

Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduste valdkond
Psühholoogia instituut

Liis Jõhvik

VÄLTIVA/PIIRAVA TOITUMISHÄIRE SÕELKÜSIMUSTIKU JA DIAGNOSTILISE
INTERVJUU KOHANDAMINE EESTI KEELE- JA KULTUURIRUUMI

Magistritöö

Juhendajad: Kirsti Akkermann, PhD ja Kärol Soidla, MA

Tartu 2024

Vältiva/piirava toitumishäire sõelküsimumstiku ja diagnostilise intervjuu kohandamine ja valideerimine eesti keele- ja kultuuriruumi

Kokkuvõte

Eestis puuduvad vältiva/piirava toitumishäire (ARFID) hindamisvahendid. Sõelküsimumstik *Eating Disorders in Youth Questionnaire* (EDY-Q; van Dyck & Hilbert, 2016) ja diagnostiline intervjuu *ARFID module for Eating Disorders Examination* (EDE-ARFID; Schmidt, 2019) on loodud selle toitumishäire tuvastamiseks. Selle töö eesmärk oli kohandada need hindamisvahendid eesti keele- ja kultuuriruumi. Need tõlgiti ja neile vastas 150 inimest vanuses 16–65. Uuriva graafianalüüsi tulemusel eristus EDY-Q küsimumstiku neljadimensiooniline struktuur: huvipuudus söögi või söömise suhtes, sensoorne tundlikkus, alakaal ja hirm negatiivsete tagajärgede ees. Kinnitav faktoranalüüs kinnitas seda struktuuri. Küsimumstiku sisereliaablus oli aktsepteeritav (Cronbachi $\alpha = 0,79$), nõrgad seosed söömishäirete küsimumstikega kinnitasid eristavat valiidsust. EDE-ARFIDi mooduli hindajatevaheline kokkulangevus oli mõõdukas kuni tugev ($\kappa = 0,51–1,00$). EDE-ARFIDi järgi ARFIDi diagnoosile vastavatel indiviididel oli teistest märkimisväärselt kõrgem EDY-Q koguskoor ($F(2, 147) = 41,515, p < 0,001, \eta^2 = 0,361$), kinnitades hindamisvahendite konvergentset valiidsust. Võrreldes söömishäire riskiga osalejatega olid ARFIDiga osalejatel madalamad söömishäirete küsimumstiku tulemused. Võrreldes ARFIDita ja söömishäire riskita osalejatega olid ARFIDiga osalejatel märkimisväärselt kõrgemad depressiooni, ärevuse ning aktiivsus- ja tähelepanuhäire skoorid; autismispektri häire osas olulisi erinevusi ei ilmnenu. Esialgused tulemused osutavad, et EDY-Q ja EDE-ARFIDi mooduli intervjuu on valiidsed ja usaldusväärsed hindamisvahendid, mis võimaldavad ARFIDit ja selle sümptomeid tuvastada, kuid vajavad täiendavaid valiidsusuuringuid ealiselt, sooliselt ja kliiniliselt mitmekesisel valimil. Tulemused toetavad hindamisvahendite kasutamist täisealistel, mistõttu on tööst kasu ARFIDi kliinilise hindamises ja ARFIDialases teaduslikus uurimistöös.

Märksõnad: vältiv/piirav toitumishäire, EDY-Q, EDE-ARFIDi moodul, uuriv graafianalüüs, hindajatevaheline kooskõla, häirunud söömine

Adapting and validating a screening questionnaire and a diagnostic interview for the avoidant/restrictive food intake disorder for the Estonian language and culture

Abstract

In Estonia, there are no assessment tools for avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID). The screening questionnaire Eating Disorders in Youth Questionnaire (EDY-Q; Hilbert & van Dyck, 2016) and the diagnostic interview Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder module for Eating Disorders Examination (EDE-ARFID; Schmidt, 2019) have been created to identify ARFID. The aim of this study was to adapt both assessment tools for the Estonian language and cultural space. They were translated and a total of 150 individuals aged 16-64 were assessed with them. Exploratory graph analysis yielded a 4-dimensional structure for EDY-Q: lack of interest, sensory sensitivity, underweight, and fear of negative consequences. Confirmatory factor analysis confirmed the solution. The internal reliability of EDY-Q was acceptable (Cronbach's $\alpha = .79$), weak correlations with an eating disorders assessment scale supported divergent validity. Inter-rater agreement for the EDE-ARFID module was moderate to strong ($\kappa = .51-1.00$). Individuals with ARFID (as assessed with EDE-ARFID) had significantly higher EDY-Q scores ($F(2, 147) = 41.515, p < .001, \eta^2 = .361$), confirming convergent validity. Individuals with ARFID had lower scores on the eating disorders assessment scale than individuals at risk for eating disorders. Compared to individuals without ARFID and without risk for eating disorders, individuals with ARFID had significantly higher scores on depression, anxiety and attention-deficit/hyperactivity disorder measures, with no significant differences in autism spectrum disorder scores. Preliminary results suggest that the EDY-Q and the EDE-ARFID module interview are valid and reliable assessment tools for identifying ARFID and its symptoms, but they require further validity studies on a diverse sample in terms of gender, age and clinical characteristics. The results support the use of these assessment tools in adults, thereby facilitating the clinical assessment of ARFID as well as contributing to research.

Keywords: avoidant/restrictive food intake disorder, EDY-Q, ARFID module for EDE, exploratory graph analysis, inter-rater reliability, eating disturbances

Sissejuhatus

Vältiv/piirav toitumishäire

Vältiv/piirav toitumishäire (*avoidant/restrictive food intake disorder* (ARFID)) lisati 2013. aastal diagnostilisse ravijuhisesse DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) ja hiljuti ka rahvusvahelise häirete klassifikatsioonisüsteemi RHK-11 (World Health Organization, 2019) toitumis- ja söömishäirete kategooriasse. ARFIDile on iseloomulik ebapiisav või liiga ühekülgne söömine, mis võib põhjustada ühte või enamat järgnevast: 1) märkimisväärne kaalulangus või võimetus kaalus juurde võtta, 2) toitainepuudus, 3) sõltumine enteraalset toitmistest või toidulisanditest, 4) psühhosotsiaalse toimetuleku häirumine (APA, 2013). Söömise vältimine või piiramine tuleneb huvipuudusest söögi või söömise vastu, sensoorsest tundlikkusest toidu teatud omaduste suhtes (nt maitse, lõhna, tekstuuri, temperatuuri) ja/või hirmust või murest söömisega seotud negatiivsete tagajärgede ees (nt lämbumine, oksendamine) (APA, 2013). Neid kolme võimalikku väljendusviisi nimetatakse teaduskirjanduses profiilideks ja need võivad esineda koos või eraldi, erinedes seejuures raskuse poolest (Thomas, 2017). See toitumishäire ei saa esineda koos *anorexia nervosa* (AN) ega *bulimia nervosa*'ga (BN) ning diagnoos eeldab, et söömise vältimise või piiramise ajendiks ei ole häirumine kehakaalust ega -kujust (APA, 2022). ARFIDit võib esineda igas eas ja kehakaalus inimestel ning hinnanguliselt on see sama levinud kui söömishäired (nt AN ja BN), häirega kaasnevad erinevad füüsilise ja vaimse tervise probleemid, sellele on omane püsiv kulg ja see võib üle minna söömishäireks (Dunford & Thomas, 2024).

Kuna ARFID on võrdlemisi uus diagnoos, pole selle kohta veel laiamahulisi epidemioloogilisi uuringuid. Hinnangud ARFIDi levimuse kohta varieeruvad, sõltudes nt kasutatud hindamisvahenditest ja valimist. Tavapopulatsiooni laste ja noorukite valimil on ARFIDi levimus jäänud 0,3%–15,5% vahemikku (Dinkler & Bryant-Waugh, 2021; Sanchez-Cerezo *et al.*, 2023), kõige rohkem on ARFID levinud pediaatriliste toitumis- ja söömiskliinikute (32%–65%), üldpediaatriakeskuste (3%–7,2%) ja pediaatriliste gastroenteroloogia kliinikute patsientide seas (1,5%–8%) (Sanchez-Cerezo *et al.*, 2023). Seniste uuringute järgi on ARFID täiskasvanutel vähem levinud kui lastel ja noorukitel, jäädes vahemikku 0,3%–4,8% (Sanchez-Cerezo *et al.*, 2023), seda esineb enam gastroenteroloogia (10,2%–23,3%) (Burton Murray *et al.*, 2020; Robelin *et al.*, 2021) või neurogastroenteroloogia kliinikute täiskasvanud patsientidel

(6,3%–17,3%) (Murray *et al.*, 2020). ARFID mõjutab umbes võrdselt nii mehi kui ka naisi (Katzman *et al.*, 2021; Van Buuren *et al.*, 2023).

ARFIDiga võivad kaasnedagi füsioloogilised haigusseisundid kui ka psühhiaatrilised häired, millest osade sümptomid võivad omavahel kattuda. Levinuimad meditsiinilised komorbiidsed seisundid on gastrointestinaalsed ja esofagaalsed haigused, sh funktsionaalne düspepsia, ärritunud soole sündroom, ja mõni autoimmuunne haigus, nt tsöliaakia (Bennett *et al.*, 2022; Dunford & Thomas, 2024). Lisaks võib esineda iiveldust, raskusi neelamisega ja kõhuvalu (Dunford & Thomas, 2024). Ligi pooltel ARFIDiga inimestest võib esineda mõni psühhiaatriline komorbiidne häire (Sanchez-Cerezo *et al.*, 2023). Kõige sagedamini esineb ARFIDiga koos ärevushäireid, hinnanguliselt 9,1%–72%, seejuures kõige enam üldistunud ärevushäiret (Sanchez-Cerezo *et al.*, 2023). Meeleoluhäireid esineb ARFIDiga veidi vähem, ca 17%–33% (Duncombe Lowe *et al.*, 2019; Nicely *et al.*, 2014). ARFIDit esineb ka koos obsessiiv-kompulsiivse häirega (Fisher *et al.*, 2014; Nicely *et al.*, 2014) ning sageli neuroarenguliste häiretega, nt autismispektri häire (Bourne *et al.*, 2022; Farag *et al.*, 2022; Watts *et al.*, 2023) ja aktiivsus- ja tähelepanuhäire (Reilly *et al.*, 2019). Need komorbiidsed häired jagavad ARFIDI ja selle profiilidega mitmeid tunnuseid, nt isu- ja huvipuudust ja sensorset tundlikkust, mis viitab ARFIDI transdiagnostilistele joontele.

ARFIDI eristamine söömishäiretest

ARFID erineb ANist, BNist, liigsöömishäirest ja täpsustamata söömishäirest. Peamine erinevus seisneb selles, et ARFIDile omane söömiskäitumine ei tule kehakuju ega -kaaluga rahulolematusest, samal ajal kui söömishäirete puhul on söömise piiramine ajendatud kõhnuse idealiseerimisest ning kehakuju ja -kaalu ületähtsustamisest (Thomas & Eddy, 2018). Kehaga rahulolematuse on levinud ja võib elu jooksul võrdlemisi stabiilne püsida (Tiggemann, 2004), mistõttu võivad seda kogeda ka ARFIDiga inimesed, kuid see pole nende söömiskäitumise ajendiks. Raskused diferentsiaaldiagnostikas võivad ilmnedagi, kui ANiga inimesed eitavad hirmu kaalutõusu ees (Kambanis, Palmer, *et al.*, 2024), aga ka siis, kui ARFIDile ja söömishäirele omased sümptomid avalduvad korraga. Hiljuti avaldati juhtumiuuring, milles eelteismees tüdruk raporteeris kehaga rahulolematust ja väärtustas kõhnust, kuid söömise vältimine ja piiramine tulenesid vähesest isust, hirmust uusi toite proovida ja hirmust söömise seotud negatiivsete tagajärgede ees (Barney *et al.*, 2022). Ka teistes uuringutes on leitud, et ARFIDiga individidel võib samal ajal esineda söömishäire sümptomeid, nt liigsöömiseepisoode või hirmu

kaalutõusu ees (Becker *et al.*, 2020). Ehkki diagnostiline ravijuhis DSM-5 välistab ARFIDI ja söömishäire (v.a liigsöömishäire) koosesinemise, on mõnes viimase aja uuringus leitud, et söömis- ja toitumishäire sümptomid võivad siiski samaaegselt või teineteise järel avalduda.

Söömishäirete diagnostilist ebastabiilsust ja sagedat üleminekut ühest häirest teise on kirjeldatud mitmetes uuringutes (Schaumberg *et al.*, 2019). Vähem on teada ARFIDI diagnostilise ülemineku kohta. Üksikutes uuringutes on kirjeldatud ARFIDI üleminekut ANiks (vt nt Norris *et al.*, 2020). Kambanis, Mancuso *et al.* (2024) uurisid ARFIDI ja söömishäirete ning nende sümptomite avaldumise trajektoore. Nad leidsid, et 71% ARFIDiga indiviididel toimus üleminek piiravat tüüpi söömishäiresse (AN, atüüpiline AN), 26% kujunes liigsöömistüüpi söömishäire (nt BN, liigsöömishäire). Seejuures ennustas ARFIDI huvipuuduse profiil suurema tõenäosusega piirava ja väiksema tõenäosusega liigsöömistüüpi söömishäire kujunemist. Toodi välja, et enamikul osalejatel kujunesid kõigepealt kognitiivsed sümptomid (nt kehakuju ja -kaalu üleväärtustamine, hirm kaalutõusu ees) ja seejärel käitumuslikud sümptomid (nt toidu vältimine, paastumine eesmärgiga kaalu langetada); need sümptomid kujunesid keskmiselt viie aasta jooksul pärast ARFIDI algust. Peamine käitumuslik sümptom oli toidu vältimine; toonitati, et muutus mitte käitumine ise, vaid käitumise ajend, ja see võis esineda kombinatsioonis ARFIDI kolme profiiliga (Kambanis, Mancuso, *et al.*, 2024). Uuring juhib tähelepanu, et ARFIDI üleminek söömishäireks on oluline kliiniline fenomen, mis vajaks edasi uurimist ja millega peaks ARFIDI hindamisel arvestama.

Kuna ARFIDil on ANiga mitmeid sarnaseid tunnuseid, nt söömise piiramine ja vältimine, madal kehakaal, märkimisväärne toitainete puudus ja sellega seotud meditsiinilised tagajärjed, on uuringutes peamiselt neid võrreldud (Norris *et al.*, 2020)). Võrreldes ANiga saab ARFID alguse ja ravile pöördutakse varasemas eas, patsiendid raporteerivad pikemat ravi kulgu (Düplouis *et al.*, 2023), viibivad kauem haiglaravil ning puudub ANile iseloomulik naiste ülesindatus (Cañas *et al.*, 2021; Fisher *et al.*, 2014; Strandjord *et al.*, 2015). ARFIDiga esineb vähem akuutset kaalulangust kui ANiga, aga rohkem kroonilist madalat kehakaalu (Strandjord *et al.*, 2015). ARFIDiga indiviidide tulemused söömishäirete psühhopatoloogiat ja kliinilist häiritust hindavates mõõdikutes osas on madalamad kui ANi puhul (Fjeldstad *et al.*, 2021; Nakai *et al.*, 2016), erinevusi söömise piiramises pole, kuid raporteeritakse suuremat neofobiat (uute toitade vältimist) (Becker *et al.*, 2019). Võrreldud on ka komorbiidsust teiste psüühikahäiretega. Võrreldes ANiga kaasneb ARFIDiga rohkem neuroarengulisi häireid (Bryson *et al.*, 2018; Fisher

et al., 2014; Zanna *et al.*, 2021). Ärevuse ja meeleoluhäirete osas puudub üksmeel, kuid uuringutes, kus on arvestatud vanust kui ühismuutujat või kaasatud täiskasvanud, ei ilmne ANi ja ARFIDI vahel ärevuse ega meeleoluhäirete esinemises märkimisväärseid erinevusi (Fjeldstad *et al.*, 2021; Kambanis *et al.*, 2022).

ARFIDI hindamisvahendid

Kui ARFID 2013. aastal DSM-5 lisati, polnud ühtegi hindamisvahendit, mis oleks seda konstrukti hinnanud. Viimase veidi enam kui kümne aasta jooksul on koostatud sõelküsimumustikke ja intervjuusid, et seda häiret tuvastada ja määrata. Näiteks on loodud järgmised sõelküsimumustikud: *Nine-Item ARFID Screen* (NIAS; Zickgraf & Ellis, 2018), *ARFID-Brief-Screen* (ARFID-BS; Dinkler *et al.*, 2022), *Pica, Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder and Rumination Disorder Interview-Questionnaire* (PARDI-AR-Q; Bryant-Waugh *et al.*, 2022), ja *Eating Disturbances in Youth-Questionnaire* (EDY-Q; Dyck *et al.*, 2013). Küsimustike fookus erineb mõneti, nt NIAS keskendub kolme ARFIDI profiili hindamisele, kuid ei hinda toitumishäiret välistavaid kriteeriume ega söömiskäitumisest tulenevaid tagajärgi; ARFID-BS on mõeldud 4–7-aastaste laste vanematele ja keskendub just nimelt kliinilisele häiritusele, sh toitainete puuduse, kasvu aeglustumise, madala kehakaalu ja psühhosotsiaalse häirituse hindamisele, kuid ei hinda kolme profiili (Dinkler & Bryant-Waugh, 2021). PARDI-AR-Q ja EDY-Q sisaldavad lisaks küsimusi ka *pica* ja rumineerimishäire (*ruminatio disorder*) kohta. Seejuures ainult PARDI-AR-Q sisaldab küsimusi diagnostiliste kriteeriumide ja kolme profiili kohta (Dinkler & Bryant-Waugh, 2021), kuid ta on teistest pikem ja sobilik kasutamiseks pigem kliinilises kui üldtervishoiu kontekstis. EDY-Q seevastu on lühike, hindab kolme profiili ja välistavaid kriteeriume ning on sobilik kasutamiseks ka üldtervishoiuasutustes.

Loodud sõelküsimumustikud aitavad ARFIDI sümptomeid või tunnuseid tuvastada, kuid diagnoosi täpsustamiseks on vaja läbi viia kliiniline intervjuu. ARFIDI hindamiseks on diagnostilistest intervjuudest valideeritud *Pica, ARFID, Rumination Disorder Interview* (PARDI; Bryant-Waugh *et al.*, 2019) ja *ARFID module for Eating Disorders Examination* (EDE-ARFID) (Schmidt, 2019). PARDI ja EDE-ARFIDI moodul on mõlemad poolstruktureeritud intervjuud, millel on nii laste, lapsevanemate kui ka täiskasvanute versioonid. Mõlemad on põhjalikud, pakkudes detailset kirjeldust ja hinnangut ARFIDI esinemise, diagnostilistele kriteeriumidele vastavuse ja profiilide kohta. EDE-ARFIDI moodul kasutab hindamiseks viimast kolme kuud, PARDI viimast kuud. Lisaks kasutatakse toitumis- ja söömishäirete hindamiseks *Eating*

Disorder Assessment for DSM-5 (EDA-5; Sysko *et al.*, 2015) ja *Structured Clinical Interview for DSM-5* (SCID-5; First *et al.*, 2015), kuid neid pole ARFIDiga indiviidide valimil valideeritud. EDA-5 on lühike veebipõhine intervjuu, mis hindab ARFIDI esinemist; SCID-5 on veidi põhjalikum, hinnates igat profiili, kuid mitte toitumishäire raskust (Kambanis & Thomas, 2023). Need intervjuud hindavad erineval määral ka söömishäirete esinemist, mis on oluline diferentsiaaldiagnostikaks (Kambanis & Thomas, 2023). Nagu teiste ARFIDI mõõtevahendite puhulgi on uuringuid intervjuude valiidsuse kohta veel vähe.

EDY-Q ja EDE-ARFIDI mooduli intervjuu

EDY-Q koostati esialgu selleks, et tuvastada varases eas algavat toitumise häirumist ja piiramist 8–13-aastastel lastel, hiljem on see leidnud kasutust ka täisealistel inimestel. See on 14-väeteline küsimustik, millest kaks on *pica* ja rumineerimishäire kohta ning kaks on mõeldud ARFIDI välistamiseks, puudutades kehakuju ja -kaaluga rahulolu. Ülejäänud kümme küsimust hindavad ARFIDI kolme profiili ja alakaalu.

EDY-Q psühhomeetrilisi omadusi on uuritud tavapopulatsioonis nii laste kui ka täiskasvanute valimil, kõigis uuringutes on skaala sisereliaablus olnud madalavõitu ($\alpha = 0,62–0,67$), viidates skaala heterogeensusele, ja kinnitust on leidnud neljafaktoriline struktuur ((Dyck *et al.*, 2013; Hilbert *et al.*, 2021; Kurz *et al.*, 2015, 2016). Täiskasvanute valimil on skaala omadusi hinnatud ühes uuringus. Selles Saksamaal 2424 täiskasvanu seas läbiviidud uuringus leiti peatelgede faktoranalüüsiga neljafaktoriline struktuur, kus esimene faktor (hirm negatiivsete tagajärgede ees) seletas 28,1%, teine (huvipuudus) 13,5%, kolmas (alakaal) 12,6% ja neljas (sensoorne tundlikkus) 10,8% küsimuste varieeruvusest. ARFIDI levimus oli naistel 0,8% ja meestel 0,9%; toodi välja, et ARFIDI sümptomitega täiskasvanud olid pigem alakaalus või normkaalus, raporteerisid enam piiravat söömiskäitumist ning võrreldes söömishäirega patsientidega esines neil vähem söömishäire psühhopatoloogiat ja liigsöömist, kuid nad ei erinenud märkimisväärselt kompensatoorsete käitumiste, ärevuse ega depressiooni poolest (Hilbert *et al.*, 2021). EDY-Q on hiljuti tõlgitud eesti keelde ning valideeritud laste ja noorte valimil (Jõhvik, 2021), küsimustiku psühhomeetrilised omadused olid head ning neljafaktoriline struktuur leidis kinnitust.

EDE-ARFIDI mooduli intervjuul on nii laste, lapsevanemate kui ka täiskasvanute versioonid. Intervjuu on osa söömishäirete intervjuust *Eating Disorders Examination* (EDE 17.0D; Fairburn, Cooper, & O'Connor, 2014), aga seda võib kasutada ka eraldi. Intervjuu

tugineb DSM-5 diagnostilistele kriteeriumidele ja sellel on kolm osa. Esimeses osas määratakse vältiva/piirava toitumise päevade arv ning tarbitud toidu variatiivsus ja kogus viimase kolme kuu jooksul. Selles osas on küsimused ka ARFIDit välistavate tunnuste kohta, sh psühholoogiliste häirete ja füüsiliste haiguste kohta, mis aitaksid vältivat või piiravat söömist paremini seletada, ning söömise piiramise võimalike kultuuriliste ja religioossete põhjuste kohta. Teise osa küsimused keskenduvad diagnostilistele tunnustele. Viimase osa küsimused puudutavad ARFIDI kolme profiili, toidu vältimisega kaasnevat emotsionaalset häiritust, rituaalset söömist ja kaasuvaid füüsilisi probleeme (Schmidt, 2019).

EDE-ARFIDI psühhomeetrilisi omadusi on seni uuritud kahes uuringus. Saksamaal läbi viidud pilootuuringus osales 39 last vanuses 8–13 koos vanematega tavapopulatsioonist. Nii laste kui ka vanemate versioonil leiti kõrge hindajatevaheline reliaablus (Coheni κ vastavalt 0,62 ja 0,92) (Schmidt, 2019). Pärast pilootuuringut täiendati intervjuud ja viidi läbi uus uuring. Selles uuringus osales 176 last koos vanematega, nendest 64 põhjal hinnati intervjuude psühhomeetrilisi omadusi. Osalejad olid vanuses 5 kuud kuni 17 aastat. Iga versiooni kohta leiti samuti kõrge hindajatevaheline reliaablus nii diagnoosi osas (täiskasvanute versioonil $\kappa = 1,00$) kui ka diagnostiliste küsimuste osas (täiskasvanute versioonil: madal kehakaal $\kappa = 0,70$, toitainepuudus $\kappa = 0,76$, toidulisanditest sõltumine $\kappa = 0,81$) (Schmidt *et al.*, 2022). Võrreldes ANi sümptomitega osalejatega olid ARFIDI sümptomitega osalejate söömishäirete mõõdikute skoorid madalamad ja nad tarbisid vähem köögivilju. Võrreldes tervete kontrollgrupiga oli ARFIDiga osalejate kehamassiindeks madalam, neil esines palju rohkem söömist vältivat käitumist ja nad tarbisid vähem köögi- ja puuvilju (Schmidt *et al.*, 2022). Tasub siiski märkida, et mõlemad uuringud tuginesid intervjuude osas väikesele valimile; tuvastati mõni üksik ARFIDiga inimene, ja puudus statistiline võimsus. Seega näitavad esialgsed tulemused, et tegemist on lootustandva hindamisvahendiga, mis vajab täiendavaid uuringuid.

ARFIDI sõelumiseks ja diagnoosimiseks on seega loodud mõningaid hindamisvahendeid, aga neid on vähe uuritud täisealiste valimil. Ehkki ARFIDit võib esineda igas eas inimestel, on senistes uuringutes keskendutud lastele ja noorukitele. ARFIDI määramise keerukus seisneb häire heterogeensuses, kliinilises väljenduses ja spetsialistide ebakindluses selle häire etioloogia osas. Rootsis läbi viidud uuringus raporteerisid psühhiaatrid ja psühholoogid küll võrdlemisi häid teadmisi ARFIDist, kuid ARFIDI hindamises olid 70% spetsialistidest ebakindlad (Dinkler *et al.*, 2023). Lisaks tulenevalt east, häire kestusest ja kehakaalust võib ARFID väljenduda erinevalt,

mis teeb diagnoosimise keerulisemaks (Duncombe Lowe *et al.*, 2019) ja seda enam on vaja standardiseeritud hindamisvahendeid häire tuvastamiseks. Eestis pole veel diagnostilist intervjuud ARFIDI määramiseks. Ehkki varem on EDY-Q neljafaktoriline struktuur kinnitust leidnud (Jõhvik, 2021), oli valim märkimisväärselt erinev, sisaldades peamiselt lapsi ja noori.

Magistritöö eesmärk ja hüpoteesid

Selle töö eesmärk on kohandada EDY-Q sõelküsimumstik ja EDE-ARFIDI diagnostiline intervjuu eesti keele- ja kultuuriruumi. Lähtudes eelnevast, püstitasin tööle järgmised hüpoteesid:

H1: Uuriva graafianalüüsi (*exploratory graph analysis* (EGA)) tulemusel tuleb esile EDY-Q neljafaktoriline struktuur ja kinnitav faktoranalüüs toetab EDY-Q väidete laadumist nelja alaskaalasse.

H2: EDY-Q koguskoor seostub positiivselt selle alaskaalade skooridega ja ei seostu söömishäirete küsimustikuga.

H3: EDE-ARFIDI hindajate vahel esineb vähemalt mõõdukas kooskõla ARFIDI diagnoosi, diagnostiliste küsimuste ja ARFIDI kolme profiili osas (huvipuudus, sensoorne tundlikkus ja hirm negatiivsete tagajärgede ees).

H4: EDE-ARFIDI järgi ARFIDI diagnoosile vastavatel osalejatel on teistest kõrgem EDY-Q koguskoor (konvergentne valiidsus), aga ei ole kõrgem söömishäirete küsimustiku skoor (eristav valiidsus).

Täiendavaks uurimisküsimuseks oli hinnata ja kirjeldada, kuidas EDY-Q ja selle alaskaalad korreleeruvad teiste psüühikahäiretega (söömishäire, depressioon, ärevus, autismispektri häire ning aktiivsus- ja tähelepanuhäire) ning kuidas intervjuu järgi ARFIDI diagnoosile vastavad inimesed teistest inimestest nende psüühikahäirete esinemise osas erinevad.

Juhendajate toetusel planeerisin uuringu, kirjutasin eetikakomiteele taotluse, tõlkisin ja kohandasin EDE-ARFIDI intervjuu (EDY-Q sõelküsimumstik sai tõlgitud juba minu 2021. aasta uuringu raames), koordineerisin andmete kogumist ja osalejate värbamist, viisin läbi hindamised (intervjuud, küsimustikud), analüüsisin andmeid ja kirjutasin töö.

Meetod

Valim

Uuringusse registreerus 175 inimest, kellest 6,9% (n = 12) ei ilmunud kohale ja 7,4% (n = 13) olid 8–14-aastased osalejad koos vanematega. Ainus välistav kriteerium oli eesti keele

oskuse puudumine. Kuna alla 14-aastaseid osalejaid oli vähe, jätsin nemad praegusest analüüsist välja. Lõpliku valimi moodustas seega 150 inimest vanuses 16–65 aastat, keskmine vanus oli 31,3 aastat (SD = 11,3), alaealisi oli 6% (n = 9), 92% osalejatest olid naised, 64,7% töötas, 48,7% õppis ja 8,7% (n = 13) ei töötanud ega õppinud. Alakaalus oli 17,3% (n = 26), normkaalus 55,3% (n = 83) ja ülekaalus 27,3% (n = 41) osalejatest. Vaimse tervise probleemi esinemist raporteeris 82% osalejatest. Kõige enam raporteeriti aktiivsus- ja tähelepanuhäiret (45,3%) ja söömishäiret (44,7%).

Tõlkimine

EDE-ARFIDi intervjuu on mõeldud kasutamiseks nii teaduslikus kui ka kliinilises töös. See on koostatud saksa keeles ja tõlgitud inglise keelde. Selle uuringu raames tõlkisin EDE ARFIDi 8–13-aastaste laste ning 14-aastaste ja vanemate versioonid (sh kodeerimisjuhised) inglise keelest eesti keelde ja võrdlesin neid saksakeelse versiooniga. Tõlkeprotsessi oli kaasatud ka juhendaja Kärol Soidla, kellega võrdlesime eestikeelseid tõlkeid ingliskeelse versiooniga. Saksakeelses versioonis esines näiteid, mida ingliskeelses polnud. Sisuliseks mõistmiseks lisasime need ka eestikeelsesse versiooni. Tagasitõlkeks inglise ja saksa keelde kasutasin masintõlkeprogrammi DeepL (DeepL SE, 2017). Intervjuu esmasel läbiviimisel selgus, et osa küsimusi on suulises keeles kohmakad või liiga pikad, paremaks mõistmiseks muutsime need mitmeosaliseks ja suupärasemaks.

Protseduur

Andmeid kogusime septembrist 2023 aprillini 2024 uuringu „Vältiva/piirava toitumishäire hindamisvahendite kohandamine eesti keelde ja Eesti oludele“ raames. Uuringu koostööstati Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteega (379/T-11). Uuringukutset jagati Kognitiivse ja Käitumisteraapia Keskuse klientidele, sotsiaalmeedias (Facebookis ja Instagramis) ja erinevates meililistides, mh õppeasutuste, vaimse tervise keskuste ja terviseasutuste omades. Osalejad registreerusid uuringusse veebipõhise registreerumisevormi või uuringurühma e-posti kaudu. Pärast registreerumist saadeti osalejale nõusolekuleht, mis digiallkirjastati uuringupäeval. Alaealiste osalejate vanemad digiallkirjastasid samuti nõusolekulehe. Vastavalt osaleja eelistusele sai osaleda Zoomis või Kognitiivse ja Käitumisteraapia Keskuses kohapeal. Veebis osalejad täitsid enesekohased küsimustikud ja taustaandmed LimeSurvey keskkonnas, kohapeal osalejad veebis või paberikandjal, seejärel viidi läbi intervjuu. Ehkki intervjuud ei peaks lõpuni

viima, kui esineb kavatsus kaalu langetada või kehakaalu/-kuju ülehindamine (Schmidt *et al.*, 2019), viisime uuringus intervjuud siiski lõpuni, et hinnata selle psühhomeetrilisi omadusi. Täispika intervjuu läbiviimiseks kulus keskmiselt 43 minutit. Intervjuud häälsalvestati ja laeti üles OwnCloudi keskkonda. Pärast intervjuud täitsid osalejad kolm päeva toitumispäevikut ja saatsid selle siis uuringurühma e-postile. Osalejatele tagati anonüümsus ja vabatahtlikkus, isikuandmeid ei kogutud. Kõik intervjuud viisin läbi mina.

Intervjuude kodeerimisse oli kokku kaasatud neli spetsialisti – üks kliiniline psühholoog / psühholoogia doktorant, üks psühholoogia doktorant ja kaks psühholoogia magistranti. EDE-ARFIDi mooduli treeningu läbisid magistritöö juhendajad 2020. aasta sügisel, nad jagasid materjale teistega. Hindajatele tutvustati vältiva/piirava toitumishäire konstrukti, intervjuu ülesehitust ja hindamisjuhust. Lisaks kuulasid hindajad treeningu eesmärgil kahte intervjuud, misjärel arutleti lahtarvamuste üle. Hindajatevahelise reliaabluse määramiseks valiti juhuslikult 52 intervjuud, mis moodustas 34,7% 150st läbiviidud intervjuust; neid intervjuusid kuulas peale intervjuu läbiviija veel üks hindaja. Teised hindajad peale intervjuu läbiviija ei teadnud osalejate identiteeti ega taustaandmeid. Valideerimisele kaasasime küsimused diagnostiliste kriteeriumide A1–A4 kohta, ARFIDi diagnoosi ja küsimused ARFIDi kolme profiili kohta.

Mõõtevahendid

Vältiva/piirava toitumishäire sõelküsimustik EDY-Q (Hilbert & van Dyck, 2016) on 14-väiteline küsimustik. Kümme küsimust puudutavad ARFIDi kolme dimensiooni, kaks on ARFIDit välistavad küsimused ning kaks puudutavad *pica*'t ja rumineerimishäiret. Küsimusi hinnatakse 7-pallisel Likerti skaalal (0 = “mitte kunagi“, 6 = “alati“). Varem on skaalat täiskasvanute valimil valideeritud Saksamaal, milles raporteeriti EDY-Q koguskoori Cronbachi $\alpha = 0,67$ ja McDonald's $\omega = 0,51$; Eestis on küsimustiku esialgset faktorlahendit uuritud laste ja noorukite valimil Liis Jõhvik uuringutöö raames (Jõhvik, 2021).

EDE-ARFIDi mooduli intervjuu (*ARFID module for EDE*; Schmidt, 2019) on poolstruktureeritud intervjuu ARFIDi diagnoosimiseks. Intervjuu tugineb DSM-5 diagnostilistele kriteeriumidele ja hindab vältiva/piirava toitumise põhjuseid, sh põhjuseid, mis välistavad ARFIDit, nt organisatoorsed, füüsilise või vaimse tervise probleemid. Enamikku diagnostilisi küsimusi hinnatakse binaarselt (jah/ei), psühhosotsiaalset häiritust dimensionaalselt (0–6), lisaks on küsimus kliinilise raskuse kohta (jah/ei). ARFIDi võimalikke profiile hinnatakse samuti binaarselt (jah/ei). ARFIDi diagnoosimiseks peab esinema vältiv/piirav toitumine tarbitud toidu

koguse, variatiivsuse või mõlema alusel ning olema täidetud vähemalt üks diagnostiline kriteerium, st kaalulangus või suutmatuse kaalus juurde võtta (A1), toitainete puudus (A2), sõltumine enteraalsetest toitmistest (A3) ja/või märgatav häirumine psühhosotsiaalses toimetulekus (A4) (APA, 2013).

Söömishäirete Hindamise Skaala (SHS; Herik *et al.*, 2009) on 29-väiteline küsimustik, mis hindab söömiskäitumist neljal alaskaalal: söömise piiramine, liigsöömine, toidu väljutamine ning hõivatus välimusest ja kehakaalust. Küsimustik aitab eristada BNi, ANi ja liigsöömishäirega inimesi söömishäireta inimestest. Küsimusi hinnatakse 6-pallisel skaalal (0 = “mitte kunagi“, 5 = “alati“). Herik (2009) on arvutanud skaalale äralõikepunktid; selle järgi on üldskoori äralõikepunkt 52. Minu töös oli küsimustiku koguskaala sisereliaablus $\alpha = 0,93$.

Montgomery–Åsberg depressiooni skaala (MÅDRS-S; Svanborg & Åsberg, 2001) on 9-väiteline enesekohane küsimustik depressiooni põhisümptomite hindamiseks. Küsimustik hindab meeleolu, ärevustunnet, und, söögiisu, keskendumisvõimet, algatusvõimet, kaasaelamist, pessimismi ja elurõõmu. Väiteid hinnatakse skaalal 0–6. Selles töös oli skaala sisereliaablus $\alpha = 0,84$.

Seisundi- ja püsiärevuse skaala (STAI; Spielberger *et al.*, 1983) koosneb 40 enesekohasest väitest. Küsimustikul on kaks skaalat, esimeses on 20 väidet, mis puudutavad seisundiärevust, hinnatakse, kuidas ennast hetkel tuntakse. Teises alaskaalas on samuti 20 väidet, need puudutavad püsiärevust, hinnatakse, kuidas ennast tavaliselt tuntakse. Väiteid hinnatakse 4-pallisel skaalal (1 = “mittenõustumine“ ja 4 = “täielik nõustumine“). Selle uuringus oli püsiärevuse alaskaala sisereliaablus $\alpha = 0,93$ ja seisundiärevuse sisereliaablus $\alpha = 0,95$.

Täiskasvanute ATH enesekohane sõelküsimumstik (ASRS-V1.1; Kessler *et al.*, 2005) on 6-väiteline enesekohane sõelküsimumstik, mis tugineb DSM-IV-TR kriteeriumidele. Küsimused puudutavad aktiivsuse- ja tähelepanuhäire sümptomite esinemist viimase kuue kuu jooksul. Väiteid hinnatakse 5-pallisel skaalal (0 = “Mitte kunagi“ ja 4 = “Väga sageli“), esimesed kolm väidet hindavad tähelepanupuudulikkuse ja viimased kolm hüperaktiivsuse-impulsiivsuse sümptomeid. Selles töös oli küsimustiku sisereliaablus $\alpha = 0,81$.

Autismiküsimumstik (AQ; Baron-Cohen *et al.* 2001; eesti keelde tõlkinud ja kohandanud Kuusik (2021)), kohandatud versioonis on 24 väidet, millel on viis alaskaalat: sotsiaalsed oskused, tähelepanu ümberlülitamine, tähelepanu detailidele, kommunikatsioon ja kujutlusvõime. Küsimused hindavad peamisi autismi diagnostilisi kriteeriume ning autismile

omaseid kognitiivseid stiile ja eelistusi. Väiteid hinnatakse 4-pallisel skaalal (1 = “Ei nõustu” ja 4 = “Täiesti nõus”). Küsimustiku sisereleiaablus selles töös oli $\alpha = 0,85$.

Andmeanalüüs

Andmete töötlemise, korrastamise ning küsimustike ja intervjuu skoorimise viisin läbi programmis Microsoft Excel for Mac (versioon 16.78.3). EGA, kinnitava faktoranalüüsi ning klassisese korrelatsiooni (ICC) teostas R-is (versioon 4.3.3), kasutades RStuudio (versioon 2023.12.1). Kirjeldava statistika ja samuti kinnitavat faktoranalüüsi illustreeriva joonise tegin JASPi (versioon 0.18.3).

Andmete normaaljaotuslikkust testisin Shapiro-Wilki testiga. EDY-Q küsimustiku kõigi vastuste Shapiro-Wilki testi p-väärtus on alla 0,001, näiteks 5. küsimuse puhul *skewness* 2,01, *kurtosis* 3,07; 11. küsimuse puhul *skewness* 2,97, *kurtosis* 9,21. Et andmed pole normaaljaotuslikud, kasutasin töös mitteparameetrilisi teste.

Konstrukti valiidsuse uurimiseks rakendan **uuriva graafianalüüsi** (*exploratory graph analysis* (EGA)) meetodit. EGA on osa võrgustiku psühhomeetriast, mis kasutab määramata suunaga võrgustiku mudeleid, et tuvastada multivariaatsete andmete dimensioone (Christensen & Golino, 2021a). Võrgustikumudelid kuvatakse tunnusteklastritena, mis on muutujad, ja servadena (*edges*), mis osundavad tunnuste vahelise seotuse tasemele (Christensen & Golino, 2021a). Tunnusteklastrid esindavad võrgustiku dimensioone, mida võib tõlgendada ka faktoritena. EGA rakendab kõigepealt võrgustiku tuvastamise meetodit ja seejärel kaalutud võrgustike dimensioonide tuvastamise algoritmi. Selle tulemusel luuakse tugevalt seotud dimensioonid. EGA-l on mitmeid positiivseid külgi, nt kasutab see deterministlikku algoritmi (olemata seega mõjutatud uurijapoolsest suunamisest), see töötab paremini, kui faktoris on vähe muutujaid ega ole mõjutatud valimi suurusel (Christensen & Golino, 2021a).

Kasutasin EGA läbiviimiseks R-i paketti “EGAnet” (Golino *et al.*, 2024), arvutusmudelina kasutasin GLASSOt (*graphical least absolute shrinkage and selection operator*). See arvutusmudel annab Christensen & Golino (2021) järgi andmestikul, kus on ühe faktori kohta vähe muutujaid (3–4) paremaid tulemusi kui TMFG (*triangulated maximally filtered graph*). Dimensioonide määramiseks rakendasin algoritmi *Walktrap*, mis mõõdab tunnuste vahelisi sarnasusi randoomsete marsruutide (*walks*) põhjal (Christensen & Golino, 2021a). Varasemad uuringud on näidanud, et selle algoritmi tuvastatud klastrid vastavad hästi faktormudelite latentsetele faktoritele (Golino & Epskamp, 2017). Korrelatsioonimeetodi lasin

funktsioonil EGA() määrata automaatselt argumendi `corr="cor_auto"` abil. Kuna teadaolevalt ei olnud andmestik ühedimensionaalne, ei omanud ühedimensionaalsuse meetodi määramine praktilist tähtsust.

Seejärel viisin läbi **Bootstrap EGA** analüüsi, et hinnata dimensioonide stabiilsust ja üksiktunnuste stabiilsust dimensioonides. *Bootstrap EGA* genereerib näidisdistributsiooni, mille põhjal on võimalik hinnata empiiriliste EGA dimensioonide stabiilsust ehk struktuurilist konsistentsust. Struktuuriline konsistentsus tähendab seda, mil määral on dimensioon omavahel seotud (sisemine konsistentsus) ja homogeenne (Golino *et al.*, 2021). Genereerisin distributsiooni 5000 iteratsiooniga, kasutades mitteparameetrilist (*resampling*) genereerimist, sest andmestik ei järgi normaaljaotust. On väidetud, et dimensioonide stabiilsus hakkab muutuma liiga väikeseks väärtuste 0,65–0,75 juures (Christensen & Golino, 2021a).

Seejärel viisin leitud faktorstruktuuri sobivuse hindamiseks läbi **kinnitava faktoranalüüsi**. Selleks kasutasin R-i paketti “lavaan”, mis on loodud latentsete muutujate analüüsimiseks. Mudelit kirjeldasin vastavalt EGA abil leitud struktuurile: st küsimused 1–3 laaduvad 1. faktorile, küsimused 4–5 2. faktorile, küsimused 8, 9 ja 12 3. faktorile ning küsimused 10–11 4. faktorile. Et andmestik ei ole normaaljaotuslik, kasutasin meetodit MLR (*robust maximum likelihood*), mis erineb tavapärasest ML meetodist selle poolest, et lisab väljundile usaldusväärsed (*robust*) standardvead ning skaleeritud (*scaled*) statistikud. Lahendi sobivuse hindamisel tuginesin Hu ja Bentleri (1999) soovitudele: *Comparative Fit Index* (CFI) $\geq 0,95$, *Root mean square error of approximation* (RMSEA) $< 0,06$, *Standardized root mean square residual* (SRMR) $\leq 0,08$, *Tucker-Lewis Index* (TLI) $\geq 0,95$ (Hu & Bentler, 1999).

Seejärel viisin läbi **korrelatsioonianalüüsid**, et uurida EDY-Q konstruktivaliidsust ja eristavat valiidsust. Kuna andmed pole normaaljaotuslikud, kasutasin Spearmani korrelatsioonikordajat. EDY-Q küsimustiku sisereliaabluse uurimiseks kasutasin näitajaid Cronbachi α ja Pearsoni r .

EDE-ARFIDI hindajatevahelise reliaabluse testimiseks kasutasin kategoriaalsete tunnuste puhul statistikut Coheni κ ja protsenti ning pideva tunnuse puhul klassisisest korrelatsioonikoefitsienti (*intraclass correlation coefficient* (ICC) koos 95% usaldusintervalliga (CI). Coheni κ võtab arvesse võimaluse, et mingi osa kokkulangevusest on juhuslik. Tulemusi võib tõlgendada järgmiselt: kooskõla puudub või on vähene ($\kappa \leq 0,20$), vähene kooskõla ($0,21 < \kappa \leq 0,40$), mõõdukas kooskõla ($0,41 < \kappa \leq 0,60$), tugev kooskõla ($0,61 < \kappa \leq 0,80$), ja peaaegu

ideaalne kooskõla ($\kappa > 0,80$) (McHugh, 2012), kapaga koos soovitatakse arvutada kokkulangevuse protsent, sest kapa üksinda võib kokkulangevust alahinnata (McHugh, 2012). Pideva muutuja puhul rakendasin ICC (3, k) alatüüpi, mis rakendab kahesuunalist segaefektide mudelit ning hindab kooskõllalisust spetsialistide hinnangutes ning sobib kasutamiseks juhtudel, kui valitud hindajad on ainukesed hindajad ja mitu hindajat on hinnanud muutujat erinevatel osalejatel. See võtab arvesse nii hindajatevahelist kui ka hindajasisest variatiivsust (Koo & Li, 2016), ICC $\geq 0,75$ peetakse heaks ja $\geq 0,90$ ideaalseks (Portney & Watkins, 2014)

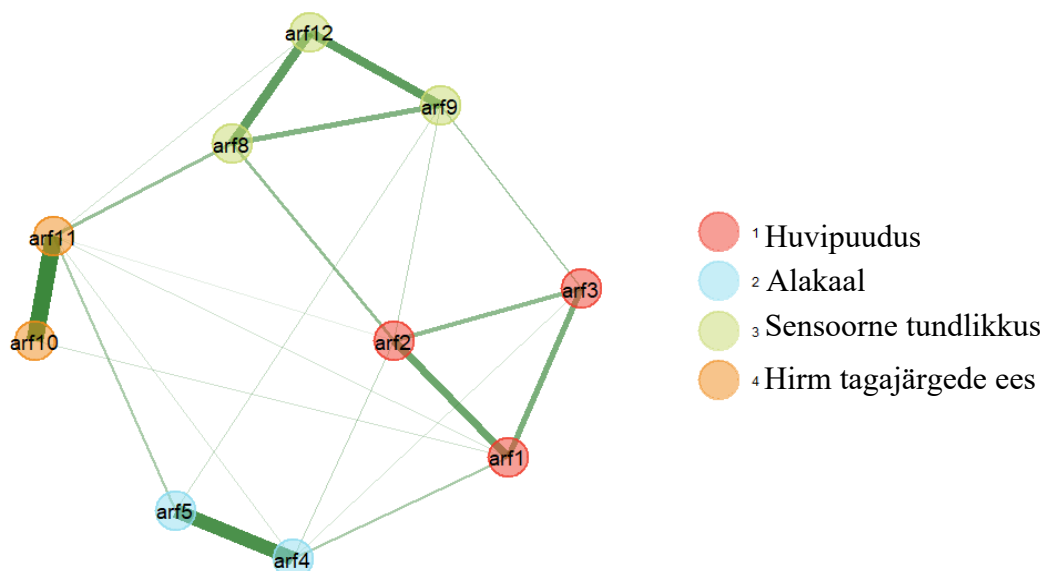
Gruppidevaheliseks võrdluseks viisin kolme grupi vahel iga muutuja kohta läbi ANOVA testi. Et andmed ei olnud normaaljaotuslikud, viisin läbi Kruskal-Wallis *post hoc* testi. Vaadates gruppe paarikaupa, arvutasin efekti suuruse (Coheni d) ja hindasin selle statistilist olulisust Bonferroni korrigeerimise järgi. Binaarsete muutujatega (intervjuuküsimused ARFIDI profiilide ja diagnostiliste tunnuste kohta ning küsimused vaimse ja füüsilise tervise häirete kohta) viisin samades gruppides läbi hii-ruut testi.

Tulemused

EDY-Q konstruktivaliidsus

EGA tulemusena eraldus neli dimensiooni, mis vastavad EDY-Q teoreetilisele taustale: huvipuudus, alakaal, sensoorne tundlikkus ja hirm negatiivsete tagajärgede ees (joonis 1).

Joonis 1. EGA, automaatse korrelatsioonikordaja funktsioonil põhinev korrelatsioonimaatriks, GLASSO mudel ja *walktrap* algoritm.



Seejärel viisin läbi *Bootstrap* EGA analüüsi, et hinnata EDY-Q küsimustiku dimensioonide stabiilsust ja üksiktunnuste stabiilsust dimensioonides. 5000 korduse põhjal oli dimensioonide arvu mediaan 4, dimensioonide arvu standardviga oli 0,27 ja usaldusvahemik oli võrdlemisi kitsas (95% CI [3,5, 4,5]). *Bootstrap* EGA simulatsiooni tulemus viitab stabiilsele 4-dimensioonilisele struktuurile – 4 dimensiooni ilmnesid 92% juhtudest, 3 dimensiooni 8% juhtudest ning muud dimensioonide arvud väga harva (tabel 1).

Tabel 1. Dimensioonide arv bootstrap EGA järgi (5000 kordust)

Dimensioonide arv	Sagedus
1	0,0002
2	0,0018
3	0,0812
4	0,9166

Et paremini mõista dimensioonide stabiilsust, arvutasin struktuuralse konsistentsuse ehk selle, kui sageli on EGA dimensioon täpselt samuti replitseeritud (sama dimensiooni küsimus esineb samas dimensioonis) kõikides *bootstrap* valimites. Struktuurane konsistentsus on kõigil dimensioonidel 96% või rohkem (tabel 2), mis on väga kõrge tulemus, osutades samuti, et nelja-dimensiooniline lahendus on stabiilne.

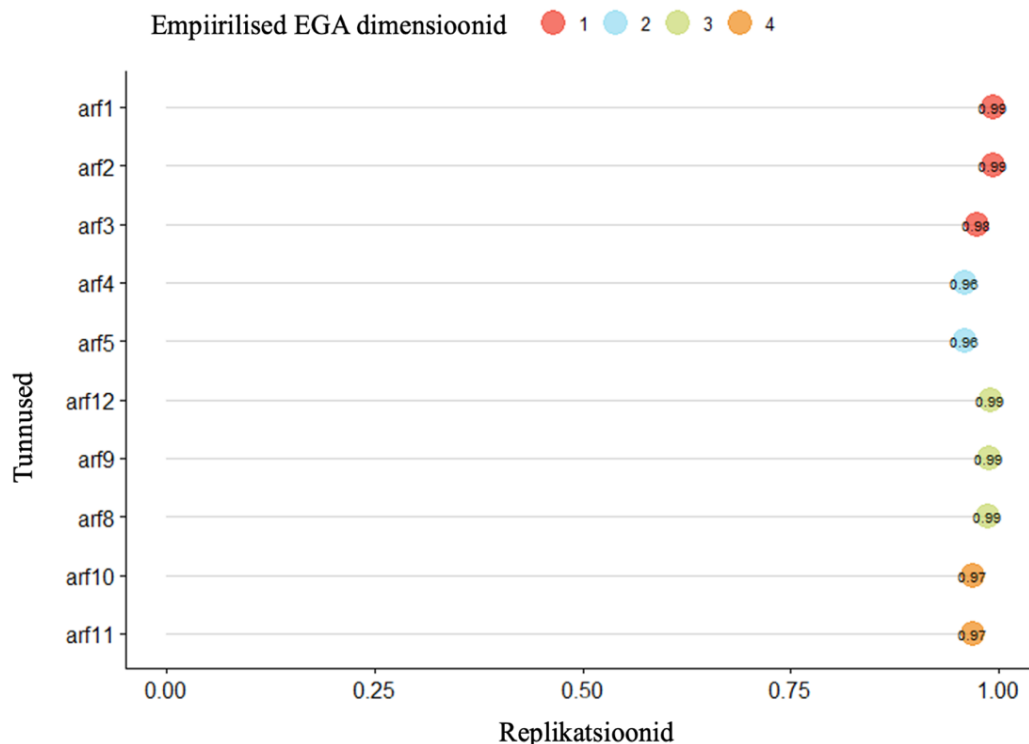
Tabel 2. Dimensioonide struktuurane konsistentsus bootstrap EGA järgi (5000 kordust)

Dimensioonid	Struktuurane konsistentsus
1	0,9780
2	0,9624
3	0,9866
4	0,9696

Tunnuste stabiilsused empiirilistes dimensioonides (st kui sageli tunnus kuulub antud dimensiooni) on samuti ühtlaselt kõrged, jäädes vahemikku 0,96–0,99 (joonis 2). Kõik skaala väited replitseerusid EGA poolt tuvastatud dimensioonis hästi, olles kontseptuaalselt sarnased. Väidete stabiilsused on 1 lähedal, osutades EGA tuvastatud dimensionaalse lahenduse tugevusele. Ehkki ebastabiilseid väiteid ei ilmne, uurisin tunnuste stabiilsust täpsemalt. Selgus, et tunnuseid ei replitseeritud märkimisväärselt teistes dimensioonides ja need esinevad selgelt ühes dimensioonis. Dimensioonide laadungid jäid vahemikku 0,30–0,54, viidates mõõdukale kuni suurele efektile (Christensen & Golino (2021) järgi vastavalt $\geq 0,15$ – väike, $\geq 0,25$ mõõdukas, \geq

0,35 suur efekt (Christensen & Golino, 2021b)). Täpsemad tulemused on välja toodud lisa (Lisa A1).

Joonis 2. EGA tunnuste stabiilsus empiirilistes dimensioonides



Märkused: 1 – huvipuudus (küsimused 1–3), 2 – alakaal (küsimused 4 ja 5), sensoorne tundlikkus (küsimused 8, 9 ja 12) ja 4 – hirm negatiivsete tagajärgede ees (küsimused 10 ja 11).

EGA tuvastatud mudeli sobivust testisin **kinnitava faktoranalüüsiga**. Kinnitava faktoranalüüsi tulemused olid järgmised: skaleeritud $\chi^2 = 37,446$ ja $p = 0,135$ (vabadusastmed: 29), mis viitab, et mudel sobib andmetele hästi (heaks loetakse $p > 0,05$).

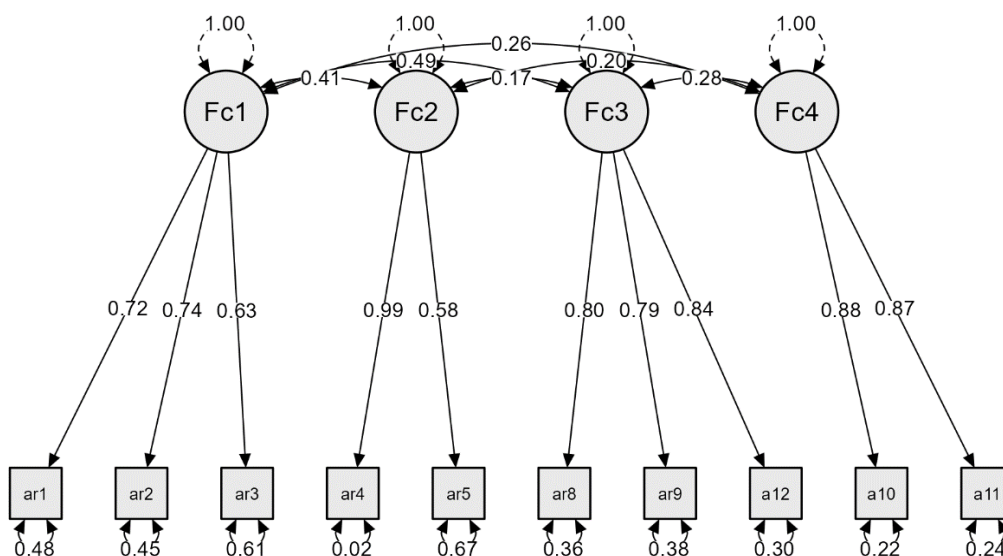
Lisanduva sobitusastme indeksitest olid usaldusväärne skaleeritud CFI 0,982 ja usaldusväärne skaleeritud TLI 0,972, mis viitavad, et võrreldes mudeliga, kus muutujatevahelised korrelatsioonid puuduvad, sobib kontrollitav mudel andmetele hästi (heaks loetakse väärtusi üle 0,95). Absoluutse sobitusastme indeksitest oli usaldusväärne skaleeritud RMSEA 0,047 (90% usaldusvahemik 0–0,086) ja skaleeritud SRMR samuti 0,047, mis viitavad, et mudel suudab hästi taastada tegelike andmete põhjal arvutatud kovariatsioonimaatriksi (heaks loetakse väärtusi alla 0,06).

Hinnates mudeli parameetreid (vt joonist 3 ja tabelit 3) ilmneb, et 1., 3. ja 4. faktorile laaduvate muutujate standardiseeritud faktorlaadungid on ühtlaselt kõrged, varieerudes 0,63st

0,88ni. Seevastu 2. faktorile laaduva kahe muutuja faktorlaadungitest on üks erakordselt kõrge (0,99, 4. küsimus) ja teine suhteliselt madal (0,58, 5. küsimus). Sellele vastavalt on 4. küsimuse „Teised inimesed arvavad, et ma kaalun liiga vähe“ jääkdispersioon kõigest 0,02 ja 5. küsimuse „Ma tahaksin rohkem kaaluda“ jääkdispersioon 0,67.

Suurimad faktoritevahelised korrelatsioonid esinevad 1. ja 2. faktori vahel (0,41) ning 1. ja 3. faktori vahel (0,49).

Joonis 3. Kinnitav faktoranalüüs MLR meetodil: diagramm standardiseeritud faktorkaaludega



Märkused: Fc1 – huvipuudus, Fc2 – alakaal, Fc3 – sensoorne tundlikkus, Fc4 – hirm negatiivsete tagajärgede ees.

Viisin läbi **korrelatsioonianalüüsi**. Vastavalt ootusele seostus EDY-Q koguskoor keskmiselt kuni tugevalt EDY-Q alaskaaladega ($\rho = 0,49-0,89$), mis samuti kinnitas konstruktiivsust (tabel 4).

Eristav valiidsus

Korrelatsioonianalüüsi tulemusel selgus, et EDY-Q seostus nõrgalt seisundi- ja püsiärevusega (vastavalt $\rho = 0,34$ ja $\rho = 0,43$) ning keskmiselt depressiooni küsimustikuga ($\rho = 0,51$), mis viitab, et eristav valiidsus leidis osaliselt kinnitust. Ootuspäraselt ei seostunud EDY-Q statistiliselt olulisel määral SHSi koguskooriga, küll aga seostus nõrgalt negatiivselt SHSi koguskooriga EDY-Q alakaalu alaskaala ($\rho = -0,22$), mis toetavad eristavat valiidsust. Mõneti ootamatult seostusid nõrgalt SHSi väljutamise ja EDY-Q huvipuuduse ning SHSi

hõivatuse ja EDY-Q hirmu alaskaalad (vastavalt $\rho = 0,21$ ja $\rho = 0,23$). Vastupidiselt ootusele ei seostunud autismiküsimustik EDY-Q koguskooriga. Autismiküsimustiku alaskaalad kommunikatsioon ja detailitähelepanu seostusid nii koguskoori kui ka sensoorse tundlikkuse alaskaalaga, kommunikatsioon ka alakaaluga. Aktiivsus- ja tähelepanuhäire sõelküstik seostus EDY-Q koguskoori ja alaskaaladega nõrgalt. Täpsemad andmed on tabelis 4.

Tabel 4. Spearmani korrelatsioonikordaja EDY-Q koguskoori ja selle alaskaalade ning söömishäirete (SHS), depressiooni (MADRS), seisundi- ja püsiärevuse (STAI_T, STAI_S), autismispektri häire (AQ-24), aktiivsus- ja tähelepanuhäire küsimustike (ASRS-V1.1) ja nende alaskaalade vahel.

Tunnus	EDY-Q koguskoor	sensoorne tundlikkus	huvipuudus	hirm tagajärgede ees	alaskaal
EDY-Q					
sensoorne tundlikkus	0,81**				
huvipuudus	0,75**	0,41**			
hirm tagajärgede ees	0,49**	0,33**	0,23*		
alakaal	0,52**	0,17*	0,32**	0,18*	
SHS koguskoor	-0,03	0,05	-0,02	0,14	-0,22*
piiramine	-0,08	-0,09	0,06	-0,01	-0,10
väljutamine	0,12	0,07	0,21*	0,17*	-0,10
hõivatus kehakaalust	0,11	0,12	0,12	0,23*	-0,17*
liigsöömine	-0,13	0,08	-0,27**	0,06	-0,25*
MADRS	0,51**	0,38**	0,46**	0,38**	0,13
STAI seisundiärevus	0,34**	0,29**	0,31**	0,30**	0,12
STAI püsiärevus	0,43**	0,36**	0,37**	0,35**	0,09
AQ-24 koguskoor	0,03	0,02	0,07	-0,03	0,07
sotsiaalsed oskused	-0,08	-0,08	-0,02	-0,09	0,01
kommunikatsioon	0,26**	0,30**	0,15	0,11	0,18*
detailitähelepanu	0,17*	0,21*	0,09	0,07	-0,01
kujutlusvõime	-0,12	-0,17*	0,01	-0,04	0,00
tähelepanu	-0,04	-0,07	0,01	-0,09	0,04
ümberlülitamine					
ASRS-V1.1 koguskoor	0,34**	0,33**	0,22*	0,21*	0,05
tähelepanupuudulikkus	0,20*	0,21*	0,15	0,10	0,00
hüperaktiivsus/imp.	0,43**	0,40**	0,27**	0,27**	0,08
KMI	-0,35**	-0,06	-0,24*	-0,19*	-0,66**

Märkused: *p < 0,05, **p < 0,001.

Tabel 3. EDY-Q kinnitava faktoranalüüsi laadungid ja faktorite omavahelised korrelatsioonid

Faktor	Väide	Standardiseeritud faktorlaadung	1	2	3	4
1. Huvipuudus	1. Kui mul lubataks mitte süüa, siis ma ei sööks.	0,720	x	0,409	0,491	0,262
	2. Söök/söömine ei huvita mind.	0,739				
	3. Ma ei söö, kui ma olen kurb, mures või ärevil.	0,626				
2. Alakaal	4. Teised inimesed arvavad, et ma kaalun liiga vähe.	0,989		x	0,172	0,199
	5. Ma tahaksin rohkem kaaluda.	0,575				
3. Sensoorne tundlikkus	8. Ma olen valiv sööja (see tähendab, et paljud toidud ei meeldi mulle).	0,800			x	0,276
	9. Mulle ei meeldi uusi sööke proovida.	0,787				
	12. Mulle ei meeldi proovida sööke, millel on omapärane lõhn, maitse, välimus või mingi muu kindel omadus (nt krõbedaid või pehmeid toite).	0,838				
4. Hirm negatiivsete tagajärgede ees	10. Ma kardan süües lämbuda või oksendada.	0,884				x
	11. Ma kardan sööki alla neelata.	0,874				

EDY-Q reliaablusanalüüs

EDY-Q küsimustiku sisereliaablust kontrollisin Cronbachi α ja Pearsoni r -i abil. EDY-Q küsimustiku ARFIDI skoori moodustavate küsimuste (1–5 ja 8–12) sisereliaablus oli aktsepteeritav ($\alpha = 0,79$), küsimuste 1–12 $\alpha = 0,75$ ja küsimuste 1–14 $\alpha = 0,73$. Alaskaala sensoorne tundlikkus $\alpha = 0,85$ ja huvipuudus söögi ja söömise vastu $\alpha = 0,74$. Alakaalu ja hirmu alaskaalade sisemine korrelatsioon oli vastavalt $r = 0,57$ ja $r = 0,77$. ARFIDit välistavate küsimuste (küsimused 6 ja 7) omavaheline korrelatsioon oli $r = 0,59$.

EDE-ARFIDI mooduli intervjuu hindajatevaheline reliaablus

Uurisin Coheni κ ja klassisisesse korrelatsiooni kaudu hindajatevahelist kooskõla. Hinnanguid andis neli hindajat, kellest üks hindas kõiki osalejaid, teised hindajad vastavalt 25, 14 ja 13 intervjuud. Diagnoosi osas jäi κ vahemikku 0,76–1,00, mis osutab tugevale kooskõlale. Diagnostilise tunnuste osas leidis kinnitust mõõdukas kuni tugev kooskõla ($\kappa = 0,51$ –1,00), ARFIDI profiilide osas samuti mõõdukas kuni tugev ($\kappa = 0,58$ –1,00). Kuna psühhosotsiaalne häiritus oli pidev muutuja, arvutasin selle puhul hindajapaaride klassisisesse korrelatsiooni (ICC), tulemus oli väga hea (0,88–0,94). Täpsemad andmed on toodud tabelis 5. Kuna hindajatevaheline kokkulangevus oli hea, kasutan edaspidistes analüüsides esimese hindaja skooore.

Tabel 5. Intervjuu hindajate vaheline kooskõla Coheni κ , protsent ja ICC

ARFIDI profiilid	H1–H2 (n = 25)			H1–H3 (n = 14)			H1–H4 (n = 13)		
	%	κ	CI 95%	%	κ	CI 95%	%	κ	CI 95%
Huvipuudus	92	0,82	[0,58, 1,00]	86	0,65	[0,21, 1,00]	85	0,68	[0,30–1,00]
Sensoorne tundlikkus	92	0,84	[0,62, 1,00]	93	0,86	[0,59, 1,00]	85	0,70	[0,33–1,00]
Söömiseiga seotud ärevus	100	1,00	[1,00, 1,00]	86	0,59	[0,11, 1,00]	85	0,58	[0,10–1,00]
Diagnoos	100	1,00	[1,00, 1,00]	93	0,85	[0,57, 1,00]	92	0,76	[0,31–1,00]
Diagnostiline tunnus									
Madal kehakaal	100	1,00	[1,00, 1,00]	79	0,51	[0,04, 0,99]	92	0,81	[0,45–1,00]
Toitainepuudus	92	0,78	[0,50, 1,00]	93	0,86	[0,59, 1,00]	85	0,68	[0,30–1,00]
Sõltumine toidulisanditest	96	0,90	[0,67, 1,00]	86	0,59	[0,11, 1,00]	100	1,00	[0,33–1,00]
		ICC			ICC			ICC	
Psühhosotsiaalne häiritus		0,94	[0,86, 0,97]		0,92	[0,75, 0,97]		0,88	[0,61–0,96]

Märkused: H1 – hindaja 1, H2 – hindaja 2, H3 – hindaja 3, H4 – hindaja 4. ICC (3, k).

Gruppidevaheline võrdlus EDE-ARFIDI intervjuu ja SHS küsimustiku põhjal

Moodustasin kolm gruppi: ARFIDiga (vastasid intervjuu järgi ARFIDI diagnoosile), söömishäire riskiga (osalejad, kelle tulemus oli SHSi järgi ≥ 52 , v.a ARFIDiga) ja ülejäänud. Gruppidevahelise ANOVA testi tulemused on toodud tabelis 6. Ilmnes, et intervjuu järgi ARFIDI diagnoosile vastavatel osalejatel (ARFID-grupil) on ühtlasi teistest kõrgem EDY-Q koguskoor ($F(2, 147) = 41,515, p < 0,001, \eta^2 = 0,361$), mis kinnitab intervjuu konvergentset valiidsust. Samas ei ole neil osalejatel ARFIDita ja söömishäire riskita osalejatest kõrgem SHS-küsimustiku skoor (ega selle alaskaalades skoorid) (koguskoori Coheni $d = 0,071, p_{\text{bonferroni}} = 1,000$), mis kinnitab intervjuu eristavat valiidsust.

Vaadates ARFID-grupi teiste enesekohaste küsimustike (MADRS, STAI, AQ24, ATH) tulemusi, on pilt sarnane EDYQ-küsimustiku põhjal loodud korrelatsioonianalüüsiga (tabel 6). Võrreldes 3. grupiga (st grupiga, mis ei vasta intervjuu järgi ARFIDI kriteeriumidele ja mille SHS-küsimustiku skoor jääb alla 52), on ARFID-grupil kõrgem nii MADRS, STAI (mõlemad alaskaalad) kui ka ATH küsimustike skoorid ($d = 0,511-0,848, p = <0,001-0,048$), kuid AQ24 skooris erinevusi ei ole ($d = 0,019, p = 1,000$). ATH kõrgem skoor tuleneb peamiselt hüperaktiivsuse/impulsiivsuse alaskaalast ($d = 0,653, p = 0,003$); tähelepanupuudulikkuse alaskaalas statistiliselt olulisi erinevusi ei ole ($d = 0,280, p = 0,561$).

Binaarsete muutujatega teostatud hii-ruut testist ilmnes, et ARFID-grupil esineb teistest sagedamini kõiki ARFIDI diagnostilisi tunnuseid (madal kehakaal, toitainepuudus, sõltumine toidulisanditest ja psühhosotsiaalne häiritus). ARFIDI profiilidest on kõige sagedasem sensoorne tundlikkus, mida raporteeris 82,8% grupi liikmetest; sellele järgneb huvipuudus (69,0%) ja söömisega seotud ärevus (31,0%).

Vaadates gruppide lõikes eneseraporteeritud vaimse tervise häireid, ilmnevad samuti erinevused ärevushäire raporteerimises ($\chi^2(2, 150) = 12,150, p = 0,002$) ja eriti tugevalt ATH raporteerimises ($\chi^2(2, 150) = 23,895, p < 0,001$). Lisaks seostub ARFIDI diagnoos ja söömishäire risk eneseraporteeritud posttraumaatilise stressihäirega ($\chi^2(2, 150) = 18,697, p < 0,001$).

Tabel 6. ARFIDiga, söömishäire riskiga ning ARFIDita ja söömishäire riskita osalejate kliinilised tunnused EDE-ARFIDi intervjuu ja küsimustike põhjal

	ARFID (n = 29)	Söömishäire riskiga (v.a ARFID) (n = 53)	ARFIDita ja söömishäire riskita (n = 68)			
ARFIDi profiilid	N (%)	N (%)	N (%)	p	V	χ²
huvipuudus söögi/söömise suhtes	20 (69,0)	9 (17,0)	10 (14,7)	<0,001	0,480	34,574
sensoorne tundlikkus	24 (82,8)	20 (37,7)	14 (20,6)	<0,001	0,470	33,164
söömisega seotud ärevus	9 (31,0)	8 (15,1)	5 (7,4)	0,010	0,247	9,122
Diagnostiline tunnus						
madal kehakaal / kaalukaotus	14 (48,3)	11 (20,8)	8 (11,8)	<0,001	0,325	15,867
toitainepuudus	20 (69,0)	20 (37,7)	16 (23,5)	<0,001	0,258	19,991
sõltumine toidulisanditest	6 (20,7)	4 (7,5)	3 (4,4)	0,113	0,158	7,478
				ANOVA		
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	F(2, 147)	p	η²
psühhosotsiaalne häiritus	3,35 (1,14) ^{b*,c**}	2,34 (1,52) ^{a*,c**}	0,74 (1,07) ^{(a,b)**}	50,867	<0,001	0,409
Tunnused						
EDY-Q koguskoor	30,66 (10,18) ^{(b,c)**}	17,06 (8,98) ^{a**}	13,56 (7,31) ^{a**}	41,515	<0,001	0,361
sensoorne tundlikkus	12,52 (5,23) ^{(b,c)**}	7,60 (5,15) ^{a**}	5,32 (4,34) ^{a**}	22,697	<0,001	0,236
huvipuudus söögi/söömise suhtes	10,24 (4,82) ^{(b,c)**}	5,94 (3,93) ^{a**}	5,57 (3,64) ^{a**}	15,016	<0,001	0,170
hirm negatiivsete tagajärgede ees	2,41 (3,38) ^{c**}	1,47 (2,77) ^{a**,c*}	0,32 (1,07) ^{a**,b*}	9,078	<0,001	0,110
alakaal	5,48 (3,74) ^{(b,c)**}	2,04 (2,71) ^{a**}	2,34 (2,75) ^{a**}	14,591	<0,001	0,166
SHS koguskoor	33,62 (17,72) ^{b**}	71,00 (17,84) ^{(a,c)**}	34,71 (11,79) ^{b**}	97,562	<0,001	0,570
liigsöömine	12,00 (8,41) ^{b**}	22,93 (9,96) ^{(a,c)**}	11,75 (5,16) ^{b**}	34,795	<0,001	0,321
piiramine	8,62 (7,07) ^{b**}	19,60 (8,50) ^{(a,c)**}	11,00 (7,08) ^{b**}	26,669	<0,001	0,266
väljutamine	1,10 (1,66)	2,70 (3,59) ^{c**}	0,47 (1,20) ^{b**}	13,128	<0,001	0,152
hõivatus	11,90 (8,53) ^{b**}	25,77 (8,88) ^{(a,c)**}	11,49 (7,23) ^{b**}	52,478	<0,001	0,417
MADRS	18,93 (9,46) ^{c*}	21,85 (9,50) ^{c**}	11,82 (6,85) ^{a*,b**}	22,140	<0,001	0,234
STAI seisundiärevus	45,59 (14,16) ^{c*}	49,46 (14,73) ^{c**}	37,58 (9,65) ^{a*,b**}	13,703	<0,001	0,159
STAI püsiärevus	51,76 (12,90) ^{c**}	56,39 (10,80) ^{c**}	43,24 (8,78) ^{(a,b)**}	24,197	<0,001	0,250
AQ-24 koguskoor	56,48 (7,97)	58,15 (7,93)	56,33 (8,27)	0,817	0,492	0,011
sotsiaalsed oskused	14,55 (3,49)	15,65 (3,27)	14,82 (3,45)	1,285	0,260	0,017
kommunikatsioon	13,86 (3,24)	13,06 (2,93)	12,73 (2,73)	1,534	0,343	0,021
detailitähelepanu	9,66 (3,23)	9,46 (2,69)	9,46 (2,40)	0,060	0,993	0,000

kujutlusvõime	8,35 (3,04)	8,90 (3,01)	9,10 (2,99)	0,647	0,482	0,009
tähelepanu ümberlülitus	10,07 (2,07)	11,08 (2,54)	10,21 (2,03)	2,860	0,142	0,038
ASRS-V1.1 koguskoor	14,97 (5,62) ^{c*}	14,85 (4,46) ^{c*}	12,48 (4,82) ^{(a,b)*}	4,511	0,009	0,059
tähelepanupuudulikkus	6,45 (3,45)	6,48 (2,90)	5,61 (2,84)	1,508	0,203	0,020
hüperaktiivsus/impulsiivsus	8,52 (2,87) ^{c*}	8,37 (2,34) ^{c*}	6,87 (2,52) ^{(a,b)*}	6,959	<0,001	0,088
Kehakaal						
KMI	20,37 (3,59) ^{b**,c*}	24,61 (5,32) ^{a**}	23,44 (4,71) ^{a*}	7,547	<0,001	0,093
Vanus	27,14 (8,69) ^{c*}	29,22 (10,39) ^{c*}	34,78 (12,07) ^{(a,b)*}	6526	0,004	0,082
Sugu	N (%)	N (%)	N (%)	p	V	χ²
Naised	29 (100,0)	52 (98,1)	57 (83,8)	0,022	0,195	11,428
Mehed	0 (0,0)	1 (1,9)	10 (14,7)			
Mittebinaarsed	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,5)			
Eneseraporteeritud vaimse tervise häired hetkel ja minevikus						
Depressioon	13 (44,8)	22 (41,5)	18 (26,5)	0,113	0,171	4,367
Ärevushäired	11 (37,9)	19 (35,8)	8 (11,8)	0,002	0,285	12,150
Söömishäire	14 (48,3)	30 (56,6)	23 (33,8)	0,040	0,207	6,443
Autismispektri häire	10 (34,5)	11 (20,8)	12 (17,6)	0,180	0,151	3,432
Aktiivsus- ja tähelepanuhäire	18 (62,1)	34 (64,2)	16 (23,5)	<0,001	0,399	23,895
Posttraumaatiline stressihäire	7 (24,1)	20 (37,7)	4 (5,9)	<0,001	0,353	18,697
Obsessiiv-kompulsiivne häire	4 (13,8)	7 (13,2)	5 (7,4)	0,487	0,098	1,440
Muu	7 (25,0)	24 (49,0)	23 (34,8)	0,091	0,183	4,802
Eneseraporteeritud kehalised haigused						
Neuroloogilised (nt migreen, epilepsia)	10 (34,5)	10 (18,9)	14 (20,6)	0,233	0,139	2,914
Hingamisteede haigused (nt astma)	3 (10,3)	9 (17,0)	8 (11,8)	0,613	0,081	0,979
Seedetraktiga seotud (nt ärritunud soole sündroom)	9 (31,0)	16 (30,2)	15 (22,1)	0,507	0,095	1,357
Sünniga seotud (nt madal sünnikaal)	2 (6,9)	3 (5,7)	5 (7,4)	0,932	0,031	0,140
Diabeet, tsöliaakia	6 (20,7)	14 (26,4)	17 (25,0)	0,844	0,047	0,338
Toidutalumatus, -allergiad	18 (62,1)	32 (60,4)	36 (52,9)	0,606	0,082	1,003
Südame- ja veresoonehaigused	7 (24,1)	23 (43,4)	18 (26,5)	0,084	0,182	4,943

Märkused: Binaarsed andmed: χ^2 -test ja Crameri V; küsimustikud: ANOVA (Kruskal-Wallis), Dunni *post hoc* paarikaupa võrdlus Bonferroni korrigeerimisega; a - statistiliselt olulised erinevused 1. grupist, b - statistiliselt olulised erinevused 2. grupist, c - statistiliselt olulised erinevused 3. grupist, *p < 0,05, **p < 0,001.

Arutelu ja järeldused

Selle magistritöö eesmärk oli tõlkida ja kohendada eesti keele- ja kultuuriruumi jaoks ARFIDI sõelküsimumstik ja EDE-ARFIDI diagnostiline intervjuu, hinnata sõelküsimumstiku faktorstruktuuri ja valiidsust täisealiste valimil ning uurida intervjuu hindajatevahelist kokkulangevust ning esialgset valiidsust Eesti täisealiste valimil.

Esimene hüpotees EDY-Q küsimustiku neljafaktorilise struktuuri kohta leidis uuriva graafianalüüsi ja kinnitava faktoranalüüsi abil kinnitust. EGA tulemusel eristusid neli dimensiooni: huvipuudus söögi või söömise vastu, sensoorne tundlikkus, alaskaal ja hirm negatiivsete tagajärgede ees. See on oodatav tulemus, sest selline struktuur on leidnud kinnitust varasemates uuringutes, kus on kasutatud faktoranalüüsi meetodeid (Dyck *et al.*, 2013; Hilbert *et al.*, 2021; Kurz *et al.*, 2015, 2016). Ühtlasi tugineb lahend teoreetilistele alustele – DSM-5 kirjeldatud ARFIDI tunnustele (APA, 2013).

See neljadimensiooniline lahend sobis ka kinnitava faktorialüüsi järgi andmetega hästi. Faktoritevahelised korrelatsioonid olid aktsepteeritavad, mis osutab sellele, et alaskaalad mõõdavad sama konstrukti. Küsimuste faktorlaadungid olid ühtlaselt kõrged, mis viitab, et küsimused mõõdavad sama faktorit. Kõige rohkem varieerusid huvipuuduse faktorile laaduvate küsimuste faktorlaadungid. See alaskaala koosneb kahest küsimusest, mis puudutavad kehakaalu. Küsimuse „Teised inimesed arvavad, et ma kaalun liiga vähe“ faktorlaadung oli väga kõrge (0,99), kuid küsimuse „Ma tahaksin rohkem kaaluda“ faktorlaadung oli teistest väiksem (0,58). See tähendab, et esimene küsimus mõõdab faktorit oluliselt rohkem kui teine: ehkki mõlemad küsimused puudutavad madalat kehakaalu, mõõdab küsimus teiste inimeste arvamuse kohta faktorit täpsemini kui küsimus selle kohta, mida inimene ise oma kaalust arvab. Et faktoritevahelised korrelatsioonid ei olnud liiga kõrged ega madalad ning faktorlaadungid olid enamjaolt ühtlaselt kõrged, võib faktormudelit pidada usaldusväärseks.

Korrelatsioonianalüüs näitas, et EDY-Q koguskoor seostus keskmiselt kuni tugevalt EDY-Q alaskaaladega, lisaks seostusid alaskaalad nõrgalt kuni keskmiselt omavahel. Kõige tugevamini seostusid koguskooriga sensoorse tundlikkuse ($\rho = 0,81$) ja huvipuuduse ($\rho = 0,75$) alaskaalad, kõige nõrgemini hirmu alaskaala ($\rho = 0,49$). Seda tulemust võib seletada varasemateski uuringutes tuvastatud asjaolu, et sensoorse tundlikkuse ja huvipuuduse profiile esineb teistest profiilidest sagedamini (D'Adamo *et al.*, 2023; Kurz *et al.*, 2015). Alaskaaladest seostusid tugevamini sensoorse tundlikkuse ja huvipuuduse alaskaalad ($\rho = 0,41$) ning alakaalu

ja huvipuuduse alaskaalad ($\rho = 0,32$). Seegi on ootuspärane, kuna huvipuuduse fenotüübiga indiviididel esineb sageli alakaalu (Dunford & Thomas, 2024), sensoorne tundlikkusega indiviidid tarbivad tavaliselt väga vähe erinevaid toite ja neil võib esineda ka vähem huvi toidu ja söömise vastu (Thomas & Eddy, 2018). See kinnitab, et ARFID on heterogeenne häire, mille profiilid võivad esineda kombineerituna.

EDY-Q küsimustiku eristav valiidsus leidis samuti vähemalt osaliselt kinnitust. Söömishäirete küsimustiku koguskoor ega piiramise alaskaala ei seostunud statistiliselt olulisel määral EDY-Q küsimustikuga. Vastupidiselt ootustele seostusid aga söömishäirete ja EDY-Q küsimustiku alaskaalad omavahel. Nõrka seost EDY-Q „hirmu“ ja söömishäirete küsimustiku „hõivatus välimusest“ alaskaala vahel võib osaliselt seletada küsimuste sisu kaudu. Hirmu alaskaalal on näiteks küsimus: „Ma kardan sööki alla neelata“. Söömishäirega inimesed võivad samuti karta sööki alla neelata, kuid teistel põhjustel, st hirmust kaalutõusu ja keha muutumise ees; ARFIDiga inimesed aga pelgavad kehalisi kaebusi (nt lämbumist, oksendamist). EDY-Q „huvipuuduse“ ja „hirmu“ ning söömishäirete küsimustiku „väljutamise“ vahelist nõrka seost võib aidata seletada söömise ja selle tagajärgedega seostatud ebamugavustunne, mis võib omakorda vähendada huvi söömise vastu. Nõrk seos söömishäirete ja EDY-Q küsimustike vahel on aga kooskõlas varasemate uuringutega. EDY-Q seostus nõrgalt söömishäiretega nt Saksamaa täisealiste seas teostatud uuringus (Hilbert *et al.*, 2021), lisaks on leitud teiste ARFIDi ja söömishäirete mõõdikute vahel vähest seotust (Zickgraf & Ellis, 2018). Seosed olid siiski nõrgad, mis osutab, et küsimustikud mõõdavad erinevaid konstrukte.

Lisaks seostusid EDY-Q küsimustiku koguskoor ja alaskaalad nõrgalt kuni keskmiselt ärevuse- ja depressiooniga. EDY-Q küsimustiku koguskooriga seostus kõige tugevamalt depressioon ($\rho = 0,51$). See võib tuleneda sellest, et depressioonil ja ARFIDil, eriti selle huvipuuduse profiilil, on sarnased tunnused, nt huvi- ja isupuudus. Need sümptomid võivad olla iseloomulikud ka ärevusele. Ärevus seostus EDY-Q koguskooriga veidi nõrgemalt ($\rho = 0,34$ (seisundiärevus) ja $\rho = 0,43$ (püsiärevus)). Laste ja noorukite valimil EDY-Q valiidsust hinnatud uuringutes on seosed depressiooni ja ärevusega mõnevõrra nõrgemad olnud (Kurz *et al.*, 2015; Jõhvik, 2021). Ärevus ja depressioon avalduvad ARFIDist keskmiselt hilisemas eas (Solmi *et al.*, 2022). Kuna selle töö valimi moodustasid valdavalt täisealised inimesed, võib eeldada, et sümptomid osaliselt kattuvad ja esinevad koos. Lisaks tasub märkida, et mõnes uuringus on ärevuse mõõdikuid kasutatud ARFIDi küsimustike konvergentse (Cooper *et al.*, 2021), teistes

eristava valiidsuse hindamiseks (Hilbert *et al.*, 2021), mis viitab ARFIDI konstrukti erinevatele tõlgendustele. Kuna seosed ärevuse ja depressiooniga olid nõrgad kuni keskmised, mõõdab EDY-Q kontseptuaalselt siiski erinevat konstrukti, erinedes depressiooni või ärevusega seotud häiritusest. Eristav valiidsus leidis seega vähemalt osaliselt kinnitust.

Häirunud söömiskäitumisega seostatakse ka neuroarengulisi häireid. Autismispektri häirele on iseloomulik kognitiivne rigiidsus ja sensoorne tundlikkus ning seejuures kõrgem risk ARFIDI kujunemiseks ja kõrgem koosinemise sagedus (Farag *et al.*, 2022), ühtlasi võivad autistlikud jooned ARFIDit süvendada (Inoue *et al.*, 2021). EDY-Q valiidsust pole varem neuroarenguliste häirete kontekstis hinnatud. Selles töös autismi- ja ARFIDI küsimustike koguskoorid eriti ei seostunud, kuid mõned autismiküsimustiku alaskaalad seostusid EDY-Q koguskoori ja alaskaaladega, näiteks sensoorse tundlikkusega seostusid kommunikatsioon ja detailitähelpanu. See on mõneti ootuspärane, kuna ARFIDI sensoorse tundlikkuse profiili on autismiga kõige sagedamini seostatud (Bourne *et al.*, 2020).

ARFIDI seost ATHga on seni vähem uuritud. ATH ja ARFIDit on rohkem uuritud laste ja noorukite valimil, täiskasvanute valimil vähem. ARFIDiga on seostatud ATH-le omast tähelepanupuudulikkust – st inimene unustab süüa (Dunford & Thomas, 2024), aga ka ATHga üldiselt (Duncombe Lowe *et al.*, 2019). Selles töös seostusid EDY-Q koguskoor ja kõik alaskaalad pigem hüperaktiivsuse ja impulsiivsuse sümptomitega (EDY-Q koguskoori puhul $\rho = 0,43$). Võimalik, et ARFIDiga võib samuti kattuda ATH-le omane hüperaktiivsus ning sellega seotud rahutus ja püsimatuse, mistõttu ei püsita söömise kui tegevuse juures. Leitud on, et täiskasvanud ATHga naistele, sõltumata autismist, on iseloomulik sensoorne hüpo- ja hüpertundlikkus (Bijlenga *et al.*, 2017). See võib aidata seletada ARFIDI sensoorse tundlikkuse ning ATH (hüperaktiivsuse ja impulsiivsuse) sümptomite seost. Selle uuringu valimi eripäraks oli ATHga osalejate ja ARFIDiga osalejate suur osakaal (uuringut reklaamiti toitumishäire uuringuna ja palju osalejaid jõudis uuringuni ATH-teemaliste sotsiaalmeediagruppide kaudu). Kuna inimesed, kellel pole ei ARFIDit ega ATHd, on valimis alaesindatud, võib kahtlustada, et nn Berksoni paradoksi tõttu on nende muutujate vaheline korrelatsioon valimis negatiivsem kui üldpopulatsioonis. Seetõttu on tõenäoline, et üldpopulatsioonis on ARFIDI ja ATH vahelised seosed veelgi tugevamad kui selles töös tuvastatud. Edaspidistes uuringutes tuleks ARFIDit ja neuroarengulisi häireid ning nende võimalikke alusmehhanisme lähemalt uurida.

Kolmas hüpotees – EDE-ARFIDi mooduli intervjuu hindajate vaheline kooskõla – leidis töös samuti kinnitust. ARFIDi diagnoosi, diagnostiliste tunnuste ja ARFIDi kolme profiili osas esines hindajate vahel mõõdukas kuni tugev kokkulangevus. Tulemused on üldjoontes kooskõlas originaaluuringu tulemustega, kus 14-aastaste ja vanemate osalejate küsimustiku versiooni diagnostiliste tunnuste hindajate kokkulangevus oli tugev ja diagnoosi puhul oli kokkulangevus ideaalne (Schmidt *et al.*, 2022), valimi moodustasid aga kuni 17-aastased osalejad. Võttes arvesse, et EDE-ARFIDi mooduli hindajate vahelist kooskõla pole varem täisealiste valimil uuritud, on selle töö tulemused uudsed ja osutavad, et seda intervjuud saab kasutada ka täiskasvanute diagnoosimisel.

Ehkki hindajate vahel esines mõõdukas kuni tugev kooskõla, oli kahe hindajapaari kokkulangevus esimesest hindajapaarist osade küsimuste puhul oluliselt madalam. Näiteks ARFIDi hirmu või söömisega seotud ärevuse profiili kokkulangevus oli mõõdukas ($\kappa = 0,58$ – $0,59$). Esimese hindajapaari kooskõla oli selles küsimuses ideaalne ($\kappa = 1,00$). Kuna söömisega seotud ärevuse profiili esineb teistest profiilidest vähem (D’Adamo *et al.*, 2023) (ja seda esines vähem ka selles töös), võib seda olla raskem ära tunda või selle määramises rohkem ebakindlust esineda. Erinevused kerkisid esile mh madala kehakaalu ning toidulisanditest sõltumise määramisel, mis võib tuleneda hindamisjuhiste erinevast tõlgendamisest. Lisaks oli kahe hindajapaari kooskõla ARFIDi diagnoosi tuvastamisel esimesest paarist madalam. Seegi võib tulla hindajate ebakindlusest diagnoosi määramisel. ARFIDi konstrukti ise võib hindajatele olla uus ja mõjuda ebamääraselt, mistõttu nad ei tunne end seda häiret määrates kindlalt. Ehkki selles uuringus tutvustati hindajatele ARFIDi konstrukti ja intervjuud, võis sellest olla vähe ja rolli võisid mängida hindajate erinevad kogemused ja kokkupuuted toitumis- ja söömishäiretega patsientidega. Hindajatevahelisi erinevusi võib aidata seletada ka intervjuu formaat. Diagnostilised poolstruktureeritud intervjuud on enamasti sobilikud kasutamiseks kliiniliselt kogunud spetsialistidele (Mueller & Segal, 2015). Seega oleks reliaabluse tõstmiseks vajalik läbida (kliinilise psühholoogi) väljaõpe.

Neljas hüpotees leidis samuti kinnitust. Intervjuu põhjal ARFIDi diagnoosi saanud indiviidid erinesid söömishäire kahtlusega indiviididest ja nendest, kes ei kuulunud kumbagi gruppi. ARFIDi diagnoosile vastavatel inimestel oli kõrgem EDY-Q koguskoor, kinnitades konvergentset valiidsust. ARFIDi grupi erinevus tuli hästi esile kõigi intervjuupõhiste ARFIDi profiilide ja diagnostiliste tunnuste osas. Erandiks on söömisega seotud ärevuse profiil ning

toidulisanditest sõltumise diagnostiline tunnus, kus ARFIDi grupp ja söömishäire kahtlusega grupp statistiliselt olulisel määral ei erinevad – see on osaliselt seletatav selle profiili/tunnuse suhtelise haruldusega, aga ka asjaoluga, et ärevus ja toidulisanditest sõltumine kuulub ka osade söömishäirete juurde. Leitud on näiteks, et (eneseraporteeritud) söömishäirega inimestel esineb rohkem söömisega seotud hirme (nt puhituse, kehakaalu tõusu ees) ja vältivat käitumist (Melles & Jansen, 2023); ARFIDiga rohkem kehalisi hirme (nt valu ja oksendamise ees). Võimalik, et hirm viitab siinkohal söömis- ja toitumishäire võimalikule transdiagnostilisele mehhanismile, mida tasuks edasi uurida, et selle funktsiooni nende häirete puhul eristada. Intervjuud läbi viies tasuks võimalikku kattuvust silmas pidada ning täpsustada hirme ja nende sisu.

Nagu arvata võis, said ARFIDiga osalejad söömishäire kahtlusega osalejatest madalamaid tulemusi söömishäirete küsimustiku koguskooris ja igas alaskaalas, erinevus polnud märkimisväärne ainult väljutamise alaskaalas (madala levimuse ja kõrge suhtelise standardhälbe tõttu). Võrreldes teiste osalejatega söömishäirete küsimustiku osas olulisi erinevusi ei ilmnunud. Tulemusi toetavad ARFIDi ja söömishäirete peamised diagnostilised erinevused (APA, 2022). Sarnaseid tulemusi on leitud ka teistes uuringutes. Tasub siiski märkida, et selles uuringus võis mõnel ARFIDiga osalejal kahtlustada ka söömishäiret. See võib viidata asjaolule, et ARFID võib üle minna söömishäireks ja/või söömishäire sümptomid võivad esineda samaaegselt (Kambanis, Mancuso, *et al.*, 2024). Kusjuures söömis- ja toitumishäirete hindamisel soovitatakse hinnata nii ARFIDi kui ka söömishäirete tunnuseid (Kambanis, Palmer, *et al.*, 2024). Üldiselt osutavad tulemused, et EDE–ARFIDi mooduli intervjuu ja EDY-Q, mis on intervjuuga kontseptuaalselt sarnane mõõtevahend, on seotud ja kinnitavad üksteise konvergentset valiidsust, ühtlasi on intervjuul võimekus eristada ARFIDiga indiviide söömishäire kahtlusega indiviididest ja teistest, kellel pole söömis- ega toitumishäiret, kinnitades niiviisi eristavat valiidsust.

ARFIDit esineb sageli koos teiste häiretega, komorbiidsus on pigem reegel kui erand. Intervjuu alusel diagnoositud ARFIDiga inimestel olid kõige märgatavamalt kõrgeenenud depressiooni- ja ärevuse küsimustike skoorid, aga ka ATH küsimustiku skoor, kusjuures sarnaselt EDY-Q küsimustiku korrelatsioonianalüüsis ilmnenuga ilmnis efekt eelkõige hüperaktiivsuse/impulsiivsuse alaskaalas. Ehkki ARFIDit seostatakse sageli autismiga (Bourne *et al.*, 2020), ei ilmnunud selles töös ARFIDiga indiviididel autismitestiku skooris statistiliselt olulisi erinevusi. Need tulemused võivad olla seotud asjaoluga, et üldiselt on nii

autismi kui ka ARFIDit seostatud pigem meessoos ja lastega (vt nt Farag *et al.*, 2022), selle töö valimi moodustasid aga valdavalt täisealised naised.

Lisaks vaimsete häirete küsimustike täitmisele paluti osalejatel oma mitmesuguste vaimsete häirete esinemisi raporteerida ka jah/ei küsimustega. Intervjuu alusel diagnoositud ARFIDiga osalejad ja söömishäire kahtlusega inimesed raporteerisid rohkelt ATH-d ning ARFIDI ja söömishäire kahtlusega inimeste grupist rohkem ka ärevust ja posttraumaatilist stressihäiret (PTSH) (aga mitte statistiliselt olulisel määral sagedamini autismi ega depressiooni). PTSH ning toitumis- või söömishäire vaheline võimalik seos on siinkohal eriti huvitav. Et PTSH sümptomid mängivad söömishäirete psühhopatoloogia säilimises olulist rolli, on välja pakutud ka varasemates uuringutes, nt võidakse traumaga seotud meenutuste vältimiseks piirata söömist, võivad esineda liigsöömishood ja toiduväljutamine (MacDonald *et al.*, 2024). Välja on toodud, et ARFID ja PTSH esinevad koos sarnasel määral nagu söömishäired ja PTSH (MacDonald *et al.*, 2024). Traumakogemus ja sellest tulenev söömise vältimine selgitaks hirmu profiili. Siiski on ARFIDI ja PTSH koosinemise kohta veel vähe teada ja seoseid võiks edaspidi lähemalt uurida.

Puudused

Sellel töö on mitmeid puudusi, mida tuleks tulemuste tõlgendamisel silmas pidada. Valimi moodustasid valdavalt täisealised naised, mistõttu on ei saa tulemusi üldistada meessoole. Kuna ARFID on võrdselt levinud nii naistel kui ka meestel, tuleks tuleviku uuringutes kaasata sooliselt tasakaalustatum valim. Lisaks oli valim ka võrdlemisi väike, mis võib samuti mõjutada tulemuste üldistamist. Edaspidistes uuringutes tuleks laiendada valimit – kaasata erinevast soost ja vanusest osalejad ning laiendada kliinilist gruppi, sh suurendada söömishäirete ja neuroarenguliste häiretega indiviidide osakaalu, et võrrelda tulemusi ja uurida mõõtevahendite valiidsust teistsugusel valimil. Selles uuringus moodustati grupid eneseraporteeritud testide ja ARFIDI intervjuu põhjal, mistõttu ei saa neid tulemusi üle kanda kliinilisele populatsioonile. Lisaks esines ankeedis puudusi, mis pärsib valimi kirjeldamist demograafiliste näitajate osas, näiteks ei küsitud haridustaseme kohta; vaimse tervise häirete osas küsiti sama küsimusega nii hetkel esinevate häirete kui ka minevikus olnud häirete kohta, mistõttu ei ole teada, millised nendest probleemidest ka uuringu ajal aktuaalsed olid. Võrdlemisi väike osa intervjuudest kuulati kahe hindaja poolt, mistõttu hindajavahelise reliaabluse usaldusvahemikud jäid väga laiaks; lisaks oli võimalikke hindajaid vähe.

Kokkuvõte

Vaatamata erinevatele puudustele, leidis ARFIDI sõelküsimumstiku ja diagnostilise intervjuu valiidsus ja reliaablus esialgset kinnitust. Standardiseeritud hindamisvahendid ARFIDI tuvastamiseks on olulised, sest valesti määramine või määramata jätmine mõjutab tõsiselt patsiente, jättes nad vajaliku abita. Lisaks kasule kliinilises töös võimaldavad hindamisvahendid ka ARFIDit teadustöodes täpsemini uurida, et mõista paremini selle tekke- ja säilemehhanisme, koosinemist koos teiste häiretega ja eristamist nendest. Ehkki varasemad uuringud on keskendunud valdavalt lastele ja noortele, keskendus see töö täisealiste valimile, tuues välja, et ARFID on levinud ka täisealistel. EDY-Q ja EDE-ARFIDI mooduli intervjuu esialgne valiidsus ja reliaablus leidsid kinnitust ja võimaldavad hinnata ja uurida seda seni vähe uuritud toitumishäiret.

Kasutatud kirjandus

- Akkermann, K., Herik, M., Aluoja, A., & Järv, A. (2010). Söömishäireid hindava skaala konstrueerimine. Psühholoogia instituut: Tartu Ülikool.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. American Psychiatric Association Publishing.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR*. Fifth edition, text revision. American Psychiatric Association Publishing.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Robinson, J., & Woodbury-Smith, M. (2005). The adult Asperger assessment (AAA): a diagnostic method. *Journal of autism and developmental disorders*, 35(6), 807.
- Barney, A., Bruett, L. D., Forsberg, S., & Nagata, J. M. (2022). Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) and Body Image: A case report. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 61.
- Becker, K. R., Breithaupt, L., Lawson, E. A., Eddy, K. T., & Thomas, J. J. (2020). Co-occurrence of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder and Traditional Eating Psychopathology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(2), 209–212.
- Becker, K. R., Keshishian, A. C., Liebman, R. E., Coniglio, K. A., Wang, S. B., Franko, D. L., Eddy, K. T., & Thomas, J. J. (2019). Impact of expanded diagnostic criteria for

- avoidant/restrictive food intake disorder on clinical comparisons with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 52(3), 230–238.
- Bennett, A., Bery, A., Esposito, P., Zickgraf, H., & Adams, D. W. (2022). Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder Characteristics and Prevalence in Adult Celiac Disease Patients. *Gastro Hep Advances*, 1(3), 321–327.
- Bijlenga, D., Tjon-Ka-Jie, J. Y. M., Schuijers, F., & Kooij, J. J. S. (2017). Atypical sensory profiles as core features of adult ADHD, irrespective of autistic symptoms. *European Psychiatry*, 43, 51–57.
- Bourne, L., Bryant-Waugh, R., Cook, J., & Mandy, W. (2020). Avoidant/restrictive food intake disorder: A systematic scoping review of the current literature. *Psychiatry Research*, 288, 112961.
- Bourne, L., Mandy, W., & Bryant-Waugh, R. (2022). Avoidant/restrictive food intake disorder and severe food selectivity in children and young people with autism: A scoping review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 64(6), 691–700.
- Bryant-Waugh, R., Micali, N., Cooke, L., Lawson, E. A., Eddy, K. T., & Thomas, J. J. (2019). Development of the Pica, ARFID, and Rumination Disorder Interview, a multi-informant, semi-structured interview of feeding disorders across the lifespan: A pilot study for ages 10–22. *International Journal of Eating Disorders*, 52(4), 378–387.
- Bryant-Waugh, R., Stern, C. M., Dreier, M. J., Micali, N., Cooke, L. J., Kuhnle, M. C., Burton Murray, H., Wang, S. B., Breithaupt, L., Becker, K. R., Misra, M., Lawson, E. A., Eddy, K. T., & Thomas, J. J. (2022). Preliminary validation of the pica, ARFID and rumination disorder interview ARFID questionnaire (PARDI-AR-Q). *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 179.
- Bryson, A. E., Scipioni, A. M., Essayli, J. H., Mahoney, J. R., & Ornstein, R. M. (2018). Outcomes of low-weight patients with avoidant/restrictive food intake disorder and anorexia nervosa at long-term follow-up after treatment in a partial hospitalization program for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 51(5), 470–474.
- Burton Murray, H., Jehangir, A., Silvernale, C. J., Kuo, B., & Parkman, H. P. (2020). Avoidant/restrictive food intake disorder symptoms are frequent in patients presenting for symptoms of gastroparesis. *Neurogastroenterology & Motility*, 32(12), e13931.

- Christensen, A. P., & Golino, H. (2021a). Estimating the Stability of Psychological Dimensions via Bootstrap Exploratory Graph Analysis: A Monte Carlo Simulation and Tutorial. *Psych*, 3(3), 479–500.
- Christensen, A. P., & Golino, H. (2021b). On the equivalency of factor and network loadings. *Behavior Research Methods*, 53(4), 1563–1580.
- Cooper, M., Collison, A. O., Collica, S. C., Pan, I., Tamashiro, K. L., Redgrave, G. W., Schreyer, C. C., & Guarda, A. S. (2021). Gastrointestinal symptomatology, diagnosis, and treatment history in patients with underweight avoidant/restrictive food intake disorder and anorexia nervosa: Impact on weight restoration in a meal-based behavioral treatment program. *International Journal of Eating Disorders*, 54(6), 1055–1062.
- D'Adamo, L., Smolar, L., Balantekin, K., Taylor, C. B., Wilfley, D., & Fitzsimmons-Craft, E. (2023). Prevalence, Characteristics, and Correlates of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder among Adult Respondents to the National Eating Disorders Association Online Screen: A Cross-Sectional Study. *Research Square*, rs.3.rs-3007049.
- Dinkler, L., & Bryant-Waugh, R. (2021). Assessment of avoidant restrictive food intake disorder, pica and rumination disorder: Interview and questionnaire measures. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(6), 532–542.
- Dinkler, L., Hedlund, E., & Bulik, C. M. (2023). Self-reported expertise and confidence in diagnosing and treating avoidant restrictive food intake disorder among Swedish clinicians. *European Eating Disorders Review*, 31(3), 433–442.
- Dinkler, L., Yasumitsu-Lovell, K., Eitoku, M., Fujieda, M., Suganuma, N., Hatakenaka, Y., Hadjikhani, N., Bryant-Waugh, R., Råstam, M., & Gillberg, C. (2022). Development of a parent-reported screening tool for avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID): Initial validation and prevalence in 4-7-year-old Japanese children. *Appetite*, 168, 105735.
- Duncombe Lowe, K., Barnes, T. L., Martell, C., Keery, H., Eckhardt, S., Peterson, C. B., Lesser, J., & Le Grange, D. (2019). Youth with Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: Examining Differences by Age, Weight Status, and Symptom Duration. *Nutrients*, 11(8), 1955.
- Dunford, A., & Thomas, J. J. (2024). Epidemiology of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. *Psychiatric Annals*, 54(2).

- Düplois, D., Brosig, L., Hiemisch, A., Kiess, W., Hilbert, A., Schlenzog-Schuster, F., & Schmidt, R. (2023). Distribution and clinical comparison of restrictive feeding and eating disorders using ICD-10 and ICD-11 criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 56(9).
- Dyck, Z. van, Bellwald, L., Kurz, S., Dremmel, D., Munsch, S., & Hilbert, A. (2013). Essprobleme im Kindesalter: Screening in der allgemeinen Bevölkerung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 21(2), 91–100.
- Farag, F., Sims, A., Strudwick, K., Carrasco, J., Waters, A., Ford, V., Hopkins, J., Whitlingum, G., Absoud, M., & Kelly, V. B. (2022). Avoidant/restrictive food intake disorder and autism spectrum disorder: Clinical implications for assessment and management. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 64(2), 176–182.
- First, M. B. (2015). Structured Clinical Interview for the DSM (SCID). *Encycl. Clin. Psychol.*
- Fisher, M. M., Rosen, D. S., Ornstein, R. M., Mammel, K. A., Katzman, D. K., Rome, E. S., Callahan, S. T., Malizio, J., Kearney, S., & Walsh, B. T. (2014). Characteristics of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in Children and Adolescents: A “New Disorder” in DSM-5. *Journal of Adolescent Health*, 55(1), 49–52.
- Fjeldstad, M., Kvist, T., & Sjögren, M. (2021). Weight Gain in Adults with Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder Compared to Restrictive Anorexia Nervosa—Pilot Findings from a Longitudinal Study. *Nutrients*, 13(3), 871.
- Golino, H., Christensen, A., Moulder, R., Garrido, L. E., Jamison, L., & Shi, D. (2024). *EGAnet: Exploratory Graph Analysis – a Framework for Estimating the Number of Dimensions in Multivariate Data using Network Psychometrics (2.0.6)* [Computer software].
<https://cran.r-project.org/web/packages/EGAnet/index.html>
- Golino, H. F., & Epskamp, S. (2017). Exploratory graph analysis: A new approach for estimating the number of dimensions in psychological research. *PLOS ONE*, 12(6), e0174035.
- Golino, H., Lillard, A. S., Becker, I., & Christensen, A. P. (2021). Investigating the Structure of the Children’s Concentration and Empathy Scale Using Exploratory Graph Analysis. *Psychological Test Adaptation and Development*, 2(1), 35–49.
- Herik, M. (2009). Söomishäirete hindamise skaala konstrueerimine. Magistritöö. Psühholoogia instituut. Tartu Ülikool.
- Hilbert, A. & Van Dyc, Z. (2016). Eating Disorders in Youth-Questionnaire. English version. Universiät Leipzig.

- Hilbert, A., Zenger, M., Eichler, J., & Brähler, E. (2021). Psychometric evaluation of the Eating Disorders in Youth-Questionnaire when used in adults: Prevalence estimates for symptoms of avoidant/restrictive food intake disorder and population norms. *International Journal of Eating Disorders*, *54*(3), 399–408.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, *6*(1), 1–55.
- Inoue, T., Otani, R., Iguchi, T., Ishii, R., Uchida, S., Okada, A., Kitayama, S., Koyanagi, K., Suzuki, Y., Sumi, Y., Takamiya, S., Tsurumaru, Y., Nagamitsu, S., Fukai, Y., Fujii, C., Matsuoka, M., Iwanami, J., Wakabayashi, A., & Sakuta, R. (2021). Prevalence of autism spectrum disorder and autistic traits in children with anorexia nervosa and avoidant/restrictive food intake disorder. *BioPsychoSocial Medicine*, *15*(1), 9.
- Jõhvik, L. (2021). Eating Disorders in Youth-Questionnaire (EDY-Q) tõlkimine ja kohandamine eesti keelde. Uurimistöõ. Psühholoogia instituut. Tartu Ülikool.
- Kambanis, P. E., Harshman, S. G., Kuhnle, M. C., Kahn, D. L., Dreier, M. J., Hauser, K., Slattery, M., Becker, K. R., Breithaupt, L., Misra, M., Micali, N., Lawson, E. A., Eddy, K. T., & Thomas, J. J. (2022). Differential comorbidity profiles in avoidant/restrictive food intake disorder and anorexia nervosa: Does age play a role? *The International Journal of Eating Disorders*, *55*(10), 1397–1403.
- Kambanis, P. E., Mancuso, C. J., Becker, K. R., Eddy, K. T., Thomas, J. J., & De Young, K. P. (2024). Course of avoidant/restrictive food intake disorder: Emergence of overvaluation of shape/weight. *Journal of Eating Disorders*, *12*(1), 54.
- Kambanis, P. E., Palmer, L. P., & Zayas, L. (2024). Differential Diagnosis Between Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder and Anorexia Nervosa. *Psychiatric Annals*, *54*(2).
- Kambanis, P. E., & Thomas, J. J. (2023). Assessment and treatment of avoidant/restrictive food intake disorder. *Current Psychiatry Reports*, *25*(2), 53–64.
- Katzman, D. K., Spettigue, W., Agostino, H., Couturier, J., Dominic, A., Findlay, S. M., Lam, P.-Y., Lane, M., Maguire, B., Mawjee, K., Parikh, S., Steinegger, C., Vyver, E., & Norris, M. L. (2021). Incidence and Age- and Sex-Specific Differences in the Clinical Presentation

- of Children and Adolescents With Avoidant Restrictive Food Intake Disorder. *JAMA Pediatrics*, 175(12), e213861.
- Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E. V. A., ... & Walters, E. E. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological medicine*, 35(2), 245-256.
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155–163.
- Kurz, S., van Dyck, Z., Dremmel, D., Munsch, S., & Hilbert, A. (2015). Early-onset restrictive eating disturbances in primary school boys and girls. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(7), 779–785.
- Kurz, S., van Dyck, Z., Dremmel, D., Munsch, S., & Hilbert, A. (2016). Variants of early-onset restrictive eating disturbances in middle childhood: Variants of early onset restrictive eating disturbances. *International Journal of Eating Disorders*, 49(1), 102–106.
- Kutyłowski, J. (2017). DeepL. Translator. DeepL SE. <https://www.deepl.com/translator>
- Kuusik, S. (2021). Adaptation of Autism Spectrum Quotient and Camouflaging Autistic Traits-Questionnaire into Estonian: Exploring possible gender effects. Magistritöö. Psühholoogia instituut. Tartu Ülikool.
- MacDonald, D. E., Liebman, R., & Trotter, K. (2024). Clinical characteristics, treatment course and outcome of adults treated for avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) at a tertiary care eating disorders program. *Journal of Eating Disorders*, 12(1), 15.
- McHugh, M. L. (2012). Interrater reliability: The kappa statistic. *Biochemia Medica*, 22(3), 276–282.
- Melles, H., & Jansen, A. (2023). Transdiagnostic fears and avoidance behaviors in self-reported eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 19.
- Mueller, A., & Segal, D. L. (2015). Structured versus semistructured versus unstructured interviews. In R. L. Cautin & S. O. Lilienfeld (Eds.), *The encyclopedia of clinical psychology* (pp. 1–9). John Wiley and Sons, Inc.
- Nakai, Y., Nin, K., Noma, S., Teramukai, S., & Wonderlich, S. A. (2016). Characteristics of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in a Cohort of Adult Patients. *European Eating Disorders Review*, 24(6), 528–530.

- Nicely, T. A., Lane-Loney, S., Masciulli, E., Hollenbeak, C. S., & Ornstein, R. M. (2014). Prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. *Journal of Eating Disorders, 2*(1), 21.
- Norris, M. L., Santos, A., Obeid, N., Hammond, N. G., Valois, D. D., Isserlin, L., & Spettigue, W. (2020). Characteristics and clinical trajectories of patients meeting criteria for avoidant/restrictive food intake disorder that are subsequently reclassified as anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review, 28*(1), 26–33.
- Portney, L. G., & Watkins, M. P. (2014). *Foundations of clinical research: Applications to practice* (3. ed., Pearson new internat. ed). Pearson.
- Reilly, E. E., Brown, T. A., Gray, E. K., Kaye, W. H., & Menzel, J. E. (2019). Exploring the cooccurrence of behavioural phenotypes for avoidant/restrictive food intake disorder in a partial hospitalization sample. *European Eating Disorders Review, 27*(4), 429–435.
- Robelin, K., Senada, P., Ghoz, H., Sim, L., Lebow, J., Picco, M., Cangemi, J., Farraye, F. A., & Werlang, M. (2021). Prevalence and Clinician Recognition of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in Patients With Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterology & Hepatology, 17*(11), 510–514.
- Sanchez-Cerezo, J., Nagularaj, L., Gledhill, J., & Nicholls, D. (2023). What do we know about the epidemiology of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents? A systematic review of the literature. *European Eating Disorders Review, 31*(2), 226–246.
- Schaumberg, K., Jangmo, A., Thornton, L. M., Birgegård, A., Almqvist, C., Norring, C., Larsson, H., & Bulik, C. M. (2019). Patterns of diagnostic transition in eating disorders: A longitudinal population study in Sweden. *Psychological Medicine, 49*(5), 819–827.
- Schmidt, R. (2019). *Interview-based assessment of avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID): A pilot study evaluating an ARFID module for the Eating Disorder Examination*.
- Schmidt, R., Hiemisch, A., Kiess, W., von Klitzing, K., Schlenzog-Schuster, F., & Hilbert, A. (2022). Validation study on the child, adult, and parent version of the ARFID module 2.0 for the Eating Disorder Examination. *International Journal of Eating Disorders, 55*(12), 1708–1720.

- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Il Shin, J., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V., Correll, C. U., & Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: Large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, *27*(1), 281–295.
- Spielberger, C., Gorsuch, R., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Svanborg, P., & Åsberg, M. (2001). A comparison between the Beck Depression Inventory (BDI) and the self-rating version of the Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). *Journal of Affective Disorders*, *64*(2), 203–216.
- Sysko, R., Glasofer, D. R., Hildebrandt, T., Klimek, P., Mitchell, J. E., Berg, K. C., Peterson, C. B., Wonderlich, S. A., & Walsh, B. T. (2015). The eating disorder assessment for DSM-5 (EDA-5): Development and validation of a structured interview for feeding and eating disorders: The Eating Disorder Assessment for DSM-5. *International Journal of Eating Disorders*, *48*(5), 452–463.
- Thomas, J. (2017). *Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: A Three-Dimensional Model of Neurobiology with Implications for Etiology and Treatment*.
- Thomas, J. J., & Eddy, K. T. (2018). *Cognitive-Behavioral Therapy for Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: Children, Adolescents, and Adults* (1st ed.). Cambridge University Press.
- Tiggemann, M. (2004). Body image across the adult life span: Stability and change. *Body Image*, *1*(1), 29–41.
- Van Buuren, L., Fleming, C. A. K., Hay, P., Bussey, K., Trompeter, N., Lonergan, A., & Mitchison, D. (2023). The prevalence and burden of avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) in a general adolescent population. *Journal of Eating Disorders*, *11*(1), 104.
- Watts, R., Archibald, T., Hembry, P., Howard, M., Kelly, C., Loomes, R., Markham, L., Moss, H., Munuve, A., Oros, A., Siddall, A., Rhind, C., Uddin, M., Ahmad, Z., Bryant-Waugh, R., & Hübel, C. (2023). The clinical presentation of avoidant restrictive food intake disorder in children and adolescents is largely independent of sex, autism spectrum disorder and anxiety traits. *eClinicalMedicine*, *63*, 102190.

- Zanna, V., Criscuolo, M., Mereu, A., Cinelli, G., Marchetto, C., Pasqualetti, P., Tozzi, A. E., Castiglioni, M. C., Chianello, I., & Vicari, S. (2021). Restrictive eating disorders in children and adolescents: A comparison between clinical and psychopathological profiles. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26(5), 1491–1501.
- Zickgraf, H. F., & Ellis, J. M. (2018). Initial validation of the Nine Item Avoidant/Restrictive Food Intake disorder screen (NIAS): A measure of three restrictive eating patterns. *Appetite*, 123, 32–42.

LISA A

Tabel A1. EDY-Q väidete stabiilsus bootstrap valimites ja dimensioonide laadungid

Tunnus	Tunnuse stabiilsus	Dimensiooni laadungid			
		1 Huvi.	2 Alak.	3 Sens.	4 Hirm
1. Kui mul lubataks mitte süüa, siis ma ei sööks.	0,995	0,408	0,081	0,00	0,040
2. Söök/söömine ei huvita mind.	0,993	0,354	0,052	0,144	0,006
3. Ma ei söö, kui ma olen kurb, mures või ärevil.	0,983	0,300	0,022	0,076	0,000
4. Teised inimesed arvavad, et ma kaalun liiga vähe.	0,963	0,130	0,472	0,000	0,021
5. Ma tahaksin rohkem kaaluda.	0,963	0,000	0,472	0,027	0,071
8. Ma olen valiv sööja (see tähendab, et paljud toidud ei meeldi mulle).	0,989	0,112	0,000	0,387	0,109
9. Mulle ei meeldi uusi sööke proovida.	0,990	0,133	0,036	0,396	0,000
12. Mulle ei meeldi proovida sööke, millel on omapärane lõhn, maitse, välimus või mingi muu kindel omadus (nt krõbedaid või pehmeid toite).	0,990	0,000	0,000	0,509	0,024
10. Ma kardan süües lämbuda või oksendada.	0,969	0,020	0,000	0,000	0,540
11. Ma kardan sööki alla neelata.	0,969	0,022	0,100	0,109	0,540

Märkused: dimensioonide laadungid $\geq 0,15$ on rasvases kirjas. 1 Huvi. – huvipuudus; 2 Alak – alakaal, 3 Sens. – sensoorne tundlikkus, 4 Hirm – hirm negatiivsete tagajärgede ees.

Tänuõnad

Soovin tänada oma juhendajaid Kirsti Akkermanni ja Käröl Soidlat, kes olid alati olemas, toetasid, julgustasid ning suunasid edasi mõtlema. Soovin eriti tänada kõiki uuringus osalejaid, kelle panuseta seda tööd poleks ja kellega vestlemine oli ühtaegu inspireeriv ja innustav. Samuti tänan oma elukaaslast, kes oli mulle megasuureks toeks.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, **Liis Jõhvik**,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose „**Vältiva/piirava toitumishäire sõelküsimumstiku ja diagnostilise intervjuu kohandamine eesti keele- ja kultuuriruumi**“, mille juhendajad on **Kirsti Akkermann ja Kärol Soidla**, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Liis Jõhvik

13.05.2023