

**Tartu Ülikool**  
**Sotsiaalteaduskond**  
**Psühholoogia Instituut**

**Maria Kivimäe**

**SÖÖMISHÄIRE SÜMPTOMAATIKA VAHENDAV MÕJU ISIKSUSEJOONTELE  
SÖÖMISHÄIREGA PATSIENTIDEL**

**Seminaritöö**

**Juhendaja: Kirsti Akkermann PhD**

**Läbiv pealkiri: söömishäired ja isiksusejooned**

**Tartu 2013**

## KOKKUVÕTE

### **Söömishäire sümptomaatika vahendav mõju isiksusejoontele söömishäirega patsientidel.**

Käesoleva seminaritöö eesmärgiks oli võrrelda isiksusejooni erineva söömishäire diagnoosiga patsientidel ning uurida söömishäire sümptomite raskusastme vahendavat mõju isiksusejoontele. Kliinilise valimi moodustasid *anorexia nervosa* (N=51), *bulimia nervosa* (N=49) ja liigsöömishäirega (N=16) patsiendid, keda võrreldi kontrollgrupiga (N=59), kes olid psühhiaatriliste häirete esinemise suhtes kontrollitud. Uuritavad täitsid eestikeelse Rootsi Ülikoolide Isiksuse Skaala (SSP-E; Shlik, Aluoja, Graf, Männik, 2001), Söömishäirete Hindamise Skaala (SHS; Akkermann, Herik, Aluoja, Järv, 2010) ning ankeedi sotsiograafiliste andmete kohta. Dispersioonanalüüsist selgus, et kliiniliste gruppide vahelised erinevused ilmnisid alaskaaladel Somaatiline ärevus, Vastuvõtlikkus stressile, Kehtestavuse puudumine, Impulsiivsus ja Ärrituvus. Võttes arvesse söömishäire sümptomite (piiramine, liigsöömine, väljutamine, hõivatus toidumõtetest) vahendav mõju nendele isiksusejoontele, siis gruppide vahelised erinevused taandusid. Tendents, et *bulimia nervosa* patsiendid on impulsiivsemad jäi alles.

Märksõnad: Söömishäire, *anorexia nervosa*, *bulimia nervosa*, liigsöömishäire, isiksusejooned.

**ABSTRACT****The mediating effect of eating disorder symptomatology on personality traits in patients with eating disorder.**

The aim of this study was to compare personality traits in patients diagnosed with an eating disorder and investigate the mediating effect of eating disorder symptomatology on personality traits. Clinical sample consisted of *anorexia nervosa* (N=51), *bulimia nervosa* (N=49) and binge eating disorder (N=16) patients who were compared with population based sample (N=59) who were tested for psychiatric disorders. Participants completed the Estonian version of Swedish universities Scales of Personality (SSP-E; Shlik, Aluoja, Graf, Männik, 2001), Eating Disorders Assessment Scale (SHS; Akkermann, Herik, Aluoja, Järv, 2010) and a questionnaire of sociodemographic variables. The analysis of variance showed that differences between clinical groups appeared on Somatic trait anxiety, Stress susceptibility, Lack of assertiveness, Impulsiveness and Trait irritability scales. Using eating disorder symptomatology (restriction, overeating, purging, preoccupation with thoughts of food) as a covariate, differences between the groups disappeared. The tendency that bulimia patients are more impulsive remained.

Keywords: Eating Disorders, *anorexia nervosa*, *bulimia nervosa*, binge eating disorder, personality traits.

## SISSEJUHATUS

Söömishäired on tõsised haigused, mida iseloomustab ebakindel patogenees, varane algus, pikk kulg ja olulised erinevused ravis (Gabbard, Atkinson, 1996). Viimaste aastakümnete jooksul on söömishäired muutunud üheks enim levinud psüühikahäireks noorte naiste seas. On leitud, et üle 10% Lääne kultuuriruumi kuuluvatest naistest kannatavad diagnostilistele kriteeriumitele vastavate söömishäirete all (APA, 1994). Tavapäraselt käsitletakse psüühika- ja käitumishäirete hulka kuuluvate söömishäiretena *anorexia nervosa* (AN) ja *bulimia nervosa* (BN) ning viimasel ajal lisandunud liigsöömishäiret (*Binge-Eating disorder*, BED).

### Söömishäirete seos isiksuseomadustega

Isiksuseomadused on inimesi üksteisest eristavad käitumuslikud, emotsionaalsed ning kognitiivsed seadumused, mis võivad mõjutada söömishäirete kujunemist, sümptomaatika avaldumist ja alalhoidmist (Cassin & von Ranson, 2005).

Terracciano, Sutin, McCrae, Deiana, Ferrucci, Schlessinger, Uda ja Costa (2009) uurisid vastavalt suure viisku isiksusedimensioonidele üksikasjalikult isiksuseprofiile ala-, normaal- ja ülekaalulistel inimestel ja leidsid, et kõrge neurootilisus ja madal meelekindlus olid seotud vastavalt alakaalulisuse ja rasvumisega. Nad tõid oma töös välja, et eriti murelikud, haavatavad, masendunud, vihased ja vaenulikud kipuvad olema alakaalulised inimesed, kes said madalamad skoorid ka impulsiivsuse skaalal.

Võrreldes söömishäiretega indiviide kontrollgrupiga on häirunud söömiskäitumisega patsientidel täheldatud kõrgemaid skooore Viiefaktorilise mudeli alaskaaladel neurootilisus (Diaz-Marsa, Carrasco & Saiz, 2000; Ghaderi & Scott, 2000; Podar, Hannus, & Allik, 1999) ja avatus kogemusele (Ghaderi & Scott, 2000) ning madalamaid skooore alaskaaladel sotsiaalsus (Ghaderi & Scott, 2000) ja meelekindlus (Ghaderi & Scott, 2000; Podar, Hannus, & Allik, 1999). Kuna enamus uurimusi koondavad mitmesuguste söömishäiretega indiviidid ühte gruppi ja võrdlevad neid häireta kontrollgrupiga, pole täpselt teada, kas anoreksia, buliimia ja liigsöömishäire diagnoosiga patsiendid erinevad üksteisest nende isiksuseomaduste poolest või mitte (Cassin & von Ranson, 2005).

On leitud, et piiravat tüüpi anoreksia diagnoosiga patsiendid on vähem impulsiivsed võrreldes väljutavat tüüpi anoreksia diagnoosiga patsientide ja kontrollgrupiga (Fahy & Eisler, 1993). Seevastu nii statsionaarsed (Claes, Vandereycken & Vertommen, 2002) kui

ambulatoorsed (Diaz-Marsa jt, 2000; Newton, Freeman, Munro, 1993) *bulimia nervosa* diagnoosiga patsiendid on impulsiivsemad kui anoreksia diagnoosiga patsiendid ning terved kontrollisikud.

Korrelatiivsed uurimused näitavad, et nii *anorexia nervosa* kui *bulimia nervosa* diagnoosile on iseloomulikud perfektsionism, obsessiiv-kompulsiivsus, negatiivne emotsionaalsus, kahju vältimine, vähene enesesuunamine, kasin koostöövalmidus ja vältivad isiksusejooned, lisaks sellele on anoreksiale eriomane vähene uudsuse otsimine, enesepiiramine ja rigiidsus, buliimiale seevastu aga kõrge impulsiivsus, uudsuse otsimine ja piirialast (*borderline*) tüüpi isiksusehäirele omased jooned (Cassin & von Ranson, 2005).

Pryor ja Wiederman (1996) on leidnud, et nii anoreksia kui buliimia diagnoosiga patsientidel on võrreldes kontrollgrupiga kõrgem vastuvõtlikkus stressile.

### **Agressiivsuse ja vaenulikkuse esinemine söömishäiretega patsientidel**

Agressiivsus on psühhopatoloogias oluline, sest see võib mõjutada söömishäirete ravi kulgu ja tulemusi (Fahy & Eisler, 1993; Favaro & Santonastaso, 1999, 2000). Kõige üldisemalt võib agressiivsust defineerida kui käitumist, mille eesmärgiks on kellelegi teisele vaimseid ja/või füüsilisi kannatusi põhjustada (Ramirez & Andreu, 2006). Harilikult käsitletakse agressiivset käitumist koos viha, vaenulikkuse ja ärrituvusega, mis on kõige tavalisemad agressiivsuse väljendamisviisid (Miller, Smith, Turner, Guijarro & Hallet, 1996; Brehm, Kassin, & Fein, 2005). Kuigi mitmed autorid on oma töödes täheldanud söömishäirega patsientidel kõrgemat agressiivsuse, vaenulikkuse ja viha taset (Fava, Rappe, West & Hertzog, 1995; Contrufo, Monteleone, d'Istria, Fuschino & Serino 2000; Truglia, Mannucci, Lassi, Rotella, Faravell & Ricca 2006), on andmeid siiski vähe ja agressiivsuse roll söömishäirete patogeneesis ja sümptomite avaldumises on endiselt ähmane ja ebakindel. Seetõttu on ka käesolevas uurimuses agressiivsuse hindamisel suuremat tähelepanu pööratud.

Ka Miotto, Pollini, Favaretto & Pieti (2008) leidsid, et buliimia diagnoosiga patsientidel on suurem tendents kalduda agressiivsusele ja anoreksia diagnoosiga patsientidel võib esineda raskusi viha väljendamisega. Antud uurimuses said *anorexia nervosa* diagnoosiga patsiendid kontrollgrupiga võrreldes madalamad tulemused nii verbaalse kui füüsilise agressiooni skoorides. See ühtib varasemate uurimustega, kus on täheldatud anoreksia patsientidel pigem seesmist viha ja endale suunatud agressiivsust (Horesh, Zalsman & Apter, 2000; Geller, Cockell, Hewitt, Goldner & Flett, 2000).

Blinder, Cumella, Sanathara (2006) võrdlesid söömishäiretega patsiente tervete indiviididega ja leidsid, et nii anoreksia kui buliimia diagnoosiga patsiendid said kõrgemad tulemused varjatud agressiivsuse skaalal ning madalamad tulemused varjamatu agressiivsuse skaalal.

Vaid üksikud uurimused on empiirilisel testitud söömishäirete ja teistele suunatud agressiivsuse suhet. Ambulatoorsetel söömishäiretega patsientidel märkasid Fava jt (1995) kõrgemat viharünnakute esinemissagedust võrreldes tervete naisterahvastega. Zaider, Johnson & Cockell (2000) on leidnud, et antisotsiaalsete isiksusehäiretega noorukid kannatavad suurema tõenäosusega söömishäirete all kui nende terved eakaaslased. Seni suurimas sel teemal läbiviidud uurimuses, mis hõlmas 3630 kooliealist tüdrukut, märkasid Thompson, Wonderlich, Crosby & Mitchell (1999), et noorukid, kes tunnistasid söömishäiret võtsid oluliselt suurema tõenäosusega omaks ka mitmeid agressiivseid käitumisviise võrreldes noortega, keda söömishäired ei vaevanud. Ka teised mittekliinilisel valimil põhinevad uurimused on välja toonud, et laiduväärne käitumine nagu koolist puudumine, tujutsemine, liigne joomine, kakluste algatamine on noorukitel seotud häirunud söömiskäitumisega, iseäranis *bulimia nervosa* le iseloomulike tunnustega (Johnson, Cohen, Kotler, Kasen & Brook, 2002; Kaltiala-Heino, Rissanen, Rimpelae & Rantanen, 2003).

Vähe on teada, millist rolli agressiivsus söömishäiretes mängib. Arnow, Kenardy & Agras (1995) on välja toonud, et vihal on väga suur osatähtsus hetkelise, silmapilke reaktsiooni ülehindamisel ja söömisega liialdamisel. Mõned uuringud, mis on suunatud sellele teemale, annavad vastukäivaid tulemusi. Fava jt (1995) uurimusest selgub, et vihapursked on seotud buliimia sümptomite kõrgema raskusastmega, samas kui teised leidsid, et indiviididel, kes väljutasid toitu oksendamise kaudu ei esinenud rohkem viha kui neil, kellel puudus toitu väljutav käitumine (Fassino, Daga, Piero, Leombruni & Rovera, 2001; Abbate-Daga, Piero, Gramaglia & Fassino, 2005).

Kuigi kõrgeenenud agressioon ja impulsiivsus võivad ilmnedu toidu väljutamise ja/või enese näljutamise (Steiger, Young, Kin, Koerner, Lageix, Israel, 2001) või konfliktse ja vaenuliku kodukeskkonna (Eizaguirre, 2004) tagajärjel, on enamikel anoreksia ja buliimia diagnoosiga patsientidel osutunud need siiski olulisteks isiksuslikeks eelsoodumusteks. Sageli on need seotud väärkohtlemisega varases lapsepõlves (Preti, Incani, Camboni, Petretto, Masala, 2006) ja on eriti esileküündivad väljutavat tüüpi anoreksia või buliimia puhul (Dawe & Loxton 2004; Wonderlich, Joine, Keel, Williamso, Crosby, 2004).

Vaenulikkus, viha ja agressiivsus võivad omada olulist rolli ka söömishäire kõige tõsisemates tagajärgedes - ennast vigastavas käitumises ja suitsiidis (Hoek, 2006; Miotto &

Preti 2007). Nii kliinilise (Miotto & Preti, 2007) kui mittekliinilise (Milos, Spindler, Hepp, Schnyder, 2004) valimi puhul on täheldatud, et söömishäiretega indiviidide puhul on agressiivsus seotud just suitsidaalse käitumisega. Mitmed uuringud toetavad seisukohta, et teistele suunatud agressioon ja suitsidaalsed teod on tihedalt seotud ja mõjutatud serotoniini süsteemi ebanormaalsest funktsioneerimisest (Mann, 2003; Virkkunen, De Jong, Bartko, Linnoila, 1989), sama süsteemi poolt on mõjutatud ka häirunud söömiskäitumine (Anderson, Parry-Billings, Newsholme, Fairburn, Cowen, 1990; Steiger jt, 2001). On leitud, et lisaks enesetapule on agressiivsematel patsientidel suurem risk hälbivale käitumisele varastamisest ja kleptomaaniast lodeva seksuaalelu ja mõnuainete kuritarvitamiseni, mis tulenevad indiviidi võimetusest kontrollida agressiivsust ja maha rahustada seesmisi probleeme (Baum & Goldner, 1995; Wiederman & Pryor, 1996).

Agressiivsuse uurimine söömishäiretega patsientidel on oluline nii ravi kui prognoosi seisukohalt. Häirunud söömisustriga inimesed võivad suurema tõenäosusega põhjustada vastuolulisi reaktsioone nende lähisugulastes ning söömishäiretega patsientide perekondades on sageli täheldatud kõrget emotsionaalsust, kui tegurid, mis võib raskendada ravi (Eisler, Simic, Russell, Dare, 2007). Osaliselt peegeldab kalduvust agressioonile ka agressiivsuse hulk, mida indiviid keskkonnas tajub, näiteks *anorexia nervosa* diagnoosiga patsientide ravi on tulemuslikum, kui sellise avalikult väljendunud agressiivsuse nagu karmi verbaalse kriitika ja vaenulikkuse tase nende sugulaste seas on madal (Shugar & Krueger, 1995).

### **Söömishäire sümptomaatika vahendav mõju isiksusejoontele**

Watson, Raykos, Street, Fursland, Nathan (2011) uurisid kliinilise valimi puhul vahendavat mõju söömishäire sümptomite ja perfektsionismi suhtele. Nende tulemused kinnitasid, et kliinilise diagnoosiga patsientidel on enesele suunatud perfektsionism ja söömishäire psühhopatoloogia seos vahendatud kehakuju ja –kaalu ülehindamise ja tingitud eesmärkide (kalduvus pidada kõrgemaid eesmarke nagu õnn sõltuvaks madalamate eesmärkide saavutamisel) püstitamise poolt.

Van de Bree, Przybeck, Cloninger (2005) täheldasid oma uurimuses, et suhtumine toitu ja söömiskäitumisse peegeldub isiksusejoontes. Näiteks vaenulikkus ja soodumus ärevusele olid seotud suurema tõenäosusega söömise jätkamisega ka juhul, kui tuntakse end toidust küllastununa. Samas seltsivus ja madal impulsiivsus ja vähene uudsuse otsimine korreleerusid suurema kognitiivse kontrolliga toidu tarbimisel. Lisaks sellele, vähene enesesuunamine, osavõtmatumus, madal eneseteadvus, vähene eneseületamine olid seotud

suurema tundlikkusega näljale ning iniviidid, kes olid kergemini alistuvad ja madala järjekindlusega kaldusid suurema tõenäosusega suupistete ja alkoholi tarbimisele.

Tahtlikult esilekutsutud oksendamine, mille abil vabanetakse tarbitud toidukogustest kaalutõusu vältimiseks, on tõsine söömishäire sümptom. Reba, Thorton ja Tozzi kolleegidega (2005) eraldasid oma uurimuses esilekutsutud oksendamise teistest toitu väljutavatest käitumistest (lahtistid, diureetikumid), eeldusel, et tahtlikult esilekutsutud oksendamine on niivõrd äärmuslik käitumine, mida terved inimesed väldivad ja põlastavad ning mis seetõttu võib olla seotud teatud isiksuseomadustega. Nad leidsid, et isikud, kes tahtlikult kutsusid esile oksendamist said TCI (*Temperament and Character Inventory*) skaalal enesesuunamine madalamaid skooore ja skaalal uudsuse otsimine kõrgemaid skooore, võrreldes isikutega, kes kasutasid teisi kompensatoorseid meetodeid. On oletatud, et uudsuse otsimine on temperamentne isiksusejoon, mis on seotud dopamiinergilise funktsiooniga (Benjamin, Patterson, Greenberg, Murphy, Hamer, 1996; Hansenne, Pinto, Pitchot, Reggers, Scantamburlo, Moor, Anseau, 2002), mida iseloomustab erutumine uutele stiimulitele, impulsiivus, dramatiseering ja põnevuse otsimine (Cloninger, Przybeck, Svrakic, Wetzel, 1994). Mitmed teised uurimused on leidnud *bulimia nervosa* diagnoosiga naispatsientidel skaalal uudsuse otsimine kõrgemaid skooore võrreldes *anorexia nervosa* diagnoosiga naispatsientidega (Bloks, Hoek, Callewaert, van Furth, 2004; Fassino, Abbate-Daga, Amianto, Leombruni, Boggio, Rovera, 2002).

Neurootilisust iseloomustab kalduvus emotsionaalsusele, ülitundlikkusele, ärevusele, muretsemisele, tujukusele ja depressioonile. On täheldatud, et neurootilisus võib langeda ja ekstravertsus tõusta pärast kaalu taastumist *anorexia nervosa* diagnoosiga patsientidel (Crisp Hsu, Stonehill, 1979; Strober, 1980). Mitmed uurimused on täheldanud, et neurootilisus korreleerub positiivselt söömishäire sümptomaatikaga nii naissoost üliõpilaste (Brookings & Wilson, 1994; Geissler & Kelly, 1994) kui teiste mittekliiniliste valimite (Gual, Perez-Gasper, Martinez-Gonzales, Lahortiga, De Irala-Estevez, Cervera, 2002; Wade, Martin, Tiggeman, Abraham, Treloar, Heath, 2000) puhul.

Pollice, Kaye, Greeno, Weltzin (1997) hindasid depressiooni, ärevuse ja obsessiivsuse sümptomeid anoreksia diagnoosiga alakaalulistel patsientidel, iniviididel, kelle kaal oli lühiajaliselt taastunud ja isikutel, kellel oli juba pikemat aega taastunud normaalkaal ning võrdlesid neid tervete naisterahvatega. Kõigil tunnustel leiti sarnane muster, mis tähendab, et depressiooni, ärevuse ja obsessiivsuse skoorid olid kõige kõrgemad alakaalulistel anoreksia diagnoosiga patsientidel. Skoorid langesid, kui kaal taastus. Autorid täheldasid, et *anorexia nervosa* diagnoosiga patsientidel on oht sattuda nõiarangi, kus depressioon, ärevus ja

obsessiivsus võivad kaasa aidata nälgimisele ja kaalukaotusele, mis omakorda süvendavad depressiooni, ärevuse, obsessiivsuse sümptomeid.

Eksperimentaalsed uuringud esile kutsutud nälgimisega eelnevalt tervetel indiviididel näitavad, et jäikus ja obsessiivsus võivad tuleneda nälginud seisundist (Keys, Brozek, Hensche, Mickelsen, Taylor, 1950; viidatud Lienfeld, Wonderlich, Riso, Crosby, Mitchell, 2006).

Hiljuti uurisid Abbate-Daga, Gramaglia, Marzola, Amianto, Zuccolin ja Fassino (2011) söömishäirete komorbiidsust depressiooniga ja isiksuse ennustavat rolli depressiooni kaasumisel. Nad leidsid, et 19,5 % söömishäirega patsientidest kannatasid kaasuva depressiooni all ja 48,7 %-l esinesid olulised kliinilised depressiooni sümptomid. Selgus, et buliimia ja väljutavat tüüpi anoreksia diagnoosiga patsientidel esineb suurema tõenäosusega komorbiidne depressioon. Ärritunud meeleolu leiti 73% depressioonis indiviidil, mis on oluline depressiooni tunnus söömishäirega patsientidel. Lisaks tõid nad välja, et söömishäirega patsiendid, kellel esineb kaasuv depressioon ei ole pidurdunud ega melanhoolsed, vaid neil on kalduvus näidata vaenulikkust, agressiivsust, viharünnakuid ja –purskeid. Kõrge kahju vältimine ja vähene enesesuunamine ennustasid depressiooni sõltumata söömishäire sümptomite raskusastmest ja söömishäire diagnoosist.

On vähe andmeid nälgimise mõjust normaalsetele inimestele võrreldes toidu ilmajäämisega ekstreemsetes tingimustes. Teise Maailmasõja ajal dokumenteeriti tervetel meestel intensiivne valdav mõtlemine toidust ja söömisest ning toidu tarbimisel välja arenenud pealtnäha irratsionaalsed rituaalid. Nendel meestel avaldusid huumori kadumine, ärrituvus ja kahanenud sotsiaalne huvi (Franklin, Schiele, Brozek, 1948; viidatud Klein & Walsh, 2004).

Üksikud järjekindlad erinevused, mis söömishäire gruppide puhul ilmnevad, tekitavad intrigeerivaid küsimusi, kas isiksusejooned võivad mõjutada söömishäire sümptomite avaldumist, kus kõrge piirang ja püsivus soodustavad kitsendusi dieedis ja kõrge impulsiivsus, uudsuse ja sensatsiooni otsimine loob haavatavuse söömissööstudeks ja väljutavaks käitumiseks (Cassin & von Ranson, 2005).

### **Käesoleva uurimustöö eesmärk ja hüpoteesid**

Käesoleva seminaritöö üheks eesmärgiks on võrrelda agressiivsuse esinemist *anorexia nervosa*, *bulimia nervosa* ja liigsöömishäire diagnoosiga patsientidel ning psühhiaatriliste häirete esinemise suhtes kontrollitud isikutel.

Teiseks eesmärgiks on vaadata laiemalt erinevusi isiksusedimensioonides *anorexia nervosa*, *bulimia nervosa* ja liigsöömishäire diagnoosiga patsientidel ning psühhiaatriliste häirete esinemise suhtes kontrollitud isikutel, ning uurida söömishäire sümptomite raskusastme (piiramine, liigsöömine, väljutamine, hõivatus toidumõtetest) kovarieerumist isiksuse seadumustega.

Lähtuvalt eelnevatest uurimustulemustest on käesolevas seminaritöös püstitatud järgmised hüpoteesid:

1. Nii verbaalse kui füüsilise agressiooni alaskaaladel on kõige kõrgemad skoorid *bulimia nervosa* diagnoosiga patsientidel, neile järgnevad liigsöömishäirega patsiendid ja kõige madalamad skoorid on *anorexia nervosa* diagnoosiga patsientidel.
2. Alaskaalal ärrituvus on kõigi kliiniliste gruppide skoorid kontrollgrupiga võrreldes kõrgemad.
3. Söömishäire sümptomaatika omab olulist vahendavat mõju stressile vastuvõtlikusele, ärrituvusele ja impulsiivsusele, võimendades neid isiksusejooni.
4. Isiksusejoonte poolest on liigsöömishäire sarnane buliimiale.

Töö autor ei osalenud andmekogumises antud uuringu tarbeks. Autori originaalpanus seisneb siinkohal osade andmete skoorimises, kogu seminaritöö kirjutamises, sealhulgas teemakohase kirjanduse otsing ja analüüs, andmeanalüüs ning tulemuste esitus ja interpretatsioon.

## MEETOD

### Katseisikud

Uurimuses osales 175 naist vanuses 13-48 eluaastat, keskmise vanusega 23,6 aastat (SD=7,9). Katseisikute seas oli 32 protsendil alg- ning põhiharidus, 48,6 protsendil kesk- ning keskeriharidus ja 18,9 protsendil kõrgharidus. Katseisikud jagunesid nelja gruppi.

**Kliiniline grupp** (N=116), kelle moodustasid SA TÜ Psühhiaatrikliiniku Söömishäirete Keskuse statsionaarse ja ambulatoorse ravi naispatsiendid diagnoosidega *anorexia nervosa* (AN; N=51), *bulimia nervosa* (BN; N=49) ja liigsöömishäire (BED; N=16). AN patsientidest 45 olid piiravat alatüüpi, vaid kuuel patsiendil esines söömishoogude ja väljutamisega AN alatüüp. BN patsientidest 47 olid väljutavat alatüüpi ja 2 piiravat BN alatüüpi. Kaheksal BN patsiendil oli anamneesis AN episood ning kaks BED ja kaks AN patsienti raporteerisid varasemalt esinenud BN episoodi. Komorbiidset sümptomaatikat esines AN patsientidest 72,5%-l valdavalt meeleolu- ja ärevushäire ning obsessiiv-kompulsiivse häire näol. BN patsientide hulgas esines komorbiidsust 44,9%-l valdavalt meeleolu- ja ärevushäire või alkoholisõltuvuse näol. BED patsientidest 56,3%-l esines valdavalt kaasuv meeleoluhäire. Kliiniline grupp koguti aastatel 2006-2008 koostöös Psühhiaatrikliiniku Söömishäirete Keskusega, patsiendid osalesid uurimuses „Söömishäired ja serotoniinisüsteemi talitluse biomarkerid“ ja täitsid küsimustepaketi haiglas või kodus.

**Kontrollgrupp** (N=59) kuuluvad psühhiaatriliste häirete esinemise suhtes kontrollitud katseisikud. Kontrollgrupp koguti 2007.a talvest „lumepallimeetodil“ kuni 2008.a sügiseni. Antud grupp koosneb kliinilise grupiga vanuse ja haridustaseme poolest sobitatud TÜ sotsiaalteaduskonna tudengitest, Tartu meditsiinitöötajatest ja erinevatest Tartu tööstusasutustest kaasatud naisisikutest. Testipakett täideti katsealuste poolt kodus.

## Mõõtmisvahendid

**Rootsi Ülikoolide Isiksuse Skaala (SSP) eestikeelne versioon (SSP-E)** (Shlik, Aluoja, Graf, Männik, 2001). SSP mõõdab psühhopatoloogiaga seotud isiksusejooni ja koosneb 91 küsimusest, mis on grupeeritud 13 erinevasse alaskaalasse: Somaatiline ärevus, Psüühiline ärevus, Vastuvõtlikkus stressile, Kehtestavuse puudumine, Impulsiivsus, Seikluste otsimine, Isoleerumine, Sotsiaalne soovitus, Kibestumine, Ärrituvus, Umbusklikkus, Verbaalne agressioon, Füüsiline agressioon. Iga küsimus on esitatud väitena, millele vastamiseks tuleb valida üks variant 4-pallisel Likert'i skaalal vahemikus „Ei kehti üldse“ kuni „Kehtib täiesti“.

**Söömishäirete Hindamise Skaala (SHS)** (Akkermann, Herik, Aluoja, Järv, 2010). Küsimustik hindab söömishäireid ja eristab häirunud söömiskäitumisega isikuid tervetest ning anoreksia, buliimia ja liigsöömishäirega patsiente omavahel. Küsimustik koosneb 29st söömishäiretele spetsiifilisest väitest, sisaldades nelja alaskaalat: Söömise piiramine,

Liigsöömine, Toidu väljutamine ning Hõivatus kehakaalust ja välimusest. Enesekohaseid väiteid paluti vastajal hinnata 6-pallisel Likert'i skaalal vahemikus „Alati“ kuni „Mitte kunagi“.

**Kliiniline intervjuu.** Kliinilisel grupil (N=116) viidi läbi kliiniline intervjuu psühhiaatri ja/või kliinilise psühholoogi poolt. Kontrollgruppi (N=59) küsitles kliiniline psühholoog struktureeritud psühhiaatrilise intervjuu (Mini rahvusvaheline neuropsühhiaatriline intervjuu DSM-IV, MINI 5.0.0; Sheehan & Lecrubier, 1998; eesti keeles Shlik, Aluoja & Kihl, 1999) meetodil.

**Demograafilised andmed.** Täideti ankeet, kus olid andmed katseisiku vanuse, haridustaseme, pikkuse, kehakaalu, viimase aasta jooksul väikseima ja suurima, elu jooksul kõige suurema ja soovitud kehakaalu kohta (vt Tabel 1). Nii kliinilisel kui psühhiaatriliste häirete suhtes kontrollitud grupil mõõdeti ka tegelikku pikkust ja kaalu. Kehakaalu ja pikkuse alusel arvutati katseisiku kehamassiindeks ( $KMI = \text{kehakaal kg} / \text{pikkus m}^2$ ). Aasta jooksul suurima, väikseima, elu jooksul suurima ja soovitud kehakaalu alusel arvutati vastavalt katseisiku suurim, väiksem, elu jooksul olnud suurim ja soovitud nn ideaalne kehamassiindeks. Ankeedi täitis psühhiaater/kliiniline psühholoog ja kliinilisel grupil tuli lisada ka põhidiagnoos (söömishäire) ja kaasuvad häired, söömishäire kestvus ja tarvitatavad ravimid.

## Uurimistulemuste kirjeldus

Andmetöötlus viidi läbi statistilise andmetöötluse programmi SPSS 17.0 (*Statistical Package for Social Sciences*) abil. Töös kasutatakse kirjeldavaid statistikuid, gruppide vaheliste keskmiste võrdlemiseks dispersioonanalüüsi (ANOVA), muutujate vaheliste seoste leidmiseks Pearsoni korrelatsioonanalüüsi ning mediaatorite poolt vahendatud seoste leidmiseks kovariatsioonanalüüsi (ANCOVA).

## TULEMUSED

## Kirjeldavad statistikud

Tabelis 1 on esitatud anoreksia, buliimia ja liigsöömishäire diagnoosiga patsientide ning kontrollgrupi keskmine vanus, kehamassiindeks, väikseim ja suurim kehamassiindeks viimase aasta jooksul, suurim kehamassiindeks, mis on elu jooksul olnud ja arvamus oma ideaalset kehamassiindeksist.

**Tabel 1.** Katseisikuid kirjeldavate statistikute keskmised (M) ja standardhälbed (SD) ning gruppide vaheliste erinevuste statistiline olulisus (p).

Tunnus	AN (N=49)		BM (N=47)		BED (N=15)		KONTROLLGRUPP (N=57)		p-väärtus
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
<b>Vanus</b> (aastes)	20,4	5,51	22,4	5,59	29,7	10,5	25,6	9,03	.0001
<b>KMI</b> (kg/m <sup>2</sup> )	15,8	2,23	22,0	3,81	33,4	7,90	22,7	3,68	.0001
<b>VKMI</b> (kg/m <sup>2</sup> )	15,1	2,16	19,6	2,73	30,9	7,49	21,1	3,33	.0001
<b>SKMI</b> (kg/m <sup>2</sup> )	18,5	2,92	23,4	3,54	34,8	8,39	22,9	3,96	.0001
<b>ELUKMI</b> (kg/m <sup>2</sup> )	20,9	2,91	25,2	3,87	35,5	8,47	23,8	4,02	.0001
<b>IDKMI</b> (kg/m <sup>2</sup> )	18,5	1,15	19,9	1,38	24,0	3,45	20,5	1,98	.0001

Märkus: AN - *anorexia nervosa* grupp; BN - *bulimia nervosa* grupp; BED - liigsöömishäire grupp; KONTROLLGRUPP - psüühikahäirete esinemise suhtes kontrollitud grupp; KMI -kehamassiindeks; VKMI - väikseim kehamassiindeks viimase aasta jooksul; SKMI - suurim kehamassiindeks viimase aasta jooksul; ELUKMI - suurim kehamassiindeks, mis on elu jooksul olnud, IDKMI - arvamus oma ideaalsest kehamassiindeksist.

Kõik grupid peale AN patsientide soovivad kaaluda vähem, suurim erinevus hetke KMI ja ideaalse KMI vahel on BED patsientide puhul. AN patsiendid soovivad kaaluda oma hetke KMIga võrreldes rohkem, soovides jääda siiski normaalkaalu alumisse piiri.

Kõige suurem erinevus väikseima ja suurima KMI vahel viimase aasta jooksul on BED patsientidel ja kõige vähem on kaal kõikunud kontrollgrupil. Kui AN patsientide ideaalne KMI on võrdne suurima KMIga, mis neil on aasta jooksul olnud, siis BN patsientide ideaalne KMI on väga lähedane väikseimale KMI-le, mis neil on viimase aasta jooksul olnud.

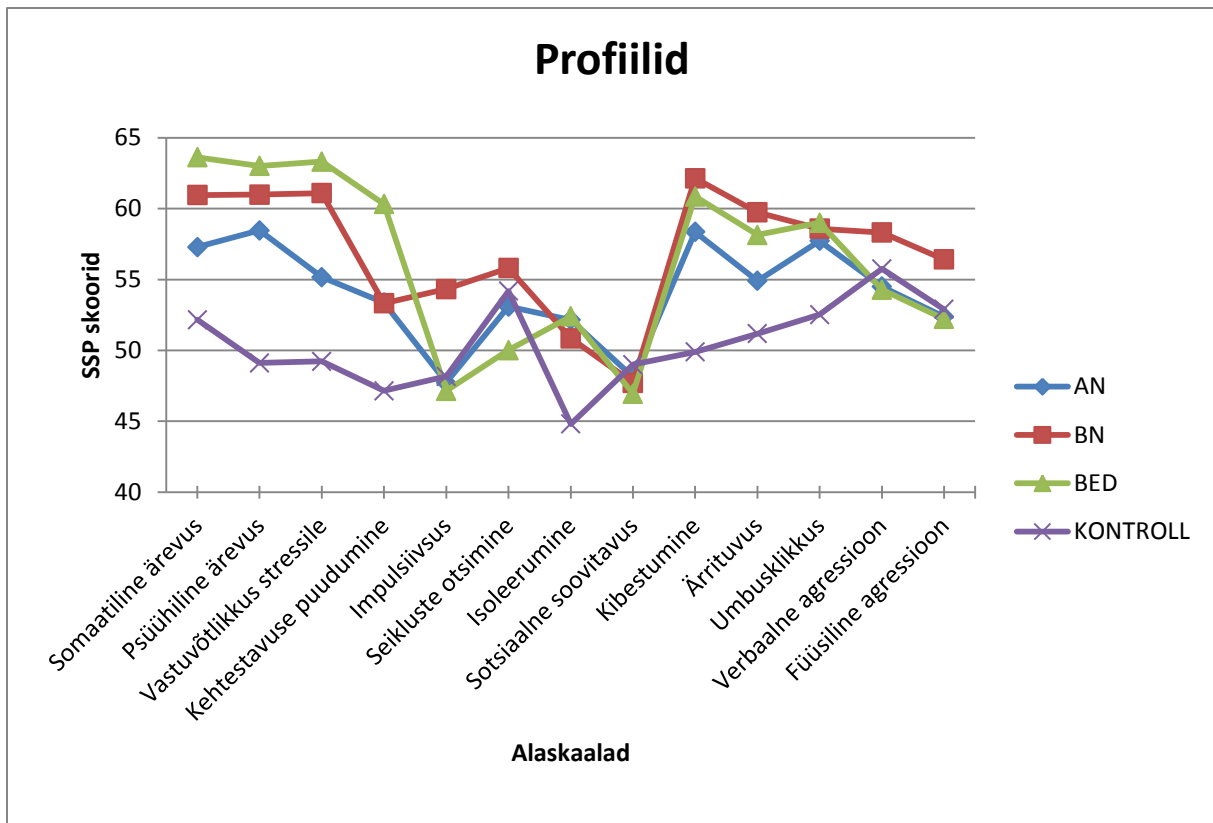
Võrreldes hetke KMId ja elu jooksul olnud suurimat KMId, siis erinevad kõige rohkem anoreksia diagnoosiga patsientide tulemused. Neile järgnevad buliimia ja liigsöömishäirega patsiendid.

### **Korrelatsiooniseosed**

SSP alaskaalade korrelatsioonid nelja SHS alaskaalaga – Söömise piiramine, Liigsöömine, Toidu väljutamine, Hõivatus välimusest ja kehakaalust ning SHS-i üldskooriga on esitatud lisas olevates Tabelites 1a (*anorexia nervosa* grupp), 1b (*bulimia nervosa* ja liigsöömishäire grupp), 1c (kontrollgrupp). Kuna liigsöömishäire grupis oli katseisikuid vähe, siis korrelatsiooniseoste uurimiseks vaadati neid buliimia patsientidega koos.

Ilmnes, et kõige enam esines statistiliselt olulisi korrelatsiooniseoseid SSP ja SHS alaskaalade vahel AN grupi puhul. Märkimisväärsed korrelatsioonid AN grupi puhul esinesid SHS alaskaala Hõivatus välimusest ja kehakaalust ja SSP alaskaalade Psüühiline ärevuse ja Umbusklikkus, [mõlemal  $r(51) = .60$ ,  $p < .01$ ], vahel. Üldse korreleerus AN grupi puhul statistiliselt olulisel määral SHS alaskaala Hõivatus välimusest ja kehakaalust SSP alaskaaladega kõige enam. BN ja BED grupi puhul esinesid kõige tähelepanuväärsemad seosed SHS alaskaala Liigsöömine ja SSP alaskaalade Somaatiline ärevus [ $r(65) = .39$ ,  $p < .01$ ] ja Kibestumine [ $r(65) = .31$ ,  $p < .05$ ] vahel. Nii nagu AN grupi puhul korreleerus ka kontrollgrupi puhul statistiliselt olulisel määral SSP alaskaaladega teistest rohkem SHS alaskaala Hõivatus välimusest ja kehakaalust.

Alaskaala Ärrituvus korreleerus AN grupi puhul statistiliselt olulisel määral kõigi SHS alaskaaladega, v.a. alaskaalaga Toidu väljutamine. BN ja BED grupi puhul jäid sel alaskaalal kõik korrelatsiooniseosed nõrgaks ega olnud ka statistiliselt olulised ning kontrollgrupi puhul korreleerusid statistiliselt olulisel määral alaskaalaga Ärrituvus alaskaalad Liigsöömine [ $r(59) = .38$ ,  $p < .01$ ] ning Hõivatus välimusest ja kehakaalust [ $r(59) = .32$ ,  $p < .05$ ]. Kui AN grupi puhul korreleerus Sotsiaalne soovitus negatiivselt Söömise piiramisega [ $r(51) = -.30$ ,  $p < .05$ ], siis BN ja BED grupi puhul oli antud seos positiivne [ $r(65) = .29$ ,  $p < .05$ ]. SSP alaskaalade Verbaalne ja füüsiline agressioon korrelatsioonid SHS alaskaalade ja SHS üldskooriga jäid kõikide gruppide lõikes võrdlemisi madalaks ega olnud statistiliselt olulised.



**Joonis 1.** Gruppide keskmised tulemused SSP alaskaaladel.

Märkus: AN - *anorexia nervosa* grupp (N=51); BN - *bulimia nervosa* grupp (N=49); BED - liigsöömishäire grupp (N=16); KONTROLL - kontrollgrupp (N=59).

Joonisel 1 on toodud gruppide keskmised skoorid SSP alaskaalade lõikes. Kliiniliste gruppide (AN, BN, BED) tulemused olid peaaegu kõigil alaskaaladel kontrollgrupist kõrgemad. Kliiniliste gruppide (AN, BN, BED) ja kontrollgrupi vahelised erinevused SSP alaskaalade keskmistes skoorides on toodud allpool olevas Tabelis 2. Kuna alaskaalade Somaatiline ärevus, Psüühiline ärevus, Stressile vastuvõtlikkus ning Kehtestavuse puudumine skooride puhul ei vastanud dispersioonide hajuvus ANOVA eeldusele dispersioonide homogeensuse kohta, kontrolliti tulemusi mitteparameetrilise Kruskal-Wallis testiga, mis kinnitas ANOVA-ga saadud tulemusi gruppidevaheliste erinevuste kohta.

LSD *post hoc* testi abil selgus, et alaskaalade Psüühiline ärevus, Isoleerumine, Kibestumine ja Umbusklikkus puhul erinevate söömishäirete gruppide (AN, BN, BED) vahel statistiliselt olulisi erinevusi ei esinenud. Erinevused esinesid ainult võrdluses kontrollgrupiga. Alaskaala Somaatiline ärevus puhul erinesid samuti kõigi kolme kliinilise grupi keskmised skoorid kontrollgrupist, kuid olulised erinevused olid ka AN ja BED grupi vahel ( $p=.029$ ). Alaskaalal Vastuvõtlikkus stressile erinesid AN keskmised nii BN ( $p=.008$ ), BED ( $p=.011$ ) kui

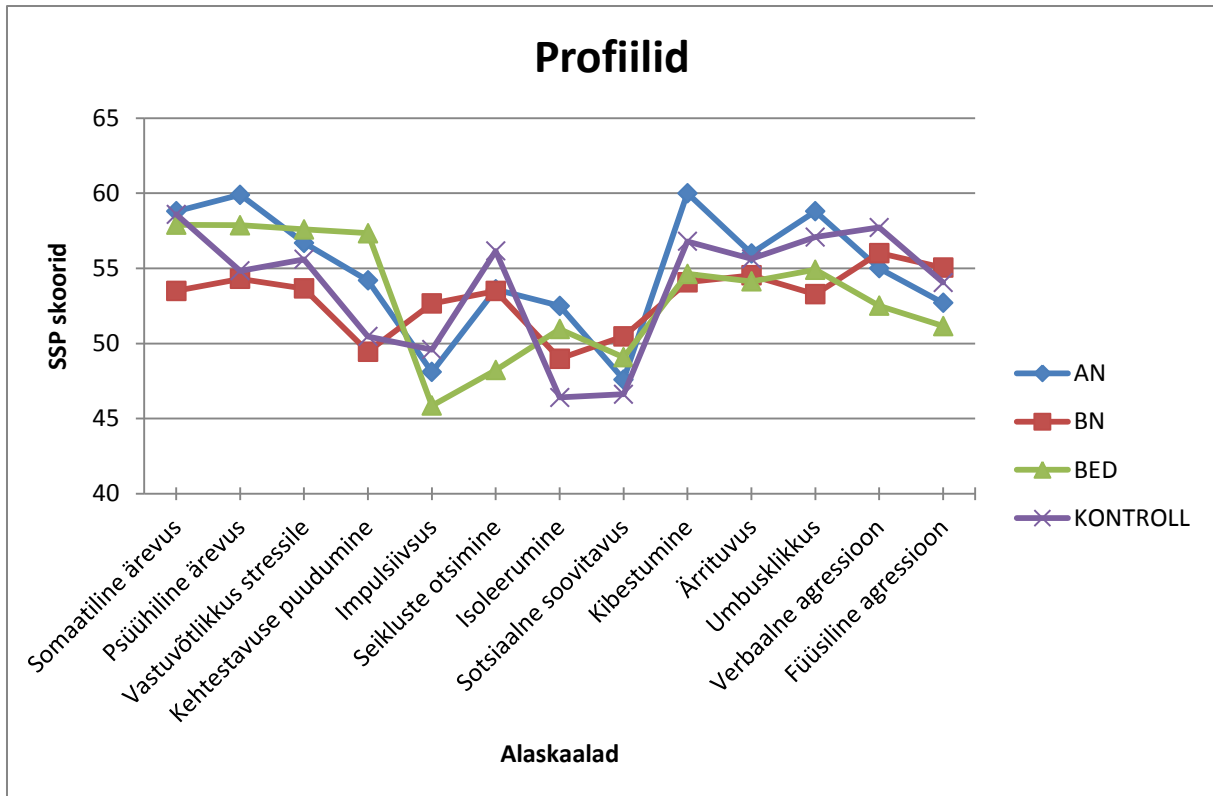
ka kontrollgrupist ( $p=.006$ ). AN grupi vastuvõtlikus stressile oli oluliselt madalam võrreldes BN ja BED grupiga. Ka BN ja BED erinesid kontrollgrupist (mõlemal  $p=.000$ ). Alaskaalal Kehtestavuse puudumine erinesid AN grupi keskmised skoorid BED ( $p=.017$ ) ja kontrollgrupi ( $p=.002$ ) skooridest. Erinevused olid ka BN ja BED grupi ( $p=.017$ ) ning BN ja kontrollgrupi ( $p=.002$ ) vahel. BED erines kontrollgrupist ( $p=.000$ ). Alaskaalal Impulsiivsus erinesid AN ja BN keskmised skoorid ( $p=.001$ ). Olulised erinevused ilmnid ka BN ja BED ( $p=.014$ ) ning BN ja kontrollgrupi ( $p=.002$ ) vahel. Ärrituvus alaskaalal, olid erinevused AN ja BN ( $p=.015$ ) ning AN ja kontrollgrupi ( $p=.049$ ) vahel. Kontrollgrupist erinesid ka BN ( $p=.000$ ) ja BED ( $p=.013$ ).

**Tabel 2.** Katseisikute keskmised tulemused (M) ja standardhälbed (SD) SSP alaskaaladel, gruppide vahelised erinevused ja nende statistiline olulisus.

SSP ALASKAALAD	AN (N=51)		BN (N=49)		BED (N=16)		KONTROLL (N=59)		ANOVA	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	F-väärtus	P-väärtus
Somaatiline ärevus	57,3 <sup>c,d</sup>	12,0	61,0 <sup>d</sup>	8,91	63,6 <sup>a,d</sup>	11,0	52,2 <sup>a,b,c</sup>	8,69	9,45 (3, 171)	.0001
Psüühiline ärevus	58,5 <sup>d</sup>	12,0	61,0 <sup>d</sup>	11,0	63,0 <sup>d</sup>	11,2	49,1 <sup>a,b,c</sup>	8,34	15,3 (3, 171)	.0001
Vastuvõtlikkus stressile	55,2 <sup>b,c,d</sup>	14,1	61,0 <sup>a,d</sup>	10,7	63,3 <sup>a,d</sup>	11,8	49,2 <sup>a,b,c</sup>	7,81	13,1 (3, 171)	.0001
Kehtestavuse puudumine	53,4 <sup>c,d</sup>	10,8	53,3 <sup>c,d</sup>	11,5	60,3 <sup>a,b,d</sup>	11,4	47,2 <sup>a,b,c</sup>	7,55	8,74 (3, 171)	.0001
Impulsiivsus	47,7 <sup>b</sup>	11,1	54,3 <sup>a,c,d</sup>	8,26	47,2 <sup>b</sup>	12,6	48,2 <sup>b</sup>	9,72	4,92 (3, 171)	.003
Seikluste otsimine	53,1	10,6	55,8 <sup>c</sup>	10,6	50,0 <sup>b</sup>	8,42	54,2	8,66	1,59 (3, 171)	.194
Isoleerumine	52,1 <sup>d</sup>	11,7	50,9 <sup>d</sup>	9,34	52,4 <sup>d</sup>	9,66	44,8 <sup>a,b,c</sup>	8,64	6,38 (3, 171)	.0001
Sotsiaalne soovitus	48,1	11,6	47,7	11,7	46,9	15,4	49,0	8,72	0,20 (3, 171)	.896
Kibestumine	58,4 <sup>d</sup>	13,0	62,1 <sup>d</sup>	10,7	60,9 <sup>d</sup>	10,8	49,9 <sup>a,b,c</sup>	9,67	12,5 (3, 171)	.0001
Ärrituvus	54,9 <sup>b,d</sup>	11,5	59,7 <sup>a,d</sup>	9,46	58,1 <sup>d</sup>	8,41	51,2 <sup>a,b,c</sup>	8,87	7,26 (3, 171)	.0001
Umbusklikkus	57,7 <sup>d</sup>	12,4	58,6 <sup>d</sup>	9,57	59,0 <sup>d</sup>	9,24	52,5 <sup>a,b,c</sup>	8,86	4,20 (3, 171)	.007
Verbaalne agressioon	54,5	10,9	58,3	9,81	54,3	11,3	55,8	8,53	1,46 (3, 171)	.226
Füüsiline agressioon	52,4	11,6	56,4	9,72	52,2	9,21	52,9	8,38	1,80 (3, 171)	.149

Märkus: AN - *anorexia nervosa* grupp; BN - *bulimia nervosa* grupp; BED - liigsöömishäire grupp; KONTROLL - kontrollgrupp; **a** - erineb *anorexia nervosa* grupist statistiliselt olulisel määral,  $p < .05$ ; **b** - erineb *bulimia nervosa* grupist statistiliselt olulisel määral,  $p < .05$ ; **c** - erineb liigsöömishäire grupist statistiliselt olulisel määral,  $p < .05$ ; **d** - erineb kontrollgrupist statistiliselt olulisel määral,  $p < .05$ .

Uurimaks söömishäire sümptomaatika võimalikku vahendavat mõju SSP alaskaaladele, viidi läbi ANCOVA analüüs. Joonisel 2 on toodud gruppide keskmised skoorid SSP alaskaalade lõikes, kui arvesse on võetud SHS üldskoori mõju. Alaskaalade Psüühilise ärevuse, Kehtestavuse puudumine ja Isoleerumine osas selgus, et gruppide vahelised erinevused keskmistes skoorides jäid püsima ka siis, kui arvesse oli võetud SHS üldskoori mõju. Kontrollides Söömise piiramine, Liigsöömine, Toidu väljutamine ning Hõivatus kehakaalust ja välimusest alaskaalade mõju, selgus, et vaid Hõivatus kehakaalust ja välimusest omas olulist vahendavat mõju Psüühilise ärevuse ja Kehtestavuse puudumine skooridele, mille tulemusena ei eristunud söömishäirega patsiendid enam kontrollgrupist ega kliinilised grupid omavahel, vastavalt  $[F(3,170)=.96; p=.117]$  ja  $[F(3,170)=.91; p=.129]$ . Kui enne eristusid kõik söömishäirega grupid SSP alaskaala Ärrituvus skoorides oluliselt kontrollgrupist ning AN ja BN grupid omavahel, siis võttes arvesse SHS üldskoori mõju, kadusid gruppidevahelised erinevused täielikult  $[F(3,170)=.18; p=.913]$ . Kontrollides SHS üldskoori mõju, taandusid gruppidevahelised erinevused ka alaskaaladel Somaatiline ärevus  $[F(3,170)=2.12; p=.099]$ , Stressile vastuvõtlikkus  $[F(3,170)=.86; p=.462]$ , ja Umbusklikkus  $[F(3,170)=1.81; p=.147]$ . Alaskaaladel Impulsiivsus  $[F(3,170)=2.36; p=.073]$  ja Kibestumus  $[F(3,170)=2.47; p=.064]$  jäi tendents, et BN patsiendid on võrreldes teiste söömishäiretega patsientidega impulsiivsemad ning et söömishäirega patsiendid on võrreldes kontrolliga kibestunud alles. Alaskaaladel verbaalne ja füüsiline agressioon ei ilmnunud gruppide vahelisi erinevusi ka siis, kui võeti arvesse SHS üldskoori võimalikku vahendavat mõju.



**Joonis 2.** Gruppide tulemused SSP alaskaaladel, kui arvesse on võetud SHS üldskoori mõju.

Märkus: AN - *anorexia nervosa* grupp (N=51); BN - *bulimia nervosa* grupp (N=49); BED - liigsöömishäire grupp (N=16); KONTROLL - kontrollgrupp (N=59).

## ARUTELU JA JÄRELDUSED

Käesoleva seminaritöö üheks eesmärgiks oli võrrelda agressiivsuse esinemist *anorexia nervosa*, *bulimia nervosa* ja liigsöömishäire diagnoosiga patsientidel ning psühhiaatriliste häirete esinemise suhtes kontrollitud isikutel. Kuigi SSP alaskaaladel verbaalne ja füüsiline agressioon said buliimia diagnoosiga patsiendid tõepoolest kõrgeimad skoorid, mida toetavad ka varasemad uurimused (Fava jt, 1995; Contrufo jt, 2000; Truglia jt, 2006; Fassino jt, 2001), selgus dispersioonianalüüsist, et gruppidevahelised erinevused nende kahe alaskaala puhul ei olnud statistiliselt olulised. Seega antud töö esimene hüpotees kinnitust ei leidnud.

Samas, eelnevalt püstitatud teine hüpotees leidis kinnitust. Selgus, et alaskaalal ärrituvus, mida iseloomustab eelkõige kiire kannatuse kaotus ja reageerimine igale väiksemalegi provokatsioonile, ning mida käsitletakse ühe agressiivsuse väljendusviisina, said kõik kliinilised grupid kontrollgrupist kõrgemad tulemused ning omavahel erinesid statistiliselt olulisel määral AN ja BN patsiendid. Kõige kõrgem ärrituvuse tase ilmnis buliimia diagnoosiga patsientidel. Uurides söömishäire sümptomaatika võimalikku vahendavat mõju, kadusid gruppidevahelised erinevused täielikult, mis tähendab, et söömishäire sümptomid mõjutavad ärrituvust. Abbate-Daga jt (2011) leidsid, et väga suurel osal söömishäire diagnoosiga patsientidel, kellel oli kaasuva depressioon, esines ka ärritunud meeleolu, kusjuures komorbiidset depressiooni diagnoositi ennekõike buliimia ja väljutavat tüüpi anoreksia patsientidel. Lisaks tõdesid nad, et depressiooni all kannatavatele söömishäire diagnoosiga patsientidele ei ole iseloomulik mitte melanhoolia, vaid vihapursked ja –rännakud, mis viitavad kontrolli kaotusele ja kõrgeks tõusnud ärrituvusele. On leitud, et viha on tüüpiline tunnusjoon buliimia diagnoosiga patsientidel, kellel on iseloomulik väljendada oma vihaseid tundeid ja suunata neid teistele (Fava jt, 1995; Contrufo jt, 2000; Truglia jt, 2006; Fassino jt, 2001). On spekulieritud, et ohjeldamatu söömise üheks põhjuseks on vältida viha ja sellega seotud negatiivseid tundeid, ning et oksendamine on oma keha vastu suunatud rünnak, mis aitab väljendada liigsöömissööstudest tulenevat viha ja jälestust (Truglia jt, 2006).

Teiseks eesmärgiks oli vaadata laiemalt erinevusi isiksusedimensioonides *anorexia nervosa*, *bulimia nervosa* ja liigsöömishäire diagnoosiga patsientidel ning psühhiaatriliste häirete esinemise suhtes kontrollitud isikutel, ning uurida söömishäire sümptomite raskusastme (piiramine, liigsöömine, väljutamine, hõivatus toidumõtetest) kovarieerumist isiksuse seadumustega.

Kõige enam erinesid söömishäirega patsiendid alaskaalal Vastuvõtlikkus stressile, mida iseloomustab kerge häiritavus, kiire väsimine ja kiirustamise talumatus. Kõige kõrgemad skoorid sai BED grupp ja kõige madalamad tulemused kontrollgrupp. BN ja BED grupiga võrreldes oli AN grupi vastuvõtlikkus stressile oluliselt madalam. Kontrollides söömishäire sümptomaatika vahendavat mõju antud alaskaalale, siis gruppidevahelised erinevused taandusid. Saadud tulemused ühtivad ka varasemate andmetega, et nii anoreksia kui buliimia diagnoosiga patsientidel esineb kontrollgrupiga võrreldes kõrgem vastuvõtlikkus stressile (Pryor & Wiederman, 1996).

Alaskaalal Impulsiivsus, mis väljendub ülemäärases spontaanses käitumises, vastavalt hetkeimpulssidele tegutsemises ja tagajärgedele mitte mõtlemises erinesid omavahel AN ja

BN, BN ja BED ning BN ja kontrollgrupp. Kui anoreksia ja liigsöömishäire diagnoosiga patsientide skoorid olid üsna sarnased kontrollgrupi tulemustele, siis buliimia diagnoosiga patsientide skoorid olid tunduvalt kõrgemad. Kui võeti arvesse söömishäire sümptomaatika vahendav mõju, siis gruppidevahelised erinevused küll vähenesid, aga tendents, et BN patsiendid on impulsiivsemad, jäi alles. Saadud tulemused ühtivad varasemate tähelepanekutega, et *bulimia nervosa* diagnoosiga patsiendid on impulsiivsemad võrreldes *anorexia nervosa* diagnoosiga patsientide ja kontrollgrupiga (Claes jt, 2002, Diaz-Marsa jt, 2000; Newton jt, 1993). Van de Bree jt (2005) leidsid oma uurimuses, et madal impulsiivsus korreleerub suurema kognitiivse kontrolliga toidu tarbimisel ning enesekontrolli puudus ning suutmatuse ahvatlustele vastu panna, mis käitumuslikult on iseloomulik impulsiivsusele, seostus sagedaste suupistete tarbimisega. Kuna varasemalt on täheldatud, et ülekaalulisuse ennustamisel on kõige suurem roll impulsiivsusel (Terracciano jt, 2009), siis on üllatav, et liigsöömishäirega patsiendid, kes keskmise KMI alusel olid ülekaalulised, isegi rasvunud, said käesolevas uurimustöös samaväärsed tulemused anoreksia patsientidega. Ootuspärasemad oleksid olnud kõige kõrgemad skoorid impulsiivsuse alaskaalal BED grupil.

Somaatiline ärevus väljendub kalduvuses olla pinges ja rahutu. Kergesti võivad tekkida ka ärevuse kehalised sümptomid nagu südame kloppimine, higistamine, värisemine, suukuivus. Kõik kliinilised grupid said sellel alaskaalal kontrollgrupist kõrgemad tulemused, olulised erinevused ilmnisid AN ja BED grupi vahel ning liigsöömishäirega patsiendid osutusid somaatilisele kõige ärevamateks. Söömishäire sümptomaatika vahendavat mõju arvesse võttes, taandusid gruppidevahelised erinevused. On ootuspärane, et BN ja BED grupid omavahel statistiliselt olulisel määral ei erinenud, kuna on täheldatud, et kalduvus ärevusele on suurema tõenäosusega seotud söömise jätkamisega ka juhul, kui tuntakse end toidust küllastununa (van de Bree jt, 2005) ning nii buliimia kui liigsöömishäirega patsientidele on iseloomulik suurte koguste söömine hoolimata näljatunde puudumisest ja liigsöömishoogudest tekkiv märkimisväärne distressiseisund (APA, 1994).

Kehtestavuse puudumiseks peetakse julgematust oma arvamust mitte välja öelda ja suutmatust teistega suheldes end maksma panna. Ka selle alaskaala puhul said kõik kliinilised grupid kontrollgrupist kõrgemaid tulemusi. Lisaks sellele avaldusid olulised erinevused ka AN ja BED ning BN ja BED gruppide vahel ning BED grupp sai alaskaalal Kehtestavuse puudumine kõige kõrgemad skoorid. Uurides söömishäire sümptomaatika võimalikku vahendavat mõju, selgus, et ainult SHS alaskaala Hõivatus kehakaalust ja välimusest omas olulist vahendavat mõju, mille tulemusena ei eristunud kontrollgrupp enam söömishäiretega gruppidest ega kliinilised grupid omavahel. See näitab, et kehaga rahulolematuse ja negatiivsed

hoiakud oma keha suhtes mõjutavad kehtestavuse puudumist. Kehtestavuse puudumine, mis seisneb enesekriitilisuses ja eneses kahtlemises võib viidata ka negatiivsele enesehinnangule. On täheldatud, et madal enesehinnang on kehaga rahulolematuse ennustavaks teguriks (Shea & Pritchard, 2007) ja on tihedalt seotud häirunud söömiskäitumisega (Gual jt, 2002). BED grupi kõrged skoorid Kehtestavuse puudumine alaskaalal on kooskõlas varasemate uurimustulemustega, kus on rõhutatud, et kehaga rahulolematuse kasvab seoses kehamassiindeksi tõusuga lineaarselt (Presnell, Bearman, Stice, 2004).

Neljal alaskaalal: Psüühiline ärevus, Isoleerumine, Kibestumine ja Umbusklikkus söömishäirega patsiendid omavahel ei erinenud. Lahknevused tekkisid ainult kontrollgrupiga võrreldes.

Viimaseks hüpoteesiks oli, et isiksusejoonte poolest on liigsöömishäire sarnane buliimiale. Võrreldes omavahel liigsöömishäire ja buliimia diagnoosiga patsiente, selgus, et BN ja BED grupi keskmised skoorid erinesid statistiliselt olulisel määral ainult kolmel SSP alaskaala - Kehtestavuse puudumine, Impulsiivsus ja Seikluste otsimine. Teisalt, AN ja BED grupid erinesid samuti kolme alaskaala - Somaatiline ärevus, Vastuvõtlikkus stressile ja Kehtestavuse puudumine puhul. Kuid võrreldes keskmisi skoori alaskaalade lõikes, mis on illustreeritud Joonisel 1, näib, et liigsöömishäire ja buliimia häiretegrupid on oma isiksusejoontelt (mõne erandiga) pigem sarnased.

Uuringud, mis on keskendunud isiksusedimensioonidele ja söömishäire sümptomaatikale on seni tähelepanu pööratud peamiselt väljutavat ja piiravat tüüpi anoreksiale ning buliimiale. Vähestesse uuringutesse on kaasatud liigsöömishäire diagnoosiga patsiendid, mistõttu tuleks tulevikus otsida täiendavaid isiksusemuutujaid, mis seostuvad liigsöömishäirega, võttes arvesse ka soolised erinevused ning buliimia ja liigsöömishäire erinevused ja sarnasused.

Agressiivsuse esinemine söömishäirega patsientidel vajab endiselt täpsemat uurimist. Kuna Hudson, Hiripi, Pope ja Kessler (2007) leidsid anoreksia, buliimia ja liigsöömishäirega indiviide võrreldes, et buliimia diagnoosiga patsientidel esines kõige enam komorbiidseid häireid, millele järgnesid liigsöömishäirega indiviidid ning kõige vähem kaasuvaid psüühikahäireid oli anoreksia diagnoosiga patsientidel, siis arvan, et edaspidi võiks agressiivsuse hindamise puhul arvesse võtta ka kaasuvad diagnoosid.

Kuna on järeldatud, et impulsiivsus korreleerub vihaga kõige tugevamalt (Fassino jt, 2001), siis tuleviku uuringud võiksid hinnata ka seda, kuidas erinevad isiksuseprofiilid, mis korreleeruvad viha ja agressiivsusega mõjutavad söömishäire kulgu ja paranemist.

## KIRJANDUSE LOETELU

- Abbate-Daga, G., Piero, A., Gramaglia, C., Fassino, S. (2005). Factors related to severity of vomiting behaviors in bulimia nervosa. *Psychiatry Research*, 134 , lk 75–84.
- Abbate-Daga, G., Gramaglia, C., Marzola, E., Amianto, F., Zuccolin, M., Fassino, S. (2011). Eating Disorders and Major Depression: Role of Anger and Personality. *Depression Research and Treatment*.
- Akkermann, K., Herik, M., Aluoja, A. & Järv, A. (2010). Söömishäirete Hindamise Skaala. TÜ Psühholoogia instituut, skaala saadaval autoritelt.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical manual of mental disorders (4th ed). Washington. D. C.
- Anderson, I. M., Parry-Billings, M., Newsholme, E. A., Fairburn, C. G., Cowen, P. J. (1990). Dieting reduces plasma tryptophan and alters brain 5-HT function in women. *Psychological Medicine*, 20, lk 85-91.
- Arnow, B., Kenardy, J., Agras, W. S. (1995). The emotional eating scale: the development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *International Journal of Eating Disorders*, 18, lk 79-90.
- Baum, A., Goldner, E. M. (1995) The relationship between stealing and eating disorders: a review. *Harvard Review Of Psychiatry*, 3, lk 210-221.
- Benjamin, J., Li, L., Patterson, C., Greenberg, B., Murphy, D., Hamer, D. (1996). Population and familial association between the D4 dopamine receptor gene and measures of novelty seeking. *Nature Genetics*, 12, lk 81–84.
- Blinder, B. J., Cumella, E. J., Sanathara, V. A. (2006). Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosomatic Medicine*, 68, lk 454-462.
- Bloks, H., Hoek, H., Callewaert, I., & van Furth, E. (2004). Stability of personality traits in patients who received intensive treatment for a severe eating disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, lk 129–138.
- Brehm, S. S., Kassin, S. M., Fein, S. (2005). *Social psychology*. Boston and New York: Houghton Mifflin and Lawrence Erlbaum.
- Brookings, J. B., & Wilson, J. F. (1994). Personality and family-environment predictors of self-reported eating attitudes and behaviors. *Journal of Personality Assessment*, 63, lk 313–326.

- Cassin, S. M., von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25, lk 895-916.
- Claes, L., Vandereycken, W., Vertommen, H. (2002). Impulsive and compulsive traits in eating disordered patients compared with controls. *Personality and Individual Differences*, 32, lk 707–714.
- Cloninger, C.R., Przybeck, T.R., Svrakic, D.M., & Wetzel, R.D. (1994). The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use. St. Louis, MO: Washington University Press.
- Cotrufo, P., Monteleone, P., d'Istria, M., Fuschino, A., Serino, I., Maj, M. (2000). Aggressive behavioral characteristics and endogenous hormones in women with bulimia nervosa. *Neuropsychobiology*, 42, lk. 58–61.
- Crisp, A. H., Hsu, L. K. G., & Stonehill, E. (1979). Personality, body weight and ultimate outcome in anorexia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 40, 332–335.
- Dawe, S., Loxton, N. J. (2004). The role of impulsivity in the development of substance abuse and eating disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 28, lk 343-351.
- Diaz-Marsa, M., Carrasco, J. L., Saiz, J. (2000). A study of temperament and personality in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Personality Disorders*, 14, lk 352–359.
- Eisler, I., Simic, M., Russell, G. F., Dare, C. (2007). Adolescent controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: a five-year follow-up. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, lk 552-560.
- Eizaguirre, E. A. (2003). Alexithymia in parents of daughters with eating disorders. Its relationships with psychopathological and personality variables. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, lk 553-60.
- Fahy, T., Eisler, I. (1993). Impulsivity in eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 162, lk 193–197.
- Fassino, S., Daga, G. A., Piero, A., Leombruni, P., Rovera, G. G. (2001). Anger and personality in eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, lk 757–764.
- Fassino, S., Abbate-Daga, G., Amianto, F., Leombruni, P., Boggio, S., & Rovera, G. (2002). Temperament and character profile of eating disorders: A controlled study with the Temperament and Character Inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 32, lk 412–425.

- Fava, M., Rappe, S. M., West, J., Herzog, D. B. (1995). Anger attacks in eating disorders. *Psychiatry Research*, 56, lk 205-212.
- Favaro, A., Santonastaso, P. (1999). Different types of self-injurious behavior in bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 40, lk 57–60.
- Favaro, A., Santonastaso, P. (2000). Self-injurious behavior in anorexia nervosa. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, lk 537–542.
- Gabbard, G. O., Atkinson, S. D. (1996). Synopsis of treatments of psychiatric disorders (2nd ed). Washington (DC): American Psychiatric Press.
- Geissler, T., & Kelly, I. W. (1994). Bulimic symptomatology and personality factors in a non-clinical sample: A replication. *Psychological Reports*, 75, lk 224–226.
- Geller, J., Cockell, S. J., Hewitt, P.L., Goldner, E.M., Flett, G. L. (2000). Inhibited expression of negative emotions and interpersonal orientation in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 28, lk 8-19.
- Ghaderi, A., & Scott, B. (2000). The big five and eating disorders: A prospective study in the general population. *European Journal of Personality*, 14, lk 311–323.
- Gual, P., Perez-Gasper, M., Martinez-Gonzales, M. A., Lahortiga, F., De Irala-Estevez, J., Cervera, S. (2002). Self-esteem, personality, and eating disorders: baseline assessment of a prospective population-based cohort. *International Journal of Eating Disorders*, 31, lk 261–273.
- Hansenne, M., Pinto, E., Pitchot, W., Reggers, J., Scantamburlo, G., Moor, M., Ansseau, M. (2002). Further evidence on the relationship between dopamine and novelty seeking: A neuroendocrine study. *Personality and Individual Differences*, 33, lk 967–977.
- Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, lk 389-394.
- Horesh, N., Zalsman, G., Apter, A. (2000). Internalized anger, self-control, and mastery experience in inpatient anorexic adolescents. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, lk 247-253.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G. Jr., Kessler, R.C. 2007. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61, lk 348-58.

- Johnson, J. G., Cohen, P., Kotler, L., Kasen, S., Brook, J. S. (2002). Psychiatric disorders associated with risk for the development of eating disorders during adolescence and early adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, lk 1119-1128.
- Kaltiala-Heino, R., Rissanen, A., Rimpelae, M., Rantanen, P. (2003). Bulimia and impulsive behavior in middle adolescence. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 72, lk 26-33.
- Klein, D. A., Walsh, B. T. (2004). Eating disorders: clinical features and pathophysiology. *Physiology & Behavior*, 81, lk 359-374.
- Lilenfeld, L. R. R., Wonderlich, S., Riso, L. P., Crosby, R., Mitchell, J. (2006). Eating disorders and personality: A methodological and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 26, lk 299–320
- Mann, J. J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, 4, lk 819-828.
- Miller, T. Q., Smith, T. W., Turner, C. W., Guijarro, M. L., & Hallet, A. J. (1996). A meta-analytic review of research on hostility and physical health. *Psychological Bulletin*, 119, lk 322-348.
- Milos, G., Spindler, A., Hepp, U., Schnyder, U. (2004). Suicide attempts and suicidal ideation: links with psychiatric comorbidity in eating disorder subjects. *General Hospital Psychiatry*, 26, lk 129-135.
- Miotto, P., Preti, A. (2007). Eating disorders and suicide ideation: the mediating role of depression and aggressiveness. *Comprehensive Psychiatry*, 48, lk 218-24.
- Miotto, P., Pollini, B., Restaneo, A., Favaretto, G., Pieti, A. (2008). Aggressiveness, anger, and hostility in eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 49, lk. 364-367.
- Newton, J. R., Freeman, C. P., & Munro, J. (1993). Impulsivity and dyscontrol in bulimia nervosa: Is impulsivity an independent phenomenon or a marker of severity? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, lk 389–394.
- Podar, I., Hannus, A., & Allik, J. (1999). Personality and affectivity characteristics associated with eating disorders: A comparison of eating disordered, weight preoccupied, and normal samples. *Journal of Personality Assessment*, 73, lk 133–147.
- Pollice, C., Kaye, W. H., Greeno, C. G., Weltzin, T. E. (1997). Relationship of depression, anxiety and obsessiveness to states of illness in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 21, lk 367–376.

- Presnell, K., Bearman, S. K., Stice, E. (2004). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 36, lk 389-401.
- Preti, A., Incani, E., Camboni, M. V., Petretto, D. R., & Masala, C. (2006). Sexual abuse and eating disorder symptoms: the mediator role of bodily dissatisfaction. *Comprehensive Psychiatry*, 47, lk 475-81.
- Pryor, T., & Wiederman, M. W. (1996). Measurement of nonclinical personality characteristics of women with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Personality Assessment*, 67, lk 414-421.
- Ramirez, J. M., & Andreu, J. M. (2006). Aggression, and some related psychological constructs (anger, hostility, and impulsivity). Some comments from a research project. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 30, lk 276-291.
- Reba, L., Thornton, L., Tozzi, F., Klump, K. L., Brandt, H., Crawford, S., et al. (2005). Relationships between features associated with vomiting in purging-type eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 38, lk 287-294
- Shea, M. E., Pritchard, M. E. (2007). Is self-esteem the primary predictor of disordered eating? *Personality and Individual Differences*, 42, lk 1527-1537.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, V., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Backer, R. & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M. I. N. I.): the development and validation of structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry* 59, 22-33.
- Shlik, J., Aluoja, A., Graf, L. & Männik (2001). Rootsi Ülikoolide isiksuseskaalad, Eesti versioon.
- Shugar, G., Krueger, S. (1995). Aggressive family communication, weight gain, and improved eating attitudes during systemic family therapy for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 17, lk 23-31.
- Steiger, H., Young, S. N., Kin, N. M., Koerner, N., Israel, M., Lageix, P. et al. (2001). Implications of impulsive and affective symptoms for serotonin function in bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 31, lk 85-95.
- Strober, M. (1980). Personality and symptomatological features in young, nonchronic anorexia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, 24, lk 353-359.
- Terracciano, A., Sutin, A. R., McCrae, R. R., Deiana, B., Ferrucci, L., Schlessinger, D., Uda, M., Costa, P. T. Jr. (2009). Facets of personality linked to underweight and overweight. *Psychosomatic Medicine*, 71, lk 682-689.

- Thompson, K. M., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E. (1999). The neglected link between eating disturbances and aggressive behavior in girls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, lk 1277–1284.
- Truglia, E., Mannucci, E., Lassi, S., Rotella, C. M., Faravelli, C., Ricca, V. (2006). Aggressiveness, anger and eating disorders: a review. *Psychopathology*, 39, lk 55-68.
- van den Bree, M. B., Przybeck, T. R., Thomas, R., Robert Cloninger, C. (2006). Diet and personality: Associations in a population-based sample. *Appetite*, 46, lk 177-188.
- Virkkunen, M., De Jong, J., Bartko, J., Linnoila, M. (1989). Psychobiological concomitants of history of suicide attempts among violent offenders and impulsive fire setters. *Archives of General Psychiatry*, 46, lk 604-606.
- Wade, T., Martin, N. G., Tiggeman, M., Abraham, S., Treloar, S. A., & Heath, A. C. (2000). Genetic and environmental risk factors shared between disordered eating, psychological, and family variables. *Personality and Individual Differences*, 28, lk 729–740.
- Watson, H. J., Raykos, B. C., Street, H., Fursland, A., Nathan, P. R. (2011). Mediators between perfectionism and eating disorder psychopathology: Shape and weight overevaluation and conditional goal-setting. *International Journal of Eating Disorders*, 44, lk 142-149
- Wiederman, M. W., Pryor, T. (1996). Substance use and impulsive behaviors among adolescents with eating disorders. *Addictive Behavior*, 21, lk 269-272.
- Wonderlich, S. A., Joiner, T. E. Jr., Keel, P. K., Williamson, D. A., & Crosby, R. D. (2004). Eating disorder diagnoses: empirical approaches to classification. *American Psychologist*, 62, lk 167-80.
- Zaider, T. I., Johnson, J. G., Cockell, S. J. (2000). Psychiatric comorbidity associated with eating disorder symptomatology among adolescents in the community. *International Journal of Eating Disorders*, 28, lk 58-67.

## LISA

**Tabel 1a.** SSP ja SHS alaskaalade vahelised korrelatsiooniseosed *anorexia nervosa* grupi puhul.

<b>SSP ALASKAALAD</b>	<b>Söömise piiramine</b>	<b>Liigsöömine</b>	<b>Toidu väljutamine</b>	<b>Hõivatus välimusest ja kehakaalust</b>	<b>SHS üldskoor</b>
Somaatiline ärevus	<b>.39**</b>	<b>.42**</b>	.19	<b>.41**</b>	<b>.54**</b>
Psüühiline ärevus	<b>.46**</b>	.27	.15	<b>.60**</b>	<b>.60**</b>
Vastuvõtlikkus stressile	<b>.41**</b>	<b>.39**</b>	.15	<b>.41**</b>	<b>.54**</b>
Kehtestavuse puudumine	.27	<b>.36**</b>	.16	<b>.52**</b>	<b>.50**</b>
Impulsiivsus	.05	-.02	-.10	.01	.01
Seikluste otsimine	.08	.09	-.02	.02	.08
Isoleerumine	.20	.06	<b>.33*</b>	<b>.36**</b>	<b>.33*</b>
Sotsiaalne soovitus	<b>-.30*</b>	-.27	-.14	-.19	<b>-.34*</b>
Kibestumine	<b>.42**</b>	.20	.06	<b>.56*</b>	<b>.52**</b>
Ärritus	<b>.33*</b>	<b>.29*</b>	.03	<b>.33*</b>	<b>.40**</b>
Umbusklikkus	<b>.50**</b>	.17	.27	<b>.60**</b>	<b>.60**</b>
Verbaalne agressioon	.27	.23	.09	.09	.26
Füüsiline agressioon	.25	.12	.17	.13	.25

Märkus: N=51; \* -  $p < .05$  - statistiliselt oluline korrelatsiooniseos; \*\* -  $p < .01$  - statistiliselt oluline korrelatsiooniseos.

**Tabel 1b.** SSP ja SHS alaskaalade vahelised korrelatsiooniseosed *bulimia nervosa* ja liigsöömishäire grupi puhul.

SSP ALASKAALAD	Söömise piiramine	Liigsöömine	Toidu väljutamine	Hõivatus välimusest ja kehakaalust	SHS üldskoor
Somaatiline ärevus	.08	<b>.39**</b>	.08	<b>.29*</b>	<b>.35**</b>
Psüühiline ärevus	.03	.11	-.04	.21	.13
Vastuvõtlikkus stressile	.05	<b>.27*</b>	.09	.20	<b>.24*</b>
Kehtestavuse puudumine	-.19	.18	<b>-.34**</b>	.11	-.07
Impulsiivsus	.17	.08	<b>.28*</b>	.03	.22
Seikluste otsimine	<b>.26*</b>	-.01	.21	.19	<b>.25*</b>
Isoleerumine	-.16	.02	-.06	-.14	-.14
Sotsiaalne soovitus	<b>.29*</b>	<b>-.25*</b>	-.01	-.05	-.01
Kibestumine	.13	<b>.31*</b>	.18	<b>.31*</b>	<b>.37**</b>
Ärritus	-.01	.18	.20	.14	.20
Umbusklikkus	-.12	.12	-.03	-.05	-.03
Verbaalne agressioon	-.09	.08	.20	.05	.08
Füüsiline agressioon	-.08	-.10	.13	-.07	-.06

Märkus: N = 65; \* - p < .05 - statistiliselt oluline korrelatsiooniseos; \*\* - p < .01 - statistiliselt oluline korrelatsiooniseos.

**Tabel 1c.** SSP ja SHS alaskaalade vahelised korrelatsiooniseosed kontrollgrupi puhul.

SSP ALASKAALAD	Söömise piiramine	Liigsöömine	Toidu väljutamine	Hõivatus välimusest ja kehakaalust	SHS üldskoor
Somaatiline ärevus	<b>.32*</b>	.22	-.13	<b>.33*</b>	<b>.37**</b>
Psüühiline ärevus	<b>.27*</b>	<b>.37**</b>	.02	<b>.29*</b>	<b>.39**</b>
Vastuvõtlikkus stressile	.07	<b>.37**</b>	-.07	<b>.40**</b>	<b>.34**</b>
Kehtestavuse puudumine	-.03	<b>.32*</b>	.06	<b>.35**</b>	.26
Impulsiivsus	-.10	.12	.01	<b>.36**</b>	.15
Seikluste otsimine	.13	.06	-.16	.09	.12
Isoleerumine	-.03	.07	.06	.18	.12
Sotsiaalne soovitus	.17	-.25	.01	-.17	-.08
Kibestumine	.21	<b>.29*</b>	-.05	<b>.42**</b>	<b>.39**</b>
Ärritus	.18	<b>.38**</b>	-.04	<b>.32*</b>	<b>.36**</b>
Umbusklikkus	.15	.21	-.06	<b>.27*</b>	<b>.27*</b>
Verbaalne agressioon	-.11	.18	-.10	.14	.07
Füüsiline agressioon	.09	-.07	-.14	.10	.06

Märkus: Kontrollgrupp – psüühikahäirete esinemise suhtes kontrollitud grupp; \* - p < .05 - statistiliselt oluline korrelatsiooniseos; \*\* - p < .01 - statistiliselt oluline korrelatsiooniseos.

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.

Maria Kivimäe