

Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduste valdkond
Psühholoogia instituut

Sandra Jakubelovitš

EMOTSIOONIDE REGULATSIIONI RASKUSED *ANOREXIA NERVOSA* JA *BULIMIA*
NERVOSA PATSIENTIDEL

Uurimistöo

Juhendaja: Kirsti Akkermann, PhD

Katrin Kukk, MA

Läbiv pealkiri: söömishäired ja emotsioonide regulatsiooni raskused

Tartu 2018

Kokkuvõte

Käesoleva uurimistöö põhieesmärgiks oli uurida *anorexia nervosa* ja *bulimia nervosa* patsientide raskusi emotsioonide reguleerimisel. Kirjandus emotsioonide düsregulatsioonist viitab sellele, et see on psühhopatoloogias transdiagnostiline nähtus, mis ulatub depressioonist liigsöömishäireni. Üheks emotsioonide düsregulatsiooni komponendiks on impulsiivsus, mille kõrge tasemeid on täheldatud söömishäiretel, mille tunnuseks on liigsöömishood. Lisaks emotsioonide regulatsiooni raskustele uuriti patsientide isiksusejooni. Uuritavateks olid piirava alatüübiga *anorexia nervosa* patsiendid ($N=16$), väljutava alatüübiga *anorexia nervosa* patsiendid ($N=8$), *bulimia nervosa* patsiendid ($N=25$) ja terved kontrollgrupi liikmed ($N=52$). Uuring viidi läbi järgnevate eneseteatatud küsimustikega: Emotsioonide Regulatsiooni Raskuste Skaala, Rootsi Ülikoolide Isiksuse Skaala, Barratti Impulsiivsuse Skaala ja Söömishäirete Hindamise Skaala. Tulemustest selgus, emotsioonide düsregulatsioon on üks probleemidest, mis kaasub söömishäiretega ning see on transdiagnostiline nähtus. Emotsioonide regulatsioon oli võrreldes tervete inimestega nii *anorexia nervosa* kui ka *bulimia nervosa* patsientidel häirunud. Barratti Impulsiivsuse Skaala järgi on väljutavat tüüpi *anorexia nervosa* ja *bulimia nervosa* patsiendid impulsiivsemad kui terved indiviidid. Kliinilisi gruppe eristasid tervest kontrollgrupist ka teatud isiksusejooned nagu kõrgem psüühiline ja somaatiline ärevus, vastuvõtlikus stressile, isoleerumine ja kibestumine. Tulemustest võiks järeldada, et kõik neli kasutatud instrumenti on abiks söömishäirete patsientide haiguse erinevate aspektide mõistmisel ning need tulemused koos varasemate uuringute tulemustega aitavad välja selgitada need söömishäirete omadused, millele tuleks sekkumise ajal olulist tähelepanu pöörata ning seeläbi teha ravi potentsiaalselt rohkem efektiivseks.

Märksõnad: Emotsioonide regulatsioon, impulsiivsus, *anorexia nervosa*, *bulimia nervosa*, isiksusejooned

Emotion regulation difficulties in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa

Abstract

The main goal of this empirical study was to examine emotion regulation difficulties in patients with *anorexia nervosa* and *bulimia nervosa*. The existing literature about emotion dysregulation indicates that it is a transdiagnostical phenomenon across the spectrum of eating disorders. One of the difficulties are elevated levels of impulsivity that have been reported in eating disorders characterized by episodes of binge eating. In addition, personality traits in individuals with disordered eating behavior were studied. The sample consisted of restrictive type of *anorexia nervosa* patients ($N=16$), binge-purge type of *anorexia nervosa* patients ($N=8$), *bulimia nervosa* patients ($N=25$) and healthy individuals ($N=52$). The study was carried out with the following self-report questionnaires: Difficulties in Emotion Regulation Scale, Swedish Universities Scales of Personality, Barratt Impulsiveness Scale and Eating Disorders Assessment Scale. Results showed that emotion dysregulation is one of the problems that accompanies eating disorders and thus, it is indeed a transdiagnostical factor. Clinical groups reported more problems with emotion regulation than healthy individuals. According to Barratt Impulsiveness Scale, bulimia nervosa and anorexia nervosa binge-purge type patients are more impulsive than healthy individuals. Furthermore, certain personality traits appeared to be more prominent in the clinical groups than in the healthy control group. These traits were somatic and psychological anxiety, susceptibility to stress, social isolation and embitterment. Therefore, it is important to note that these four instruments can aid clinicians and therapists in understanding the eating disorder diagnosis. These results together with the previous literature on the same topic help to identify the characteristics of eating disorders which have to be addressed in interventions in order to provide the patient with the most effective treatment.

Keywords: emotion regulation, impulsivity, *anorexia nervosa*, *bulimia nervosa*, personality traits

1. Sissejuhatus

Anoreksiale on iseloomulik hirm tüsedaks olemise ees, piiratud toidu tarbimine ja häirunud kehataju. *Anorexia nervosa* eristatakse kaht alatüüpi: piirav ja väljutav. Selle haiguse üheks kriteeriumiks on kehamassiindeks alla 18.5. Erinevalt *anorexia nervosa* diagnoosiga indiviididest on *bulimia nervosa* diagnoosiga inimesed varieeruva kehakaaluga. Buliimiahaigetele on iseloomulik ebanormaalselt suurtes kogustes toidu tarbimine lühikese aja jooksul ning söödud toidu väljutamine oksendades või kasutades lahtistavaid preparaate ennetamiseks võimalikku kaalutõusu. (APA, 2013)

Emotsioonide regulatsioon

Tänaseks on läbi viidud mitmeid uuringuid, mis viitavad emotsiooniregulatsiooni defitsiitidele *anorexia nervosa* (edaspidi AN), *bulimia nervosa* (edaspidi BN) patsientidel. Mõnedes uuringutes on leitud, et need patsiendid rakendavad emotsioonidega toimetulekuks ebakohaseid strateegiaid nagu mitteaktsepteerimist, ruminatsiooni ja alla surumist (Naumann, Tuschen-Caffier, Voderholzer, & Svaldi, 2016). Samuti on uuritud liigsöömishäirega patsientide emotsioonide regulatsiooni ning on leitud, emotsioonide düsregulatsioon on transdiagnostiline fenomen söömishäirete seas, s.t see on iseloomulik kõigile söömishäiretele (Mallorqui-Bague et al., 2018). Efektiivsete emotsiooniregulatsiooni (edaspidi ER) strateegiate hulka kuuluvad situatsiooni valimine, situatsiooni modifitseerimine, valikuline tähelepanujaotus ja kognitiivne muutus (Oldershaw, Lavender, Sallis, Stahl, & Schmidt, 2015). Gratz ja Roemer (2004) töötasid välja tänaseks rohkelt kasutatust leidva eneseteatatud küsimustiku nimega Emotsiooni Regulatsiooni Raskuste Skaala (DERS), mis mõõdab spetsiifilisi ER raskusi kuuel alaskaalal: 1) emotsionaalsete vastuste mitteaktsepteerimine 2) probleemid eesmärgipärasel käitumises 3) impulsikontrolli raskused 4) defitsiit emotsioonide teadlikkuses 5) piiratud ligipääs efektiivsetele ER strateegiatele 6) defitsiit emotsioonide selguses.

Üldjuhul pole ER raskuste uurimustes söömishäirete (edaspidi SH) patsientidega väljutavat ja piiravat AN alatüüpi omavahel eristatud ja seega on erinevused nende kahe alatüübi vahel ebaselged (Brockmeyer et al., 2014). Teisalt on teada, et üks ER raskus, defitsiit impulsikontrollis, on eriti omane väljutavat tüüpi AN, BN ja liigsöömishäire puhul. Eelnimetatud kolme häiret ühendab see, et vähemalt kolme kuu jooksul esineb neil

liigsöömisepisoode, mida BN ja väljutava AN puhul kompenseeritakse eri viisidel, kusjuures väljutav AN võib väljutada toitu ka ilma liigsöömishoota. Seega võiks arvata, et piiravat tüüpi AN suudab paremini toime tulla enesekontrolliga, kuid teistes alaskaalades ei ole oluliselt suuri erinevusi AN ja BN vahel täheldatud (Brockmeyer et al., 2014). Mõnedes uuringutes on ainult väikesed erinevused teistel alaskaaladel. BN grupil oli näiteks parem tulemus emotsioonide selguse skaalal ning AN grupil oli parem tulemus eesmärgipärase käitumise skaalal (Svaldi et al., 2012).

Impulsiivsus

Impulsiivset käitumist iseloomustab kaalutlemise puudujääk ning tagajärgedega mitteametamine enne tegutsemist (Fahy & Eisler, 1993). Waxman (2009) kirjeldas oma metanalüüsis, kuidas paljude uuringute käigus on leitud seos kõrgeks tõusnud impulsiivsuse taseme ning söömishäirete vahel, mida iseloomustab ülesöömine. Nendes uuringutes kasutati impulsiivsuse taseme määramiseks peamiselt Eysenck'i impulsiivsuse testi ning Barratt'i impulsiivsuse skaalat. Käesolevas töös kasutati viimast testi. Mõlemad testid on näidanud head reliaablust ning valiidsust. Samas metaanalüüsis selgus, et AN piirava tüübiga patsiendid on vähem impulsiivsed kui need söömishäirete grupid, keda iseloomustab ülesöömine.

Muud SH patsientide isiksusejooned

Käesoleva valimi isiksusejooni uuriti Rootsi Ülikoolide Isiksuse Skaala (SSP) abil. Varasemad uuringud (Ahrén-Moonga, Holmgren, von Knorring, & af Klinteberg, 2008) isiksusejoonte kohta SH patsientidel on näidanud, et nii AN kui BN somaatilise ning psüühilise ärevuse tasemed on statistiliselt oluliselt kõrgemad kui kontrollgrupi liikmetel. Samas uuringus selgus ka, et BN somaatiline ning psüühiline ärevus oli statistiliselt oluliselt kõrgem kui AN grupil ning BN patsiendid tunnevad end rohkem isoleeritumana kui kontrollgrupi liikmed. Teised uurijad (MacGregor & Lamborn, 2014) on leidnud, et AN patsiendid on ärevamad kui BN patsiendid.

Käesoleva uuringu hüpoteesid:

- 1) AN väljutaval tüübil on kõrgemad skoorid impulsiivsuse skaalal kui AN piiraval tüübil.
- 2) AN väljutaval tüüpi ning BN vahel ei ole impulsiivsuse skaalal olulist erinevust.
- 3) AN väljutav tüüp ja BN sarnanevad üksteisele ka muudel DERS alaskaaladel.

Samuti on eesmärgiks uurida gruppidevahelisi (mõlemat tüüpi AN ja BN) erinevusi ja sarnasusi kasutades küsimustikke impulsiivsuse ja isiksuse kohta sel eesmärgil, et hinnata impulsiivsuse taseme varieerumist kliinilisel grupil ning millised isiksusejooned kliinilisel grupil paistavad kõige enam välja. Isiksusejooni SH patsientidel võiks uurida seetõttu, et näha, kas teatud isiksusejooned võivad aidata söömishäire kujunemisele kaasa ja milliste isiksusejoonte abil on võimalik eristada söömishäirega inimest tervest inimesest.

2. Meetod

2.1 Valim

Uuringust võttis osa 101 naissoost isikut, kellest 49 moodustasid kliinilised grupid ning 52 terve kontrollgrupi. Kliinilistesse gruppidesse kuulusid 24 AN (16 piiravat, 8 väljutavat tüüpi) ja 25 BN patsienti. Kliinilise grupi keskmine vanus oli 22.00 (SD = 6.63), noorim oli 13-aastane ning vanim 41-aastane. 61.54%-l kliinilisest grupist oli kaasuv depressiooni diagnoos (F32). Kontrollgrupp koosnes naistest, kellel ei olnud uuringu hetkel ega varem diagnoositud ühtegi psüühilist häiret ega haigust. Kontrollgrupi keskmine vanus oli 22.85 (SD = 7.49), noorim oli 16-aastane ja vanim 44-aastane. SH patsiendid koguti Tartu Psühhiaatrikliiniku söömishäirete osakonnast. Kontrollgrupi liikmed on TÜ psühholoogia instituudi tudengid ning avalikele kuulutustele vastanud vabatahtlikud. Kõigilt osalejalt oli saadud informeeritud nõusolek.

2.2 Materjalid

1) Emotsiooni Regulatsiooni Raskuste Skaala (DERS; Gratz ja Roemer, 2004; eestikeelne versioon Vachtel, 2011). Küsimustik mõõdab spetsiifilisi emotsioonide regulatsiooni raskusi kuuel alaskaalal: 1) emotsionaalsete vastuste mitteaktsepteerimine 2) probleemid eesmärgipärasel käitumises 3) impulsikontrolli raskused 4) defitsiit emotsioonide teadlikkuses 5) piiratud ligipääs efektiivsetele emotsioonide regulatsiooni strateegiatele 6) defitsiit emotsioonide selguses. Küsimustikus 34 väidet, millele katseisikud vastavad viiepallisel Likert-tüüpi skaalal.

2) Rootsi Ülikoolide Isiksuse Skaala eestikeelne versioon (SSP; Shlik et al., 2001). Küsimustik mõõdab psühhopatoloogiaga seotud isiksusejooni ning koosneb 91 küsimusest ja 13 skaalast: somaatiline ärevus, psüühiline ärevus, vastuvõtlikkus stressile, kehtestavuse puudumine,

impulsiivsus, seikluste otsimine, isoleerumine, sotsiaalne soovitus, kibestumine, ärritus, umbusklikkus, verbaalne agressioon, füüsiline agressioon.

3) Barratti Impulsiivsuse Skaala (BIS-11; Patton et al., 1995; eestikeelne versioon Paaver et al., 2007). Skaala koosneb 30 küsimusest. Küsimustik loodi impulsiivsuse taseme hindamiseks.

4) Söömishäirete Hindamise Skaala (SHS; Akkermann et al., 2010). Küsimustik eristab söömishäirega patsiente tervetest ning erinevaid söömishäireid (AN, BN, liigsöömishäire) üksteisest. Küsimustikul on neli alaskaalat – Söömise piiramine, Liigsöömine, Toidu väljutamine ning Hõivatus välimusest ja kehakaalust.

3. Tulemused

3.1 Emotsiooni Regulatsiooni Raskuste Skaala (DERS)

Allolevas tabelis (tabel 1) on väljatoodud DERS alaskaalad, gruppide keskmised ning standardhälbed. Gruppidevahelisi erinevusi testiti Kruskal-Wallis testiga, sest andmed ei olnud normaalselt jaotunud (kontrollitud ekstsessi, assümmeetriakordaja ja Shapiro-Wilk'i testiga). Paariviisilised võrdlused on läbiviidud Mann-Whitney U testiga.

Tabel 1. Gruppidevahelised erinevused DERS alaskaaladel.

	AN väljutav (N = 7)		AN piirav (N = 15)		BN (N = 19)		Kliiniline grupp (N = 41)		Kontroll (N = 52)		Kruskal-Wallis	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	χ^2	p
Raskused eesmärgipärastes tegevustes	21.57	5.26	17.67	6.95	20.1	6.9	19.4	6.7	17.08 ^a	5.25	7,02	0.071
Emotsionaalse selguse puudumine	20.86	5.9	17.27	6.5	19.2	7.3	18.8	6.7	13.29 ^a	4.9	16.66	0.001
Impulsiivse raskused	7.43	2.9	7.40	3.9	9.32	4.9	8.3	4.3	6.6	2.5	5.16	0.160
Emotsionaalsete reaktsioonide mitteametustamine	11.00	6.63	8.9	4.4	10	4.98	9.8	5	7.00 ^a	2.5	6.32	0.097
Emotsioonide mitteametustamine	14.00	3.9	14.33	4.3	13.3	4.27	13.8	4.2	11.94	5.01	5.03	0.170

Söömishäired ja emotsioonide regulatsiooni raskused

Emotsiooni regulatsiooni strateegiate puudumine	19.71	7.78	16.6	7.9	18.2	6.47	17.9	7.1	13.6 ^a	5.2	10.02	0.018
Koguskoor	94.57 ^b	25.63	82.13	29.45	80.32	34.3	83.2	31.2	69.5	15.88	8.69	0.034

Märkus: ^a erineb statistiliselt olulisel määral teistest gruppidest ($p < 0.05$). ^b erineb statistiliselt oluliselt kontrollgrupist. AN väljutav – *anorexia nervosa* väljutav tüüp; AN piirav – *anorexia nervosa* piirav tüüp; BN – *bulimia nervosa*; kliiniline grupp – mõlemat tüüpi AN ja BN kokku koondatuna

Koguskoori osas ei olnud statistiliselt olulisi erinevusi, v.a väljutavat tüüpi AN ja kontrollgrupi vahel, $U = 80.00$, $p = 0.017$. Raskused eesmärgipärastes tegevustes alaskaalal oli kontrollgrupi keskmine statistiliselt oluliselt madalam kui kliinilisel grupil (AN alatüübid ja BN kokku) oma, $U = 797.00$, $p = 0.037$, kliinilises grupis ei olnud erinevate diagnoosiga patsientidel paariviisilisel võrdlusel omavahel olulisi erinevusi sellel skaalal. Emotsionaalse selguse puudumise alaskaalal oli kliinilise grupi keskmine tunduvalt kõrgem kui kontrollgrupil, $U = 563.50$, $p < 0.001$. Kliiniliste gruppide vahel statistiliselt olulist erinevust ei esinenud. Impulsi kontrolli raskuste alaskaalal statistiliselt olulisi erinevusi ei olnud. Emotsionaalsete reaktsioonide mitteaktsepteerimise skaalas oli kontrollgrupi skoor statistiliselt oluliselt madalam kui kliiniliste grupi skoor, $U = 757.00$, $p = 0.016$. Emotsioonide mitteteadvustamise alaskaalas olulisi gruppidevahelisi erinevusi ei esinenud. Viimases alaskaalas, emotsioonide regulatsiooni strateegiate puudumise skaalas olid statistiliselt olulised erinevused kontrollgrupi ja kliinilise grupi vahel, $U = 689.00$, $p = 0.003$, kliinilise grupi eri diagnoosiga patsientide keskmised sel alaskaalal omavahel oluliselt ei erinenud.

3.2 Rootsi Ülikoolide Isiksuse Skaala (SSP)

Allolevas tabelis on välja toodud selle küsimustiku alaskaalad, gruppide keskmised ning nende standardhälbed ning mitteparameetrilise testi tulemused hindamaks gruppidevahelisi erinevusi. Paariviisilised võrdlused tabeli all on läbiviidud Mann-Whitney U testiga.

Söömishäired ja emotsioonide regulatsiooni raskused

Tabel 2. Gruppidevahelised erinevused SSP alaskaaladel.

	AN väljutav (N = 7)		AN piirav (N = 15)		BN (N = 21)		Kliiniline grupp (N = 46)		Kontroll (N = 13)		Kruskal-Wallis	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	χ^2	p
Somaatiline ärevus	61.57 ^a	12.1	54.4	16.2	62.43 ^a	12.1	59.9 ^a	13.7	47.6	7.2	8.83	0.032
Psüühiline ärevus	65.9 ^a	13.1	57.1 ^a	13.8	62.95 ^a	9.5	61.7 ^a	11.6	45.16	11.7	15.02	0.002
Vastuvõtlikus stressile	65.4 ^a	12.5	55.9 ^a	14.4	61.48 ^a	10.7	60.2	12.2	45.36	8.4	15.23	0.002
Kehtestavuse puudumine	61.71	13.8	53.00	9.9	54.14	12.8	54.9	12	52.81	9.4	3.19	0.363
Impulsiivsus	51.14	12.6	46.53	11.8	49.81	12.4	48.4	11.9	49.7	17.4	1.02	0.796
Seikluse otsimine	53.57	11.4	51.33	1.8	53.37	6.3	52.3	9.2	51.4	11.4	0.59	0.899
Isoleerumine	48.7 ^a	12.3	47.9 ^a	7.9	52.14 ^a	8.7	50.4 ^a	9.1	43.15	6.7	9.08	0.028
Sotsiaalne soovitus	52.86	13	48.8	10.1	48.4	11.8	48.6	11.3	54.17	6.7	3.42	0.332
Kibestumine	65.9 ^a	14.6	55.0 ^a	15.6	61.7 ^a	12.5	60.1 ^a	13.7	46.64	6.9	12.32	0.006
Ärritus	57.00	7.9	54.93	11.9	55.29	10.9	55.5	10.3	49.62	6.9	5.14	0.162
Umbusklikkus	57.71	15.8	58.2	14.1	59.5	11.4	58.9	12.4	49.3	9.6	6.58	0.086
Verbaalne agressioon	55.57	12.4	54.33	10.1	56.33	11.8	55.5	10.8	52.98	6.3	1.82	0.612
Füüsiline agressioon	46.86	9.1	50.9	10.1	52.52	13.6	50.5	11.5	50.69	7.4	1.05	0.789

Märkus: ^a statistiliselt olulisel määral ($p < 0.05$) kõrgem kui kontrollgrupil.

Somaatilise ärevuse skaalal kahe AN alatüübi erinevus ei ole statistiliselt oluline, $U = 39.00$, $p = 0.340$. AN ja BN omavahel statistiliselt oluliselt ei erinenud, $U = 184.5$, $p = 0.257$. Kontrollgrupi keskmine oli sellel skaalal statistiliselt oluliselt madalam kõigist ülejäänutest, v.a piiravat tüüpi AN, $U = 86.00$, $p = 0.595$. Psüühilise ärevuse osas ei erinenud AN alatüübid üksteisest oluliselt, $U = 32.00$, $p = 0.147$ ning samuti ei erinenud AN oluliselt BN-st, $U = 213.5$, $p = 0.669$. Statistiliselt olulist erinevust leiti kliinilise grupi (AN alatüübid ja BN) ja kontrollgrupi vahel, $U = 96.00$, $p < 0.001$. Vastuvõtlikkus stressile alaskaalas ei erinenud AN alatüübid üksteisest oluliselt, $U = 32.5$, $p = 0.157$. Kontrollgrupi keskmine oli kliinilisest grupist (mõlemad AN tüübid ja BN) statistiliselt oluliselt madalam, $U = 95.00$, $p < 0.001$.

Kehtestavuse puudumise skaalal statistiliselt olulisi erinevusi gruppide vahel ei olnud. Ka impulsiivsuse ja seikluste otsimise ei olnud olulisi gruppide erinevusi. Isoleerumise alaskaalal oli kliinilise grupi keskmine oluliselt kõrgem kui kontrollgrupil, $U = 143.00$, $p = 0.008$. AN ja BN vahel statistiliselt olulist erinevust ei olnud, $U = 173.00$, $p = 0.155$. Sotsiaalse soovitatavuse alaskaalal olulisi gruppidevahelisi erinevusi ei olnud. Kibestumise skaalal olid statistiliselt olulised erinevused kliinilise ja terve grupi vahel, $U = 134.00$, $p = 0.005$. AN ja BN vahel oluline erinevus puudus, $U = 187.5$, $p = 0.288$, AN alatüüpide vaheline oluline erinevus kibestumise skaalal puudus samuti, $U = 32.5$, $p = 0.156$. Ärrituvuse ja umbusklikkuse skaalal statistiliselt olulisi erinevusi gruppide vahel ei olnud. Verbaalse agressiooni ning füüsilise agressiooni skaaladel ei olnud olulisi gruppidevahelisi erinevusi.

3.3 Barratti Impulsiivsuse Skaala (BIS-11)

Gruppidevaheliste erinevuste võrdlemiseks kasutati Kruskal-Wallis testi, sest andmed ei olnud normaalselt jaotunud (kontrollitud ekstsessi, assümmeetriakordaja ning Shapiro-Wilk'i testiga). Leiti gruppidevaheline statistiliselt oluline seos, $H = 16.92$, $p = 0.002$. Paarikaupa võrdlused gruppide vahel viidi läbi Mann-Whitney U testiga, mille tulemused on allolevas tabelis (tabel 3).

Tabel 3. Gruppidevahelised erinevused BIS-11 skaalal

AN väljutav ($N = 8$)		AN piirav ($N = 14$)		BN ($N = 25$)		Kliiniline grupp ($N = 47$)		Kontroll ($N = 13$)		Kruskal-Wallis	
M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	χ^2	p
62.63 ^a	10.18	54.14	9.97	66.6 ^{a, b}	12.73	61.9 ^a	12.3	51.54	8.95	16.39	0.001

Märkus: ^a statistiliselt oluliselt kõrgem kui kontrollgrupil ($p < 0.05$). ^b statistiliselt oluliselt kõrgem kui AN piiraval tüübil.

Kõige impulsiivsem oli BN grupp, kelle keskmine oli statistiliselt oluliselt kõrgem kui AN piiraval tüübil ($U = 73.00$, $p = 0.003$) ning kontrollgrupil, $U = 65.00$, $p = 0.001$. AN alatüüpide vahel statistilist olulisust ei olnud. Piiravat tüüpi AN ja kontrollgrupp omavahel statistiliselt oluliselt ei erinenud, küll aga erines väljutavat tüüpi AN kontrollgrupist statistiliselt oluliselt, $U = 19.00$, $p = 0.017$.

3.4 Söömishäirete Hindamise Skaala (SHS)

Gruppidevahelised erinevused SHS koguskoori suhtes olid statistiliselt olulised, $H = 53.32$, $p < 0.001$. Allolevas tabelis (tabel 4) on näidatud gruppide keskmised ja standardhälbed ning

Kruskal-Wallise testi tulemused. Tabelist allpool on kirjeldatud Mann-Whitney U testi tulemused gruppide paarikaupa võrdlemisel.

Tabel 4. Gruppidevahelised erinevused SHS alaskaaladel.

	AN väljutav (N = 8)		AN piirav (N = 15)		BN (N = 25)		Kliiniline grupp (N = 48)		Kontroll (N = 51)		Kruskal-Wallis	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	χ^2	p
Söömise piiramine	30.00 ^{a,b}	7.9	20.13 ^b	11.5	24.16 ^b	9.9	23.6 ^b	10.3	12.5	6.47	34.16	<0.001
Liigsöömine	15.88 ^a	8.79	9.4	7.77	24.8 ^{a,b}	11.5	19 ^b	11.9	10.37	5.99	35.17	<0.001
Toidu väljutamine	12.5 ^{a,b}	6.7	1.80 ^b	2.68	10.68 ^{a,b}	5.9	7.9 ^b	6.7	0.50	1.25	65.68	<0.001
Hõivatus välimusest ja kehakaalust	28.5 ^{a,b}	9.07	18.07 ^b	11.4	27.92 ^{a,b}	9.5	25.6 ^b	10.9	11.86	9.08	40.84	<0.001

Märkus: ^a statistiliselt oluliselt kõrgem kui piiravat tüüpi AN-l ($p < 0.05$). ^b statistiliselt oluliselt kõrgem kui kontrollgrupil.

Söömise piiramise skaalal oli AN alatüüpide vahel statistiliselt oluline erinevus, kus väljutava tüübi keskmine oli piiravast tüübist kõrgem, $U = 27.5$, $p = 0.036$. Piirava tüübi AN ja BN vahel statistiliselt olulist erinevust ei olnud, $U = 146.00$, $p = 0.246$. Statistiliselt olulist erinevust ei olnud ka väljutavat tüüpi AN ja BN vahel, $U = 58.5$, $p = 0.081$. Kontrollgrupi skoor oli kõigist patoloogilistest gruppidest madalaim. Liigsöömise skaalal oli BN keskmine statistiliselt oluliselt suurem kui kontrollgrupil ($U = 186.00$, $p < 0.001$), väljutaval tüübil ($U = 52.5$, $p = 0.046$) ja piiraval tüübil ($U = 54.00$, $p < 0.001$). Väljutavat tüüpi AN ja kontrollgrupi vahel statistiliselt olulist erinevust ei olnud, $U = 122.00$, $p = 0.061$. Samuti ei olnud piiravat tüüpi AN ja kontrollgrupi vahel statistiliselt olulist erinevust, $U = 303.5$, $p = 0.192$. AN alatüüpide vahel oli oluline erinevus ehk väljutavat tüüpi AN keskmine oli statistiliselt oluliselt kõrgem kui piiraval tüübil, $U = 27.00$, $p = 0.032$. Toidu väljutamise skaalal oli BN keskmine statistiliselt oluliselt kõrgem kui kontrollgrupil ($U = 50.5$, $p < 0.001$) ja AN piiraval tüübil ($U = 34.00$, $p < 0.001$). Väljutavat tüüpi AN ja BN omavahel oluliselt ei erinenud, $U = 84.5$, $p = 0.513$. Väljutavat tüüpi AN keskmine oli statistiliselt oluliselt kõrgem kui kontrollgrupil, $U = 8.00$, $p < 0.001$. Ka piirava tüübi AN keskmine oli statistiliselt oluliselt kõrgem kui kontrollgrupil, $U = 277.00$, $p = 0.029$. AN alatüübid erinesid teineteisest statistiliselt olulisel määral, $U = 7.5$, $p = 0.001$. Hõivatus välimusest ja kehakaalust skaalal oli kontrollgrupil statistiliselt oluliselt madalam skoor kui BN grupil ($U = 151.5$, $p < 0.001$), AN väljutaval tüübil ($U = 43.5$, $p < 0.001$) ja piiraval tüübil ($U = 251.00$, $p = 0.044$). BN ja väljutavat tüüpi AN vahel olulist erinevust ei

olnud, $U = 98.00$, $p = 0.933$. BN grupi keskmine oli statistiliselt oluliselt kõrgem kui AN piiraval tüübil, $U = 93.5$, $p = 0.009$. Väljutavat tüüpi AN skoor oli kõrgem kui piiravat tüüpi AN skoor, $U = 29.5$, $p = 0.049$.

Arutelu

Käesoleva uurimistöö põhiliseks eesmärgiks oli uurida *anorexia nervosa* (nii väljutav kui ka piirav tüüp) ning *bulimia nervosa* omavahelisi erinevusi Emotsioonide Regulatsiooni Raskuste Skaalal (DERS). Uuringusse kaasati ka impulsiivsuse taset mõõtvat Barratti Impulsiivsuse Skaalat (BIS-11), sest varasemad uuringud (Brockmeyer et al., 2014, Waxman, 2009, Steward et al., 2017) on leidnud, et väljutavat tüüpi AN ja BN puhul on impulsiivsuse tase kõrgem kui piiravat tüüpi AN patsientidel. Käesolevas uuringus mõõdab gruppide impulsiivsust DERS-i Raskused Impulsiikontrollis alaskaala ning BIS-11 on täiendavaks instrumendiks impulsiivsuse mõõtmisel ning gruppide eristamisel sellel skaalal. Töös kasutati ka Söömishäirete Hindamise Skaalat uurimaks gruppidevahelisi erinevusi neljal alaskaalal (Söömise piiramine, Liigsöömine, Toidu väljutamine ja Hõivatus välimusest ja kehakaalust). Teisejärguline eesmärk oli uurida Rootsi Ülikoolide Isiksuse Skaala abil kliinilise grupi (mõlemat tüüpi AN ning BN) erinevusi ning leida, millised isiksusejooned millist teatud söömishäiret iseloomustavad.

DERS-i skoores analüüsid selgus, et Raskused eesmärgipärasel tegevuses skaalal SH grupid omavahel ei erinenud ning see tulemus on kooskõlas varasemate uuringute tulemustega (Brockmeyer et al., 2014), samas teised uurijad (Mallorqui-Bague et al., 2018) on leidnud vastuolulisi tulemusi, kus BN patsientide skoor sellel skaalal oli olulisel määral kõrgem kui AN piiraval tüübil. Emotsionaalse selguse puudumise alaskaalal ei olnud taas olulisi erinevusi SH gruppide vahel ning erinevust ei leidnud ka Brockmeyer ja kolleegid (2014), samas Mallorqui-Bague ja kolleegide (2018) tulemused näitasid AN väljutaval tüübil kõrgemat tulemust kui piiraval tüübil sellel alaskaalal. Üllataval moel ei olnud käesoleval valimil erinevusi DERS-i impulsiikontrolli raskustes, ent BIS-11 põhjal olid selged erinevused olemas. Põhjus võib olla selles, et BIS-11 mõõdab impulsiivsust üldisemalt (impulsiivsuse alafaktorid Tähelepanu, Motoorsus, Enesekontroll, Kognitiivne komplekssus, Sihikindlus ja Kognitiivne ebakindlus), DERS mõõdab spetsiifiliselt impulsiikontrolli raskusi negatiivsete emotsioonide ajal. AN alatüübid ei erinenud omavahel olulisel määral ning see tulemus lükkab ümber esimese püstitatud hüpoteesi, et väljutavat tüüpi AN on impulsiivsem kui piiravat tüüpi AN. Erinevuse

puudumine AN alatüüpide vahel võis tuleneda sellest, et grupid oli väiksed. DERS-i impulsikontrolli raskuste skaala ja BIS-11 järgi on BN ja väljutavat tüüpi AN patsiendid ühtemoodi impulsiivsed ja seega teine hüpotees kehtib. See on nähtus, mida on kirjeldatud varasemates uuringutes (Brockmeyer et al., 2014; Mallorqui-Bague et al., 2018; Rosval et al., 2006) ning sarnaselt teiste uuringute tulemustega (Waxman, 2009; Brockmeyer et al., 2014) viitavad ka käesoleva uurimistöö tulemused sellele, et impulsiivseimad on need SH patsiendid, kellel esineb sagedasi ülesöömise perioode. Nad kasutavat toitu, et tulla toime oma negatiivsete emotsioonidega, samas nad ei teadvusta sellel momendil, et peale ülesöömise perioodi on negatiivsed emotsioonid tagasi. Negatiivne tungivus (*negative urgency*) ehk emotsioonilist distressi kogedes tormakas käitumine on see impulsiivsuse osa, mis ajendab söömishäiretega patsiente üle sööma (Manasse et al., 2016) Emotsionaalsete reaktsioonide aktsepteerimine on söömishäiretega patsientidel häirunud ning on leitud, et AN patsiendid aktsepteerivad emotsionaalseid reaktsioone vähem kui BN patsiendid (Mervin, Zucker, Lacy, & Elliott, 2010), kuid käesolevas valimis erinevus AN ja BN vahel ei olnud. Emotsioonide mitteteadvustamise alaskaala ei eristanud kliinilisi grupe ei üksteisest ega ka kontrollgrupist ning üheks võimalikuks põhjuseks võib olla see, et oma emotsioonidest teadlik olemine ei ole piisav efektiivseks emotsioonide regulatsiooniks, s.t patsient võib teada, millised tunded teda valdavad, ent oma tunnete ja emotsioonidega toimetulekuks kasutab ta ebakohaseid strateegiaid (Wolz et al., 2015). Samas leidsid Oldershaw ja kolleegid oma metaanalüüsis (2015), et AN patsientidel on oma emotsioonide teadvustamine puudulik. Emotsioonide regulatsiooni strateegiate puudumise skaalal kliinilised grupid omavahel ei erinenud, aga erinesid oluliselt kontrollgrupist. Kliiniliste gruppide väiksus võis mõjutada tulemusi, s.t suurema valimiga saaks võib-olla eristada kliinilisi grupe üksteisest sellel skaalal. Tulemused viitavad taas sellele, et emotsioonide düsregulatsioon on transdiagnostiline nähtus ning ravi ajal on oluline pöörata tähelepanu patsiendile efektiivsete emotsioonide regulatsiooni strateegiate õpetamisele. Efektiivsete emotsiooniregulatsiooni strateegiate olemasolu võib samuti kaitsta indiviidi söömishäire kujunemise eest, seega oleks sedatüüpi oskuste oluline roll ka ennetusel. Kolmas ja viimane hüpotees kehtib samuti, sest väljutavat tüüpi AN ja BN patsientide skoorid DERS-i igal alaskaalal olid sarnased.

Söömishäirete Hindamise Skaala eristas selgelt AN alatüüpe ning väljutavat tüüpi AN patsientidel oli kõigil neljal skaalal oluliselt kõrgemad tulemused. Söömise piiramise skaala oli ainus skaala, mis ei eristanud AN piiravat tüüpi BN-st. Liigsöömist esines kõige rohkem BN patsientidel ning toidu väljutamine ja hõivatus oma välimusest ja kehakaalust oli BN-l ja

väljutavat tüüpi AN ühtemoodi kõrge. Need tulemused näitavad, kui palju väljutavat tüüpi AN ja BN omavahel sarnanevad peale impulsikontrolli raskuste.

Rootsi Ülikoolide Isiksuse Skaalal ei olnud diagnostilistel gruppidel omavahelisi erinevusi. Statistiliselt olulised erinevused (diagnostilised grupid vs kontrollgrupp) olid järgnevatel skaaladel: somaatiline ärevus, psüühiline ärevus, vastuvõtlikus stressile, isoleerumine ja kibestumine. Seda, et söömishäiretega patsiendid on ärevamad kui terved iniviidid, on uuritud ka varem (Ahrén-Moonga et al., 2008). Söömishäiretega kaasub kõrge stressitase (Raffi, Rondini, Grandi, & Fava, 2000) ning uuringud AN valimiga on leidnud, et patsientide organismid toodavad rohkem kortisooli kui terved inimesed (Seed, Dixon, McCluskey, & Young, 2000) ning seega on söömishäiretega patsiendid stressile vastuvõtlikumad kui terved iniviidid. Käesoleva uuringu diagnostiliste gruppide liikmed tundsid end rohkem isoleerituna/enesesetõmbununa kui kontrollgrupi liikmed. Üheks võimalikuks põhjuseks võib olla aleksitüümia, mis võib viia sotsiaalsete raskusteni ning patsiendid võivad end teistest isoleerida (Courty, Godart, Lalanne, & Berthoz, 2015). SH patsiendid on ka kibestunud kui terved isikud, sest pidev võitlemine näljaga ja toidust mõtlemine viib ebakohase emotsiooni regulatsiooni strateegia ruminatsioonini, millel on leitud seost negatiivse afektiga (Seidel et al., 2016).

Käesoleva uuringu tulemused toovad välja söömishäirete erinevaid külgi, s.t millised emotsiooni regulatsiooni raskused neil on ning millised on patsientide isiksused haiguse ajal. Peamiseks tulemuseks on see, et erinevate söömishäiretega kaasuvad mitmed emotsiooni regulatsiooni raskused (käesolevas töös raskused eesmärgipärasel tegevuses, emotsionaalse selguse puudumine, emotsionaalsete reaktsioonide mitteaktsepteerimine ja emotsioonide regulatsiooni strateegiate puudumine), kuid kliiniliste gruppide väiksus ei võimaldanud neid omavahel antud aspektides võrrelda. Lisaks leiti BIS-11 abil erinevusi impulsiivsuses kliiniliste gruppide vahel. Teisejärgulise eesmärgina leiti mõningad isiksusejooned kliinilistel gruppidel: somaatiline ärevus, psüühiline ärevus, vastuvõtlikus stressile, isoleerumine ja kibestumine. Tervetel iniviididel olid tunduvalt madalamad tulemused nendel skaaladel. Eelnimetatud söömishäiretega kaasuvad raskuste ja isiksusejoonte uurimine aitab pikemas perspektiivis söömishäiretega patsiente rohkem mõista ning nende raskuste ja defitsiitidele fokuseerimine aitaks söömishäirete ravi efektiivsemaks muuta.

Üheks puuduseks on see, et üle pooltel patsientidest oli kaasuv depressiooni diagnoos, mis on tuntud kui üks neist haigustest, millega kaasuvad probleemid emotsioonide reguleerimisel (Brockmeyer et al., 2012; Oldershaw et al., 2015), seega edasised uuringud on vajalikud välja

selgitamaks, millisel määral jäävad raskused emotsioonide reguleerimisel alles, kui analüüsimisel depressioon arvesse võtta. Antud uuringus ei olnud ANCOVA eeldused täidetud, mistõttu seda kontrollida ei saanud. Teiseks puuduseks võib lugeda söömishäirete gruppide väiksust, mistõttu ei tulnud võib-olla erinevused selgelt välja, seda just DERS skaalal. Töö tugevuseks võiks lugeda seda, et AN alatüüpe on koheldud kui kaht iseseisvat gruppi, mis mõnedes teatud aspektides üksteisest erinevad (söömise piiramine, toidu väljutamine, liigsöömine, hõivatus välimusest ja kehakaalust). Väljutavat tüüpi AN sarnaneb BN-le lisaks eelnimetatud SHS skaaladele (v.a liigsöömine) impulsikontrolli raskustes, see on defitsiit, millega on BN patsientidel suuremad probleemid kui piiravat tüüpi AN patsientidel.

Kasutatud kirjandus

Ahrèn-Moonga, J., Holmgren, S., von Knorring, L., af Klinteberg, B. (2008). Personality traits and self-injurious behaviour in patients with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 16(4), 268–275

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington DC

Brockmeyer, T., Bents, H., Holtforth, M. G., Pfeiffer, N., Herzog, W., Friederich, H.-C. (2012). Specific emotion regulation impairments in major depression and anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 200(2-3), 550–553.

Brockmeyer, T., Skunde, M., Wu, M., Bresslein, E., Rudofsky, G., Herzog, W., Friederich, H.-C. (2014). Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 565–571

Courty, A., Godart, N., Lalanne, C., Berthoz, S. (2015). Alexithymia, a compounding factor for eating and social avoidance symptoms in anorexia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 56, 217–228

Fahy, T., Eisler, I. (1993). Impulsivity and Eating Disorders. *British Journal of Psychiatry*, 162, 193–197

Gratz, K. L., Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54

MacGregor, M. W., Lamborn, P. (2014). Personality Assessment Inventory profiles of university students with eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 2(1),

Mallorqui-Bague, N., Vintro-Alcaraz, C., Sanchez, I., Riesco, N., Agüera, Z., Granero, R., Jimenez-Murcia, S., Menchon, J. M., Treasure, J., Fernandez-Aranda, F. (2018). Emotion regulation as a transdiagnostic feature among eating disorders: Cross-sectional and longitudinal approach. *European Eating Disorders Review*, 26(1), 53–61

- Manasse, S. M., Espel, H. M., Schumacher, L. M., Kerrigan, S. G., Zhang, F., Forman, E. M., Juarascio, A. S. (2016). Does impulsivity predict outcome in treatment for binge eating disorder? A multimodal investigation. *Appetite, 105*, 172–179
- Mervin, R. M., Zucker, N. L., Lacy, J. L., Elliott, C. J. (2010). Interoceptive awareness in eating disorders: Distinguishing lack of clarity from non-acceptance of internal experience. *Cognition and Emotion, 24*(5), 892–902
- Naumann, E., Tuschen-Caffier, B., Voderholzer, U., Svaldi, J. (2016). Spontaneous Emotion Regulation in Anorexia and Bulimia Nervosa. *Cognitive Therapy and Research, 40*(3), 304–313.
- Oldershaw, A., Lavender, T., Sallis, H., Stahl, D., Schmidt, U. (2015). Emotion generation and regulation in anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis of self-report data. *Clinical Psychology Review, 39*, 83–95.
- Raffi, A. R., Rondini, M., Grandi, S., Fava, G. A. (2000). Life events and prodromal symptoms in bulimia nervosa. *Psychological Medicine, 30*(3), 727–731
- Rosval, L., Steiger, H., Bruce, K., Israel, M., Richardson, J., Aubut, M. (2006). Impulsivity in women with eating disorders: Problem of response inhibition, planning, or attention? *International Journal of Eating Disorders, 39*(7), 590–593
- Seed, J. A., Dixon, R. A., McCluskey, S. E., Young, A. H. (2000). Basal activity in the hypothalamic-pituitary-adrenal axis and cognitive function in anorexia nervosa. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 250*(1), 11–15
- Seidel, M., Petermann, J., Diestel, S., Ritschel, F., Boehm, I., King, J. A., Geisler, D., Bernardoni, F., Roessner, V., Goschke, T., Ehrlich, S. (2016). A naturalistic examination of negative affect and disorder-related rumination in anorexia nervosa. *European Child and Adolescent Psychiatry, 25*(11), 1207–1216
- Steward, T., Mestre-Bach, G., Vintrò-Alcaraz, C., Agüera, Z., Jimenez-Murcia, S., Granero, R., Fernandez-Aranda, F. (2017). Delay Discounting of Reward and Impulsivity in Eating Disorders: From Anorexia Nervosa to Binge Eating Disorder. *European Eating Disorders Review: The Journal of The Eating Disorders Association, 25*(6), 601–606

Svaldi, J., Griepenstroh, J., Tuschen-Caffier, B., Ehring, T. (2012). Motion regulation deficits in eating disorders: A marker of eating pathology or general psychopathology? *Psychiatry Research*, 197(1-2), 103–111

Waxman, S. E. (2009). A Systematic Review of Impulsivity in Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 17(6), 408–425

Wolz, I., Agüera, Z., Granero, R., Jimenez-Murcia, S., Gratz, K. L., Menchon, J. M., Fernandez-Aranda, F. (2015). Emotion regulation in disordered eating: Psychometric properties of the Difficulties in Emotion Regulation Scale among Spanish adults and its interrelations with personality and clinical severity. *Frontiers in Psychology*, 6

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.

Sandra Jakubelovitš