

Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduste valdkond
Psühholoogia instituut

Eva Margareeta Kört

**Söömishäirete sümptomaatika seosed internaliseerimise ja
eksternaliseerimise spektri isiksusejoontega**

Uurimistöö

Juhendajad: Kirsti Akkermann, Helo Liis Soodla

Läbiv pealkiri: Söömishäired internaliseerimise/eksternaliseerimise spektris

Tartu 2023

Söömishäirete sümptomaatika seosed internaliseerimise ja eksternaliseerimise spektri isiksusejoontega

Kokkuvõte

Võttes arvesse söömishäirete kategooriaalse käsitluse mitmeid piiranguid, oli töö ajendiks uurida häirunud söömiskäitumist lähtuvalt psühhopatoloogia dimensionaalset käsitlusest. Üks olulisemaid alternatiivseid mudeleid jagab psühhopatoloogia selle allolevate isiksusejoonte alusel internaliseerimise/eksternaliseerimise spektrile. Kuna varasemad uuringud on sidunud söömishäireid aga peamiselt internaliseerimise spektriga, jätab käsitlus mõnevõrra tähelepanuta söömishäiretega seotud eksternaliseerimise spektri tunnused. Sellest tulenevalt oleks vaja söömishäirete seoseid spektrite ja nende isiksusejoontega empiirilisel täpsustada. Antud eesmärgist lähtuvalt uuriti isiksusejoonte alusel söömishäire põhidiagnoosiga indiviide ($n = 242$). Selgus, et kõik töös käsitletud söömishäirete sümptomite dimensioonid ehk väljutamine, liigsöömine, kuid eriti hõivatus välimusest ja kehakaalust ning piiramine seostusid internaliseerimise spektriga, kinnitades varem leitud seost nimetatud spektri ja häirunud söömiskäitumise vahel. Siiski väljutamise ja liigsöömise sümptomaatikat ennustas mõnevõrra paremini eksternaliseerimise spektri ennustusmudel, viidates impulsiivsuse olulisusele vastava sümptomaatika profiilides. Sellest tulenevalt järeldati, et edasistes töödes tasuks täiendavalt uurida internaliseerimise ja eksternaliseerimise isiksusejoonte kombineerumist väljutamise ja liigsöömise sümptomaatikas, mis aitaks ka sümptomaatikat mudelis edukamalt positsioneerida.

Märksõnad: söömishäired, dimensionaalne mudel, internaliseerimine, eksternaliseerimine, isiksusejooned

Associations between the symptomatology of eating disorders and the personality traits of internalizing/externalizing spectrum

Abstract

Considering the numerous limitations of the categorical classification system of eating disorders the aim of the current study was to explore eating pathology in a dimensional system. One of the most influential alternative models organizes psychopathology on the basis of its associations with personality traits into an internalizing/externalizing spectrum. However, the previous studies related eating pathology to internalizing spectrum, thus neglecting the externalizing traits also important in describing eating pathology. Consequently, further investigation is needed to clarify the associations between internalizing/externalizing spectrum and eating pathology. The current study investigated personality traits within a sample of individuals with eating disorders ($n = 242$). All dimensions of eating pathology, including purging, binge eating and especially weight preoccupation and restricting, were associated with internalizing spectrum personality traits proving the previously found link between eating pathology and internalizing spectrum. However, the externalizing spectrum proved to be a slightly better fit for purging and bingeing dimensions, hinting at the importance of impulsivity in their profile. Thus, it was proposed that further research would be needed to investigate the combination of internalizing/externalizing traits in bingeing-purging symptomatology and clarify their location in the spectrum.

Keywords: eating disorders, dimensional model, internalizing, externalizing, personality traits

Sissejuhatus

Uurimisprobleem

Söömishäired on inimese toimimist oluliselt mõjutavad psüühikahäired, mistõttu on nende kujunemise ja püsimise mõistmiseks vaja usaldusväärset teoreetilist süsteemi. Hetkel kliinilises praktikas kasutusel oleval kategoriaalsel mudelil esineb aga mitmeid märkimisväärseid piiranguid (Krueger & Bezdjian, 2009; Roberts jt, 2012; Carragher jt, 2015). Näiteks märgivad Forbush jt (2017), et praeguse mudeli tõttu on võimalik, et kahel erineva söömishäire diagnoosiga patsiendil on rohkem ühiseid sümptomeid, kui kahel sama söömishäire diagnoosiga patsiendil. Sellest tulenevalt on hakatud söömishäirete kirjeldamiseks otsima alternatiive ning üks võimalikest lahendustest oleks lähtuda isiksusest (Widiger jt, 1999). Komorbiidsetel häiretel ning ühistel isiksusejoontel põhinevatest lähenemistest on levinuim mudel, mis jaotab psühhopatoloogia vastavalt kahele spektrile (Mitchell jt, 2014). Siiski ei ole päris selge, kuidas söömishäireid antud mudelis positsioneerida, kuna söömishäirete sümptomite aluseks on erinevatele spektritele kuuluvad isiksusejooned (Forbush jt, 2017). Nimetatud küsimusele otsib vastuseid ka käesolev töö, mis uurib söömishäirete sümptomaatika seoseid spektritele vastavate isiksusejoontega.

Kategoriaalse süsteemi puudused söömishäirete klassifitseerimisel

Nagu muud psühhopatoloogiat, saab ka häirunud söömiskäitumist iseloomustada kahe teoreetilise süsteemi – dimensionaalse ja kategoriaalse mudeli – alusel. Dimensionaalne lähenemine liigitab häired raskusastme alusel kontinuumile, mis söömishäirete puhul võib hõlmata arvestamist häire sümptomite esinemissageduse, kehamassiindeksi, komorbiidsete häirete ja isiksusejoontega (Wildes & Marcus, 2013). Kategoriaalse mudeli järgi on aga häire diagnoosimiseks vajalik teatav hulk diagnostilistele kriteeriumidele vastavaid sümptomeid, mistõttu on otsus häire esinemise kohta dihhotoomne (Moreland & Dumas, 2008). Sel põhjusel on antud mudelis ka piir psühhopatoloogia ja psüühika normaalse funktsioneerimise vahel väga range. Kategoriaalsel mudelil põhinevad nii USAs kasutusel olev Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) kui ka WHO poolt välja töötatud Rahvusvaheline Haiguste Klassifikatsioon (RHK; Kamphaus & Campbell, 2006).

RHK-10 jaotab häirunud söömiskäitumise eraldiseisvateks häireteks, millest peamised on anorexia nervosa (AN) ja bulimia nervosa (BN). Nii AN kui BN puhul peetakse oluliseks sümptomiks hõivatust välimusest ja kehakaalust, mis väljendub hirmus kaalutõusu ees ning ülemäärases kehakaalu kontrollimises. Kaalutõusu vältimiseks rakendavad AN patsiendid tahtlikult söömise piiramist. AN puhul esineb piirava alatüübi kõrval ka väljutav alatüüp, mida iseloomustavad väljutamise käitumised ehk tahtlikult esilekutsutud oksendamine ja lahtistite kasutamine. BN on omased korduvad liigsöömishood, mille järgselt kasutatakse kehakaalu kontrollimiseks väljutamist (World Health Organization, 1992). DSM käsitleb söömishäirena ka liigsöömishäiret (ingl. *binge-eating disorder*), mis väljendub korduvates distressi põhjustavates liigsöömishoogudes (American Psychiatric Association, 2013).

Nimetatud liigitus võib olla aga problemaatiline, kuna kategooriaalse süsteemi puudusena tuuakse läbivalt välja märkimisväärset häiretesisest heterogeensust, häirete olemuse liigset lihtsustamist ning jäikust, mis muudab mudeli praktikas raskesti kasutatavaks (Krueger & Bezdjian, 2009; Roberts jt, 2012). Lisaks esineb kategooriaalse mudeli häirete vahel suur komorbiidsus ehk häirete kattuvus (Carragher jt, 2015). Söömishäirete kontekstis on leitud, et ligikaudu 70%-il söömishäiretega patsientidest – AN puhul mõnevõrra väiksemal hulgal, BN ja liigsöömishäire puhul suuremal hulgal – esineb mõni komorbiidne häire (Hudson jt, 2007; Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). Teatav komorbiidsus on kategooriaalse mudeli puhul muidugi ootuspärane, kuid selle niivõrd suur esinemine võib osutada probleemiks (Krueger & Markon, 2006). Samuti on leitud, et kuigi söömishäired on läbivalt seotud depressioonile ja ärevusele omase sümptomaatikaga, esineb komorbiidsuses ka teatud varieeruvusi. Näiteks ärevushäired on sagedasemad AN piirava alatüübiga patsientidel ning BN ja AN väljutamise alatüüp on enam seotud sõltuvushäirete ja piirialase isiksusega (Mitchell jt, 2014; Forbush jt, 2010). Sellest tulenevalt võib häirunud söömiskäitumise paremaks mõistmiseks olla oluline nimetatud komorbiidsete häirete aluseks olevate ühistegurite uurimine.

Psühhopatoloogia jaotumine isiksusejoonte alusel dimensionaalses mudelis

Kategooriaalse süsteemi puudustest lähtuvalt on hakatud arendama alternatiivseid dimensionaalsel käsitlusel põhinevaid mudeleid. Üheks olulisimaks mudeliks, mis võtab aluseks just söömishäirete puhul esineva suure komorbiidsuse, on häirete ühiseid allolevaid isiksusejooni

arvestav internaliseerimise/eksternaliseerimise süsteem (Mitchell jt, 2014). Isiksusejoontega arvestamine võib anda psühhopatoloogia uurimisel tähtsat informatsiooni, kuna on täheldatud, et häirete olemus on olulisel määral mõjutatud sellest, kuidas inimene endale iseloomulikult viisil mõtleb ja tunneb. Näitena võib tuua sõltuvushäired, mille avaldumine ja kulgemine on seotud muuhulgas sellega, kas patsiendil on kõrge neurootilisus ning ta kasutab sõltuvusaineid negatiivsete emotsioonide maandamiseks või on määravaks hoopis positiivne emotsionaalsus, elamustejanu ja stimulatsiooni otsimine (Widiger jt, 1999). Sellest tulenevalt võib heterogeensus häirete sees ning nendevahelises komorbiidsuses tuleneda patsientide isiksusest, mistõttu on antud asjaoluga arvestamine psühhopatoloogia käsitlemisel väga oluline.

Läbivalt on leitud psühhopatoloogia jaotumine komorbiidsuse aluseks olevatest isiksusejoontest lähtuvalt internaliseerimise ja eksternaliseerimise spektrile (Hyatt jt, 2019; Krueger & Markon, 2006; Mitchell jt, 2014;). Internaliseerimise spektri psühhopatoloogiale on omased neurootilisus ja madal ekstravertsus ning see koosneb omakorda distressi ja hirmu alafaktoritest. Distressi alafaktorile liigitatakse enamasti meeleoluhäired, üldistunud ärevushäire ja PTSD, ärevuse alafaktorile aga näiteks sotsiaalärevus, foobiad ja OCD. Eksternaliseerimise spektri psühhopatoloogiat iseloomustab pidurdamatus, madal sotsiaalsus (antagonism) ja madal meelegindlus. Antud spekter sisaldab näiteks antisotsiaalseid jooni ning sõltuvushäireid (Forbush jt, 2010; Krueger & Markon, 2006; Kotov jt, 2017). Internaliseerimise/eksternaliseerimise jaotuse uurimiseks on loodud näiteks mudel The Hierarchical Taxonomy Of Psychopathology (HiTOP) (Kotov jt, 2018; Carragher jt, 2015).

Söömishäirete jaotumine internaliseerimise/eksternaliseerimise mudelis

Kuigi kirjeldatud dimensionaalsel mudelil on kategoriaalse käsitluse ees mitmeid eeliseid (Watson, 2005), esineb siiski lahkarvamusi selles, kuidas häirunud söömiskäitumist antud mudelis täpselt positsioneerida. Enamik uuringuid viitab söömishäirete puhul esinevale madalale ekstravertsusele, sotsiaalsusele ja meelegindlusele, kuid kõrgele neurootilisusele (Ghaderi & Scott, 2000). Probleem tekib aga sellest, et madal ekstravertsus ja kõrge neurootilisus on seotud internaliseerimise spektriga, kuid madal meelegindlus ning sotsiaalsus, mis on seotud muuhulgas ka pidurdamatusega, viitavad hoopis eksternaliseerimise spektrile (Clark, 2005; Krueger & Markon, 2006). Seega kirjeldavad söömishäired mingil määral mõlema spektri jooned.

Antud küsimuse adresseerimiseks võrdlesid Forbush jt (2010) AN sümptomaatika BN + liigsöömishäire komposiitmuutujaga ning leiti, et kõige paremini sobitusid mõlemad muutujad internaliseerimise spektrisse. Ka Mitchell jt (2014) töö kinnitas söömishäirete sobivust internaliseerimise spektriga ning ilmnas, et söömishäired kinnituvad kõige paremini distressi alafaktorile, mida toetab ka söömishäirete tugev seos neurootilisusega. Samuti on edukalt uuritud kategoriaalsest süsteemist veelgi eemaldudes eraldi söömishäirete sümptomaatika paigutamist internaliseerimise spektrisse (Forbush jt, 2017). Antud mudelit edasi uurides ilmnas, et suurimat stabiilsust ajas ilmutas söömishäirete puhul taas distressi alafaktor (Forbush jt, 2018). Kuigi kõigis nimetatud töodes viidati ka söömishäirete seosele eksternaliseerimise spektriga, avaldus distressi olulisus söömishäirete puhul järjepidevalt, mis viitab neurootilisuse kaudu söömishäirete heale sobivusele internaliseerimise spektriga (Griffith jt, 2010).

Probleemid söömishäirete jaotamisel internaliseerimise spektrisse

Siiski võiks söömishäirete puhul pöörata täiendavat tähelepanu eksternaliseerimise ja internaliseerimise joonte koosinemisele. Esiteks ei seleta söömishäirete sobitamine ainult internaliseerimise spektriga ära BN ja väljutamise sümptomaatika sagedast komorbiidsust sõltuvushäirete ja piirialase isiksusehäirega, mida käsitletakse samuti mõlema spektri omadusi sisaldava diagnoosina (Mitchell jt, 2014; Forbush jt, 2010). Lisaks on söömishäirete puhul eri spektritele kuuluvatest joontest oluline impulsiivsuse (Clark, 2005; Krueger & Markon, 2006) ja perfektsionismi (Wade & Tiggemann, 2013; Watson jt, 2022) kombinatsioon, mille abil on püütud seletada söömishäiretes tihti esineva samaaegse üle- ning alakontrollimise põhjuseid.

Täpsemalt on söömishäiretes avalduvat impulsiivsust uurides leitud, et kuigi söömishäiretega patsiendid ilmutavad kontrollgrupiga võrreldes läbivalt kõrgemaid impulsiivsuse skoori, on söömishäirete siseselt AN väljutav alatüüp ja BN seotud kõrgema ja AN piirav alatüüp seotud madalama impulsiivsusega (Claes jt, 2002; Waxman, 2009). Samas on nii AN kui ka BN üks kesksemaid sümptomaatilisi komponente – hõivatus välimusest ja kehakaalust – seotud tugevalt perfektsionismiga, mõjutades otseselt seda, kui madalaks peab inimene oma ideaalset kehamassiindeksit (Wade & Tiggemann, 2013). Perfektsionismi ja impulsiivsuse kombinatsiooni mõistmine aitaks lisaks seletada asjaolu, miks paljudel, kuid mitte kõigil piirava AN patsientidel tekib aja jooksul järjest enam kontrollikaotamise ehk väljutamise

ja liigsöömise episoodide (Serra jt; 2021). Näiteks on välja pakutud teooria, et osade patsientide puhul võib perfektsionism toimida toimetulekustrateegiana kõrge impulsiivsuse kontrollimiseks. Kui aga perfektsionismist ajendatud pidurdusmehhanism läbi kukub, avaldub impulsiivsusega seotud söömishäirete sümptomaatika (Boone jt, 2014).

Lisaks toovad osad uuringud välja, et kui internaliseerimise spektri häired on kõige järjepidevamalt seotud neurootilisusega, siis eksternaliseerimise spektri häired on seotud nii neurootilisuse kui impulsiivsusega (Clark, 2005). Antud leid viitab sellele, et normide piiresse jääva impulsiivsuse korral on kõrge neurootilisus internaliseerimise spektri häirete kujunemise peamiseks riskiteguriks. Samas juhtudel, kus nii neurootilisuse kui ka impulsiivsuse tasemed on kõrged, esineb risk eksternaliseerimise spektrile jaotuvate häirete kujunemiseks (Krueger & Markon, 2006). Kuna ka söömishäirete sümptomaatikas on üheaegselt esindatud nii neurootilisusele kui impulsiivsusele viitavad isiksusejooned, tasuks antud tähelepaneku valguses söömishäiretes esinevat internaliseerimise/eksternaliseerimise joonte kombinatsiooni täiendavalt uurida.

Töö eesmärgid ja hüpoteesid

Kokkuvõtvalt on kategoriaalsel mudelil mitmeid piiranguid, millest peamised on suur häiretesisene heterogeensus, komorbiidsus ja häire ning normaalsuse vahelise piiri määratlemine. Siiski on alternatiivset käsitlust pakkuv dimensionaalne internaliseerimise/eksternaliseerimise mudel alles arendamisel, mistõttu leidub ka selles puudusi. Peamise kitsaskohana on varasem kirjandus liigitanud söömishäired läbivalt vaid internaliseerimise spektrile, kuigi eksternaliseerimise spektri omadused on söömishäirete olemuses samuti esindatud. Seega tuleks söömishäirete mitmekülgsemat kirjeldamist võimaldava süsteemi loomiseks teemat täiendavalt käsitleda. Töö eesmärgiks on isiksusejoonte alusel uurida, mil määral seostub söömishäirete sümptomaatika eksternaliseerimise, internaliseerimise või mõlema spektri kombineerimisega. Antud küsimustele vastuse leidmine võimaldaks ülevaadet sümptomaatikaga seotud isiksusejoontest ning aitaks edasistes uuringutes täpsustada häirunud söömiskäitumise positsiooni dimensionaalses mudelis. Söömishäirete kategooriate asemel kaasatakse töösse sümptomite dimensioonid, kuna kirjanduse põhjal on alust arvata, et isiksuse profiilid võiksid üksteisest erineda just sümptomaatikast lähtuvalt. Eesmärkide saavutamiseks uuritakse töös

regressioonanalüüsidega, mil määral ennustavad spektrite isiksusejooned söömishäirete sümptomaatikat. Hüpotheside püstitamiseks ja kontrollimiseks annab autor teemast teaduskirjandusel põhineva ülevaate, tegeleb varem kogutud andmete süstematiseerimise, andmetöötuse ning tulemuste sünteesiga.

Tuginedes kasutatud kirjandusele püstitatakse järgnevad hüpoteesid:

1. Söömishäirete sümptomaatikat ennustavad eksternaliseerimise spektri isiksusejoontest paremini internaliseerimise spektri isiksusejooned.
2. Söömishäirete sümptomaatikat ennustab kõige edukamalt internaliseerimise spektri isiksusejoonte ja eksternaliseerimise spektri isiksusejoonte kombineerimine.

Meetod

Valim

Valim moodustus Tartu Ülikooli Kliinikumi psühhiaatrikliiniku statsionaarsel ravil olevatest söömishäiretega patsientidest. Valimisse kuulus 249 inimest, kelle seas oli nii AN, BN kui liigsöömishäire põhidiagnoosiga patsiente. Kõik uuringus osalejad olid naised ning valimi keskmine vanus oli 21.9 aastat. Patsientide diagnoos põhines kliinilisel intervjuul (Mini rahvusvaheline neuropsühhiaatriline intervjuu, MINI 5.0.0), mida viisid läbi kliiniline psühholoog ja psühhiaater. Uuring oli heaks kiidetud Tartu Ülikooli Inimuuringute eetika komitee poolt, tagatud oli osalejate andmete konfidentsiaalsus, samuti osalemise vabatahtlikkus. Kõik osalejad allkirjastasid enne andmete kogumist informeeritud nõusoleku vormi.

Käesoleva töö autor ei osalenud andmete kogumisel.

Materjalid

Söömishäirete Hindamise Skaala. Söömishäirete kohta koguti informatsiooni Söömishäirete Hindamise Skaalaga (SHS; Herik jt 2009). Skaala on 4-faktoriline ning koosneb 29 enesekohasest väitest. Vastuste andmine baseerub 6-pallisel skaalal. Lisaküsimused on püstitatud „jah-ei“ stiilis või uurivad häirunud söömiskäitumise sagedust nädala lõikes. SHS-i alaskaalad on Söömise piiramine, Liigsöömine, Toidu väljutamine ning Hõivatus välimusest ja kehakaalust. Alaskaalade sisereliaablused on vastavalt $\alpha = .90 - .93$.

Isiksus. Isiksusejoonte mõõtmiseks kasutati töös Rootsi Ülikoolide Isiksuse Skaalat (SSP; Gustavsson jt, 2000; eesti keeles Aluoja jt, 2009). SSP koosneb 91 enesearuande küsimusest, millest moodustub 13 7-väitelist skaalat (Rootsi originaalskaalal $\alpha = .59 - .84$, eestlaste valimil $\alpha = .58 - .85$). Vastuseid antakse 4-pallisel skaalal. SSP alaskaalad on psüühiline ärevus, somaatiline ärevus, stressitundlikkus, vähene kehtestavus, impulsiivsus, seiklusjanu, eemaldumine, sotsiaalne soovitus, kibestumine, ärritus, usaldamatus, verbaalne agressiivsus ja füüsiline agressiivsus. Eesti valimil Aluoja jt (2009) poolt läbiviidud töö uuris viie faktori mudeli ja eesti keelde kohandatud SSP isiksusejoonte Pearson r korrelatsioone. Leiti, et neurootilisus korreleerus kõige rohkem psüühilise ärevuse (.76) ja stressitundlikkusega (.67).

Ekstraversus korreleerus positiivselt seklusjanu (.53) ja mingil määral impulsiivsusega (.35) ning negatiivselt eemaldumise (-.67), psüühilise ärevuse (-.48), vähese kehtestavusega (-.45), stressitundlikkuse (-.44) ja usaldamatusega (-.36). Sotsiaalsus korreleerus positiivselt sotsiaalse soovitatavuse (.52) ja negatiivselt verbaalse agressiivsuse (-.60), füüsilise agressiivsuse (-.44) ja ärrituvuse (-.50) skaaladega, samuti usaldamatusega (-.43) ja kibestumisega (-.32). Avatus kogemusele ja meelegiindlus omasid nõrgemaid korrelatsioone SSP skaaladega.

Internaliseerimisspektri isiksusejoontena kaasati töö esmasesse analüüsi psüühiline ärevus, stressitundlikkus (korrelatsioonid neurootilisusega vastavalt .76 ja .67), eemaldumine ja vähene kehtestavus (korrelatsioonid ekstraversusega vastavalt -.67 ja -.45).

Eksternaliseerimisspektri isiksusejoontena kaasati esmasesse analüüsi verbaalne agressiivsus, füüsiline agressiivsus, ärrituvus ja usaldamatus (korrelatsioonid sotsiaalsusega vastavalt -.60, -.44, -.50 ja -.43). Kuivõrd avatust kogemusele ei ole vastavate spektritega seostatud, ei kasutatud analüüsis selle isiksuse dimensiooniga korreleeritud SSP mõõdikuid.

Impulsiivsus. Impulsiivsuse mõõtmiseks kasutati Dickmani impulsiivsuse skaalat (Dickman's Impulsivity Inventory, DII; Dickman, 1990; eesti keeles Kuppert, 2005), mille alaskaalad on funktsionaalne ja düsfunktsionaalne impulsiivsus. Düsfunktsionaalne impulsiivsus peegeldab mõtlematu tegutsemise negatiivseid tagajärgi ja funktsionaalne impulsiivsus ettekavatsemata tegutsemise eeliseid. Eesti keeles koosneb DII 24 enesearuande küsimusest, milles 12 käsitlevad funktsionaalset ja 12 düsfunktsionaalset impulsiivsust (originaalskaalal $\alpha = .74 - .85$ alaskaalade sisereliaablus). Vastuseid antakse 5-pallisel skaalal. Töös kaasati esmasesse analüüsi mõlemad alaskaalad.

Perfektsionism. Perfektsionismi mõõdikuna kasutati Frosti mitmedimensionaalse perfektsionismi skaalat (Frost Multidimensional Perfectionism, MPS; Frost et al., 1990; eesti keeles Saarniit, 2000), mille alaskaalad on mure vigade pärast, isiklikud standardid, organiseeritus ja vanemate kriitika. Kui originaalis on tegemist 35 väitest koosneva enesearuande küsimustikuga, siis eestikeelne versioon koosneb 28 küsimusest (eesti keeles $\alpha = .81 - .86$). Vastuseid antakse 5-pallisel skaalal. Küsimustiku alaskaalad on jaotatud positiivse (isiklikud standardid, organiseeritus) ja negatiivse (mure vigade pärast, vanemate kriitika) perfektsionismi

komposiitmuutujateks. Töö esmasesse analüüsi kõik MPSi alaskaalad ja alaskaalade komposiidid.

Statistiline analüüs

Kõik töö analüüsid viidi läbi andmetöötlusprogrammis JASP. Kirjeldavate statistikute põhjal eemaldati algsest valimist katseisikute andmed, mille puhul olid täielikult puudu vastused vähemalt kahele töösse valitud tervikmõõdikule (SSP, DII, MPS). Täpsustamaks kirjanduse põhjal töösse valitud prediktorite koondumist internaliseermise ja eksternaliseerimise spektrisse, viidi läbi uuriv faktoranalüüs. Et maksimeerida analüüsi kaasatavate andmete hulka, rakendati meetodit *pairwise deletion*, mis võimaldas kasutada ka lünklike andmetega katseisikute skooore. Meetodi kasutamine on põhjendatud kuna puuduvate andmete hulk oli antud töös väike (McNeish, 2016). Faktoranalüüsis kasutati tunnuste kaldnurkset (*oblimin*) pööramist, mis lubas faktoritevahelisi korrelatsioone. Faktorite arv valiti omaväärtuste Kaiser-i kriteeriumi (>1) alusel. Andmete sobivust kontrolliti KMO ja Bartletti testiga. Oluliste faktorlaadungite piiriks peetakse üldjuhul $\pm .4$ (Yang, 2010), kuid Hair jt (2009) toovad välja, et laadungite olulisus sõltub ka valimi suurusest. Hairi jt andmetele tuginedes valiti oluliste laadungite piiriks .35. Tunnuste laadumisele ning Aluoja jt (2009) tööle tuginedes tehti valik edasistesse analüüsidesse kaasatavate prediktorite osas.

Lähtuvalt hüpoteesidest viidi järgmisena läbi 4x3 lineaarset regressioonanalüüsi. Sõltuvateks muutujateks olid 4 söömishäirete sümptomite dimensiooni. Sõltumatuteks muutujateks olid internaliseerimise ja eksternaliseerimise spektri isiksusejooned. Iga söömishäire sümptomiga viidi läbi kolm eraldi regressioonanalüüsi kasutades prediktoritena vastavalt internaliseerimise isiksusejooni, eksternaliseerimise isiksusejooni ja mõlema spektri isiksusejooni koos. Regressioonanalüüside tegemiseks kontrolliti esmalt eelduste kehtivust. Multikollineaarsuse hindamiseks viidi läbi korrelatsioonanalüüs Pearsoni r . Faktoranalüüsile sarnaselt rakendati meetodit *pairwise deletion* ning prediktoritevahelised korrelatsioone pidid olema $<.80$. Lisaks kontrolliti kollineaarsust muutujate variatsiooniindeksite (VIF) alusel, mis pidid olema <10 . Homoskedastilisust, mis eeldab punktide ühtlast hajuvust regressioonisirge ümber, kontrolliti jooniselt *residuals vs. predicted*. Jääkide normaaljaotuslikkust kontrolliti asümmeetriakordaja ning järsakusastme kaudu, mille väärtused pidid olema vahemikus $-1 \dots +1$.

Jääkide piisavat sõltumatust kontrolliti Durbin-Watsoni testiga, mille väärtused pidid olema vahemikus 1 – 3. Kõik eeldused olid regressioonanalüüside tegemiseks tagatud. Puuduvate andmete adresseerimiseks kasutati JASPi automaatseadistust *listwise deletion*. Kokku eemaldati seetõttu maksimaalselt 23 katseisiku andmed, mis moodustab 9.5% valimist. Mudelite ennustusvõimet hinnati kohandatud R^2 alusel ning 95% usaldusvahemikud on antud standardiseerimata muutujale.

Analüüsides kasutatud andmete hoiustamine ja töötlemine viidi läbi kooskõlas hea teadustavaga.

Tulemused

Kirjeldavad statistikud

Töö algse valimi moodustasid 249 katseisiku andmed, millest töö statistilisse analüüsi kaasati 242. Algsest valimist eemaldati 7 katseisiku andmed, sest nende puhul puudusid vastused vähemalt kahele töösse valitud tervikmõõdikule. Kirjeldavad statistikud töösse kaasatud isiksusejoonte mõõdikute (SSP, MPS, DII) ja söömishäirete sümptomite kohta on näha tabelis 1. Tulemustest ilmnes, et võrreldes teiste söömishäirete sümptomitega, olid väljutamise keskmine ja standardhälve väga sarnased ($M = 7.22$, $SD = 6.72$), mis viitab suurele hajuvusele väljutamise skoorides.

Tabel 1

Andmeid kirjeldavad statistikud

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
SHS piiramine	239	22.71	10.20
SHS liigsöömine	240	18.87	11.62
SHS väljutamine	239	7.22	6.72
SHS hõivatus	240	24.02	11.14
SSP psüühiline ärevus	241	60.49	10.89
SSP stressitundlikkus	241	59.39	12.09
SSP vähene kehtestavus	241	55.57	11.11
SSP ärrituvus	241	55.84	9.96
SSP verbaalne agressiivsus	241	54.57	10.37
SSP füüsiline agressiivsus	240	51.83	10.82
SSP eemaldumine	241	51.50	9.76
SSP usaldamatus	241	59.00	11.23
MPS organiseeritus	224	12.46	4.56
MPS mure vigade pärast	224	12.46	7.81
MPS isiklikud standardid	224	17.80	7.65
MPS vanemate ootused	224	9.32	7.52
MPS positiivse perfektsionismi koondskoor	224	38.35	9.35
MPS negatiivse perfektsionismi koondskoor	224	21.78	13.42
DII funktsionaalne impulsiivsus	239	20.62	8.21
DII düsfunktsionaalne impulsiivsus	239	16.72	7.79

Märkmed: Kokku kaasati töösse 242 katseisiku andmed. SHS = Söömishäirete Hindamise Skaala, SSP = Rootsi Ülikoolide Isiksuse Skaala, MPS = Frosti Mitmedimensionaalne Perfektsionismi Skaala, DII = Dickmani Impulsiivsuse Skaala.

Uuriv faktoranalüüs

Omaväärtuste Kaiseri kriteeriumi (>1) alusel joonistus 14 tunnusest välja 2-faktoriline lahend. Faktorlahend kirjeldas 43.9% internaliseerimise ja eksternaliseerimise spektritest. Üksikfaktorite kirjeldusvõime oli vastavalt 24.9% esimese ehk internaliseerimise ja 18.2% teise ehk eksternaliseerimise faktori puhul. Lõplikule valimi suurusele (242) ning Hairi jt (2009) andmetele tuginedes valiti oluliste laadungite piiriks .35. Teatud tunnused laadusid tugevalt ühele kindlale faktorile ning teatud tunnused laadusid .35 piirist suuremal määral mõlemale faktorile ehk esines topeltlaaduvus. Osad tunnused ei laadunud olulisel määral aga mitte kummagi faktoriga.

Tekkinud faktorstruktuur oli SSP skaala osas kooskõlas Aluoja jt (2009) faktoranalüüsis tekkinud esimese ja teise faktori struktuuriga. Ainsana erines tunnus eemaldumine, mis antud töös laadus tugevamalt esimesse, kuid Aluoja jt töös teise faktorisse. Eemaldumise madalast ja topeltlaaduvusest hoolimata kasati see töö edasistesse analüüsidesse, kuna Aluoja jt töö põhjal korreleerub see märkimisväärselt ($-.67$) suure viisku ekstravertsuse isiksusejoonega. Ainsana jäeti käsitletud SSP tunnustest välja usaldamatus, mis korreleerus nii käesolevas kui ka Aluoja jt töös olulisel määral mõlema faktoriga ning selle korrelatsioonid viie faktori mudeliga olid nii ekstravertsuse ($-.36$) kui ka sotsiaalsuse ($-.43$) osas sarnased. DII skaaladest kaasati töösse vaid düsfunktsionaalne impulsiivsus, kuna funktsionaalne impulsiivsus laadus esimesele faktorile negatiivselt ja teisele mitteolulisel määral. Perfektsionismi MPS skaala positiivse perfektsionismi tunnused laadusid samuti mõlema faktoriga mitteolulisel määral. Seega otsustati töösse kaasata vaid negatiivse perfektsionismi tunnused. Selleks, et spektreid kirjeldaks võrdsem arv tunnuseid, otsustati kasutada edasistes analüüsides MPS negatiivse perfektsionismi koondskoori.

Analüüsi tulemusena jäi internaliseerimise spektrit kirjeldama 5 ja eksternaliseerimise spektrit 4 tunnust. Internaliseerimise spektri puhul olid nendeks tunnusteks psüühiline ärevus, stressitundlikkus, vähene kehtestavus, eemaldumine ja negatiivne perfektsionism. Eksternaliseerimise spektri puhul verbaalne agressiivsus, füüsiline agressiivsus, ärrituvus ning düsfunktsionaalne impulsiivsus. Jättes faktoranalüüsi vaid nimetatud tunnused oli faktorlahendi kirjeldusvõime 52.0% ning üksikfaktorite kirjeldusvõime vastavalt 28.0% esimese ehk internaliseerimise ja 24.0% teise ehk eksternaliseerimise faktori puhul. Kokkuvõttes peegeldas

tunnustest tekkinud faktorstruktuur edukalt internaliseerimise ja eksternaliseerimise spektri olemasolu.

Tabel 2*SSP, MPS ja DII tunnuste uuriv faktoranalüüs*

Tunnused	Faktorlaadungid	
	<i>Faktor 1</i>	<i>Faktor 2</i>
DII funktsionaalne impulsiivsus	-.58	.31
DII düsfunktsionaalne impulsiivsus	.04	.57
SSP psüühiline ärevus	.90	.01
SSP stressitundlikkus	.72	.19
SSP vähene kehtestavus	.74	-.29
SSP ärrituvus	.44	.61
SSP verbaalne agressiivsus	-.09	.86
SSP füüsiline agressiivsus	-.05	.71
SSP eemaldumine	.33	.24
SSP usaldamatus	.50	.44
MPS organiseeritus	.19	-.18
MPS mure vigade pärast	.61	.10
MPS isiklikud standardid	.32	.15
MPS vanemate ootused	.35	.16

Märkmed: Uuriv faktoranalüüs, pööratud oblimin meetodil.

Faktorlaadungid >.35 paksus kirjas. Faktor 1 = "Internaliseerimine", Faktor 2 = "Eksternaliseerimine". SSP = Rootsi Ülikoolide Isiksuse Skaala, DII = Dickmani Impulsiivsuse Skaala, MPS = Frosti Mitmedimensionaalne Perfeksionismi Skaala.

Korrelatsioonanalüüs

Järgnevalt viidi töösse kaasatud tunnustel läbi korrelatiivne analüüs, et kontrollida enne uurivate regressioonide tegemist multikollineaarsuse olemasolu (Tabel 2). Korrelatsioonid varieerusid nõrgast keskmiseni ning jäid ettenähtud <.80 piiridesse. Tulemustest lähtuvalt ei esine tunnustes multikollineaarsust.

Tabel 3*Korrelatsioonid (Pearsoni r) SSP, MPS ja DII tunnuste vahel*

	Korrelatsioonid								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 DII düsfunktsionaalne impulsiivsus	—								
2 SSP vähene kehtestavus	.00	—							
3 SSP eemaldumine	.18*	.13*	—						
4 SSP ärrituvus	.41**	.18*	.30**	—					
5 SSP verbaalne agressiivsus	.49**	-.16*	.16*	.56**	—				
6 SSP füüsiline agressiivsus	.43**	-0.09	.26**	.44**	.61**	—			
7 SSP psüühiline ärevus	.14*	.63**	.30**	.52**	0.09	0.08	—		
8 SSP stressitundlikkus	.24**	.46**	.32**	.59**	.23**	.18*	.69**	—	
9 MPS negatiivse perfektsionismi koondskoor	.25**	.35**	.38**	.35**	.15*	0.10	.49**	.41**	—

Märkmed: SSP = Rootsi Ülikoolide Isiksuse Skaala, DII = Dickmani Impulsiivsuse Skaala, MPS = Frosti Mitmedimensionaalne Perfektsionismi Skaala.

* $p < .05$, ** $p < .001$.

Mitmesed lineaarsed regressioonid ennustamaks söömishäirete sümptomaatikat

Kokku viidi läbi 12 mitmest lineaarset regressiooni, mille tulemused koondati erineva söömishäire sümptomaatika alusel nelja tabelisse (Tabelid 4, 5, 6 ja 7). Kõiki nelja sümptomite dimensiooni ennustati eraldi internaliseerimise, eksternaliseerimise ja mõlema spektri isiksusejoonte alusel.

Tabel 4 koondab regressioonide tulemused, mis ennustasid hõivatust välimusest ja kehakaalust. Internaliseerimise spektri ennustumudeli kirjeldusvõime oli 22%, $R^2_{kohandatud} = .22$, $F(5, 215) = 13.428$, $p < .001$. Statistiliselt olulised prediktorid olid SSP psüühiline ärevus ($p < .001$) ja MPS negatiivse perfektsionismi koondskoor ($p = .007$). Eksternaliseerimise spektri

ennustusmodeli kirjeldusvõime oli 8%, $R^2_{kohandatud} = .08$, $F(4, 233) = 6.275$, $p < .001$.

Statistiliselt oluline prediktor oli SSP ärrituvus ($p < .001$). Mõlema spektri jooni koondanud ennustusmodeli kirjeldusvõime oli 21%, $R^2_{kohandatud} = .21$, $F(9, 210) = 7.578$, $p < .001$.

Statistiliselt olulised prediktorid olid SSP psüühiline ärevus ($p < .001$) ja SMPS negatiivse perfektsionismi koondskoor ($p = .019$).

Tabel 5 koondab regressioonide tulemused, mis ennustasid piiramist. Internaliseerimise spektri ennustusmodeli kirjeldusvõime oli 17%, $R^2_{kohandatud} = .17$, $F(5, 214) = 10.057$, $p < .001$. Statistiliselt olulised prediktorid olid SSP psüühiline ärevus ($p < .001$), SSP vähene kehtestavus ($p = .007$) ja MPS negatiivse perfektsionismi koondskoor ($p = .001$). Eksternaliseerimise spektri ennustusmodeli kirjeldusvõime oli 4%, $R^2_{kohandatud} = .04$, $F(4, 232) = 3.562$, $p = .008$. Statistiliselt oluline prediktor oli SSP ärrituvus ($p = .003$). Mõlema spektri jooni koondanud ennustusmodeli kirjeldusvõime oli 16%, $R^2_{kohandatud} = .16$, $F(9, 209) = 5.757$, $p < .001$. Statistiliselt olulised prediktorid olid SSP psüühiline ärevus ($p = .002$), SSP vähene kehtestavus ($p = .018$) ja MPS negatiivse perfektsionismi koondskoor ($p = .001$).

Tabel 6 koondab regressioonide tulemused, mis ennustasid väljutamist. Internaliseerimise spektri ennustusmodeli kirjeldusvõime oli 10%, $R^2_{kohandatud} = .10$, $F(5, 214) = 6.017$, $p < .001$. Statistiliselt olulised prediktorid olid SSP stressitundlikkus ($p = .021$), SSP vähene kehtestavus ($p < .001$) ja MPS negatiivse perfektsionismi koondskoor ($p = .001$). Eksternaliseerimise spektri ennustusmodeli kirjeldusvõime oli 14%, $R^2_{kohandatud} = .14$, $F(4, 232) = 10.258$, $p < 0.001$. Statistiliselt oluline prediktor oli DII düsfunktsionaalne impulsiivsus ($p < .001$). Mõlema spektri jooni koondanud ennustusmodeli kirjeldusvõime oli 18%, $R^2_{kohandatud} = .18$, $F(9, 209) = 6.357$, $p < .001$. Statistiliselt olulised prediktorid olid SSP vähene kehtestavus ($p = .003$), SSP eemaldumine ($p = .033$), MPS negatiivse perfektsionismi koondskoor ($p = .015$) ja DII düsfunktsionaalne impulsiivsus ($p < .001$).

Tabel 7 koondab regressioonide tulemused, mis ennustasid liigsöömist. Internaliseerimise spektri ennustusmodeli kirjeldusvõime oli 6%, $R^2_{kohandatud} = .06$, $F(5, 214) = 4.011$, $p = .002$. Statistiliselt oluline prediktor oli SSP stressitundlikkus ($p < .001$). Eksternaliseerimise spektri ennustusmodeli kirjeldusvõime oli 8%, $R^2_{kohandatud} = .08$, $F(4, 233) = 6.060$, $p < .001$.

Statistiliselt oluline prediktor oli DII düsfunktsionaalne impulsiivsus ($p = .006$). Mõlema spektri jooni koondanud ennustusmudeli kirjeldusvõime oli 11%, $R^2_{kohandatud} = .11$, $F(9, 210) = 3.920$, $p < .001$. Statistiliselt olulised prediktorid olid SSP stressitundlikkus ($p = .021$), SSP eemaldumine ($p = .016$) ja DII düsfunktsionaalne impulsiivsus ($p = .027$).

Tabel 4
Lineaarsed regressioonid: internaliseerimise, eksternaliseerimise ja mõlema spektri prediktorite mõju hõivatusele välimusest ja kehakaalust

Mudel		internaliseerimine					eksternaliseerimine					internaliseerimine + eksternaliseerimine				
		<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	95% CI	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	95% CI	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	95% CI
H ₀	intercept	24.17	.76		32.02	22.68, 25.66	23.93	.72		33.14	22.51, 25.35	24.12	.76		31.89	22.63, 25.61
H ₁	intercept	1.83	5.02		.37	-8.06, 1.72	9.71	4.57		2.13	0.71, 18.71	2.06	6.32		.33	-10.40, 14.51
	1	.36	.10	.35**	3.57	0.16, 0.55						.36	.11	.36**	3.39	0.15, 0.57
	2	.11	.08	.12	1.40	-0.04, 0.26						.11	.08	.12	1.27	-0.06, 0.27
	3	-.10	.08	-.10	-1.35	-0.25, 0.05						-.10	.08	-.10	-1.19	-0.26, 0.06
	4	-.06	.08	-.06	-0.84	-0.21, 0.09						-.05	.08	-.04	-.57	-0.20, 0.11
	5	.16	.06	.20*	2.72	0.05, 0.28						.15	.06	0.17*	2.37	0.03, 0.27
	6						.32	.09	.28**	3.64	0.15, 0.49	-.02	.11	-.02	-.22	-0.24, 0.19
	7						.03	.10	.03	0.33	-0.16, 0.22	.08	.10	.08	0.87	-0.11, 0.27
	8						-.15	.08	-.15	-1.82	-0.31, 0.01	-.11	.08	-.11	-1.37	-0.28, 0.05
	9						.17	.11	.12	1.57	-0.04, 0.37	.08	.10	.06	.79	-0.12, 0.29

Märkmed: SSP = Rootsi Ülikoolide Isiksuse Skaala, MPS = Frosti Mitmedimensionaalne Perfektsionismi Skaala, DII = Dickmani Impulsiivsuse Skaala.
 1 = SSP psüühiline ärevus, 2 = SSP stressitundlikkus, 3 = SSP vähene kehtestavus, 4 = SSP eemaldumine, 5 = MPS negatiivse perfektsionismi koondskoor, 6 = SSP ärrituvus, 7 = SSP verbaalne agressiivsus, 8 = SSP füüsiline agressiivsus, 9 = DII düsfunktsionaalne impulsiivsus.

* $p < .05$, ** $p < .001$.

Tabel 5
Lineaarsed regressioonid: internaliseerimise, eksternaliseerimise ja mõlema spektri prediktorite mõju söömise piiramisele

Mudel		internaliseerimine					eksternaliseerimine					internaliseerimine + eksternaliseerimine				
		<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	95% CI	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	95% CI	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	95% CI
H ₀	intercept	22.99	.70		32.75	21.61, 24.38	22.72	.67		34.18	21.41, 24.03	23.01	.71		32.65	21.62, 24.40
H ₁	intercept	11.11	4.81		2.31	1.62, 20.59	10.55	4.29		2.46	2.10, 18.99	9.93	6.06		1.64	-2.01, 21.87
	1	.34	.10	.36**	3.50	0.15, 0.53						.32	.10	.34*	3.09	0.12, 0.52
	2	.04	.07	.05	0.55	-0.10, 0.19						.04	.08	.05	.48	-0.12, 0.20
	3	-.20	.07	-.22*	-2.70	-0.34, -0.05						-.19	.08	-.20*	-2.38	-0.34, 0.03
	4	-.08	.07	-.07	-1.05	-0.22, 0.07						-.06	.08	-.05	-.76	-0.21, 0.09
	5	.19	.06	.25**	3.31	0.08, 0.30						.20	.06	.25**	3.31	0.08, 0.31
	6						.25	.08	.24*	3.02	0.09, 0.41	.03	.10	.03	.26	-0.18, 0.23
	7						.05	.09	.05	.58	-0.12, 0.23	.07	.09	.07	.77	-0.11, 0.25
	8						-.09	.08	-.09	-1.10	-0.24, 0.07	-.06	.08	-.07	-.78	-0.22, 0.10
	9						.01	.10	.01	.09	-0.19, 0.20	-.09	.10	-.07	-.87	-0.28, 0.11

Märkmed: SSP = Rootsi Ülikoolide Isiksuse Skaala, MPS = Frosti Mitmedimensionaalne Perfektsionismi Skaala, DII = Dickmani Impulsiivsuse Skaala.
 1 = SSP psüühiline ärevus, 2 = SSP stressitundlikkus, 3 = SSP vähene kehtestavus, 4 = SSP eemaldumine, 5 = MPS negatiivse perfektsionismi koondskoor, 6 = SSP ärrituvus, 7 = SSP verbaalne agressiivsus, 8 = SSP füüsiline agressiivsus, 9 = DII düsfunktsionaalne impulsiivsus.

* $p < .05$, ** $p < .001$.

Tabel 6
Lineaarsed regressioonid: internaliseerimise, eksternaliseerimise ja mõlema spektri
prediktorite mõju toidu väljutamisele

Mudel		internaliseerimine					eksternaliseerimine					internaliseerimine + eksternaliseerimine				
		<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	95% CI	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	95% CI	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	95% CI
H ₀	intercept	7.14	.46		15.59	6.24, 8.04	7.12	.43		16.44	6.27, 7.98	7.10	.46		15.50	6.19, 8.00
H ₁	intercept	9.47	3.29		2.88	2.99, 15.95	-.65	2.65		-.25	-5.88, 4.58	8.46	3.92		2.16	0.73, 16.19
	1	.04	.07	.06	.59	-0.09, 0.17						.03	.07	.04	.41	-0.10, 0.16
	2	.12	.05	.21*	2.32	0.02, 0.22						.07	.05	.12	1.26	-0.04, 0.17
	3	-.17	.05	-.29**	-3.50	-0.27, -0.08						-.15	.05	-.25*	-2.97	-0.25, -0.05
	4	-.09	.05	-.13	-1.80	-0.19, 0.01						-.11	.05	-.15*	-2.15	-0.20, -0.01
	5	.13	.04	.25**	3.29	0.05, 0.21						.09	.04	.18*	2.46	0.02, 0.17
	6						.08	.05	.12	1.64	-0.02, 0.18	.06	.07	.09	.90	-0.07, 0.19
	7						.01	.06	.01	.11	-0.10, 0.12	-.04	.06	-.06	-.61	-0.15, 0.08
	8						-.04	.05	-.07	-.84	-0.14, 0.06	-.02	.05	-.04	-.45	-0.12, 0.08
	9						.30	.06	.34***	4.82	0.18, 0.42	.28	.06	.33**	4.41	0.16, 0.41

Märkmed: SSP = Rootsi Ülikoolide Isiksuse Skaala, MPS = Frosti Mitmedimensionaalne Perfektsionismi Skaala, DII = Dickmani Impulsiivsuse Skaala.
 1 = SSP psüühiline ärevus, 2 = SSP stressitundlikkus, 3 = SSP vähene kehtestavus, 4 = SSP eemaldumine, 5 = MPS negatiivse perfektsionismi koondskoor, 6 = SSP ärrituvus, 7 = SSP verbaalne agressiivsus, 8 = SSP füüsiline agressiivsus, 9 = DII düsfunktsionaalne impulsiivsus.

* $p < .05$, ** $p < .001$.

Tabel 7
*Lineaarsed regressioonid: internaliseerimise, eksternaliseerimise ja mõlema spektri
 prediktorite mõju liigsöömisele*

Mudel		internaliseerimine					eksternaliseerimine					internaliseerimine + eksternaliseerimine				
		<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	95% CI	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	95% CI	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	95% CI
H ₀	intercept	18.58	.78		23.68	17.03, 20.13	18.74	.75		24.98	17.27, 20.22	18.54	.79		23.56	16.99, 20.09
H ₁	intercept	15.40	5.71		2.70	4.14, 26.66	2.75	4.76		.58	-6.62, 12.12	7.81	7.00		1.12	-5.98, 21.60
	1	-.17	.11	-.16	-1.50	-0.39, 0.05						-.19	.12	-.18	-1.62	-0.42, 0.04
	2	.30	.09	.31***	3.39	0.13, 0.47						.21	.09	.23*	2.32	0.03, 0.40
	3	.02	.09	.02	.25	-0.15, 0.19						.09	.09	.09	.98	-0.09, 0.27
	4	-.16	.09	-.13	-1.83	-0.33, 0.01						-.22	.09	-.18*	-2.44	-0.39, -0.04
	5	.13	.07	.15	1.92	0.00, 0.27						.10	.07	.11	1.43	-0.04, 0.23
	6						.15	.09	.13	1.62	-0.03, 0.32	.08	.12	.07	.69	-0.15, 0.32
	7						.00	.10	.00	.01	-0.19, 0.20	-.04	.11	-.04	-.38	-0.25, 0.17
	8						.05	.09	.05	.62	-0.12, 0.22	.13	.09	.13	1.44	-0.05, 0.31
	9						.30	.11	.20*	2.76	0.09, 0.52	.26	.12	.17*	2.23	0.03, 0.48

Märkmed: SSP = Rootsi Ülikoolide Isiksuse Skaala, MPS = Frosti Mitmedimensionaalne Perfektsionismi Skaala, DII = Dickmani Impulsiivsuse Skaala.

1 = SSP psüühiline ärevus, 2 = SSP stressitundlikkus, 3 = SSP vähene kehtestavus, 4 = SSP eemaldumine, 5 = MPS negatiivse perfektsionismi koondskoor, 6 = SSP ärrituvus, 7 = SSP verbaalne agressiivsus, 8 = SSP füüsiline agressiivsus, 9 = DII düsfunktsionaalne impulsiivsus.

* $p < .05$, ** $p < .001$.

Arutelu

Käesoleva töö eesmärgiks oli isiksusejoonte alusel uurida, mil määral seostub söömishäirete sümptomaatika eksternaliseerimise, internaliseerimise või mõlema spektri kombineerimisega. Tulemused kinnitavad töö esimest hüpoteesi osaliselt: internaliseerimise spektri alla kuuluvad isiksusejooned ennustavad paremini piiramist ning hõivatust välimusest ja kehakaalust. Internaliseerimise oluliselt paremale sobivusele nimetatud sümptomaatika ennustamisel viitavad ka eksternaliseerimise spektriga võrreldes 3 – 4 korda suuremad ennustusvõime näitajad. Liigsöömise ja eriti väljutamise puhul on aga mõnevõrra suurem ennustusjõud eksternaliseerimise spektri isiksusejooni kaasanud regressioonimudelitel. Teist hüpoteesi kinnitasid tulemused samuti osaliselt: mõlema spektri isiksusejoonte kombineerimine ennustas edukamalt väljutamist ning liigsöömist, kuid mitte piiramist ja hõivatust välimusest ning kehakaalust.

Saadud tulemustest ning varasemast kirjandusest lähtuvalt selgub asjaolu, et internaliseerimise jooned moodustavad olulise osa kõigi söömishäirete olemusest. Internaliseerimise spektrile kuuluvat neurootilisust peegeldavad käesolevas töös olulisteks joonteks osutunud psüühiline ärevus, mis ennustas piiramist ja hõivatust välimusest ja kehakaalust ning stressitundlikkus, mis ennustas liigsöömist. Hõivatuse ja piiramisega seotud psüühiline ärevus võiks viidata piirava AN puhul sagedasele ärevushäirete komorbiidsusele (Mitchell jt, 2014). Liigsöömise silmapaistvat seost stressitundlikkusega võiks aga seletada Rosenbaum & White (2013) ülevaateuring, milles tuuakse välja, et enamasti eelneb liigsöömisepisoodile negatiivne afekt, mida esineb sagedamini stressitundlike indiviidide seas. Sellest lähtuvalt on pakutud, et liigsöömine võib kujutada endast toimetulekstrateegiat stressitundlikkusest tingitud negatiivsete emotsioonide leevendamiseks. Antud tulemused võiksid niisiis olla kooskõlas sissejuhatuses käsitletud uuringutega, milles leiti, et söömishäired sobituvad just neurootilisuse alusel hästi internaliseerimise spektrile (Forbush jt, 2010; Griffith jt, 2010; Mitchell jt, 2014).

Siiski selgub, et erinevalt hõivatusest ja piiramisest on väljutamine ja liigsöömine düsfunktsionaalse impulsiivsuse kaudu seotud ka eksternaliseerimise spektriga. Antud isiksusejoone olulisus nimetatud sümptomaatika kirjeldamisel on kooskõlas varasemate

uuringutega, mis on muuhulgas leidnud seoseid kõrgemate impulsivsuskooride ja liigsöömise/väljutamise sümptomaatika raskusastme vahel. Impulsivsuse kaudu on põhjendatud ka söömishäirete ning piirialase isiksuse komorbiidsust (Claes jt, 2002; Waxman, 2009; Boswell & Grilo, 2021). Samas ei avaldanud söömishäiretega seostuv madal sotsiaalsus (Williams jt, 1990; Garrido jt, 2018), mida käesolevas töös peegeldasid verbaalne agressiivsus, füüsiline agressiivsus ja ärrituvus, olulist mõju. Seega võiks järeldada, et söömishäirete olemuses ei pruugi määravad olla mitte kõik madala sotsiaalsusega seotud isiksusejooned.

Sellegipoolest saab tõestust asjaolu, et liigsöömise ja piiramise sümptomite dimensioone kirjeldavad eri spektritele kuuluvad isiksusejooned. Kui liigsöömist seob internaliseerimise spektriga eespool kirjeldatud neurootilisus, siis huvitava asjaoluna avaldub väljutamise puhul negatiivne perfektsionism. Ka varasem kirjandus on täheldanud ülekontrollivate perfektsionistlike käitumiste seost väljutamisega, mistõttu on viidatud väljutamisele kui perfektsionistliku toimetulekustrateegia ebaõnnestumisele, mille kaudu saab avalduda isiksuses samuti esindatud impulsivsus (Boone jt, 2014). Antud töös leiti perfektsionismi seos ka varasemates uuringutes täheldatud välimusest ja kehakaalust hõivatuse (Wade & Tiggemann; 2013) ning piiramise puhul (Solomon-Krakus jt, 2022). Niisiis viitab perfektsionismi olulisus söömishäirete sümptomite dimensioonide enustamisel taas nimetatud sümptomaatika heale sobivusele internaliseerimise spektriga.

Oodatust mõnevõrra erinevat seost ilmutasid aga samuti internaliseerimise spektrile kuuluva madala ekstraversusega Aluoja jt (2009) kohaselt seotud jooned. Nimelt ennustavad osades ennustusmudelites just madalad skoorid eemaldumises, kuid eriti väheses kehtestavuses piiramise, väljutamise ja liigsöömise sümptomaatikat. Siiski peaks vähese kehtestavuse seos olema nii AN kui ka BN sümptomaatikaga varem tõestatud. (Williams jt, 1990; Garrido jt, 2018). Samuti täheldasid Forbush jt (2017), et piiramine seostub läbi kaalutõusu foobia vältimise/eemaldumise käitumistega ning seos on leitud ka liigsöömise ja negatiivsete emotsioonide vältimise vahel (Rosenbaum & White, 2013). Seetõttu pakub töö autor, et erinevused uuringute tulemuste vahel võivad olla tingitud ekstraversuse ning täpsemalt eemaldumise ja vähese kehtestavuse isiksusejoonte defineerimise nüanssidest ning erinevatest

mõõteviisidest, mistõttu tuleks antud tulemustesse suhtuda ettevaatusega ning leitud seoseid täiendavalt uurida.

Kokkuvõtvalt kinnitavad sstulemused siiski varasemates uuringutes leitud söömishäirete sümptomaatika paremat sobivust internaliseerimise spektriga ning tõestust leiab ka neurootilisuse ja perfektsionismi oluline roll söömishäirete olemuses. Samas ei saa nende tulemuste põhjal pidada söömishäireid üheselt vaid internaliseerimise spektri häireteks, nagu ei taga ka eksternaliseerimise spektri joonte käsitlese lisamine alati paremat kirjeldusvõimet. Ilmneb, et vastava sümptomaatika avaldumine võib olla seotud patsientide isiksuse profiiliga, mistõttu võiks söömishäireid käsitleda ka edaspidi internaliseerimise/eksternaliseerimise mudelis sümptomispetsiifiliselt. Antud lähenemist kasutasid näiteks ka Forbush jt (2017), jaotades söömishäirete sümptomaatika nii distressi kui ka hirmu alafaktoritele, misjärel seletas saadud mudel ära ligikaudu 70% söömishäiretega patsientide kliinilise pildi varieeruvusest. Veelgi parema kirjeldusvõime huvides tasuks edasistes uuringutes arvestada ehk ka impulsiivsuse olulisusega väljutamise ja liigsöömise sümptomaatikas ning uurida vastavate sümptomite dimensioonide seoseid eksternaliseerimise spektriga.

Antud töö on oluline, kuna eemaldub söömishäirete kategoriaalsest käsitlusest ning uurib isiksuse seoseid eraldiseisvalt söömishäirete sümptomite dimensioonidega. Selline lähenemine võiks olla kasulik, kuna rangelt piiritletud söömishäirete uurimisele on heidetud ette asjaolu, et see võib jätta osa söömishäirete olemusest käsitlemata, mis toob aga kaasa raskused konkreetsetesse kategooriatesse mittekuuluvate söömishäirete mõistmisel (Fairburn & Bohn, 2005; Thomas jt, 2009). Seega võib sümptomaatikast lähtumise eeliseks olla suurem paindlikkus häirunud söömiskäitumise uurimisel. Lisaks aitab töös kasutatud isiksusel põhinev lähenemine adresseerida söömishäiretesisest heterogeensust, mis võib olla tingitud just heterogeensusest patsientide isiksuses (Widiger jt, 1999). Näiteks on väljutamise sümptomaatika seotud perfektsionismi ja impulsiivsuse kombinatsiooniga, mis Christian jt (2021) alusel viitab ka kõige enama psühhopatoloogiaga patsientide profiilile. Seda arvesse võttes võiks isiksuse ja söömishäirete dimensioonide vaheliste seoste uurimine panustada häirunud söömiskäitumise mitmekülgsemasse mõistmisesse ja häire kulu täpsemasse ennustamisesse (Clark, 2005), mis aitaks omakorda kohandada häirete raviks vajalikke sekkumisi.

Töö tulemuste tõlgendamisel tuleb aga silmas pidada mõningaid piiranguid. Esiteks tasub välja tuua töösse valitud isiksusejoontest ehk ennustavatest tunnustest tingitud puudused. Nimelt jäävad antud töö kontekstis vastavat sümptomaatikat kõige paremini ennustavate regressioonimudelite maksimaalsed seletusprotsendid 11 – 22 vahele, mis tähendab seda, et töösse valitud isiksusejooned seletavad ära vaid osa sümptomaatika varieeruvusest. Antud asjaolu võis mõjutada ka see, et eksternaliseerimise spektrit kirjeldas töös väiksem arv tunnuseid, millest SSP ärrituvus laadus faktoranalüüsis olulisel määral mõlemale faktorile. Samuti ei olnud töös kasutatud isiksusejooni mõõtnud skaalad kohandatud otseselt eksternaliseerimise ja internaliseerimise mudeli dimensioonide mõõtmiseks, mis võib aga olla põhjus, miks saadud tulemused ei pruugi täpselt ühtida varasemate uuringutega. Piirangutest tulenevalt võiks edasistes analüüsides kaaluda kõrgema ennustusvõimega tulemuste saamiseks täiendavate ja mudeliga kooskõlastatud mõõdikute kaasamist. Samuti tasuks võrdsustada spektreid kirjeldavate isiksusejoonte arv ning sobivus, et hoida ära olukord, kus üks spekter on kirjeldusvõime poolest eelises.

Teise oluliste piiranguna võiks välja tuua valimist tingitud puudused. Esiteks ei ole käesoleva valimi puhul võetud arvesse häire kestust. See võib olla probleem, kuna Serra jt (2021) töös leiti, et 42% piirava AN patsientidest kujunesid uurimisperioodi jooksul välja täiendavad väljutamise käitumised. Sellest tulenevalt tasub silmas pidada seda, et piirav AN võib teatud patsientide puhul olla sagedasem haiguse varasemas faasis ning aja möödudes võib patsientide kliiniline pilt muutuda. Seega tasuks edaspidistes uuringutes võtta arvesse ka häire kestust või kavandada uuring longituuduuringuna. Samuti on antud valimis AN patsientide osakaal suurem ning väljutamise skoorides esineb suur hajuvus, mistõttu võivad töö tulemused kirjeldada AN piirava alatüübiga patsiente edukamalt. Sellest tulenevalt oleks esinduslikumate tulemuste saamiseks oluline kaasata edasistesse uuringusse valim, kus uuritavate sümptomite dimensioonid oleksid esindatud võrdsel määral.

Samuti jäeti spektreid kirjeldavate tunnuste võimalikult võrdsena hoidmiseks regressioonanalüüsides välja funktsionaalne impulsiivsus. Faktoranalüüsis internaliseerimise spektri ja funktsionaalse impulsiivsuse vahel avaldunud tugev negatiivne seos võiks olla aga oluline, kuna võib viidata funktsionaalsele impulsiivsusele kui kaitsvale tegurile

internaliseerimise spektri häirete ja söömishäirete tekke vastu. Sarnasele tulemusele jõudsid ka Soodla & Akkermann (2021) oma töös, kus kõrge funktsionaalne impulsiivsus oli omane kõrgelt funktsioneerivale grupile, kelle hulgas esines kõige vähem häirunud söömiskäitumist. Madal funktsionaalne impulsiivsus viitas aga nii ärevale-perfektsionistlikule kui ka emotsionaalselt/käitumuslikult düsreguleeritud grupile. Sellest tulenevalt tasuks edasistes uuringutes käsitleda söömishäirete sümptomaatika seoseid täpsemalt funktsionaalse ja düsfunktsionaalse impulsiivsusega. Seose uurimine võib pakkuda olulist informatsiooni erinevate sümptomite dimensioonide all olevate joone kohta ning aidata kaasa ka häirunud söömiskäitumise jaotamisel internaliseerimise/eksternaliseerimise spektrile.

Kokkuvõttes panustab töö söömishäirete alasesse kirjandusse kinnitades varasemalt leitud asjaolu, et söömishäirete sümptomaatika sobib isiksuses avalduva neurootilisuse ja perfektsionismi alusel hästi internaliseerimise spektriga. Siiski viitavad tulemused sellele, et väljutamise ja liigsöömise dimensioonide kirjeldamisel on oluline ka eksternaliseerimise spektrile kuuluv düsfunktsionaalne impulsiivsus. Ilmneb, et vastava sümptomaatika avaldumine on seotud patsientide isiksuse profiiliga, mistõttu tasuks eksternaliseerimise/internaliseerimise mudelis ka edaspidi söömishäireid käsitleda just sümptomaatikast lähtuvalt. Samuti võiks täpsustada internaliseerimise ja eksternaliseerimise isiksusejoonte kombineerumist väljutamise ja liigsöömise dimensioonides, mis aitaks antud sümptomaatikat ka edukamalt positsioneerida.

Kasutatud kirjandus

- Aluoja, A., Voogne, H., Maron, E., Gustavsson, J. P., Võhma, Ü., & Shlik, J. (2009). Personality traits measured by the Swedish universities Scales of Personality: Factor structure and position within the five-factor model in an Estonian sample. *Nordic Journal of Psychiatry*, *63*(3), 231–236. <https://doi.org/10.1080/08039480802571036>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5th ed.). Arlington, VA.
- Boone, L., Claes, L., & Luyten, P. (2014). Too strict or too loose? perfectionism and impulsivity: The relation with eating disorder symptoms using a person-centered approach. *Eating Behaviors*, *15*(1), 17–23. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.10.013>
- Boswell, R. G., & Grilo, C. M. (2021). General impulsivity in binge-eating disorder. *CNS spectrums*, *26*(5), 538–544. <https://doi.org/10.1017/S1092852920001674>
- Carragher, N., Krueger, R. F., Eaton, N. R., & Slade, T. (2015). Disorders without borders: current and future directions in the meta-structure of mental disorders. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, *50*(3), 339–350.
- Christian, C., Bridges-Curry, Z., Hunt, R. A., Ortiz, A. M. L., Drake, J. E., & Levinson, C. A. (2021). Latent profile analysis of impulsivity and perfectionism dimensions and associations with psychiatric symptoms. *Journal of Affective Disorders*, *283*, 293–301. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.076>
- Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2002). Impulsive and compulsive traits in eating disordered patients compared with controls. *Personality and Individual Differences*, *32*(4), 707–714. [https://doi.org/10.1016/s0191-8869\(01\)00071-x](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(01)00071-x)
- Clark, L. A. (2005). Temperament as a Unifying Basis for Personality and Psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, *114*(4), 505–521. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.4.505>

- Fairburn, C. G., & Bohn, K. (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome “not otherwise specified” (NOS) category in DSM-IV. *Behaviour Research and Therapy, 43*(6), 691–701. <https://doi:10.1016/j.brat.2004.06.011>
- Forbush, K. T., South, S. C., Krueger, R. F., Iacono, W. G., Clark, L. A., Keel, P. K., ... Watson, D. (2010). Locating eating pathology within an empirical diagnostic taxonomy: Evidence from a community-based sample. *Journal of Abnormal Psychology, 119*(2), 282–292. <https://doi:10.1037/a0019189>
- Forbush, K. T., Hagan, K. E., Kite, B. A., Chapa, D. A. N., Bohrer, B. K., & Gould, S. R. (2017). Understanding eating disorders within internalizing psychopathology: A novel transdiagnostic, hierarchical-dimensional model. *Comprehensive Psychiatry, 79*, 40–52. <https://doi:10.1016/j.comppsy.2017.06.009>
- Forbush, K. T., Chen, P.-Y., Hagan, K. E., Chapa, D. A. N., Gould, S. R., Eaton, N. R., & Krueger, R. F. (2018). A new approach to eating-disorder classification: Using empirical methods to delineate diagnostic dimensions and inform care. *International Journal of Eating Disorders, 51*(7), 710–721. <https://doi:10.1002/eat.22891>
- Garrido, S. J., Funes, P. N., Peñaloza Merlo, M. E., & Cupani, M. (2018). Personality traits associated with eating disorders and obesity in young Argentineans. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 23*(5), 571–579. <https://doi:10.1007/s40519-018-0546-6>
- Ghaderi, A., & Scott, B. (2000). The Big Five and eating disorders: a prospective study in the general population. *European Journal of Personality, 14*(4), 311–323. [https://doi:10.1002/1099-0984\(200007/08\)14:4<311::aid-per378>3.0.co;2-8](https://doi:10.1002/1099-0984(200007/08)14:4<311::aid-per378>3.0.co;2-8)
- Griffith, J. W., Zinbarg, R. E., Mineka, S., Craske, M. G., Rose, R. D., Waters, A. M., & Sutton, J. M. (2010). Neuroticism as a common dimension in internalizing disorders. *Psychological Medicine, 40*(7), 1125–1136. <https://doi:10.1017/S0033291709991449>

- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2009). *Multivariate Data Analysis 7th Edition*. Pearson Prentice Hall
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, *61*(3), 348–358. <https://doi:10.1016/j.biopsych.2006.03.0>
- Hyatt, C. S., Owens, M. M., Gray, J. C., Carter, N. T., MacKillop, J., Sweet, L. H., & Miller, J. D. (2019). Personality Traits Share Overlapping Neuroanatomical Correlates With Internalizing and Externalizing Psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, *128*(1), 1–11.
- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, *29*(6), 340–345. <https://doi:10.1097/ycp.0000000000000278>
- Kotov, R., Krueger, R. F., & Watson, D. (2018). A paradigm shift in psychiatric classification: the Hierarchical Taxonomy Of Psychopathology (HiTOP). *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *17*(1), 24–25. <https://doi.org/10.1002/wps.20478>
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., ... Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, *126*(4), 454–477. <https://doi:10.1037/abn0000258>
- Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2006). Reinterpreting Comorbidity: A Model-Based Approach to Understanding and Classifying Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, *2*(1), 111–133. <https://doi:10.1146/annurev.clinpsy.2.022>
- Krueger, R. F., & Bezdjian, S. (2009.). Enhancing research and treatment of mental disorders with dimensional concepts: Toward DSM-V and ICD-11. *World Psychiatry*, *8*(1), 3–6. <https://doi:10.1002/j.2051-5545.2009.tb00197.x>

- McNeish, D. (2016). Exploratory Factor Analysis With Small Samples and Missing Data. *Journal of Personality Assessment*, 99(6), 637–652.
<https://doi:10.1080/00223891.2016.125238>
- Mitchell, K. S., Wolf, E. J., Reardon, A. F., & Miller, M. W. (2014). Association of eating disorder symptoms with internalizing and externalizing dimensions of psychopathology among men and women. *International Journal of Eating Disorders*, 47(8), 860–869.
<https://doi:10.1002/eat.22300>
- Moreland, A. D., & Dumas, J. E. (2008). Categorical and dimensional approaches to the measurement of disruptive behavior in the preschool years: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, 28(6), 1059–1070. <https://doi:10.1016/j.cpr.2008.03.001>
- Roberts, M. C., Reed, G. M., Medina-Mora, M. E., Keeley, J. W., Sharan, P., Johnson, D. K., Mari, J. de J., Ayuso-Mateos, J. L., Gureje, O., Xiao, Z., Maruta, T., Khoury, B., Robles, R., & Saxena, S. (2012). A global clinicians' map of mental disorders to improve ICD-11: Analysing meta-structure to enhance clinical utility. *International Review of Psychiatry*, 24(6), 578–590. <https://doi:10.3109/09540261.2012.736368>
- Rosenbaum, D. L., & White, K. S. (2013). The Role of Anxiety in Binge Eating Behavior: A Critical Examination of Theory and Empirical Literature. *Health psychology research*, 1(2), e19. <https://doi:10.4081/hpr.2013.e19>
- Serra, R., Di Nicolantonio, C., Di Febo, R., De Crescenzo, F., Vanderlinden, J., Vrieze, E., ... Tarsitani, L. (2021). The transition from restrictive anorexia nervosa to bingeing and purging: a systematic review and meta-analysis. *Eating and Weight Disorders*, 27, 857–86 <https://doi:10.1007/s40519-021-01226-0>
- Solomon-Krakus, S., Uliaszek, A. A., & Sabiston, C. M. (2022). The differential associations between self-critical perfectionism, personal standards perfectionism, and facets of restrictive eating. *Personality and Individual Differences*, 184, 111178.
<https://doi:10.1016/j.paid.2021.111178>

- Soodla, H. L. & Akkermann, K. (2021). *Towards dimensional classification of psychopathology: a latent profile analysis of personality traits*. [Magistritöö, tartu Ülikool]. DSpace. https://dspace.ut.ee/bitstream/handle/10062/75816/Soodla_HeloLiis_magistritoo.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Thomas, J. J., Vartanian, L. R., & Brownell, K. D. (2009). The Relationship between Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS) and Officially Recognized Eating Disorders: Meta-Analysis and Implications for DSM. *Psychological Bulletin*, *135*(3), 407–433.
- Wade, T. D., & Tiggemann, M. (2013). The role of perfectionism in body dissatisfaction. *Journal of Eating Disorders*, *1*(1), 2. <https://doi:10.1186/2050-2974-1-2>
- Watson, D. (2005). Rethinking the mood and anxiety disorders: A quantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, *114*(4), 522–536. <https://doi:10.1037/0021-843x.114.4.522>
- Watson, D., Forbes, M. K., Levin-Aspenson, H. F., Ruggero, C. J., Kotelnikova, Y., Khoo, S., Bagby, R. M., Sunderland, M., Patalay, P., & Kotov, R. (2022). The Development of Preliminary HiTOP Internalizing Spectrum Scales. *Assessment*, *29*(1), 17–33. <https://doi:10.1177/10731911211003976>
- Waxman, S. E. (2009). A systematic review of impulsivity in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, *17*(6), 408–425. <https://doi:10.1002/erv.952>
- Widiger, T., Verheul, R. & van der Brink, W. (1999). Personality and Psychopathology. In L. Pervin & O. John (Eds.), *Handbook of Personality* (pp. 347-366). The Guilford Press.
- Wildes, J. E., & Marcus, M. D. (2013). Incorporating dimensions into the classification of eating disorders: three models and their implications for research and clinical practice. *The International journal of eating disorders*, *46*(5), 396–403. <https://doi:10.1002/eat.22091>
- Williams, G.-J., Chamove, A. S., & Millar, H. R. (1990). Eating disorders, perceived control, assertiveness and hostility. *British Journal of Clinical Psychology*, *29*(3), 327–335. <https://doi:10.1111/j.2044-8260.1990.tb00889.x>

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

Yang, H. (2010). Factor loadings. In N. J. Salkind (Ed.), *Encyclopedia of research design* (pp. 481-483). SAGE Publications, Inc., <https://dx.doi.org/10.4135/9781412961288.n149>

Käesolevaga kinnitan, et olen korrektselt viidanud kõigile oma töös kasutatud teiste autorite poolt loodud kirjalikele töödele, lausetele, mõtetele, ideedele või andmetele.

Olen nõus oma töö avaldamisega Tartu Ülikooli digitaalarhiivis DSpace.

Eva Margareeta Kört