and research. *Nutrients*, 10(6), 692. <https://doi.org/10.3390/nu10060692>
- Viglione, V., Muratori, F., Maestro, S., Brunori, E., & Picchi, L. (2006). Denial of symptoms and psychopathology in adolescent anorexia nervosa. *Psychopathology*, 39(5), 255-260. <https://doi.org/10.1159/000094723>
- Safer, D., Telch, C., & Agras, W. (2001). Dialectical behavior therapy for BN. *American Journal of Psychiatry*, 158, 632-634. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.4.632>
- Salbach-Andrae, H., Klinkowski, N., Holzhausen, M., Frieler, K., Bohnkamp, I., Thiels, C., ... & Vandereycken, W. (2009). The German version of the Anorectic Behavior Observation Scale (ABOS). *European child & adolescent psychiatry*, 18(5), 321.
<https://doi.org/10.1007/s00787-008-0732-6>

- Schmalbach, I., Herhaus, B., Pässler, S., Schmalbach, B., Berth, H., & Petrowski, K. (2021). Effects of stress on chewing and food intake in patients with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1002/eat.23500>
- Schmidt, U., & Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 343-66. <https://doi.org/10.1348/014466505X53902>
- Sunday, S. R., Halmi, K. A., & Einhorn, A. (1995). The Yale-Brown-Cornell eating disorder scale: A new scale to assess eating disorder symptomatology. *International Journal of Eating Disorders*, 18(3), 237-245. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199511\)18:3<237::AID-EAT2260180305>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199511)18:3<237::AID-EAT2260180305>3.0.CO;2-1)
- Swanson, S. A., Aloisio, K. M., Horton, N. J., Sonnevile, K. R., Crosby, R. D., Eddy, K. T., ... & Micali, N. (2014). Assessing eating disorder symptoms in adolescence: is there a role for multiple informants?. *International Journal of Eating Disorders*, 47(5), 475-482. <https://doi.org/10.1002/eat.22250>
- Starzomska, M., & Tadeusiewicz, R. (2016). Pitfalls in anorexia nervosa research: The risk of artifacts linked to denial of illness and methods of preventing them. *Psychiatria Danubina*, 28(3), 202-210.
- Uehara, T., Takeuchi, K., Ohmori, I., Kawashima, Y., Goto, M., Mikuni, M., & Vandereycken, W. (2002). Factor-analytic study of the Anorectic Behavior Observation Scale in Japan: comparisons with the original Belgian study. *Psychiatry research*, 111(2-3), 241-246. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(02\)00143-9](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(02)00143-9)
- Valdmann, M. (2015). Söömisega seotud reeglid päritoluperes söömishäirete mõjutajatena. Psühholoogia Instituut. Tartu Ülikool.
- Vandereycken, W. (1992). Validity and reliability of the Anorectic Behavior Observation Scale for parents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85(2), 163-166. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1992.tb01462.x>
- Walsh, B. T. (2011). The importance of eating behavior in eating disorders. *Physiology & behavior*, 104(4), 525-529. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2011.05.007>

- Wardle, J., Guthrie, C. A., Sanderson, S., & Rapoport, L. (2001). Development of the children's eating behaviour questionnaire. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(7), 963-970. doi:10.1017/S002196300100772
- White, H. J., Haycraft, E., Williamson, I., & Meyer, C. (2020). Disturbance at the dinner table: Exploring mothers' experiences of mealtimes when caring for their son or daughter with anorexia nervosa. *Journal of Health Psychology*, <https://doi.org/10.1177/1359105320904756>
- Wilk, R. (2010). Power at the table: Food fights and happy meals. *Cultural Studies? Critical Methodologies*, 10(6), 428-436. <https://doi.org/10.1177/1532708610372764>
- Williamson, D. A., & Martin, C. K. (1999). Binge eating disorder: a review of the literature after publication of DSM-IV. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 4(3), 103-114. <https://doi.org/10.1007/BF03339725>
- Yilmaz, Z., Gottfredson, N. C., Zerwas, S. C., Bulik, C. M., & Micali, N. (2019). Developmental premorbid body mass index trajectories of adolescents with eating disorders in a longitudinal population cohort. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(2), 191-199. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.11.008>

Mina, Evelyn Salm

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Noorukite häirunud söömiskäitumise hindamine kliinilisel valimil“, mille juhendaja on Kirsti Akkermann,

1.1. reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi Dspace'i lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;

1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi Dspace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

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

Tartu, 3.01.2022

