

Tartu Ülikool
Psühholoogia Instituut

Sandra Jakubelovitš

ISIKSUSEOMADUSTE ROLL SÖÖMISHÄIRE RASKUSES *ANOREXIA NERVOSA* JA
BULIMIA NERVOSA PATSIENTIDEL

Magistritöö

Juhendajad: Kirsti Akkermann (PhD), Katrin Kukk (PhD)

Läbiv pealkiri: Isiksuseomaduste roll SH raskuses

Tartu 2021

Sisukord

KOKKUVÕTE.....	3
ABSTRACT.....	4
SISSEJUHATUS.....	5
Söömishäired.....	5
Söömishäire raskus.....	6
Söömishäired ja komorbiidsus	7
Söömishäired ja ärevushäired.....	7
Söömishäired ja depressioon.....	8
Isiksuseomadused söömishäiretes	9
Neurootilisus	9
Impulsiivsus	9
Varasemad ennustusmodelid.....	10
Töö eesmärgid ja hüpoteesid.....	11
MEETOD	12
Valim.....	12
Materjal	12
Andmetöötlus	13
TULEMUSED.....	14
Demograafilised andmed ja kirjeldavad statistikud	14
Edasised analüüsid	17
Ennustusmodelid	19
Hierarhiline regressioonianalüüs AN (piirav) grupil	19
Hierarhiline regressioonianalüüs BN grupil.....	20
ARUTELU	21
Ennustusmodelid	23
Tugevused, puudused ja tulevikusuunised	25
Lõppsõna	27
VIITED.....	28
LISA 1	34
TÄNUSÕNAD	36

KOKKUVÕTE

Teatud isiksusejooni nagu neurootilisus ja kaasuvaid afektiivseid häireid on söomishäiretes tuvastatud kui häire kujunemist, selle kulgu ja häire säilimist mõjutavate faktoritena. Söomishäire raskust on klassifitseeritud lähtudes erinevatest näitajatest nagu kehamassiindeks *anorexia nervosa* (AN) ja ebakohaste kompensatoorsete käitumiste sagedus *bulimia nervosa* (BN) puhul. Alternatiivsed lähenemised vaatavad psühholoogilisi näitajaid nagu hõivatus välimusest ja kehakaalust. Selliselt on söomishäire raskust defineeritud ka selles töös. Söomishäiretega indiviididel on tihti raporteeritud kõrget neurootilisust, madalat ekstravertsust ning seoseid impulsiivsusega nendes häiretes, mida iseloomustavad liigsöömissööstud ja/või väljutavad käitumised. Käesoleva töö eesmärk oli uurida isiksusejooni AN ja BN patsientidel, millised isiksusejooned ennustavad SH raskust ning samuti vaadata, mis rolli mängivad sagedaseimad komorbiidsed häired nagu depressioon ja ärevus. Uuringus võttis osa 311 naist, kellest 94 olid BN, 86 piiravat tüüpi AN ja 22 väljutavat tüüpi AN diagnoosiga patsienti ning 109 kontrolli. Toitu väljutavad patsiendid olid ootuspäraselt rohkem hõivatud oma välimusest ja kehakaalust kui piiravad patsiendid. Regressioonianalüüsid viidi läbi ainult piiravat tüüpi AN ja BN patsientide valimil. Ootuspäraselt leiti neurootilisuse ja kaasuva afektiivse ebastabiilsuse (depressioon ja ärevus) mõju hõivatusale mõlemas häires. AN patsientidel olid kõige tugevamad prediktorid kibestumine, depressioon ja seisundiärevus, BN patsientidel aga psüühiline ärevus, kõrgem KMI ja lühem häire kestvus. Need leiud viitavad sellele, et kuigi hõivatus välimusest ja kehakaalust on olemas nii piiravat kui väljutavat tüüpi söomishäiretel, võib hõivatus kujunemine olla tingitud erinevate riskifaktorite koosmõjust. Antud uuring toetab alternatiivset dimensionaalset lähenemist söomishäiretele ning pakub välja võimalikke faktoreid, mille tõttu hõivatus välimusest ja kehakaalust söomishäiretes püsib ning on raskesti ravile alluv.

Märksõnad: söomishäired, *anorexia nervosa*, *bulimia nervosa*, isiksusejooned, afektiivne ebastabiilsus, regressioonianalüüs

ABSTRACT

The role of personality traits in eating disorder symptom severity in patients diagnosed with *anorexia nervosa* and *bulimia nervosa*

Certain personality traits (such as neuroticism) and comorbid affective disorders have been identified as the risk factors and maintaining factors in eating disorders (ED). There are several indicators of ED severity such as body mass index in *anorexia nervosa* (AN) and the frequency of compensatory behaviors in *bulimia nervosa* (BN). Some authors have suggested alternative ways of defining the severity of ED such as the preoccupation with body image and weight. This is the case in this thesis as well. ED patients display higher levels of neuroticism, lower levels of extraversion as well as pathological impulsivity in those ED patients characterized by bingeing and/or purging behaviors. The goal of this thesis was threefold: 1) to examine personality traits in AN and BN patients 2) to examine which personality traits predict ED severity 3) to examine the role of comorbid depression and anxiety. The sample consisted of 311 women, of whom 94 were BN, 86 AN restrictive type and 22 binge-eating/purging type patients and 109 healthy controls. As expected, purging patients experienced higher preoccupation with body image and weight than restricting patients. A series of regression analyses were carried out only in the AN restrictive type and the BN patients. As expected, neuroticism and comorbid affective instability (depression and anxiety) were found to predict ED severity in both groups. The strongest predictors in AN were embitterment, depression and state anxiety, whereas in BN the strongest predictors were psychic trait anxiety, higher BMI and shorter illness duration. Results indicate that although preoccupation is fundamentally a shared core feature in both disorders, the risk factors might be different. These results support an alternative dimensional approach to ED-s and explores factors that can potentially be the reason why preoccupation persists in ED-s and why it is resistant to change.

Keywords: eating disorders, *anorexia nervosa*, *bulimia nervosa*, personality traits, affective instability, regression analysis

SISSEJUHATUS

Söömishäired

Anorexia nervosa

AN puhul on tegemist haigusega, kus haige on äärmuslikult piiravate toitumisharjumustega, tal on ülemäärane hirm kaalust juurdevõtmise ees. AN diagnoosiga inimene on tugevalt alakaalus (kehamassiindeks < 17.5) ning tal esineb väärtaju oma figuurist. Eristatakse kahte alatüüpi: piirav ja väljutav tüüp. Piirava tüübi korral saavutatakse kaalulangus range dieedipidamisega, väljutava tüübi korral kasutatakse meetmeid toidu väljutamiseks kas lahtistavate preparaatide või oksendamisega. Eristatakse ka nelja raskusastet kehamassiindeksi (KMI) põhjal: > 17 on kerge, 16-16.99 on mõõdukas, 15-15.99 on raske ja < 15 on väga raske häire. Haigusega kaasnevad teatud endokriinhäired, mis väljendub naistel amenorröana ning meestel seksuaalse huvi ja potentsi kadumisena. Kui AN areneb välja varakult, s.t varases teismeeas, siis puberteedile omane areng on häiritud – poistel seiskub testiste areng ja tütarlastel rinnanäärmete areng, lisaks esineb ka primaarne amenorröa. Kõige enam esineb AN teismelistel ja noortel naistel, poistel/meestel on AN harvaesinev (RHK-10, 1992; American Psychiatric Association, 2013)

Bulimia nervosa

BN diagnoosiga indiviididele on sarnaselt AN-le omane tüsenemiskartus ja ülemäärane kehakaalu kontroll. BN patsientidel esineb vastupandamatu söömishimu ning sageli on selle tulemuseks liigsöömishood, kus süüakse lühikese aja jooksul ära suur kogus toitu. Tekkiva süütunde tõttu püütakse vähendada toidu paksustegevat mõju äärmuslike meetmete näol, milleks on oksendamise esilekutsumine, lahtistite kuritarvitamine, söögiisu pärssivate ravimite kasutamine, liigne trenn ja vahelduvad nälgimisperiodid. Häire diagnoosimiseks peavad kompensatoorsed käitumised aset leidma vähemalt kord nädalas kolme kuu jooksul. Eristatakse kahte alatüüpi: piirav ja väljutav BN. Piirava tüübi puhul ei ole indiviid viimase kolme kuu jooksul kogenud toidu väljutamist. Selle tüübi puhul on ebakohasteks kompensatoorseteks käitumisteks dieedipidamine, paastumine ja/või liigne trenn. Väljutavat tüüpi BN puhul on indiviid kogenud liigsöömisepisoode ning toitu väljutanud viimase kolme kuu jooksul. Erinevalt AN-st on BN hilisema algusega ning nad on üldjuhul normaalkaalus. Eristatakse nelja

raskusastet ebakohaste kompensatoorsete käitumiste sageduse järgi (nädalas): 1-3 episoodi on kerge, 4-7 episoodi on mõõdukas, 8-13 episoodi on raske ja 14 või rohkem on väga raske häire. BN-ga kaasnevad teatud somaatilised probleemid: elektrolüütide tasakaalu häired, epileptilised krampid, südame arütmia ja lihasnõrkus (RHK-10, 1992; American Psychiatric Association 2013).

Söömishäire raskus

Eelnevalt oli välja toodud DSM-5-l söömishäirete (SH) raskuste klassifikatsioon, kus AN puhul on selleks KMI ja BN puhul ebakohaste kompensatoorsete käitumiste sagedus (American Psychiatric Association, 2013). Dalle Grave ja kolleegid (2018) leidsid oma uuringus, et kerge raskusindeksiga grupis oli kõige enam ambulatoorseid ja väljutavat tüüpi AN patsiente ning väga raske raskusindeksiga grupis oli rohkem neid, kes olid statsionaarsel ravil, tegid liigselt trenni ning neil oli diagnoositud piiravat tüüpi AN. Samuti leiti, et peale kognitiiv-käitumuslikku teraapiat (KKT) ei olnud nelja erineva raskusindeksiga gruppides mingeid märkimisväärsed muutusi KMI-s, s.t oodatavat kaalutõusu ei olnud üheski grupis. See viitab sellele, et DSM-5 AN raskusindeksitel ei pruugi olla KKT raviefekti ennustamisel mingit kliinilist väärtust (Grave et al., 2018). BN patsientidega on tehtud samuti raskusindeksiga seotud uuringuid ning leitud, et teismelistel BN patsientidel, kelle SH on liigitatud „väga raske“ alla, on kõige rohkem liigsöömisepisoode, hõivatust figuurist ja välimusest, kehvem elukvaliteet ning rohkem komorbiidseid häireid ning ka teised raskuse grupid erinevad oluliselt nendes kliinilistes näitajates (Dakanalis et al., 2018). Sellised tulemused viitavad, et BN populatsioonis on DSM-5 raskusindeksitel märkimisväärne kliiniline väärtus, millest oleks klinitsistidel ravi planeerimises suurt kasu.

Raskuse indikaator, mis põhineb KMI-l aga ei võta arvesse psühholoogilisi sümptomeid, s.t suurema kaaluga AN patsiendid võivad olla mõnel juhul isegi suurema psühholoogilise distressiga kui madalama kaaluga patsiendid. Phillipou ja Beilharz (2019) pakkusid välja, et suurema kliinilise väärtusega oleks hoopis määrata raskus näitajate järgi nagu SH-ga seotud mõtete ja käitumiste intensiivsus või hõivatus kaalust, välimusest, figuurist jms. AN-l ja BN-l on ühine tuumpsühhopaatoloogia, mis on väga resistentne muutusele - hõivatus söömisest, figuurist ja kaalust ning nende kontrollimisest (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003). Reas ja Rø (2018) leidsid oma uuringus, et hõivatus figuurist ja kaalust ennustasid oluliselt SH-ga seotud halvenenud toimetulekut (*clinical impairment*) AN-s, mistõttu võiks see iseenesest olla SH

raskuse indikaatoriks. Tuginedes eelnevale on käesolevas töös SH raskuse indikaatoriks võetud alternatiivselt DSM-5 klassifikatsioonile hõivatus välimusest ja kehakaalust.

Söömishäired ja komorbiidsus

Sageli kaasnevad AN ja BN-ga nii depressioon kui ka ärevushäired ning on välja pakutud mitmeid erinevaid komorbiidsust seletavaid mudeleid (Bulik, 2002: 193). Ei ole ühtset arusaama, kuidas on ärevus, depressioon ja söömishäired üksteisega seotud, kuid mõned seletused näevad välja järgmised: 1) depressioon ja ärevus on söömishäirete tagajärg 2) söömishäired on depressiooni ja ärevuse tagajärg 3) söömishäired on depressiooni ja ärevuse väljendused 4) söömishäiretel, depressioonil ja ärevusel on üks kausaalne faktor (näiteks neurootilisus) ja 5) söömishäired, depressioon ja ärevus on unikaalsed seisundid, mis jagavad mõnda etioloogilist faktorit (Bulik, 2002: 193).

Söömishäired ja ärevushäired

Bulik'i (2002: 194) järgi on uuringud järjepidevalt näidanud kõrget komorbiidsust AN ja ärevushäirete vahel. Ta märgib, et suur osa uuringutest demonstreerib asjaolu, et üle poolte AN patsientide raporteerib eluaegset ärevushäire olemasolu. Samuti viitavad need uuringud sellele, et ärevus sageli eelneb AN-le. AN akuutses faasis kogevad patsiendid kõrget ärevust figuuri, kaalu ning toidu suhtes. Ärevus süveneb, kui patsient märkab kaalutõusu või ta ei saa järgida oma toitumisega seotud reegleid. Tihti on antud haigust seostatud obsessiiv-kompulsiivse häirega, sest AN patsiendid demonstreerivad patoloogilist hõivatust toidust, söömisest, kaalust ning treeningust (Bulik, 2002: 194). Lloyd ja kolleegide (2017) järgi on ekstreemne toidu piiramine patsientidele ajutise anksiolüütilise efektiga ning söömise piiramine muutub aja jooksul harjumuseks ja lõpuks kompulsiivseks käitumiseks. Kui patsient ei saa oma kompulsiivseid käitumisi rakendada, näiteks läbi rigiidsete toitumisharjumuste (Bulik, 2002: 194), siis ärevus süveneb – tekib mehhanism, kus nii ärevus kui ka söömishäire hoiavad teineteist alal (Lloyd et al., 2017). On leitud ka erinevusi AN alatüüpide vahel, kus väljutavat tüüpi AN puhul diagnoositakse komorbiidseid ärevushäireid oluliselt rohkem kui piiravat tüüpi AN-l (Salbach-Andrae et al., 2008).

Nagu ka AN puhul, raporteerivad BN patsiendid sagedasti eluaegse ärevuse olemasolu, s.t ärevus on olnud ammu enne söömishäire kujunemist (Bulik, 2002: 195). Sotsiaalsest ärevusest tingitud negatiivse hinnangu osaliseks saamise hirm on BN patsientide seas üsna levinud

(Utschig, Presnell, Madeley & Smits, 2010). Utschig ja kolleegid (2010) leidsid, hirm saada negatiivse hinnangu osaliseks on otseselt seotud survega olla kõhn, kõhnuseideaali internalisatsiooniga, negatiivse afektiga ning buliimiliste sümptomitega. Selline leid viitab sellele, et need indiviidid, kellel on suur hirm saada negatiivse hinnangu osaliseks, on rohkem haavatavad ühiskonna poolt survestatud kõhnuseideaali suhtes. Otsene seos buliimiliste sümptomitega viitab sellele, et kõrge sotsiaälärevusega indiviidid võivad kasutada ekstreemseid meetmeid (tahtlik oksendamine, liigne treening), pürgides kõhnuse poole selleks, et vähendada riski negatiivse hinnangu saamiseks ühiskonna poolt (Utschig et al., 2010).

Söömishäired ja depressioon

Depressioon AN patsientidel avaldub järgmiste sümptomitena: lame afekt, madal enesehinnang, unehäired, lootusetuse ja väärtusetuse tunne, ärrituvus, suitsidaalne mõtteviis ja käitumine (Bulik, 2002: 194). Salbach-Andrae ja kolleegid (2008) leidsid oma uuringus 101 AN patsiendiga, et meeleoluhäired on kõige sagedamini kaasnevad seisundid (60.4%), teiseks on ärevushäired ning alkoholi/ainete kuritarvitamine. AN alatüüpide vahel erinevusi meeleoluhäirete esinemise sageduses erinevusi nad ei leidnud. Autorid pakuvad, et eelsoodumus kogeda depressiooni sümptomeid on olemas mõlemas alatüübis (Salbach-Andrae et al., 2008). Depressiooni ilmingud võivad olemas olla juba enne AN avaldumist või tekkida selle järel ning paljud uuringud viitavad sellele, et depressioon võib püsida ka peale seda, kui söömishäirest on paranenud (Bulik, 2002: 194).

Ka BN patsientidel on depressioon sage komorbiidne haigus ning seda esineb nii enne BN sümptomite esmakordset avaldumist kui pärast (Bulik, 2002: 196). Osa uuringuid viitab nälgimise tagajärjel tekkinud endokriinsüsteemi häirumisele, s.t muutustele kortikotropiini vabastava hormooni ja serotoniini tootmises, millel on võimalik roll depressiooni tekkes BN ja ka AN patsientides (O'Brien & Vincent, 2003). Teemakohases kirjanduses on tekkinud arusaam, et SH-st paranemine aitab kaasa ka komorbiidse häire leevenemiseni, samas osad söömishäirest paranenud indiviidid kogevad mingil hetkel taas depressiooni (Mischoulon et al., 2011). Tagasilangusel võib olla mitmeid põhjusi. BN-st (ja ka AN-st) paranenud individ võib tunda, et ta ei saa enam omada kontrolli söömise üle; ta on jäänud ilma oma rutiinist; ta kardab juurde võtta. BN ja AN patsientidel koos kaasuva depressiooniga on sageli näidustatud antidepressandid, mille efektiivsus on Mischoulon ja kolleegide (2011) arvates küsitav, sest nende uuringus ei omanud antidepressandid olulist mõju depressioonist paranemisele või

tagasilangusele, võimalik on ka see, et patsiendid ei soovi ravimeid võtta või sage toidu väljutamine ei lase ravimitel korralikult organismi imenduda.

Isiksuseomadused söömishäiretes

Neurootilisus

SH patsientide isiksust on sageli vaadeldud Suure Viisiku perspektiivist. Eelnevalt välja toodud kirjandus viitab SH-ga patsientide rahulolematusele oma keha suhtes ning seda on seostatud kõrge neurootilisusega ning madala ekstravertsusega (Allen & Walter, 2016). Neurootilisus väljendub ülitundlikkuses, emotsionaalses ebastabiilsuses ning emotsionaalses reaktiivsuses (Izydorczyk, 2012). Neurootilisust on rohkelt täheldatud nii AN-s kui BN-s (Farstad, McGeown & von Ranson, 2016). Cervera ja kolleegid (2003) leidsid, et kõrge neurootilisusega tüdrukutel ja noortel naistel on risk SH tekkeks palju suurem kui neil, kelle neurootilisus oli madal. Sarnaselt BN-le on liigsöömishäirega patsiendid on emotsionaalselt ebastabiilsed. Neurootilisusest tingitud depressiivne meeleolu, süütunne, madal enesehinnang ja pinge ajendab liigsöömishäirega patsiente leidma väljapääsu sellistest negatiivsetest emotsionaalsetest seisunditest ning selleks väljapääsuks on toit (Izydorczyk, 2012). AN alatüüpide vahel on üldjuhul leitud erinevusi neurootilisuse skaalal, kus sarnaselt BN-le on väljutavat tüüpi AN patsiendid neurootilisemad kui piiravat tüüpi AN (Vitousek & Manke, 1994), kuid mõned uurijad ei ole AN alatüüpide vahel erinevust leidnud (Bollen & Wojciechowski, 2004).

Impulsiivsus

Impulsiivsust seostatakse eelkõige nende SH-tega, kelle üheks sümptomiks on liigsöömishood ning on pakutud, et impulsiivne käitumine negatiivse afekti kogemisel on üheks võtmelemendiks „buliimiliste“ häirete püsimises (Waxman, 2009, Loxton & Dawe, 2009: 697). Impulsiivsus sisaldab negatiivset ja positiivset tungivust, vähest planeerimist, elamustejanu ja raskusi püsida ühe ülesande juures (Farstad et al., 2016). Impulsiivne isik kaldub reageerima nii sisemistele kui välistele stiimulitele tormakalt ja mitteläbimõeldult, ta ei mõtle potentsiaalsetele negatiivsetele tagajärgedele (Moeller et al., 2001). Väljutavat tüüpi AN ja BN kalduvad tegema läbimõttlemata otsuseid liigsöömisepisoodi ning sellele järgneva väljutamise kohta, mõttlemata füüsilistele riskidele (Cassin & von Ranson, 2005). Farstad ja kolleegide (2016) järgi on selle taga negatiivne ja/või positiivne tungivus. See on omadus, mis iseloomustab söömishäiretega patsiente, kellel esinevad sagedased liigsöömissööstud, toidu

väljutamine ning kontrolli kadumine (nt liigsöömishäire, BN ja väljutavat tüüpi AN). Piiravat tüüpi AN patsiendid on tavaliselt ülemääraselt range enesekontrolliga võrreldes väljutavat tüüpi AN patsientidega, kelle enesekontroll on madalam ning impulsiivsuse tase (nt negatiivne tungivus) kõrgem (Steward et al., 2017). Piiravat tüüpi AN patsiendid on sageli ka vähem impulsiivsemad kui terved inimesed, taas viidates rangele enesekontrollile (Cassin & von Ranson, 2005).

Varasemad ennustusmudelid

Neurootilisust on SH prediktorina käsitletud ammu, sealjuures kuuluvad neurootilisuse laia dimensiooni alla üldtuntud SH riskifaktorid nagu obsessiivsus, afektiivne ebastabiilsus ja madal enesehinnang (Brookings & Wilson, 1994). Madal enesehinnang on viimaste kümnendite jooksul leidnud kinnitust SH olulise prediktorina, lisaks ka perfektsionism ja häbi keha suhtes (Cella, Cipriano, Iannacone & Cotrufo, 2017). Brookings ja Wilson (1994) uurisid, kuidas suudab Suur Viisik ennustada SH riski tervel populatsioonil ning ootuspäraselt oli neurootilisus peamine prediktor. Teine oluline prediktor oli ekstravertsus, mis oli positiivselt seotud kõhnuseihalusega, ent negatiivselt seotud interpersonaalse umbusklikkusega (Brookings & Wilson, 1994). Teisisõnu, on võimalik, et ekstravertsemad tüdrukud väärtustavad kõhna figuuri ning demonstreerivad vähem umbusklikkust teiste suhtes kui tüüpilised SH diagnoosiga patsiendid. Eelnevalt nimetatud leiud viitavad nende faktorite rollile SH kujunemises ja kaasneva distressi tekkimises. On uuritud ka erinevate riskifaktorite interaktsioone nagu afektiivne ebastabiilsus + perfektsionism + emotsiooni regulatsiooni raskused, mis võib olla eriti kahjulik (Byrne, Eichen, Fitzsimmons-Craft, Taylor & Wilfley, 2016). Byrne ja kolleegid (2016) uurisid, kuidas suudavad ärevus, depressioon, perfektsionism ja emotsiooni regulatsiooni raskused ennustada SH-st tingitud kõrget distressi ja halvenenud toimetulekut. Nad leidsid, et kõigil nimetatud faktoritel on iseseisvalt vaadatuna oluline ennustusvõime, kuid hierarhilises regressioonimudelis jäi oluliseks vaid afektiivne ebastabiilsus (ärevus ja depressioon) ning emotsiooni regulatsiooni raskused, aga mitte perfektsionism. See võib viidata asjaolule, et perfektsionism ainsana ei põhjusta SH patsiendile olulist distressi, kuid kui sellel patsiendil on lisaks raskused emotsioonide reguleerimisel, siis tõenäosus distressiks ning kehvemaks toimetulekuks tõuseb (Byrne et al., 2016). Ärevuse ja emotsionaalse düsregulatsiooni koosmõju SH sümptomite raskusele on vähe uuritud, s.t nende omavaheline interaktsioon on ebaselge (Haynos, Roberto & Attia, 2015). Seetõttu uurisid Haynos ja kolleegid (2015) seda, kuidas ärevus ja emotsiooni regulatsiooni raskused ennustavad SH

raskust ning leidsid, et emotsionaalne düsregulatsioon on positiivselt seotud raskema SH sümptomaatikaga, kui ärevus on madal ning kõrge ärevus on positiivselt seotud raskema SH sümptomaatikaga, kui emotsiooni regulatsiooni raskused olid leebemad. Selline leid viitab sellele, et emotsionaalsel düsregulatsioonil ja ärevusel on iseseisvad seosed SH raskusega AN ägedas faasis. Samuti leidsid uurijad, et emotsionaalne düsregulatsioon oli tugevamini seotud SH raskusega, mis viitab nende raskuste kui olulisele säilemehhanismile AN ägedas faasis (Haynos et al., 2015).

Töö eesmärgid ja hüpoteesid

Käesolevas töös oli 3 peamist eesmärki: 1) uurida isiksusejooni AN ja BN gruppides 2) uurida, millised isiksusejooned ennustavad hõivatust välimusest ja kehakaalust AN ja BN gruppides 3) millist rolli mängivad eneseraporteeritud depressioon ja ärevus hõivatuses välimusest ja kehakaalust.

Tuginedes eelnevale kirjandusele püstitab autor järgnevad hüpoteesid:

1. Väljutavat tüüpi AN patsiendid demonstreerivad kõrgemat neurootilisust kui piiravat tüüpi AN patsiendid järgmistel skaaladel: somaatiline ärevus, psüühiline ärevus, stressile vastuvõtlikkus, kehtestatavuse puudumine, kibestumine ja umbusklikkus
2. Väljutavat tüüpi AN ja BN patsiendid ei erine neurootilisust peegeldavatel skaaladel: somaatiline ärevus, psüühiline ärevus, stressile vastuvõtlikkus, kehtestatavuse puudumine, kibestumine ja umbusklikkus
3. Somaatiline ärevus, psüühiline ärevus, stressile vastuvõtlikkus, kehtestatavuse puudumine, kibestumine ja umbusklikkus ennustavad hõivatust nii piiravat tüüpi AN kui BN patsientidel
4. Komorbiidsed depressioon ja ärevus on nii AN kui BN gruppides hõivatuse oluliseks prediktoriks

MEETOD

Valim

Valimisse kuulus 311 naist, kellest kliinilise grupi moodustasid 202 Tartu Ülikooli Kliinikumi psühhiaatriakliiniku statsionaarse ravi SH patsiendid ning kontrollgrupi 109 tervet naist, kes olid uuringusse kaasatud läbi avalike kuulutuste. Kliinilisse gruppi kuulus 94 BN (87 väljutavat ja 7 piiravat) ning 108 AN (86 piiravat ja 22 väljutavat) patsienti. Diagnoos põhines kliinilisel intervjuul (Mini rahvusvaheline neuropsühhiaatriline intervjuu, MINI 5.0.0), mida viisid läbi kliiniline psühholoog ja psühhiaater. Häiregruppide keskmised vanused olid järgmised: BN 22.16 (± 6.05), väljutavat tüüpi AN 20.05 (± 4.78) ja piiravat tüüpi AN 19.79 (± 5.71) eluaastat. Kliinilise grupi vanusevahemik oli 13 – 48 eluaastat, kontrollgrupil 14 – 47 eluaastat. Kontrollgrupi keskmine vanus oli 24.44 (± 8.22) eluaastat. Depressioon (s.h düstüümia) esines 48% patsientidest ($N=97$). Ärevushäireid esines 46% patsientidest ($N=93$). Alkoholi kuritarvitamist esines 14.4% patsientidest ($N=29$). Lisaks esines üksikutel patsientidel isiksusehäireid (s.h ebastabiilne ja anankastne isiksusehäire), hüpohondriat ning rahustite/stimulantide kuritarvitamist. Kõigilt osalejatelt oli saadud informeeritud nõusolek. Käesoleva töö autor andmete kogumisel ei osalenud.

Käesoleva uuringu läbiviimiseks on saadud luba Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt.

Materjal

Söömishäirete Hindamise Skaala (SHS; Akkermann, Herik, Aluoja & Järv, 2010), millest viimane alaskaala Hõivatus välimusest ja kehakaalust on käesoleva töö sõltuvaks muutujaks. Küsimustik eristab söömishäiretega patsiente tervetest inimestest ning eristab erinevaid söömishäireid. Ülejäänud skaalad on söömise piiramine, liigsöömine, ja toidu väljutamine.

Rootsi Ülikoolide Isiksuse Skaala (SSP; Gustavsson, Bergman, Edman, Ekselius, von Knorring & Linde, 2000, eestikeelne versioon Shlik, Aluoja, Graf & Männik, 2001). Küsimustik mõõdab psühhopatoloogiaga seotud isiksusejooni ning koosneb 91 küsimusest ja 13 skaalast: somaatiline ärevus, psüühiline ärevus, vastuvõtlikkus stressile, kehtestatavuse puudumine, impulsiivsus, seikluste otsimine, isoleerumine, sotsiaalne soovitus, kibestumine, ärrituvus, umbusklikkus, verbaalne agressioon, füüsiline agressioon. Alaskaalad laaduvad

Gustavssoni ja kolleegide (2000) järgi kolmele laiemale faktorile: neurootilisus, agressiivsus ja ekstravertsus.

Montgomery-Åsbergi Depressiooni Hindamise Skaala enesekohane versioon (MÅDRS-S; Svanborg & Åsberg, 1994). Skaala koosneb 9st väitest, mille eesmärk on depressiooni raskusastme ja muutuse hindamine.

Püsi- ja Seisundiärevuse Küsimustik (State-Trait Anxiety Inventory, STAI; Spielberger et al., 1983). Kasutatakse diagnostilistel eesmärkidel, k.a diferentsiaaldiagnostikas. Koosneb kahest alaskaalast, millest üks mõõdab seisundiärevust (20 küsimust) ja teine püsiärevust (20 küsimust).

Andmetöötlus

Statistilisi analüüse viidi läbi andmetöötlusprogrammis R. Gruppidevahelisteks võrdlusteks kasutati Kruskal-Wallise testi. Post hoc analüüsideks kasutati Mann-Whitney U testi. Muutujate vaheliste seoste uurimiseks kasutati Spearmani korrelatsioonianalüüsi. Kasutati mitmest lineaarset regressiooni uurimaks erinevate prediktorite mõju hõivatusale välimusest ja kehakaalust. Mudelite koostamiseks kasutati funktsiooni LM (*linear model*). Loodi hierarhilised mudelid, alustades isiksusejoontest ning järkjärgult lisades teisi prediktoreid. Regressioonianalüüsi jaoks kontrolliti järgnevaid eeldusi: multikollineaarsus – puudub, kui prediktorite vahelised korrelatsioonid on $< .80$ ning muutujate variatsioonindeksid (VIF) on < 10 . Heteroskedastilisust kontrolliti Breusch-Pagan testiga, $p > .05$ puhul tegu homoskedastilisusega. Mudeli jääkide normaaljaotuslikkust kontrolliti Shapiro-Wilk testiga, kui $p > .05$, siis on normaaljaotuslikud. Tulenevalt asjaolust, et Shapiro-Wilk on väga range test, kontrolliti normaaljaotuslikkust lisaks assümmeetriakordaja ning järsakusastmega, kui mõlema väärtused on vahemikus -1 ja $+1$, on jäägid normaaljaotuslikud. Jääkide sõltumatust kontrolliti Durbin-Watsoni testiga – kui D-W statistiku väärtus jääb $1-3$ vahele, ei ole jääkide sõltumatusega probleeme.

SHS oli täidetud 100%-l AN patsientidest ja kontrollidest, BN grupis oli SHS täidetud 97.9%-l. SSP oli täidetud 100%-l AN patsientidest, BN grupis 96.8%-l ja kontrollgrupis 98.2%-l. MÅDRS oli täidetud 97.7%-l piiravat tüüpi AN patsientidest, 95.5%-l väljutavat tüüpi AN patsientidest, BN grupis 97.9%-l ja kontrollide grupis 93.6%-l. STAI oli täidetud 65.1%-l piiravat tüüpi AN patsientidest, 86.4%-l väljutavat tüüpi AN patsientidest, BN grupis 64.9%-l

ja kontrollgrupis 39.4%-l. Andmed puudusid täiesti juhuslikult ning analüüsides jäid välja need objektid, kus olid puuduvad andmed (*listwise deletion*).

TULEMUSED

Demograafilised andmed ja kirjeldavad statistikud

Gruppidevaheliste erinevuste uurimiseks viidi läbi Kruskal-Wallise test järgnevatel näitajatel: vanus, KMI, häire kestvus, SHS, SSP, STAI ja MÅDRS. Seejärel viidi läbi post hoc analüüsiks Mann-Whitney U test vaatamaks, kus paiknevad gruppidevahelised erinevused. Kontrollisikud olid statistiliselt oluliselt vanemad mõlema tüübi AN patsientidest ning BN patsiendid olid oluliselt vanemad kui piiravat tüüpi AN patsiendid. KMI oli nii BN patsientidel kui kontrollisikutel oluliselt kõrgem mõlema tüübi AN patsientide omast. BN patsiendid olid kõige pikema keskmise häire kestvusega (5.73 aastat) võrreldes piiravat tüüpi AN (2.48 aastat) ja väljutavat tüüpi AN (3.37 aastat) patsientidega. Kirjeldavad statistikud vanuse, KMI, häire kestvuse, SHS, SSP, STAI ja MÅDRS kohta asuvad allolevas Tabel 1-s.

Tabel 1. Kirjeldavad andmed ning gruppidevahelised erinevused vanuses, kehamassiindeksis, häire kestvuses ning skaaladel SHS, SSP, STAI ja MÅDRS

	AN piirav (N = 86)	AN väljutav (N = 22)	BN (N = 94)	Kontroll (N = 109)	Kruskal-Wallis	
	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	χ^2	p
Vanus (aastates)	19.79±5.71	20.05±4.78	22.16 ^(b) **±6.05	24.44 ^{(b)***} (c)*±8.22	26.15	<.001
KMI	15.86±1.97	16.71±1.38	22.13 ^(b,c) ***±3.56	22.23 ^(b,c) ***±3.69	168.32	<.001
Häire kestvus (aastates)	2.48±3.04	3.37±2.72	5.73 ^(b) *** ^(c) *5.12	-	35.64	<.001
SHS						
SHS koguskoor	50.37 ^(a) ***±23.09	75.57 ^(a,b) ***±29.02	90.87 ^(a,b) *** ^(c) *±23.31	32.01±15.97	167.54	<.001
Toidu piiramine	20.62 ^(a) ***±11.74	26.71 ^(a) *** ^(b) *±10.38	24.63 ^(a) ***±9.01	11.72±6.89	86.38	<.001
Liigsöömine	9.58±6.62	14.18±9.68	26.43 ^(a,b,c) ***±9.23	10.92±6.13	131.46	<.001
Toidu väljutamine	1.95 ^(a) ***±3.26	10.05 ^(a,b) ***±11.31	12.21 ^(a,b) ***±5.93	0.34±1.19	193.43	<.001
Hõivatus välimusest ja kehakaalust	18.22 ^(a) ***±10.54	24.73 ^(a) *** ^(b) *±12.39	27.58 ^(a,b) ***±9.44	9.25±7.53	123.66	<.001
SSP						
Somaatiline ärevus	57.16±12.63	60.81±11.91	63.49 ^(a) *** ^(b) **±9.63	54.76±10.04	34.31	<.001
Psüühiline ärevus	58.45 ^(a) ***±11.91	62.65 ^(a) ***±12.69	60.67 ^(a) ***±9.96	49.42±10.29	58.46	<.001
Vastuvõtlikkus stressile	55.25 ^(a) **±12.98	61.61 ^(a) ***±13.18	60.83 ^(a) *** ^(b) **±10.53	49.99±9.19	52.62	<.001
Kehtestatavuse puudumine	54.77 ^(a) ***±11.06	58.99 ^(a) ***±10.81	54.66 ^(a) ***±11.39	47.97±7.59	39.49	<.001
Impulsiivsus	45.85±12.44	43.92±10.13	52.09 ^(a,c) ** ^(b) ***±10.41	47.39±11.74	21.42	<.001
Seikluste otsimine	52.39±10.53	52.06±9.37	52.58±10.79	52.71±10.26	0.32	.96
Isoleerumine	51.39 ^(a) ***±10.55	52.52 ^(a) *±11.04	50.95 ^(a) ***±8.78	45.09±9.04	26.53	<.001
Sotsiaalne soovitus	47.60±12.10	51.39±12.62	44.66±12.45	47.89±12.13	7.93	.05 ^d
Kibestumine	58.26 ^(a) ***±12.58	60.79 ^(a) ***±12.02	62.54 ^(a) *** ^(b) **±10.83	50.32±9.93	58.34	<.001
Ärrituvus	53.12±10.65	55.91±9.28	57.22 ^(a) ***±9.80	51.64±8.96	18.67	<.001
Umbusklikkus	57.22 ^(a) *±12.51	62.19 ^(a) *±13.92	59.19 ^(a) ***±9.96	52.83±9.92	20.63	<.001
Verbaalne agressioon	52.25±10.89	53.67±10.81	56.61 ^(a) *±9.74	54.86±8.45	9.34	.03
Füüsiline agressioon	49.74±11.72	50.01±9.86	54.55 ^(a) *±10.41	52.58±8.06	12.07	.007
STAI-S	49.11 ^(a) ***±15.28	53.79 ^(a) ***±16.33	52.15 ^(a) ***±12.93	34.81±8.74	40.14	<.001
STAI-T	56.56±14.49	63.42 ^(a) *±17.91	59.62 ^(a) *±11.69	54.58±9.33	10.80	.01
MÅDRS	18.77 ^(a) ***±9.53	23.05 ^(a) ***±11.43	22.09 ^(a) ***±9.92	7.48±5.34	115.86	<.001

Märkus. AN piirav – piiravat tüüpi *anorexia nervosa*; AN väljutav – väljutavat tüüpi *anorexia nervosa*; BN – *bulimia nervosa*; KMI – kehamassiindeks; SHS – Söömishäirete Hindamise Skaala; SSP – Rootsi Ülikoolide Isiksuse Skaala; STAI-S - Püsi- ja seisundiärevuse küsimustiku seisundiärevuse alaskaala; STAI-T – Püsi- ja seisundiärevuse küsimustiku püsiärevuse alaskaala; MÅDRS – Montgomery-Åsbergi Depressiooni Hindamise Skaala; ^a statistiliselt oluliselt suurem kui kontrollgrupil; ^b statistiliselt oluliselt suurem kui piiravat tüüpi AN-l; ^c statistiliselt oluliselt suurem kui väljutavat tüüpi AN-l; ^d post hoc analüüs ei tuvastanud erinevust; * <.05; ** <.01; *** <.001

Tabel 1-st nähtub, et nii väljutavat tüüpi AN kui BN on oluliselt raskema SH sümptomaatikaga kui piiravat tüüpi AN nagu indikeerib SHS koguskoor nendes gruppides. Kõik häiregrupid demonstreerisid kõrget toidu piiramist, kusjuures väljutavat tüüpi AN piiras isegi rohkem kui piirav tüüp. BN grupis tuli esile liigsöömine võrreldes AN tüüpide ja kontrollidega. Toidu väljutamise alaskaalal olid kõige kõrgemad skoorid väljutavat tüüpi AN ja BN grupis, olles statistiliselt oluliselt suuremad nii piiravat tüüpi AN kui kontrollide skooridest. Piiravat tüüpi AN raporteeris oluliselt vähem toidu väljutamist, ent siiski oluliselt rohkem kui kontrollgrupp. Hõivatuse välimusest ja kehakaalust alaskaala skoorid olid kõige kõrgemad väljutavat tüüpi AN ja BN gruppides, olles statistiliselt oluliselt kõrgemad piiravat tüüpi AN grupist ja kontrollgrupist. Piiravat tüüpi AN grupis oli hõivatuses statistiliselt oluliselt kõrgemad skoorid kontrollidest.

Gruppide võrdlemisel SSP alaskaalades tulid esile järgmised SSP alaskaaladel põhinevad omadused: somaatiline ja psüühiline ärevus, stressile vastuvõtlikkus, kehtestatavuse puudumine, impulsiivsus, isoleerumine, kibestumine, ärrituvus, umbusklikkus, verbaalne ja füüsiline agressioon. Seikluste otsimises ja sotsiaalses soovitatavuses erinevusi ei olnud. Somaatilises ärevuses olid BN patsientide skoorid statistiliselt oluliselt suuremad piiravat tüüpi AN patsientide ja kontrollisikute skooridest. Psüühiline ärevus, stressile vastuvõtlikkus ja kehtestatavuse puudumine oli statistiliselt oluliselt kõrgem kõigis häiregruppides võrrelduna kontrollgrupiga ja lisaks oli BN patsientide skoor stressile vastuvõtlikkuses oluliselt kõrgem piiravat tüüpi AN patsientide skoorist. Impulsiivsuse skaalal olid BN patsientidel statistiliselt oluliselt kõrgemad skoorid kõigist teistest. Isoleerumise ja kibestumise skaaladel olid häiregruppide skoorid statistiliselt oluliselt kõrgemad kontrollgrupi skooridest, lisaks olid BN patsiendid oluliselt kibestunud piiravat tüüpi AN patsientidest. Ärrituvuse skaalal olid BN patsientide statistiliselt oluliselt kõrgemad kontrollgrupi omadest. Umbusklikkuse skaalal olid kõigi häiregruppide skoorid oluliselt kõrgemad kontrollgrupist. Verbaalse ja füüsilise agressiooni skaaladel olid BN patsientide skoorid oluliselt kõrgemad kontrollgrupi skooridest.

Nii STAI kui MÅDRS skaalades olid kõigi häiregruppide skoorid oluliselt kõrgemad kontrollgrupi skooridest, v.a STAI seisundiärevuse skaalal ei olnud piiravat tüüpi AN grupi ja kontrollgrupi vahel erinevust.

Edasised analüüsid

Käesolev töö põhineb ennustusmudelitel eesmärgiga uurida, kuivõrd hästi suudavad isiksusejooned ennustada SH raskust. Lisaks on kaasatud hulk potentsiaalseid moderaatoreid nagu depressioon, ärevus, vanus, KMI ja häire kestvus, mis on lisatud mõlemasse regressioonianalüüsi samas järjekorras, v.a juhtudel, kui mõni faktor ei oma sõltuva muutuja suhtes statistiliselt olulist ennustavat mõju. SSP tunnused on esimesed prediktorid, sest käesoleva töö teine peamine eesmärk on uurida isiksusejoonte mõju hõivatusle välimusest ja kehakaalust. Teiseks lisati kõige enam levinud komorbiidsed häired depressioon ja ärevus, sest ka nende häiretega on seostatud neurootilisust. Viimaks lisati näitajad nagu vanus, KMI ja häire kestvus.

Regressioonianalüüsid viidi läbi kahes grupis – piiravat tüüpi AN ja BN. Väljutavat tüüpi AN jäi välja, sest neid patsiente oli liiga vähe, et saaks teha eraldi mudelid. Teiseks ei soovinud autor panna väljutavat tüüpi piirava tüübiga kokku, sest kirjanduses on viiteid selle kohta, et piiravat tüüpi AN võib olla vähem neurootilisem (Vitousek & Manke, 1994) kui väljutavat tüüpi AN. BN puhul oli suurim osa ikkagi väljutava tüübiga ning piiravat tüüpi väga vähe (7), mistõttu jäid need alatüübid ühte gruppi.

Isiksuseomaduste seos SH sümptomaatikaga

Järgnevalt on kirjeldatud SSP tunnuste seost SH sümptomaatikaga (mõõdetuna SHS-ga). Esiteks uuriti SSP tunnuste seost SH sümptomaatikaga piiravat tüüpi AN grupil, mille tulemused on leitavad Tabel 2-st. Korrelatsioonid varieerusid olematust keskmiseni. Isiksuseomadused, mis olid piiravat tüüpi AN grupil kõige nõrgemini seotud SH sümptomaatikaga, olid järgmised: kehtestatavuse puudumine, seikluste otsimine, sotsiaalne soovitus. Kõige tugevamini oli seotud psüühiline ärevus ja hõivatus välimusest ja kehakaalust ning kibestumine ja hõivatus välimusest ja kehakaalust, vastavalt $r_s = .45$ ja $r_s = .47$.

Tabel 2. *Spearmani korrelatsioonid SSP ja SHS tunnuste vahel piiravat tüüpi AN grupil*

	Toidu piiramine	Liigsöömine	Toidu väljutamine	Hõivatus välimusest ja kehakaalust
Somaatiline ärevus	.22*	.31**	.11	.29**
Psüühiline ärevus	.38***	.14	.10	.45***
Vastuvõtlikkus stressile	.21*	.26*	.06	.28**
Kehtestatavuse puudumine	.08	.17	.05	.21
Impulsiivsus	.04	.27*	.16	.10
Seikluste otsimine	.01	.14	.15	-.05
Isoleerumine	.19	-.02	.16	.30**
Sotsiaalne soovitus	-.02	-.19	-.09	-.07
Kibestumine	.28	.14	.23*	.47***
Ärritus	.28**	.26*	.05	.20
Umbusklikkus	.24	.07	.12	.38***
Verbaalne agressioon	.18	.24*	.04	.12
Füüsiline agressioon	.01	.33**	.04	.04

Märkus. SSP – Rootsi Ülikoolide Isiksuse Skaala; SHS – Söömishäirete Hindamise Skaala; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Järgmisena uuriti SSP tunnuste seost SH sümptomaatikaga BN grupil, mille tulemused on leitud Tabel 3-st. Korrelatsioonid varieerusid olematust nõrgani. Isiksuseomadused, mis olid BN grupil SHS sümptomaatikaga kõige nõrgemini seotud, olid järgmised: somaatiline ärevus, seikluste otsimine, isoleerumine, kibestumine, umbusklikkus, verbaalne ja füüsiline agressioon. Kõige tugevamini olid seotud psüühiline ärevus ja hõivatus välimusest ja kehakaalust ($r_s = .35$), psüühiline ärevus ja toidu piiramine ($r_s = .26$), ärritus ja toidu väljutamine ($r_s = .29$)

Tabel 3. *Spearmani korrelatsioonid SSP ja SHS tunnustel BN grupil*

	Toidu piiramine	Liigsöömine	Toidu väljutamine	Hõivatus välimusest ja kehakaalust
Somaatiline ärevus	.09	.19	.00	.19
Psüühiline ärevus	.26*	.11	.02	.35***
Stressile vastuvõtlikkus	.12	.21*	.05	.24*
Kehtestatavuse puudumine	.03	.15	-.25*	.10
Impulsiivsus	-.05	-.03	.25*	-.04
Seikluste otsimine	.10	-.04	.07	.10
Isoleerumine	.05	.00	-.13	-.06
Sotsiaalne soovitus	.19	-.17	.00	.07
Kibestumine	.06	.09	.15	.14
Ärritus	.16	.16	.29**	.18
Umbusklikkus	.18	.06	.07	.17
Verbaalne agressioon	-.04	-.06	.18	-.07
Füüsiline agressioon	-.05	-.10	.05	-.19

Märkus. SSP – Rootsi Ülikoolide Isiksuse Skaala; SHS – Söömishäirete Hindamise Skaala; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Ennustusmudelid

Hierarhiline regressioonianalüüs AN (piirav) grupil

Kõigepealt lisati mudelisse SSP tunnused, millel oli statistiliselt oluline ennustusvõime SH raskuse suhtes: somaatiline ärevus, psüühiline ärevus, stressile vastuvõtlikkus, kehtestatavuse puudumine, isoleerumine, kibestumine, ärrituvus, umbusklikkus. Mudel 1 kirjeldamisvõime oli 32% (kohandatud $R^2 = .25$), $F(8,77) = 4.53$, $p < .001$. Statistiliselt olulised prediktorid olid psüühiline ärevus ($p = .01$) ja kibestumine ($p = .005$). Edasi lisati depression, mõõdetuna MÅDRS-ga (Mudel 2). Mudeli kirjeldamisvõime oli 46% (kohandatud $R^2 = .40$), $F(9,74) = 7.04$, $p < .001$. Psüühiline ärevus jäi statistiliselt oluliseks ($p = .02$), samuti oli depressioon statistiliselt oluline ($p < .001$). Edasi lisati ärevus, mõõdetuna STAI-ga (Mudel 3). Mudeli kirjeldamisvõime oli 57.2% (kohandatud $R^2 = .46$), $F(11,43) = 5.23$, $p < .001$. Statistiliselt olulised prediktorid olid kibestumine ($p = .05$), depressioon ($p = .02$) ja seisundiärevus ($p = .009$). Vanust, KMI-d ega häire kestvust mudelisse ei lisatud, sest nendel tunnustel puudus ennustusvõime SH raskuse suhtes sellel grupil. Kõigi eelmiste mudelite statistikud on olemas Lisa 1-s Tabel 1-s. Viimaks loodi mudel (Mudel 4), kus olid ainult neurootilisuse alaskaalad, depressioon ja ärevus. Mudel 4 statistikud on allolevas tabelis (Tabel 4).

Tabel 4. Regressioonianalüüsi statistikud AN (piirav) grupil: prediktorite mõju hõivatusele välimusest ja kehakaalust

	R^2	B	SE B	β	p	95% CI
Mudel	.57				<.001	
Somaatiline ärevus		-.25	.16	-.30	.11	-0.57, 0.06
Psüühiline ärevus		.30	.17	.34	.08	-0.04, 0.64
Stressile vastuvõtlikkus		-.01	.14	-.01	.95	-0.30, 0.28
Kehtestatavuse puudumine		-.15	.13	-.16	.25	-0.41, 0.11
Kibestumine		.34	.16	.37	.04	0.01, 0.68
Umbusklikkus		-.10	.14	-.12	.46	-0.39, 0.18
MÅDRS		.48	.18	.44	.01	0.11, 0.85
STAI-S		.32	.12	.45	.008	0.09, 0.55
STAI-P		-.24	.18	-.28	.17	-0.61, 0.11

Märkus. MÅDRS – Montgomery-Åsbergi Depressiooni Hindamise Skaala; STAI-S – Püsi- ja seisundiärevuse küsimustiku seisundiärevuse alaskaala; STAI-P – Püsi- ja seisundiärevuse küsimustiku püsiärevuse alaskaala

Isoleerumine ja ärrituvus eemaldati, mille järgselt mudeli näitajad paranesid – kirjeldamisvõime 57.1% (kohandatud $R^2 = .48$), $F(9,45) = 6.65$, $p < .001$. Statistiliselt olulised prediktorid olid kibestumine ($p = .04$), depressioon ($p = .01$) ja seisundiärevus ($p = .008$).

Hierarhiline regressioonianalüüs BN grupil

Kõigepealt lisati mudelisse SSP tunnused, millel oli statistiliselt oluline ennustusvõime SH raskuse suhtes: psüühiline ärevus ja stressile vastuvõtlikkus. Mudel 1 kirjeldamisvõime oli 9.9% (kohandatud $R^2 = .08$), $F(2,86) = 4.72$, $p = .01$. Psüühiline ärevus oli statistiliselt oluline prediktor, $p = .05$. Edasi lisati depressioon (Mudel 2). Mudeli kirjeldamisvõime oli 13.1% (kohandatud $R^2 = .10$), $F(3,83) = 4.18$, $p = .008$. Ükski prediktor statistiliselt oluline ei olnud. Edasi lisati ärevus (Mudel 3). Mudeli kirjeldamisvõime oli 14.4% (kohandatud $R^2 = .06$), $F(5,51) = 1.72$, $p = .15$. Ükski prediktor statistiliselt oluline ei olnud. Edasi lisati vanus (Mudel 4). Mudeli kirjeldamisvõime oli 20.1% (kohandatud $R^2 = .09$), $F(6,45) = 1.89$, $p = .10$. Ükski prediktor statistiliselt oluline ei olnud. Siis lisati KMI (Mudel 5). Mudeli kirjeldamisvõime oli 37.4% (kohandatud $R^2 = .27$), $F(7,43) = 3.66$, $p = .003$. KMI oli ainus oluline prediktor, $p = .001$. Viimase kovariaadina lisati häire kestvus (Mudel 6). Mudeli kirjeldamisvõime oli 35.2% (kohandatud $R^2 = .22$), $F(8,38) = 2.58$, $p = .02$. KMI jäi endiselt ainsaks oluliseks prediktoriks, $p = .004$. Kõigi eelmiste mudelite statistikud on olemas Lisa 1-s Tabel 2-s. Viimaks eemaldati mudelist kõik need kovariaadid, mis ei andnud mudelile olulist väärtust juurde ning loodi kõige paremini sobiv mudel (Mudel 7). Selle mudeli statistikud on allolevas tabelis (Tabel 5).

Tabel 5. Regressioonianalüüsi statistikud BN grupil: prediktorite mõju hõivatusele välimusest ja kehakaalust

	R^2	B	SE B	β	p	95% CI
Mudel	.36				<.001	
Psüühiline ärevus		.28	.11	.30	.02	0.05, 0.51
Stressile vastuvõtlikkus		-.08	.12	-.08	.50	-0.31, 0.15
MÅDRS		.21	.11	.20	.06	-0.01, 0.43
KMI		.99	.27	.36	<.001	0.45, 1.54
Häire kestvus		-.45	.18	-.25	.01	-0.82, -0.10

Märkus. MÅDRS – Montgomery-Åsbergi Depressiooni Hindamise Skaala; KMI - kehamassiindeks

Mudeli kirjeldamisvõime oli 36.4% (kohandatud $R^2 = .32$), $F(5,72) = 8.24$, $p < .001$. Mudelist eemaldati STAI kaks alaskaalat (püsi- ja seisundiärevus) ja vanus. Statistiliselt olulised prediktorid olid psüühiline ärevus ($p = .02$), KMI ($p < .001$) ja häire kestvus ($p = .01$).

Depressioon oli veidi üle olulisuse nivoo, $p = .056$. Häire kestvus oli SH raskusega negatiivses seoses.

ARUTELU

Uurijad on aastakümneid püüdnud anda oma panuse SH etioloogiasse, pakkudes välja erinevaid selgitusi, mis viib ühe inimese SH-ni ja mis võiks häiret alal hoida. On pakutud välja mitmeid mudeleid, sh sotsiokultuuriline kontekst (kõhnuseideaal jms), perekondlik/interpersonaalne kontekst (pere, eakaaslaste mõju), isiklik haavatavus (geneetised faktorid, isiksusejooned) ja traumaatiline minevik (Striegel-Moore & Cachelin, 2001). Nende fookus on olnud erinev, kuid kirjanduses on ühine arusaam, et SH etioloogia on multifaktoriaalne. Käesoleva töö fookus on isiksusejoontel – millised isiksusejooned võiksid ennustada hõivatust välimusest ja kehakaalust AN ja BN patsientidel. Hõivatus välimusest ja kehakaalust võiks olla alternatiivne viis peegeldamaks SH raskust, mis võtab arvesse SH psühholoogilisi komponente ning samuti on hõivatus ühine psühhopatoloogia nii AN kui BN populatsioonides (Fairburn et al., 2003). Uuringud nii SH patsientidega kui ka kõrge SH riskiga indiviididega on järjepidevalt leidnud patoloogiliste isiksusejoonte esinemist nendes populatsioonides (Calland et al., 2020; Podar, Hannus & Allik, 1999). Isiksusejoontel võib olla põhjuslik roll SH tekkes, teisalt on võimalik, et teatud isiksusejooned võivad mõjutada SH avaldumist (Podar et al., 1999). Töö esimene eesmärk oli uurida isiksusejooni AN ja BN patsientidel. Teine eesmärk oli uurida, kuidas ennustavad need isiksusejooned SH raskust. Kolmandaks eesmärgiks oli uurida, millist rolli mängivad ennustusmodelites depressiivsus ja ärevus. Esimesed analüüsid keskendusid keskmiste võrdlemistele.

Käesolevas töös kasutati Rootsi Ülikoolide Isiksuse Skaalat (Gustavsson et al., 2000), millel on teiste isiksuse küsimustikega eelis – see on võrdlemisi lühike (91 väidet). Gustavsson ja kolleegid (2000) jõudsid skaala konstrueerimisel kolmefaktorilise lahendini: neurootilisus, agressiivsus ja ekstraversus. Ootuspäraselt leiti nii AN kui BN gruppides kontrollgrupist kõrgemaid skoori neurootilisuse skaalades – somaatiline ja psüühiline ärevus, stressile vastuvõtlikkus, kehtestatavuse puudumine, kibestumine ja umbusklikkus. Ootuspärane oli ka see, et BN grupis on rohkem häiritust isiksuse tasandil, neil oli ainsana kõrgeimad skoorid somaatilises ärevuses, kusjuures nad olid somaatiliselt ärevamad, stressile vastuvõtlikumad ja kibestunud kui piiravat tüüpi AN patsiendid. Kõrge skoor neurootilisuses peegeldab

indiviidi tendentsi kogeda ärevaid ja depressiivseid tundeid/emotsioone, samuti viha (Calland et al., 2020). Käesoleva töö leiud lükkasid ümber esimese hüpoteesi, kus autor eeldas, et AN väljutav tüüp demonstreerib piiravast tüübist kõrgemaid skooore neurootilisuse skaalades. See on kooskõlas uuringutega, mis ei ole samuti leidnud AN alatüüpide vahel erinevusi (Bollen & Wojciechowski, 2004). Teisalt on leitud, et väljutav tüüp on siiski neurootilisem kui piirav tüüp (Vitousek & Manke, 1994). Teine hüpotees leidis kinnitust, mis eeldas, et AN väljutava tüübi ja BN vahel ei ole erinevusi. See on kooskõlas varasemate uuringutega, kus ei ole nende häirete vahel erinevusi leitud (Cassin & von Ranson, 2005). Erinevuse puudumist nende häirete vahel võib seletada see, et kõrget neurootilisust on seostatud rohkem buliimiliste kui piiravate häiretega, sest esimestel paistab olevat madalam oraalne kontroll ja enesedistsipliin kui teistel (MacLaren & Best, 2009), mida kinnitavad ka antud töös BN patsientide kõrgemad skoorid piiravat tüüpi AN patsientide skooridest. Väljutavat tüüpi AN skoorid neurootilisuse skaalades olid kõrgemad piiravate patsientide skooridest, ent tõenäoliselt väljutavate patsientide vähesuse tõttu ei jõudnud need erinevused statistilise olulisuse tasemeni.

2. faktor ehk agressiivsus sisaldab verbaalset ja füüsilist agressiivsust ja sotsiaalset soovitatavust (negatiivse faktorlaadungiga) ja ärrituvust. Sotsiaalne soovitatavus selles kontekstis tähistab isiksusejoont, mitte vastamise stiili (Gustavsson et al., 2000). Sotsiaalses soovitatavuses grupid ei erinenud üksteisest. Käesolevas töös leiti, et BN patsiendid on nii verbaalselt kui ka füüsiliselt agressiivsemad ning ärritatumad kui terved inimesed, ent mitte AN patsiendid. Samade tulemusteni jõudsid ka Fassino ja kolleegid (2001). Uuringud agressioonist SH populatsioonil on näidanud seoseid agressiooni ja SH sümptomite vahel, mis võib prognoosi halvendada – haige osutab vastupanu ümbritsevate inimeste ja terapeudi vastu, mis suurendab tema riski negatiivseteks tagajärgedeks nagu suitsiidikatsed, ainete kuritarvitamine (Miotto et al., 2013). BN patsiendid tunduvad olevat agressiivsemad kui AN patsiendid, nad tunnevad rohkem viha ning suunavad seda teiste vastu. Viha suunatakse ka enda vastu ning osad uurijad (Abbate-Daga, Pierò, Gramaglia ja Fassino, 2005) on arvamusel, et tahtlik oksendamine on üks autoagressiivsuse vormidest. Selline agressiivsuse olemasolu BN patsientidel viitab nende frustratsiooni madalale lävele ja puudulikule impulsikontrollile (Fassino et al., 2001).

3. faktor ehk ekstravertsus sisaldab impulsiivsust, seikluste otsimist ning isoleeritust (negatiivne faktorlaadung). BN patsiendid olid ootuspäraselt kõige impulsiivsem grupp, olles oluliselt impulsiivsem mõlemast AN alatüübist. Impulsiivsust BN ja ka liigsöömishäire populatsioonides on käsitletud kui nende häiretele iseloomulikku omadust (Podar et al., 1999; Waxman, 2009), samuti on teada, et AN väljutav tüüp on impulsiivsem kui piirav tüüp, sest

viimast iseloomustab ekstreemne enesekontroll (Steward et al., 2017). Käesolevas töös aga erinevusi impulsiivsuses nende alatüüpide vahel ei ilmnunud. Kirjandusest võib jääda mulje, et AN ja BN patsiendid asetsevad kompulsivsuse/impulsiivsuse spektri eri otstes, mis võibki tõsi olla, kuid see ei välista, et kord range enesekontrolliga AN patsient ei või hiljem olla hoopis impulsikontrolli raskustega BN patsient. Selline diagnooside vahel kõikumine ei ole harv nähtus, sest mõlematel häiretel on fundamentaalselt sama tuumpsühhopatoloogia (Fairburn et al., 2003). Seikluste otsimist või elamustejanu on sageli omistatud BN-le ning võrreldes AN-ga on nendel vajadus uute elamuste järgi märkimisväärselt suurem (Fassino et al., 2001; Peños-Lledó et al., 2010). Käesolevas töös ei olnud sellel skaalal gruppide vahel erinevusi. Seda toetab Callandi ja kolleegide (2020) leid, et elamustejanu ja häirunud söömiskäitumiste (söömise piiramine ja toidu väljutamine) vahel ei ole seost.

Ennustusmudelid

Tulenevalt sellest, et SH-d on tihti seostatud kõrge neurootilisusega (Allen & Walter, 2016), oli töö kolmas hüpotees püstitatud sellel eesmärgil, et teada saada, kuidas suudavad SSP neurootilisuse skaalad ennustada hõivatust välimusest ja kehakaalust. Keskmiste võrdluses tuli välja, et BN (ja ka väljutavat tüüpi AN patsiendid) patsiendid on oma välimusest ja kehakaalust hõivatamad kui piiravat tüüpi AN patsiendid. See leid on kooskõlas Coker'i ja Abrahami (2014) uuringuga, milles nad leidsid, et toitu väljutavad SH patsiendid on oma kehaga rahulolematumad kui need, kes ei väljuta. Väljutavad patsiendid hindasid selles uuringus ideaalseks KMI-ks 15-16, samas mitteväljutavatel patsientidel oli ideaalne KMI 16-17, see erinevus oli statistiliselt oluline nende kahe SH grupi vahel. On võimalik, et nendel SH patsientidel, kes ei väljuta, on parem arusaam oma seisundist ning realistlikumad ootused oma kaalule (Coker & Abraham, 2014). Dalle Grave ja kolleegid (2009) leidsid, et väljutavatel SH patsientidel on olnud elu jooksul suuremad kaalumuutused kui mitteväljutavatel patsientidel, samuti oli neil kõrgem premorbiidne KMI, indikeerides nende suuremat riski kaalutõusule. Kaalutõusu vältimiseks leidsid aset sagedased väljutamise episoodid, mis on seotud raskema psühhopatoloogiaga nagu hõivatus/mure söömise pärast (Dalle Grave et al., 2009). Selline leid võiks olla üheks põhjuseks, miks BN ja muud toitu väljutavad patsiendid on suurema hõivatusega välimusest ja kehakaalust kui piiravat tüüpi AN.

AN grupil ennustasid SH raskust kõik neurootilisuse tunnused. Oli ootuspärane, et AN raskust ennustavad neurootilisuse tunnused, s.h. somaatiline ärevus, psüühiline ärevus ja stressile vastuvõtlikkus, sest kui piirav patsient ei saa oma kompulsivseid käitumisi rakendada (toidu

piiramine, nälgimine), muutub ta ärevaks (Bulik, 2002: 194) oma keha suhtes, s.t hõivatus oma välimusest ja kehakaalust võimendub. Samuti on leitud varasemalt AN patsientidel, et kõrgem hõivatus on seotud kehvema tööalase ja sotsiaalse toimetulekuga, mis võib omakorda olla seotud suurenenud stressi vastuvõtlikkusega (Calugi, El Ghoch, Conti & Dalle Grave, 2018). BN puhul ennustas SH raskust psüühiline ärevus ja stressile vastuvõtlikkus, mida oli ka oodata. Nende patsientide liigsöömise ja väljutamise tsükliga kaasneb ärevus, mida üritatakse söömisega leevendada, kuid hiljem tulevad ärevad mõtted tagasi (Thomas & Lovell, 2015). Tugev stress BN patsientidel on otseselt seotud nende ebakohaste käitumistega ning Smyth ja kolleegid (2007) näitasid, et mida rohkem stressoreid BN haigel päevas on, seda suurem on tõenäosus üle süüa ja väljutada. Nad leidsid ka, et ebakohastest käitumistest vabadel päevadel osalejad stressi ei raporteerinud. Seega oli kolmas hüpotees osaliselt kinnitatud, s.t BN-l ei olnud ülejäänud neurootilisuse alaskaalad seotud SH raskusega.

On selge, et SH raskust ei ennusta isiksusejooned üksinda, vaid arvesse tuleb võtta ka muid faktoreid ning antud töös olid kaasmuutujateks depressioon, ärevus ning kirjeldavad omadused nagu vanus, KMI ja häire kestvus. Tugevalt väljendunud SH-ga kaasnevat afektiivset ebastabiilsust on näidatud kui toimetulekut halvendava ja psühholoogilise distressi võimendavate faktorina (Byrne et al., 2016). SH patsiendid on eriti haavatavad depressioonile ja ärevushäiretele (Bulik, 2002: 193) ning seda kinnitas ka käesolev valim, kus depressiooni esines 48%-l ning erinevaid ärevushäireid 46%-l patsientidest ning depressioonil ja ärevusel oli eraldiseisvalt statistiliselt oluline ennustusvõime hõivatusele mõlemas häires, kinnitades neljandat hüpoteesi. Kõige parema seletusvõimega mudel AN grupis nägi ette, et SH raskust ennustavad kõige paremini kibestumine + depressioon + seisundiärevus, s.t need faktorid jäävad teineteisest sõltumatult olulisteks prediktoriteks. Teisisõnu, nende kompleksne interaktsioon ennustab suuremat hõivatust välimusest ja kehakaalust. Käesolevad tulemused võiksid seega viidata sellele, et AN patsientide hõivatuse välimusest ja kehakaalu taga on neurootilised isiksusejooned, mis teeb nad potentsiaalselt haavatavamaks kaasuvatele afektiivsetele häiretele. AN patsientidel tundub olevat defitsiit emotsioonide kognitiivses töötluses ning kehvad interpersonaalsed suhted haigetel võivad tuleneda aleksitüümiast, nad on teiste suhtes umbusklikud (Taylor, Parker, Bagby & Bourke, 1996). See seletab potentsiaalselt ka seda, miks kibestumine jäi statistiliselt oluliseks isiksusejooneks, kibestumine on Gustavssoni ja kolleegide järgi (2000) rahulolematuse ning teiste kadestamine ja süüdistamine.

BN puhul oli pilt teistsugune. Lisaks psüühilisele ärevusele, stressile vastuvõtlikkusele, depressioonile ja ärevusele ka vanus, KMI ja häire kestvus. Kõigi nende prediktorite koos esinemisel paistsid kõige tugevamad SH raskuse ennustajad psüühiline ärevus, KMI ja häire kestvus. Nagu ka AN puhul, on ka BN-s afektiivsed häired sagedased (Bulik, 2002: 193) ning seega ei olnud ärevuse ja depressiooni ennustusvõime SH raskuse suhtes üllatav. Varasemalt on leitud, et KMI ennustab BN sümptomeid, aga mitte AN-s (Miotto et al., 2003), mis võib selgitada, miks KMI AN grupis hõivatuslega seotud ei olnud. Kõrgemat KMI-d ja depressiooni on seostatud suurema rahulolematusega oma keha suhtes, kusjuures KMI on tugevam prediktor kui depressioon (Paans, Bot, Brouwer, Visser & Penninx, 2018). See selgitab potentsiaalselt ära selle, miks ühises mudelis jäi KMI oluliseks prediktoriks aga depressioon mitte. Gearhardt, Boswell ja White (2014) leidsid, et BN sümptomitega indiviidid raporteerivad „sõltuvust“ toidust ning selgetel põhjustel on see ka seotud kõrgema KMI-ga, mis omakorda on seotud tugevama psühhopaatoloogiaga (Dalle Grave et al., 2009). Häire kestvus oli negatiivselt seotud SH raskusega, mis võib tähendada, et mida vähem on häire kestnud, seda kõrgem on BN patsiendi hõivatus välimusest ja kehakaalust.

Käesolev töö ei uurinud perfektsionismi, mis on tuntud riskifaktor SH-s ning BN sümptomite ennustaja (Young, Clopton & Bleckley, 2004). On võimalik, et BN-s ennustab SH raskust ka keskkondlikud faktorid nagu kõhnuseideaalid, eakaaslaste mõju ning perekondlikud suhted üldiselt. Wade, Martin ja Tiggemann (1998) pakkusid, et hoiakud BN-s tulenevad Lääne kultuurides pidevalt propageeritud kõhnuseideaalidest ning kombineerides sellist ühiskondlikku survet omadustega nagu asketism, perfektsionism ja emotsionaalne düsregulatsioon, on tulemuseks enda eneseväärtuse hindamine ainult läbi oma välimuse, kaalu ja figuuri. See on kooskõlas Young'i ja kolleegidega (2004), et eakaaslaste ning vanemate kõhnuseideaali surveamine ennustavad oluliselt BN sümptomaatikat.

Tugevused, puudused ja tulevikusuunised

Tugevuseks antud töös on alternatiivse SH raskuse indikaatori (hõivatus) rakendamine, mis erinevalt DSM-5 SH raskuse indikaatoritest võtab arvesse SH psühholoogilisi komponente (Phillipou ja Beilharz; 2019). Samuti leidis antud uuring potentsiaalsed faktorid, mis võiksid olla SH raskuse taga nii AN-s kui BN-s. Autorile teadaolevalt on käesolev uuring esimene, mis uurib isiksusejoonte ja afektiivse ebastabiilsuse mõju hõivatusle välimusest ja kehakaalust BN ja AN patsientidel.

Esimeseks puuduseks oli uuringu läbilõikeline olemus, mis ei luba kausaalsete järelduste tegemiseks. Patoloogilised isiksusejooned võivad olla kas SH riskifaktoriks, teisalt on võimalik, et need on SH-st tingitud komplikatsioonid (Farstad et al., 2016). Isiksusejooned ja kaasuvad häired võivad küll SH-t ja sellest tulenevat toimetulekut raskendada (Byrne et al., 2016; Haynos et al., 2015), kuid hõivatus põhjuseks neid käesoleva uuringu põhjal nimetada ei saa. Teiseks puuduseks oli eneseraporteeritud mõõdikute kasutamine, mis annab vastajatele võimaluse sümptomite minimiseerimiseks/ülehindamiseks. Samas on näiteks SHS siiski näidanud usaldusväärsust, eristades efektiivselt kliinilist populatsiooni tervest ning samuti erinevaid SH diagnostilisi kategooriaid (Herik, 2009). Kolmandaks puuduseks oli STAI skaalas andmete puudumine - piiravat tüüpi AN grupis oli puudu 30-l patsiendil 86-st ja BN grupis oli puudu 33 patsiendil 94-st, mispärast mudelite statistiline võimsus kahanes. Neljandaks puuduseks oli väljutavat tüüpi AN grupi puudumine ennustumudelitest, sest selle alatüübi patsiente oli liiga vähe. Edasised uuringud võiksid selle grupi analüüsidesse lisada, sest kirjanduses on viiteid, et väljutavad AN patsientidel on kõrgem neurootilisus kui piiraval tüübil (Vitousek & Manke, 1994).

Tulevased uuringud võiksid lisaks antud töös uuritud isiksusejoontele kaasata ka perfektsionismi ning vaadata, mis roll on sellel SH raskuse ennustamisel. Perfektsionismi on peetud transdiagnostiliseks fenomeniks mitmetes häiretes ning samuti võiks sellel olla roll nende häirete tekkes ning säilitamises (Egan, Wade & Shafran, 2011). Soidla (2017) leidis, et need patsiendid, kellel oli kõrge perfektsionism, olid ka rohkem hõivatud oma välimusest ja kaalust, samuti olid need patsiendid pigem väljutavad/liigsööjad (BN, väljutavat tüüpi AN või liigsöömishäire). Seega on perfektsionismi ja hõivatuse seos teada, kuid uuringuid perfektsionismi interaktsioonidest teiste isiksusejoonte, ER raskuste ja kaasuva afektiivse ebastabiilsusega ning nende mõju hõivatusele välimusest ja kehakaalust on endiselt vähe.

Lisaks isiksusejoontele tasub uurida ka emotsiooni regulatsiooni raskute mõju SH raskusele. Kirjanduses on viiteid (Byrne et al., 2016) emotsionaalse düsregulatsiooni raskendavale mõjule indiviidi sümptomite ja elukvaliteedi suhtes. On pakutud, et emotsionaalse düsregulatsiooni taga võib olla aleksitüümia, mis on emotsiooni regulatsiooni niiöelda nurgakiviks (Goetz, Johnson, Naugle & Borges, 2020) ning kui aleksitüümia tõttu on patsiendil emotsioonide tuvastamisel segadus, siis ei suuda ta ka kasutada adaptiivseid ER strateegiaid moduleerimaks oma emotsioone ning reaktsioone, võimendades SH sümptomeid.

Uuringud liigsöömishäire populatsioonis (Grilo, Ivezaj, Lydecker & White, 2019) on näidanud nendel indiviididel hõivatust välimusest ja kehakaalust sarnaselt käesolevas uuringus käsitletud SH-le. Grilo ja kolleegide (2019) järgi on liigsöömishäirega indiviididel hõivatus küll madalam kui BN-s, kuid siiski suurem kui psühhopatoloogiata ülekaalulistel inimestel, seega tulevased uuringud võiksid käsitleda hõivatust ja seda ennustavaid faktoreid ka liigsöömishäire populatsioonis.

Lõppsõna

SH raskust on defineeritud mitmeid moodi ning DSM-5 näeb ette liigitamist AN-s KMI ja BN-s ebakohaste kompensatoorsete strateegiate sageduse järgi. Käesolevas töös vaadati alternatiivselt hõivatust välimusest ja kehakaalust, mida on peetud transdiagnostiliseks tuumpsühhopatoloogiaks SH-tes ning mis on väga resistentne muutusele ja üheks võimalikuks põhjuseks, miks tagasilangus SH patsientides sage on. Tundub, et väljutavad patsiendid nagu BN ja väljutavat tüüpi AN on oma välimusest ja kehakaalust rohkem hõivatud kui piiravad patsiendid nagu piiravat tüüpi AN, mis võib viidata nende häirete raskemale sümptomaatikale. On pakutud mitmeid faktoreid, millel võiks olla SH-t soodustavaks ja säilitavaks mehhanismiks, sealhulgas sotsiokultuurilised ootused, isiksusejooned (kõrge neurootilisus, madal extravertsus) ja komorbiidsed häired. Autorile teadaolevalt on käesolev töö esimene, mis uurib üheskoos isiksusejoonte ja komorbiidsuse rolli SH patsientide hõivatuses oma välimusest ja kehakaalust piiravat tüüpi AN ja BN diagnoosiga indiviididel. AN patsientidel ennustab antud magistritöö tulemuste põhjal hõivatust neurootilisus (eriti kibestumine) ja afektiivne ebastabiilsus. BN puhul ennustab hõivatust samuti neurootilised jooned (kuid mitte kõik), kõrgem KMI ja vähesem häire kestvus. Töö tulemused panustavad teemakohasesse kirjandusse, kinnitades varasemalt leitud seoseid kõrge neurootilisuse ja kõrge komorbiidsuse erinevate SH diagnooside vahel, sealhulgas leides erinevusi piirava olemusega SH ja väljutava olemusega SH vahel, mis indikeerib, et kuigi hõivatus on ühine raskus kõigis SH kategooriates, on selle tekkepõhjused/riskifaktorid mõnevõrra erinevad. Nende faktorite tuvastamine aitab kliinitsistidel kaardistada peamised säilitavad mehhanismid, mida ravis eesmärgiks võtta ja mille läbi ravi efektiivsemaks muuta. Tuumpsühhopatoloogiat säilitavate faktorite tuvastamiseks ja inkorporeerimiseks SH kognitiiv-käitumuslikku teraapiasse (*Enhanced CBT*) tagasi rajasid tee ligi 20 aastat tagasi Christopher Fairburn, Zafra Cooper ja Roz Shafran ning

käesolev töö demonstreerib, millistele täiendavatele teguritele võiks tulevikus veel keskenduda.

VIITED

Abbate-Daga, G., Pierò, A., Gramaglia, C., Fassino, S. (2005). Factors related to severity of vomiting behaviors in bulimia nervosa. *Psychiatry Research*, 134(1), 75–84

Allen, M. S., Walter, E. E. (2016). Personality and body image: A systematic review. *Body Image*, 19, 79–88

American Psychiatric Association (APA). (2013). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition: DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association

Bollen, E., Wojciechowski, F. L. (2004). Anorexia nervosa subtypes and the Big Five personality factors. *European Eating Disorders Review*, 12(2), 117–121

Brookings, J. B., Wilson, J. F. (1994). Personality and family-environment predictors of self-reported eating attitudes and behaviors. *Journal of Personality Assessment*, 63(2), 313–326

Bulik, C. M. (2002). Anxiety, Depression and Eating Disorders. C. G. Fairburn & K. D. Brownell (toim), *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook* (lk 193–197). New York: The Guilford Press

Byrne, M.E, Eichen, D. M., Fitzsimmons-Craft, E. E., Taylor, C. B., Wilfley, D. E. (2016). Perfectionism, emotion dysregulation, and affective disturbance in relation to clinical impairment in college-age women at high risk or with eating disorders. *Eating Behaviors*, 23, 131–136

Calland, A. R., Siegler, I. C., Costa, P. T., Ross, L. M., Zucker, N., French, R., Hauser, E., Huffman, K. M. (2020). Associations of self reported eating disorder behaviors and personality in a college-educated sample. *Appetite*, 151

- Calugi, S., El Ghoch, M., Conti, M., Dalle Grave, R. (2018). Preoccupation with shape or weight, fear of weight gain, feeling fat and treatment outcomes in patients with anorexia nervosa: A longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy*, 105, 63–68
- Cassin, S. E., von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25(7), 895–916
- Cella, S., Cipriano, A., Iannaccone, M., Cotrufo, P. (2017). Identifying predictors associated with the severity of eating concerns in females with eating disorders. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 20(1), 91–99
- Cervera, S., Lahortiga, F., Martinez-Gonzalez, M. A., Gual, P., de Irala-Estevez, J., Alonso, Y. (2003). Neuroticism and Low Self-Esteem as Risk Factors for Incident Eating Disorders in a prospective cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 33(3), 271–280
- Coker, E., Abraham, S. (2014). Body weight dissatisfaction: a comparison of women with and without eating disorders. *Eating Behaviors*, 15(3), 453–459
- Dakanalis, A., Di Giacamo, E., Clerici, M., Zanetti, M. A., Colmegna, F., Riva, G. (2018). Evaluation of the DSM-5 severity specifier for bulimia nervosa in treatment-seeking youth. *Child Psychiatry and Human Development*, 49(1), 137–145
- Dalle Grave, R., Sartirana, M., El Ghoch, M., Calugi, S. (2018). DSM-5 severity specifiers for anorexia nervosa and treatment outcomes in adult females. *Eating Behaviors*, 31, 18 – 23
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Marchesini, G. (2009). Self-induced vomiting in eating disorders: Associated features and outcome. *Behaviour Research and Therapy*, 47(8), 680–684
- Egan, S. J., Wade, T. D., Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 203–212
- Eichen, D. M., Chen, E., Boutelle, K. N., McCloskey, M. S. (2017). Behavioral evidence of emotion dysregulation in binge eaters. *Appetite*, 111, 1–6
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: a „transdiagnostic“ theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509–528
- Farstad, S. M., McGeown, L. M., von Ranson, K. M. (2016). Eating disorders and personality, 2004-2016: A systematic review and metanalysis. *Clinical Psychology Review*, 46, 91–105

- Fassino, S., Daga, G. A., Pierò, A., Leombruni, P., Rovera, G. G. (2001). Anger and personality in eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 51(6), 757–764
- Gearhardt, A. N., Boswell, R. G., White, M. A. (2014). The association of „food addiction“ with disordered eating and body mass index. *Eating Behaviors*, 15(3), 427–433
- Goetz, D. B., Johnson, E. C., Naugle, A. E., Borges, L. M. (2020). Alexithymia, state-emotion dysregulation, and eating disorder symptoms: a mediation model. *Clinical Psychologist*, 24(2), 166–175
- Grilo, C. M. (2002). Binge Eating Disorder. C. G. Fairburn & K. D. Brownell (toim), *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook* (lk 181). New York: The Guilford Press
- Grilo, C. M., White, M. A., Masheb, R. M. (2009). DSM-IV psychiatric disorder comorbidity and its correlates in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 42(3), 228–234
- Grilo, C. M., Ivezaj, V., Lydecker, J. A., White, M. A. (2019). Toward an understanding of the distinctiveness of body-image constructs in persons categorized with overweight/obesity, bulimia nervosa, and binge-eating disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 126,
- Gustavsson, J. P., Bergman, H., Edman, G., Ekselius, L., von Knorring, L., Linder, J. (2000). Swedish universities Scales of Personality (SSP): construction, internal consistency and normative data. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(3), 217 - 225
- Haynos, A. F., Roberto, C. A., Attia, E. (2015). Examining the associations between emotion regulation difficulties, anxiety, and eating disorder severity among inpatients with anorexia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 60, 93–98
- Herik, M. (2009). *Söömishäirete Hindamise Skaala konstrueerimine*. Magistritöö. Tartu Ülikool, Psühholoogia Instituut
- Izydorczyk, B. (2012). Neuroticism and compulsive overeating: A comparative analysis of the level of neuroticism and anxiety in a group of females suffering from psychogenic binge eating, and in individuals exhibiting no mental or eating disorders. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 14(3), 5–13
- Lloyd, E. C., Frampton, I., Verplanken, B., Haase, A. M. (2017). How extreme dieting becomes compulsive: A novel hypothesis for the role of anxiety in the development and maintenance of anorexia nervosa. *Medical Hypotheses*, 108, 144–150

Loxton, N. J., Dawe, S. (2009). Personality and eating disorders. P. J. Corr & G. Matthews (toim), *The Cambridge Handbook of Personality Psychology* (lk 687–699). New York: Cambridge University Press

MacLaren, V. V., Best, L. A. (2009). Female students' disordered eating and the big five personality facets. *Eating Behaviors*, 10(3), 192–195

Mason, T. B., Heron, K. E. (2016). Do depressive symptoms explain associations between binge eating symptoms and later psychosocial adjustment in young adulthood? *Eating Behaviors*, 23, 126–130

Miotto, P., De Coppi, M., Frezza, M., Petretto, D. R., Masala, C., Preti, A. (2003). Eating disorders and aggressiveness among adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(3), 183–189

Mischoulon, D., Eddy, K. T., Keshaviah, A., Dinescu, D., Ross, S. L., Kass, A. E., Franko, D. L., Herzog, D. B. (2011). Depression and eating disorders: Treatment and course. *Journal of Affective Disorders*, 130(3), 470–477

Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., Swann, A.C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1783–1793

Paans, N. P. G., Bot, M., Brouwer, I. A., Visser, M., Penninx, B. W. J. H. (2018). Contributions of depression and body mass index to body image. *Journal of Psychiatric Research*, 103, 18–25

Peños-Lledó, E., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Penelo, E., Agüera, Z., Alvarez-Moya, E., Fernández-Aranda, F. (2010). Specific eating disorder clusters based on social anxiety and novelty seeking. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(7), 767–773

Philipou, A., Beilharz, F. (2019). Should we shed the weight criterion for anorexia nervosa? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 53(6), 501–502

Podar, I., Hannus, A., Allik, J. (1999). Personality and affectivity characteristics Associated with eating disorders: A comparison of eating disordered, weight-preoccupied, and normal samples. *Journal of Personality Assessment*, 73(1), 133–147

Reas, D. L., Rø, Ø. (2018). Less symptomatic, but equally impaired: clinical impairment in restricting versus binge-eating/purging subtype of anorexia nervosa. *Eating Behaviors*, 28, 32–37

- Salbach-Andrae, H., Lenz, K. Simmendinger, N., Klinkowski, N. Lehmkhul, U., Pfeiffer, E. (2008). Psychiatric comorbidities among female adolescents with anorexia nervosa. *Child Psychiatry and Human Development*, 39(3), 261–272
- Shafran, R., Cooper, Z., Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40(7), 773–791
- Smyth, J. M., Wonderlich, S. A., Heron, K. E., Sliwinski, M. J., Crosby, R. D., Michell, J. E., Engel, S. G. (2007). Daily and momentary mood and stress are associated with binge eating and vomiting in bulimia nervosa patients in the natural environment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(4), 629–638.
- Soidla, K. (2017). *Facets of perfectionism, impulsivity and their associations with eating disorder symptoms: A latent profile analysis*. Master`s thesis. University of Tartu, Institute of Psychology
- Steward, T., Mestre-Bach, G., Vintro-Alcaraz, C., Agüera, Z., Jimenez-Murcia, S., Granero, R., Fernandez-Aranda, F. (2017). Delay discounting of reward and impulsivity in eating disorders: from anorexia nervosa to binge eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 25(6), 601–606
- Striegel-Moore, R. H., Cachelin, F. M. (2001). Etiology of eating disorders in women. *The Counseling Psychologist*, 29(5), 635–661
- Taylor, G. J., Parker, J. D. A., Bagby, R. M., Bourke, M. P. (1996). Relationships between alexithymia and psychological characteristics Associated with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 561–568
- Thomas, M., Lovell, A. (2015). Anxiety and compulsion patterns in the maintenance of bingeing/purging behaviours by individuals with bulimia nervosa. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(1), 20–29
- Utschig, A. C., Presnell, K., Madeley, M. C., Smits, J. A. J. (2010). An investigation of the relationship between fear of negative evaluation and bulimic psychopathology. *Eating Behaviors*, 11(4), 231–238
- Vitousek, K., Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 137–147

Wade, T., Martin, N. G., Tiggemann, M. (1998). Genetic and environmental risk factors for the weight and shape concerns characteristic of bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 28(4), 761–771

Waxman, S. E. (2009). A systematic review of impulsivity in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 17(6), 408–425

Whiteside, U., Chen, E., Neighbors, C., Hunter, D., Lo, T., Larimer, M. (2007). Difficulties regulating emotions: do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect? *Eating Behaviors*, 8(2), 162–169

World Health Organization (WHO). (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.

Young, E. A., Clopton, J. R., Bleckley, M. K. (2004). Perfectionism, low self-esteem, and family factors as predictors of bulimic behavior. *Eating Behaviors*, 5(4), 273–283

LISA 1

Tabel 1. Regressioonianalüüsi statistikud AN (piirav) grupil: prediktorite mõju hõivatusele välimusest ja kehakaalust

	R ²	B	SE B	β	p	95% CI
Mudel	.32				<.001	
Somaatiline ärevus		-.12	.13	-.14	.36	-0.37, 0.14
Psüühiline ärevus		.40	.16	.45	.01	0.09, 0.72
Stressile vastuvõtlikkus		-.09	.12	-.11	.45	-0.33, 0.15
Kehtestatavuse puudumine		-.13	.13	-.13	.35	-0.39, 0.14
Isoleerumine		-.04	.13	-.04	.73	-0.30, 0.21
Kibestumine		.39	.14	.46	.005	0.12, 0.65
Ärrituvus		-.19	.15	-.19	.20	-0.48, 0.10
Umbusklikkus		.12	.13	.14	.37	-0.14, 0.38
Mudel 2	.46				<.001	
Somaatiline ärevus		-.15	.11	-.18	.18	-0.38, 0.07
Psüühiline ärevus		.33	.14	.38	.02	0.04, 0.61
Stressile vastuvõtlikkus		.01	.11	.01	.92	-0.21, 0.23
Kehtestatavuse puudumine		-.12	.12	-.13	.31	-0.36, 0.12
Isoleerumine		-.05	.12	-.05	.64	-0.29, 0.18
Kibestumine		.21	.13	.25	.10	-0.04, 0.46
Ärrituvus		-.18	.13	-.18	.18	-0.44, 0.09
Umbusklikkus		.10	.12	.12	.39	-0.13, 0.34
MÅDRS		.50	.11	.46	<.001	0.29, 0.72
Mudel 3	.57				<.001	
Somaatiline ärevus		-.25	.16	-.30	.13	-5.75e-01, 0.08
Psüühiline ärevus		.32	.18	.35	.09	-5.39e-02, 0.69
Stressile vastuvõtlikkus		-.03	.16	-.03	.83	-3.62e-01, 0.29
Kehtestatavuse puudumine		-.15	.14	-.16	.31	-4.38e-01, 0.14
Isoleerumine		-.05	.16	-.05	.75	-3.69e-01, 0.27
Kibestumine		.35	.18	.38	.05	-2.08e-04, 0.71
Ärrituvus		.03	.18	.03	.87	-3.36e-01, 0.39
Umbusklikkus		-.09	.16	-.11	.54	-4.27e-01, 0.23
MÅDRS		.49	.19	.45	.01	9.99e-02, 0.88
STAI-S		.32	.12	.46	.009	8.39e-02, 0.56
STAI-T		-.26	.19	-.29	.17	-6.37e-01, 0.12

Märkus. MÅDRS – Montgomery-Åsbergi Depressiooni Hindamise Skaala; STAI-S – Püsi- ja seisundiärevuse küsimustiku seisundiärevuse alaskaala; STAI-T – Püsi- ja seisundiärevuse küsimustiku püsiärevuse alaskaala

Tabel 2. Regressioonianalüüsi statistikud BN grupil: prediktorite mõju hõivatusale välimusest ja kehakaalust

	R ²	B	SE B	β	p	95% CI
Mudel 1	.10				.01	
Psüühiline ärevus		.26	.13	.27	.05	0.00, 0.51
Stressile vastuvõtlikkus		.06	.12	.06	.64	-0.18, 0.30
Mudel 2	.13				.008	
Psüühiline ärevus		.23	.13	.24	.08	-0.03, 0.48
Stressile vastuvõtlikkus		.02	.12	.02	.88	-0.23, 0.26
MÅDRS		.18	.11	.18	.10	-0.04, 0.40
Mudel 3	.14				.15	
Psüühiline ärevus		.18	.21	.17	.39	-0.24, 0.59
Stressile vastuvõtlikkus		-.01	.22	-.01	.95	-0.45, 0.42
MÅDRS		.06	.18	.06	.76	-0.30, 0.42
STAI-S		.12	.14	.16	.37	-0.15, 0.40
STAI-P		.12	.18	.11	.53	-0.25, 0.49
Mudel 4	.20				.10	
Psüühiline ärevus		.13	.22	.12	.56	-0.31, 0.57
Stressile vastuvõtlikkus		.12	.23	.12	.60	-0.35, 0.60
MÅDRS		.13	.19	.13	.49	-0.26, 0.52
STAI-S		.10	.14	.13	.48	-0.19, 0.39
STAI-P		.05	.20	.05	.79	-0.35, 0.45
Vanus		-.42	.25	-.24	.10	-0.92, 0.08
Mudel 5	.37				.003	
Psüühiline ärevus		.29	.20	.27	.16	-0.12, 0.70
Stressile vastuvõtlikkus		-.08	.22	-.07	.73	-0.52, 0.37
MÅDRS		.01	.18	.01	.94	-0.34, 0.37
STAI-S		.21	.13	.27	.11	-0.05, 0.48
STAI-P		-.17	.19	-.16	.37	-0.55, 0.21
Vanus		-.10	.24	-.06	.69	-0.58, 0.39
KMI		1.43	.41	.52	.001	0.60, 2.25
Mudel 6	.35				.02	
Psüühiline ärevus		.29	.21	.26	.19	-0.15, 0.72
Stressile vastuvõtlikkus		-.08	.25	-.06	.76	-0.59, 0.44
MÅDRS		.06	.20	.05	.77	-0.35, 0.47
STAI-S		.21	.14	.27	.14	-0.07, 0.49
STAI-P		-.14	.22	-.13	.52	-0.58, 0.30
Vanus		.05	.43	.03	.91	-0.81, 0.91
KMI		1.42	.46	.47	.004	0.48, 2.36
Häire kestvus		-.19	.49	-.10	.69	-1.19, 0.79

Märkus. MÅDRS – Montgomery-Åsbergi Depressiooni Hindamise Skaala; STAI-S – Püsi- ja seisundiärevuse küsimustiku seisundiärevuse alaskaala; STAI-P – Püsi- ja seisundiärevuse küsimustiku püsiärevuse alaskaala; KMI – kehamassiindeks

TÄNUSÕNAD

Soovin tänada oma juhendajaid Kirsti Akkermanni ja Katrin Kukke nende aja, julgustuse, kannatuse ja väärtusliku konstruktiivse tagasiside eest, mis on aina rohkem suurendanud minu huvi antud teema vastu. Samuti olen tänulik Kärol Soidlale kogutud andmete ja toetuse eest.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Sandra Jakubelovitš,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose

„Isiksuseomaduste roll söömishäire raskuses *anorexia nervosa* ja *bulimia nervosa* patsientidel“, mille juhendajad on Kirsti Akkermann (PhD) ja Katrin Kukk (PhD) 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.

Sandra Jakubelovitš

24.05.2021