

Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduste valdkond
Psühholoogia instituut

Kadi Reintam

**SÖÖMISHÄIRETE SÜMPTOMITE MUUTUSE SEOSSED DIAGNOSTILISTE
KATEGOORiate NING SEISUNDIÄREVUSE JA DEPRESSIOONIGA**

Uurimistöo

Juhendaja: Kärol Soidla, MA

Kaasjuhendaja: Kirsti Akkermann, PhD

Läbiv pealkiri: Söömishäirete sümptomite muutusega seotud tegurid

Tartu 2021

Kokkuvõte

Uurimistöö eesmärk on uurida söömishäirete sümptomite muutuse seoseid diagnostiliste kategooriate ning depressiooni ja seisundiärevusega. Lisaks uuritakse vanuse, kehamassiindeksi ja häire kestuse kui kovariaatide mõju.

Tulemusena leiti 84 statsionaarse ravi patsiendi andmete põhjal, et esines aja peamõju kõikide söömishäirete sümptomite lõikes. Aja ja diagnostilise kategooria koosmõju ei esinenud söömise piiramise ning hõivatus välimusest ja kehakaalust puhul.

Liigsöömise alaskaala puhul oli söömishäirete skooride muutusele ravi käigus statistiliselt oluline modereeriv mõju kehamassiindeksil, vanusel ja häire kestusel. Toidu väljutamise alaskaala puhul oli söömishäirete skooride muutusele ravi käigus statistiliselt oluline modereeriv mõju ravi alguses mõõdetud depressiooni skooril ning toidu piiramise alaskaala puhul kehamassiindeksil ja vanusel. Söömishäirete ravi käigus vähenesid ka depressiooni ja seisundiärevuse skoorid. Kuigi ravi alguses mõõdetud depressiooni skoor ei oma mõju söömishäirete sümptomite muutusele ravi käigus, on olemas mõõdukas korrelatsioon depressiooni skooride muutumise ja söömishäirete skooride muutumise vahel.

Märksõnad: söömishäired, depressioon, seisundiärevus, söömishäirete ravi.

Abstract

The aim of the study was to investigate the associations between diagnostic criteria, depression and anxiety and changes in the symptoms of eating disorders during inpatient treatment. In addition age, body mass index, duration of the disorder were examined as covariates affecting eating disorder symptoms change.

Based on the data of 84 inpatients, it was found that there was a simple main effect of time on all eating disorder symptoms. There were no interaction between time and diagnostic criteria in terms of food restriction and occupation of weight and body image. Body mass index, age, and duration of the disorder had statistically significant effect on eating disorder scores in bingeing subscale. Pre-treatment depression score had statistically significant effect in purging subscale. Body mass index and age had statistically significant effect on eating disorder scores in food restriction subscale. Depression and anxiety scores also decreased during the treatment of eating disorders. Although the pre-treatment depression score had no effect on the change in eating disorder symptoms total scores during treatment, there was a moderate correlation with the change in depression scores and eating disorder scores

Keywords: eating disorders, depression, anxiety, eating disorder treatment.

Sissejuhatus

Söömishäired on rasked psüühikahäired (Klump et al., 2009), millega võivad kaasnedada mitmed meditsiinilised komplikatsioonid ja kognitiivsete, emotsionaalsete ning sotsiaalsete funktsioonide häirumine (American Psychiatric Association (APA), 2021). Söömishäireid iseloomustavad tõsised muutused söömiskäitumises ning söömisega seotud mõtetes ja emotsioonides. Tüüpiline on, et pidevalt mõeldakse söögile, kehakaalule ja -kujule (APA, 2021).

Rahvusvaheline Haiguste Klassifikatsioon RHK-10 (1992) kirjeldab kahte tähtsat ja selgelt eristatavat psüühikahäiret: *anorexia nervosa* ja *bulimia nervosa*. *Anorexia nervosa*´le on RHK-10 järgi iseloomulik patsiendi poolt esile kutsutud ja soodustatud tahtlik kehakaalu alandamine (kehakaalu hoitakse vähemalt 15% allpool eeldatavat). Spetsiifilise psühhopatoloogilise avaldusena esineb oma keha väärtaju, mille tõttu ülekaaluka mõttena püsib tüseduskartus ja oma kehakaalule rangete piiride seadmine. *Bulimia nervosa* on RHK-10 kohaselt psüühikahäire, millele on iseloomulikud korduvad liigsöömissööstud ja ülemäärane kehakaalu kontroll, mille tulemusena võetakse kasutusele äärmuslikke meetmeid kaalus juurde võtmise vältimiseks. Nende meetmete hulka võivad kuuluda näiteks tahtlikult esile kutsutud oksendamine, lahtistite kuritarvitamine, vahelduvad nälgimisperiodid, söögiisu pärssivate ravimite, nagu türeoidpreparaatide ja diureetikumide kasutamine ning diabeedi puhul insuliini kasutamisest loobumine (Rahvusvaheline Haiguste Klassifikatsioon RHK-10, 1992).

Lisaks eelnevale kahele kirjeldab RHK-10 veel kuut (6) söömishäirete diagnoosi: atüüpiline *anorexia nervosa*, atüüpiline *bulimia nervosa*, liigsöömine koos muu psüühikahäirega, oksendamine koos muu psüühikahäirega, muud täpsustatud söömishäired ja täpsustamata söömishäire. Atüüpilise *anorexia nervosa* või *bulimia nervosa* diagnoosi tuleks RHK-10 kohaselt kasutada juhul, kui puudub üks või mitu *anorexia nervosa* või *bulimia nervosa* olulisemat tunnust, kuid muus osas on häirele küllaltki iseloomulik kliiniline pilt. Liigsöömine koos muu psüühikahäirega hõlmab endas stressireaktsioonina tekkivat liigsöömist (Rahvusvaheline Haiguste Klassifikatsioon RHK-10, 1992). Viimased kolm kategooriat nagu oksendamine koos muu psüühikahäirega, muud täpsustatud söömishäired ja täpsustamata söömishäire ei ole seotud antud töö fookusega.

Söömishäirete etioloogia sisaldab biopsühhosotsiaalsete tegurite keerulist omavahelist koostoimet. Söömishäirete kujunemisel on riskiteguriteks kõhnuse idealiseerimisega seotud sotsiaal-kultuurilised mõjud, kõhnuse ideaali internaliseerimine, perfektsionism, obsessiiv-kompulsiivsus, neurootilisus ja vältiv käitumine (Cassin & von Ranson, 2005; Culbert, Racine & Klump, 2015). Riskitegurite mõju varieerub tavaliselt väikesest kuni keskmiseni, mis annab alust oletada, et söömishäirete kujunemisel ei mängi rolli üks tegur iseseisvalt vaid tegurite koosmõju (Culbert et al., 2015).

Söömishäirete ravi tulemuslikkuse ennustajad

Vall ja Wade (2015) ning Linardon, Garcia & Brennan (2017) poolt teostatud metaanalüüside kohaselt ennustab ravi tulemuslikkust nii vahetult peale ravi lõppu kui ka järelkontrollis mõõdetuna kõige rohkem sümptomite muutus varajases ravietaapis. Kehamassiindeksi paranemine kui ühe ravi tulemuslikkuse ennustaja olulisus ilmnes ka Wales et al. (2016) uuringust. Regressioonanalüüs näitas, et *anorexia nervosa* diagnoosiga patsiendid, kes viibisid statsionaarsel ravil, saavutasid 18 korda suurema tõenäosusega positiivse ravitulemuse, kui nad võtsid kaalus juurde 0,5–1 kg nädalas esimese 6 ravinädala jooksul. Paremat ravitulemust ennustas ka kõrgem esialgne kehamassiindeks. Ka Lock et al. (2013) leidsid, et *anorexia nervosa* puhul on ravi tulemuslikkuse parimaks ennustajaks ravi lõpuks noorukitel kehakaalu saavutamine vähemalt 95.2% oodatud kehakaalust ja täiskasvanutel kehamassiindeks, mis on suurem kui 19. *Bulimia nervosa* puhul on ravi õnnestumise parim näitaja kompensatoorse käitumise sageduse vähenemine, mis peab olema vähem kui kaks korda kuus.

Lisaks ennustavad mõningates uuringutes paremat ravi tulemuslikkust lühem häire kestus ja noorem vanus (Agras et al., 2004; Le Grange et al., 2014), madalam depressioonitase, vähem kaasuvaid häireid, parem interpersonaalne funktsioneerimine ja vähem perekondlikke probleeme (Vall & Wade, 2015). Samas mitmed teised uuringud ei ole vanuse, söömishäire kestuse, kehamassiindeksi ja kaasuvate psüühikahäirete seoseid piisavalt kvaliteetselt korrata suutnud (Linardon et al., 2017).

Söömishäirete komorbiidsus ärevushäirete ja depressiooniga

Söömishäirete üldine komorbiidsus on *anorexia nervosa* puhul uuringute kohaselt 55–80% ja *bulimia nervosa* puhul 85%–95% (Duncan et al., 2005; Hudson et al., 2007; Kaye, 2008; Udo & Grilo, 2019). Sageli vastavad söömishäiretega patsiendid rohkem kui ühe kaasuva häire kriteeriumitele (Alsten & Duncan, 2020) ning nii kliiniliste andmete kui ka uuringute kohaselt

sagedasemad koos esinevad kaasuvad häired on meeleoluhäired, ärevushäired ja psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud häired (Bahji et al., 2019; Hudson et al., 2007; Swanson et al., 2011; Ulfvebrand et al., 2015).

Braun, Sunday & Halmi (1994) leidsid, et 51%-l söömishäirete patsientidest oli samaaegselt depressioon. Ka uuemad uuringud annavad sarnase tulemuse – Falcón, Marcoux-Louie & Pinzon (2019) on oma uuringus tõdenud, et söömishäirete ravile suunatud enam kui pooltel on kaasnev psüühikahäire (56%). Kõige sagedasem sellest on depressioon (58%), seejärel ärevushäired (50%), järgnesid uimastite kuritarvitamine (13%) ja piirialast tüüpi ebastabiilne isiksusehäire (6%).

Võrreldes söömishäirete kategooriaid omavahel, näeme, et komorbiidsus on kõige kõrgem liigsöömisega seotud söömishäirete puhul. Näiteks on metaanalüüsi teel leitud, et depressioon kaasneb kuni 40%-l *anorexia nervosa* ja 80%-l *bulimia nervosa* diagnoosiga patsientidel, mõlemal juhul on see oluliselt suurem kui tervete kontrollgrupil (Godart et al., 2007).

Üldises populatsioonis on söömishäired või häirunud söömiskäitumine sagedasem depressiooni ja ärevushäiretega inimeste seas (39%-l isikutest esines ühte või mitut kliinilist söömishäire sümptomit), võrreldes nendega, kellel ei ole diagnoositud depressiooni või ärevust (Garcia et al., 2015; Zaider & Johnson, 2000).

Söömishäirete sagedas koosinemine meeleolu- ja ärevushäiretega võib viidata nende ühiste riskiteguritele (nt geneetiline, afektiivne ja neurobioloogiline haavatavus) ja etioloogiale (Garcia et al., 2020). Ühistele haavatavust suurendavatele teguritele viitavad ka kaksikute uuringud (Keel et al., 2005). Uuringud toovad esile, et söömishäirete, depressiooni ja ärevushäiretega patsientidel esineb enam negatiivset emotsionaalsust ja neurootilisust (Cervera et al., 2003; Ghaderi & Scott, 2000; Tyrka et al., 2002), mis võivad üksteist võimendada – kaootiline söömine võib negatiivselt mõjuda meeleolule ja samas võib häirunud söömiskäitumine olla negatiivsete emotsioonidega toimetuleku mehhanism (Bulik et al., 2006; Cervera et al., 2003; Garcia et al., 2020). Söömise piiramine või söömishoogude varjamine muudab sotsiaalse suhtlemise keeruliseks ning isoleeritus omakorda võib põhjustada depressiooni ja/või sotsiaalfobiat. Teisest küljest pidev mõtlemine kehakaalule ja -kujule ning soov mõlemat rangelt kontrollida tekitab hirmu söömise ees, mis omakorda võib kutsuda esile ärevust (Dalle Grave, 2012; Fairburn et al., 2003).

Uuringute tulemused selles osas, kas söömishäired suurendavad depressiooni sümptomite esinemist või ennustab varasem meeleoluhäire diagnoos söömishäirete sümptomite tekkimist, on vastuolulised. Marmorstein et al. (2008) uurisid söömishäirete ja depressiooni vahelisi seoseid kahe ealise vanusegrupi põhjal (11–14 aastased ja 15–17 aastased) ja nad leidsid, et söömishäire sümptomid varajases noorukieas (11–14 aastased) ennustavad hilisemat depressiooni sümptomaatikat, kuid mitte vastupidi. Samas, Measelle, Stice & Hogansen (2006) tõdesid, et depressiooni sümptomid ennustavad nelja aasta jooksul söömishäirete esinemist naissoost noortel. On leitud, et ärevushäired pigem eelnevad söömishäiretele ja depressioon järgneb söömishäiretele (Garcia et al., 2020; Godart et al., 2015; Swinbourne et al., 2012).

Uuringud annavad vastuolulisi tulemusi, kuidas on komorbiidsus seotud söömishäirete ravi kuluga. Zerwas et al. (2013) ja Calugi et al. (2014) poolt läbiviidud uuringute kohaselt esines 60–70% söömishäirete patsientide puhul kliiniline depressioon, kuid kaasuv depressioon ei olnud seotud ravitulemusega. Samas Dalle Grave (2012) leiab, et *anorexia nervosa* väiksemat ravitulemuslikkust soodustavad somaatiline ja psühhiaatriline komorbiidsus ning Vall ja Wade (2015) poolt teostatud metaanalüüsi kohaselt ennustab ravi tulemuslikkust muuhulgas madalam depressioonitase.

Söömishäirete kategooriaalse lähenemise kitsaskohad

Söömishäirete käsitlemisel on vastuolulised seisukohad häire alatüüpide kategoriseerimise ja olemasolevate diagnostiliste kategooriate ravi tõhususe ennustatavuse osas. Peat et al. (2009) tõdesid oma uuringus, et *anorexia nervosa* patsientide liigitamine väljutavaks ja piiravaks alaliigiks ei ennusta ravi tõhusust. Põhjusena võib välja tuua, et söömishäirete kategooriatel on rohkem sarnasusi kui erinevusi ja sageli iseloomustab söömishäirete kulgu üleminek ühelt diagnoosilt teisele ehk nn. diagnostiline migratsioon. Kuni 62%-l *anorexia nervosa* patsientidel võivad haiguse ajal tekkida *bulimia nervosa* sümptomid ja sümptomite ristumine tekib enamasti esimese viie aasta jooksul (Tozzi et al., 2005). Agras et al. (2000) leidsid, et veerandil *bulimia nervosa* patsientidel oli varem *anorexia nervosa* kliiniline pilt. Eddy et al. (2002) viisid läbi longituuduuringu, kus nad hindasid 136 *anorexia nervosa* patsienti nelja aasta vältel 8–12 aastat hiljem. Tulemusena leiti, et 62%-l neist esines ülesöömise ja väljutamise sümptome ja vaid 12% väitsid, et nad ei ole kunagi regulaarselt kompensatoorseid tegevusi teinud. Uuringu autorid järeldavad sellest, et piiravat tüüpi *anorexia nervosa* on pigem söömishäire üks faas, kui eraldi kategooria.

Leitakse, et kuigi söömishäirete eri kategooriate avaldumisviis on väga erinev – toiduenergia alatarbimine *anorexia nervosa* puhul ja liigsöömine *bulimia nervosa* puhul – näivad nende alusmehhanismid olevat üsna sarnased. Söömishäirete transdiagnostilise lähenemise kohaselt on eri diagnoosidel ühised säilitusmehhanismid, nagu kehakuju ja -kaalu ületähtsustamine, perfektsionism, madal enesehinnang, raskused tulla toime tugevate meeleoluseisunditega ja interpersonaalsed probleemid. Äärmuslik eneskriitilisus paneb neid seadma kõrgeid eesmärke söömise, kehakaalu ja -kuju osas ning eesmärkide mittesaavutamine käivitab nõiaringi, mis hoiab söömishäiret alal (Fairburn et al., 2003).

Kuna söömishäirete kategoriseerimisel on piiratud väärtus ravitulemuste ennustamise seisukohalt (Peat et al., 2009; Wildes et al., 2011), on tehtud mitmeid latentsete profiilide analüüse. Alsten & Duncan (2020) kirjeldavad söömishäirete komorbiidust, selleks nad uurisid viit latentset klassi kaasuvate häirete põhjal ja leidsid, et kõige suurem osa (46%) 479 liikmelisest valimist langes klassi, mida sai iseloomustada multikomorbiidsusega ja kaasuvate häirete varase algusega. Seejuures ärevus eelnes söömishäirele, mis on kooskõlas ka varasemate uuringutega (Garcia et al., 2020; Godart et al., 2015; Swinbourne et al., 2012). Samuti leiti, et mõne teise psüühikahäire diagnoos enne söömishäiret on seotud suurema söömishäirete psühhopatoloogia ja kestusega (Alsten & Duncan, 2020).

Uurimistöö eesmärk

Antud uurimistöö eesmärk on uurida söömishäirete sümptomite muutuse seoseid diagnostiliste kategooriate ning depressiooni ja seisundiärevusega. Depressiooni ja seisundiärevuse seoseid söömishäirete ravi tulemuslikkusega ei ole palju uuritud. Ka on saadud tulemused vastuolulised ja uuringutel on tagasihoidliku valimi tõttu statistiline jõudlus pigem madal. Nii on konkreetsete hüpoteeside asemel püstitatud uurimisküsimused ning analüüsidesse kaasatud ka teisi võimalikke söömishäirete sümptomite muutusega seotud tegureid.

Käesolevas töös on püstitatud järgnevad uurimisküsimused:

1. Kas söömishäirete sümptomite skooride muutus statsionaarse ravi käigus on seotud diagnostiliste kategooriatega?
2. Kas söömishäirete sümptomite skooride muutus statsionaarse ravi käigus on seotud:
 - 2.1. vanusega,
 - 2.2. kehamassiindeksiga ravi alguses,
 - 2.3. söömishäirete kestusega,

- 2.4. seisundiärevuse skooriga ravi alguses,
- 2.5. depressiooni skooriga ravi alguses?
3. Kas söömishäirete sümptomite skooride muutus statsionaarse ravi käigus on seotud depressiooni ja seisundiärevuse skooride muutusega ravi käigus?

Meetod

Uuringus kasutati SA Tartu Ülikooli Kliinikumi psühhiaatriakliiniku üldpsühhiaatriakeskuse söömishäirete osakonnas statsionaarse ravi käigus kogutud andmeid. Statsionaarse ravi eesmärk on regulaarse söömise taastamine ja metaboolsete vajaduste tagamine kontrollitud keskkonnas ehk rõhk on käitumuslikel muutustel.

Valim

Kõikidel statsionaarse ravi patsientidel oli võimalik osaleda uuringus. Kaasatud oli nii *anorexia nervosa*, *bulimia nervosa* kui ka liigsöömishäire (*binge eating disorder*) patsiente. Valim koosnes 84-st nooruki- ja täiskasvanuea patsiendist. Valimist jäeti välja 4 patsiendi andmed, kelle söömishäirete hindamise skaala skoorid ravi alguses olid üldvalimi keskmisest 36.9 (standardhälve 18.7) (Herik, 2009) madalamad 1 standardhälbe võrra ehk skoorid alla 18.2. Kliinilise grupi keskmine oli 74.2 (standardhälve 25.8) (Herik, 2009). Lisaks olid kolmel valimist välja jäänud patsiendil ravi alguses mõõdetud söömishäirete hindamise skaala skoorid madalamad võrreldes nende endi ravi lõpus mõõdetud söömishäirete hindamise skaala skooridega (vastavalt: ravi alguses 7, lõpus 93; ravi alguses 16, lõpus 36 ning ravi alguses 15 ja lõpus 31). Võime oletada, et nende haigusteadlikkus oli enne ravi madal ning nad on minimiseerinud oma sümptome. Ravi järgselt haigusteadlikkus suurenes.

Kliinilise valimi (N=84) moodustasid naissoost *anorexia nervosa* (AN; N=49), *bulimia nervosa* (BN; N=31) ja liigsöömishäirega (BED; N=4) patsiendid. AN patsientidest 35-l oli piirava alatüübi (ANP) ja 14-l söömishoogude ja väljutamisega seotud alatüübi (ANV) diagnoos. Uuringus osalejad olid vanuses 13–41 aastat ja osalejate keskmine vanus oli 20 aastat (SD ehk standardhälve 5.7). Söömishäire oli kestnud keskmiselt 3 aastat ja 8 kuud (SD 4.2; ulatus 2 kuust kuni 25 aastani). Keskmine ravi kestus oli 30 päeva (SD 18.4; ulatus 6–80 päeva). Ravi esimesel päeval mõõdetud (edaspidi kasutatud ravi alguses) kehamassiindeksi keskmine oli 18.9 (SD 4.4; ulatus 12.5–37.7).

Andmete kogumine ja töötlemine

Andmed koguti uuringute „Söömishäired ja serotoniinissüsteemi talitluse biomarkerid“ ja „Pidurduslik kontroll ja tähelepanu kallutatus söömishäiretega patsientidel“ käigus. Uurimistöös kasutati kahe hindamiskorra ajal (enne ja pärast ravi) kogutud andmeid. Seisundit hindavad küsimustikud täideti statsionaarse ravi esimestel päevadel ja uuesti statsionaarse ravi viimasel või eelviimasel päeval (edaspidi kasutatud kui ravi alguses ja ravi lõpus).

Andmete kogumisel kasutati järgmisi skaalasisid:

1. **Söömishäirete hindamise skaala (SHS)** (Akkermann et al., 2010). SHS hindab söömishäirete kognitiivseid ja käitumuslikke sümptomeid lähtuvalt DSM-IV ja RHK-10 kriteeriumitest. Sisaldab 29 väidet ja 7 diagnostilist lisaküsimust. Kasutatakse nelja alaskaalat: 1) söömise piiramine, 2) liigsöömine, 3) toidu väljutamine ja 4) hõivatus välimusest ja kehakaalust.
2. **Montgomery-Åsbergi depressiooniskaala enesekohane versioon** (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale self-reported version (MADRS-S)) (Svanborg & Åsberg, 1994). 9-väitelisest skaalat kasutatakse depressiooni raskusastme ja muutuse hindamiseks. Spetsialisti poolt täidetav küsitluse ja vaatluse põhjal. Väiteid hinnatakse skaalal 0-6.
3. **Seisundi- ja püsiärevuse skaala** (Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI)) (Spielberger et al., 1983). STAI koosneb 40 väitest, millest 20 mõõdavad seisundiärevust ja 20 püsiärevust. Väiteid hinnatakse skaalal 1–4.

Psühhiaatri või kliinilise psühholoogi poolt koguti andmeid osalejate vanuse, haridustaseme, pikkuse, kehakaalu ja uuringuperioodil võetud ravimite kohta. Lisati ka teave patsientide söömishäire ja kaasuvate häirete diagnooside ja häire kestuse kohta. Kehamassiindeks (KMI = $\text{kehakaal kg} \div \text{pikkus m}^2$) arvutati osalejate kehakaalu ja pikkuse põhjal, mida mõõdeti standardiseeritud protseduuridega haiglas. Antud uurimistöö autor ei osalenud andmete kogumisel vaid uuris ja analüüsis teemakohast kirjandust, püstitas uurimisküsimuse, töötles saadud andmeid ja tegi tulemuste põhjal järeldused.

Uuringu kiitis heaks Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee. Osalejatelt saadi kirjalik teadlik nõusolek ja alaealiste (alla 18. aastased) puhul andis nõusoleku ka lapsevanem.

Andmetöötlus viidi läbi statistilise andmetötluse programmi IBM SPSS Statistics versioon 25.0 ja JASP versioon 0.14.0.0 abil. Valimi kirjeldamiseks kasutati kirjeldavaid statistikuid keskmine (M) ja standardhälve (SD). Diagnostiliste kategooriate ja söömishäirete sümptomite muutuse vahelise seose leidmiseks kasutati kordumõõtmise ANOVAt. Söömishäirete sümptomite muutusega seotud faktoreid analüüsiti kordumõõtmise ANCOVA meetodiga. Söömishäirete sümptomite muutuse ning seisundiärevuse ja depressiooni skooride muutuse seose tugevuse mõõtmiseks kasutati Spearmani astakorrelatsioonikordajat, kus muutujateks olid söömishäirete sümptomite, seisundiärevuse ja depressiooni skooride enne ja pärast skooride vahed.

Tulemused

Dispersioonanalüüsi (ANOVA) abil uuriti esmalt valimi kirjeldamiseks gruppide BN, BED, ANV ja ANP vahelisi erinevusi vanuse, MADRS-S depressiooni skoori, STAI seisundiärevuse skoori, KMI, SHS skoori, söömishäirete kestuse ja kahe mõõtmise vahelise aja osas. Dispersioonanalüüs näitab kuivõrd erinevad on diagnostiliste kategooriate liigituse puhul gruppide keskmised (Goss-Sampson, 2019). Gruppide paarikaupa võrdlemiseks viidi läbi *Tukey post hoc* test. Ühefaktorilise dispersioonanalüüsi ning *Tukey post hoc* testi tulemused koos kirjeldava statistikaga on esitatud tabelis 1.

Tabel 1. Valimi kirjeldav statistika ning gruppide BN, BED, ANV ja ANP vahelised erinevused vanuse, MADRS-S skoori, STAI seisundiärevuse skoori, KMI, SHS skoori, söömishäirete kestuse ja kahe mõõtmise vahelise aja osas

ANOVA								
	Valim (N=84)	BN (N=31)	BED (N=4)	ANV (N=14)	ANP (N=35)	F (df)	p	η^2
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)			
Söömishäirete diagnostiline jaotuvus		36.9%	4.8%	16.7%	41.6%			
Vanus	20.18 (5.67)	21.35 (5.47)	26.33 (7.37)	18.50 (3.88)	19.29 (5.98)	2.438 (3, 79)	.071	.085
Söömishäirete kestus aastates	3.72 (4.24)	5.28 (5.44)	5.38 (4.46)	2.50 (1.56)	2.69 (3.38)	2.749 (3, 77)	.048	.097
Kahe mõõtmise vahe päevades	30.02 (18.39)	25.38 (16.71)	41.00 (24.83)	31.50 (23.59)	32.29 (16.50)	1.356 (3, 80)	.262	.048
Depressiooni skoor MADRS-S skaalal								
Ravi alguses	21.17 (10.30)	22.58 (10.27)	21.56 (5.92)	26.57 ^d (8.37)	17.71 ^c (10.47)	2.996 (3, 80)	.036	.101
Ravi lõpus	13.45 (10.20)	13.45 (10.07)	20.00 (13.29)	18.07 (10.42)	10.86 (9.30)	2.375 (3, 80)	.076	.082
Seisundiärevuse skoor STAI skaalal,								
Ravi alguses	54.10 (14.02)	54.81 (11.84)	57.0 (14.02)	59.07 (12.21)	51.14 (16.15)	1.198 (3, 80)	.316	.043
Ravi lõpus	42.18 (15.24)	42.52 (15.43)	51.25 (15.65)	47.08 (15.58)	39.17 (14.68)	1.364 (3, 78)	.260	.050
KMI								
Ravi alguses	18.88 (4.35)	21.91 ^{bcd} (3.33)	28.16 ^{acd} (6.44)	16.96 ^{ab} (1.26)	15.89 ^{ab} (1.69)	46.09 (3, 80)	< .001	.634
Ravi lõpus	19.56 (3.87)	22.16 ^{bcd} (3.09)	28.78 ^{acd} (6.47)	18.01 ^{ab} (1.75)	16.97 ^{ab} (1.32)	37.26 (3, 71)	< .001	.612
SHS skoor								
Ravi alguses	74.54 (26.59)	89.61 ^d (22.63)	94.00 ^d (6.78)	82.86 ^d (17.53)	55.63 ^{abc} (22.45)	16.043 (3, 80)	< .001	.376
Ravi lõpus	49.81 (28.60)	60.55 ^d (30.71)	57.00 (35.34)	55.21 (26.74)	37.31 ^a (22.29)	4.423 (3, 80)	.006	.142

Märkused: BN – *bulimia nervosa*; BED – liigsöömishäire; ANV – väljutavat tüüpi *anorexia nervosa*; ANP – piiravat tüüpi *anorexia nervosa*; KMI – kehamassiindeks; N – valimi suurus; M – keskmine; SD – standardhälve; STAI – seisundi- ja püsiärevuse skaala; MADRS-S – Montgomery-Åsbergi depressiooniskaala enesekohane versioon; SHS – söömishäirete hindamise skaala; η^2 – efekti suurus; p – olulisuse nivoo; F – F-satistiku väärtus; df – vabadusaste; a – statistiliselt oluline erinevus grupist BN; b – statistiliselt oluline erinevus grupist BED; c – statistiliselt oluline erinevus grupist ANV; d – statistiliselt oluline erinevus grupist ANP.

Uurimisküsimus 1: Kas söömishäirete sümptomite skooride muutus statsionaarse ravi käigus on seotud diagnostiliste kategooriatega?

Uurimisküsimusele vastamiseks viidi läbi mitmemõõtmeline korduvmõõtmise ANOVA, kus SHS koguskoorid enne ja pärast ravi mõõdetuna olid sõltuvaks muutujaks (analüüsis *repeated measures factor*) ning diagnostiline kategooria (BN, BED, ANV, ANP) oli sõltumatu muutuja (analüüsis *between subject factor*).

Saadud tulemustest $F(3, 80)=1.454$, $p=.233$, $\eta^2=.010$ nähtub, et ei ilmnenud aja ja diagnostiliste kategooriate koosmõju SHS koguskoorile. Esines aga aja peamõju $F(1, 80)=52.176$, $p<.001$, $\eta^2=.115$ ehk SHS skooride keskmiste vahel enne ja pärast ravi oli statistiliselt oluline erinevus. Lisas 1 olevast tabelist näeme, et aja peamõju esines kõikide SHS alaskaalade lõikes.

Diagnostiliste kategooriate kaupa tehtud analüüsides näeme, et aja peamõju oli kõikide gruppide puhul (tabel 2) nii koguskooride kui alaskaalade kaupa. BED gruppi väikese valimi tõttu analüüsi ei kaasatud.

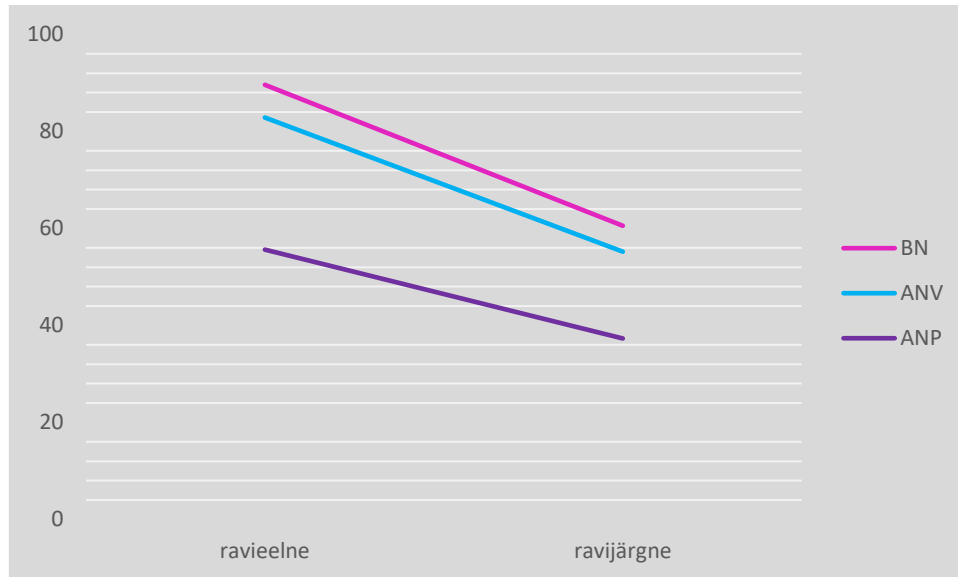
Tabel 2. Aja peamõjud diagnostiliste kategooriate BN, ANV ja ANP ning SHS alaskaalade lõikes

	BN			ANV			ANP		
	F (df)	p	η^2	F (df)	p	η^2	F (df)	p	η^2
SHS kokku	37.542 (1, 29)	< .001	.564	15.197 (1, 13)	.002	.539	26.473 (1, 34)	< .001	.438
Liigsöömise alaskaala	35.133 (1, 29)	< .001	.548	14.205 (1, 13)	.002	.522	6.445 (1, 34)	.016	.159
Toidu väljutamise alaskaala	23.853 (1, 28)	< .001	.443	6.241 (1, 13)	.027	.324	6.825 (1, 34)	.013	.167
Hõivatus välimusest ja kehakaalust alaskaala	11.605 (1, 29)	.002	.279	8.399 (1, 13)	.012	.392	11.212 (1, 34)	.002	.248
Söömise piiramise alaskaala	12.979 (1, 29)	.001	.305	16.556 (1, 13)	.001	.560	33.379 (1, 34)	< .001	.495

Märkused: BN – *bulimia nervosa*; ANV – väljutavat tüüpi *anorexia nervosa*; ANP – piiravat tüüpi *anorexia nervosa*; η^2 – efekti suurus; p – olulisuse nivoo; F – F-satistiku väärtus; df – vabadusaste; SHS – söömishäirete hindamise skaala.

Tabelis 1 eelnevalt esitatud paariviisilisest võrdlusest näeme, et ravi alguses mõõdetud SHS koguskooride osas erinesid statistiliselt oluliselt grupid BN ja ANP ($p<.001$), BED ja ANP ($p=.006$) ning ANV ja ANP ($p<.001$). Ravi lõpus mõõdetud SHS koguskooride osas erinesid grupid BN ja ANP ($p=.004$).

Joonis 1 illustreerib asjaolu, et kuigi ANP grupp oli teistest gruppidest ravi alguses mõõdetud SHS koguskooride poolest erinev, langevad skoorid ravi jooksul siiski sarnase dünaamikaga võrreldes teiste gruppidega. BED grupi väikese valimi tõttu ei saa konkreetse kategooria kohta järeldusi teha.



Joonis 1. Söömishäirete hindamise skaala koguskooride muutus diagnooside BN, ANV ja ANP kaupa

Märkused: BN – *bulimia nervosa*; ANV – väljutavat tüüpi *anorexia nervosa*; ANP – piiravat tüüpi *anorexia nervosa*.

SHS alaskaalade kaupa saadud tulemustest (tabel 3) näeme, et aja ja diagnostiliste kategooriate koosmõju ei esinenud **alaskaalade söömise piiramine ning hõivatus välimusest ja kehakaalust puhul**. *Tukey post hoc* testi tulemuste põhjal (tabel 3) erinesid liigsöömise alaskaala osas ravi alguses mõõdetud skooride poolest grupid BN ja ANV ($p < .001$) ning BN ja ANP ($p < .001$) ravi lõpus mõõdetud skooride osas BN ja ANP ($p = .006$). Alaskaala toidu väljutamise puhul erinesid ravi alguses mõõdetud skooride osas grupid BN ja ANP ($p < .001$) ning ANV ja ANP ($p < .001$) ning ravi lõpus mõõdetud skooride osas BN ja ANP ($p = .010$). ANP gruppide skooride erinevused on ootuspärased, kuna selle diagnoosikategooria puhul ei kuulu sümptomite hulka liigsöömine ja väljutamine.

Tabel 3. Aja ja diagnostiliste kategooriate koosmõju SHS alaskaalade lõikes

	F (df)	p	η^2
Liigsöömise alaskaala	10.657 (1, 79)	< .001 ^{abd}	.064
Toidu väljutamise alaskaala	3.881 (1, 80)	.012 ^{bcd}	.034
Hõivatus välimusest ja kehakaalust alaskaala	.369 (1, 80)	.075	.002
Söömise piiramise alaskaala	1.333 (1, 79)	.270	.008

Märkused: η^2 – efekti suurus; p – olulisuse nivoo; F – F-satistiku väärtus; df – vabadusaste; a – BN grupi ja ANV grupi vahel on statistiliselt oluline erinevus enne ravi mõõdetud skooride osas; b – BN grupi ja ANP grupi vahel on statistiliselt oluline erinevus enne ravi mõõdetud skooride osas; c – ANV ja ANP grupi vahel on statistiliselt oluline erinevus enne ravi mõõdetud skooride osas; d – BN grupi ja ANP grupi vahel on statistiliselt oluline erinevus pärast ravi mõõdetud skooride osas.

Uurimisküsimus 2: millised tegurid on seotud söömishäirete sümptomite skooride muutusega statsionaarse ravi käigus?

Uurimaks söömishäirete sümptomite muutusega (ehk SHS skooride enne ja pärast muutusega) seotud võimalikke muid tegureid, koostati korduvmõõtmise ANCOVA mudel. ANCOVA kontrollib korrigeeritud keskmiste (*adjusted means*) erinevust ehk teisisõnu keskmiste erinevust, mis on korrigeeritud/kontrollitud kovariaatide efektide osas (Goss-Sampson, 2019).

Uurimisküsimusele vastamiseks võrreldi ANCOVA abil söömishäirete sümptomite skooride keskmisi kahel mõõtmiskorral võttes samal ajal arvesse teiste muutujate (kovariaatide) variatiivsust. Sõltuv muutuja (analüüsis *repeated measures factor*) oli söömishäirete sümptomite skoor kahel mõõtmiskorral (s.t. enne ja pärast ravi). Kovariaadid olid:

- a) vanus,
- b) KMI ravi alguses,
- c) söömishäirete kestus,
- d) seisundiärevuse skoor ravi alguses mõõdetuna STAI skaalal,
- e) depressiooni skoor ravi alguses mõõdetuna MADRS-S skaalal.

Kovariaadid lisati mudelisse üksikult. Analüüsi nii SHS skoori kui alaskaaladid.

Tabelis 4 esitatud andmetest nähtub, et SHS koguskooride kovariaatide efektide poolt korrigeeritud keskmiste vahel ei ole statistiliselt olulist erinevust. Uuritavad kovariaadid ei

omanud seega statistiliselt olulist koosmõju SHS koguskooride muutusele enne ja pärast ravi. SHS alaskaalade kaupa oli mõningaid statistiliselt olulisi mõjusid. Liigsöömise alaskaala skooride muutuse ning KMI, vanuse ja häire kestuse vahel oli statistiliselt oluline koosmõju. Toidu väljutamise alaskaala skooride muutuse ning ravi alguses mõõdetud depressiooni skoori vahel oli statistiliselt oluline koosmõju. Toidu piiramise alaskaala skooride muutuse ning KMI ja vanuse vahel statistiliselt oluline koosmõju.

Tabel 4. KMI, vanuse, häire kestuse, MADRS-S skoori ja STAI seisundiärevuse skoori ning SHS skooride muutuse koosmõju

	Liigsöömine			Väljutamine			Hõivatus			Piiramine			SHS alaskaalad kokku		
	F (df)	p	η^2	F (df)	p	η^2	F (df)	p	η^2	F (df)	p	η^2	F (df)	p	η^2
KMI ravi alguses	11.658 (1, 81)	.001	.031	.381 (1, 82)	.539	.001	.293 (1, 82)	.590	.000	4.683 (1, 80)	.033	.010	.668 (1, 81)	.416	.002
Vanus	5.629 (1, 80)	.020	.017	.778 (1, 81)	.380	.003	2.247 (1, 81)	.138	.005	4.640 (1, 81)	.034	.010	.254 (1, 82)	.615	.000
Häire kestus	5.817 (1, 78)	.018	.016	.190 (1, 79)	.664	.000	1.099 (1, 79)	.298	.002	2.557 (1, 78)	.114	.005	.092 (1, 79)	.762	.000
STAI seisundi-ärevuse skoor ravi alguses	1.341 (1, 81)	.250	.004	1.512 (1, 82)	.222	.005	.091 (1, 82)	.764	.000	.071 (1, 81)	.791	.000	.203 (1, 82)	.654	.000
MADRS-S skoor ravi alguses	1.195 (1, 81)	.278	.003	4.534 (1, 82)	.036	.015	.375 (1, 82)	0.542	.000	.169 (1, 81)	.681	.000	.086 (1, 82)	.770	.000

Märkused: KMI – kehamassiindeks; STAI – seisundi ja püsiärevuse skaala; MADRS-S – Montgomery-Åsbergi depressiooniskaala enesekohane versioon; SHS – söömishäirete hindamise skaala; η^2 – efekti suurus; p – olulisuse nivoo; F – F-satistiku väärtus; df – vabadusaste; ravi alguses – ravi esimestel päevadel mõõdetud.

Uurimisküsimus 3: Kas söömishäirete sümptomite skooride muutus statsionaarse ravi käigus on seotud depressiooni ja seisundiärevuse skooride muutusega ravi käigus?

Antud küsimusele vastamiseks kasutati muutujatena depressiooni skooride muutust mõõdetuna MADRS-S skaalal enne ja pärast ravi ning seisundiärevuse skooride muutust mõõdetuna STAI skaalal enne ja pärast ravi. Skooride muutus ravi käigus oli nii depressiooni kui seisundiärevuse puhul skooride vähenemise suunas. Ühemõõtmelise kordumõõtmise ANOVA tulemusena leiti, et esines aja peamõju nii depressiooni skooride $F(1, 83)=70.789, p< .001, \eta^2= .460$ kui seisundiärevuse skooride puhul $F(1, 83)=62.875, p< .001, \eta^2= .437$.

Andmeanalüüsi meetodina kasutati korrelatsiooni, mis võimaldab näha nii seose suunda kui tugevust. Skaalade omaduste ja normaaljaotuse puudumise tõttu valiti Spearmani astakorrelatsioonikordaja. Muutujateks olid söömishäirete sümptomite enne ja pärast skooride vahe, seisundiärevuse enne ja pärast skooride vahe ning depressiooni enne ja pärast skooride vahe.

Depressiooni skooride muutus oli mõõdukas korrelatsioonis söömishäirete skooride muutusega $r_s= .491; p< .001, N=84$. Söömishäirete sümptomite vähenemise määr oli seega seotud mõningal määral depressiooni sümptomite vähenemise määraga ja üks tunnus seletas 24% ulatuses teise tunnuse muutusest. Seisundiärevuse skooride muutusel oli madal korrelatsioon söömishäirete skooride muutusega $r_s= .254, p< .020, N=84$. Seisundiärevuse skooride ja depressiooni skooride muutused olid mõõdukas korrelatsioonis $r_s= .396, p< .001, N=84$, üks tunnus seletas teise tunnuse muutusest siiski vaid 16%. Võime seega järeldada, et **söömishäirete sümptomite muutus on mõõdukas korrelatsioonis depressiooni sümptomite muutusega, kuid madalas korrelatsioonis seisundiärevuse sümptomite muutusega.** Seisundiärevuse sümptomite ja depressiooni sümptomite muutus on omavahel mõõdukas korrelatsioonis.

Arutelu

Käesolevas töös uuriti esmalt, kas söömishäirete sümptomite skooride muutus on seotud diagnostiliste kategooriatega. Söömishäirete sümptomite vähenemine oli üldkokkuvõttes sarnase trendiga kõikide diagnostiliste kategooriate puhul ning SHS koguskooride ravi käigus langemise seisukohalt ei olnud söömishäirete kategooriatel olulist erinevust. Uuringud viitavad

tõepoolest sellele, et söömishäirete eri kategooriad võivad olla tihedamalt seotud kui arvame ning, omades sarnaseid alusmehhanisme, võime neid pidada pigem häirunud söömiskäitumise spektri erinevateks ilminguteks (Fairburn et al., 2003).

Alaskaalade lõikes ei erinenud eri diagnoosiga patsiendid oma SHS skooride muutuste poolest hõivatus välimusest ja kehakaalust alaskaala puhul. See on kooskõlas teooriaga, mille kohaselt söömishäirete kategooriad näivad kõik sõltuvat madalast enesehinnangust ning kehakaalu ja -kuju ülemäärasest väärtustamisest (Dalle Grave, 2012).

Teiseks ei olnud diagnostiliste kategooriate vahelisi erinevusi SHS skooride muutuse osas alaskaala toidu piiramine puhul. See ühtib teooriaga, mille kohaselt kõigi söömishäirete kategooriate puhul esineb äärmuslikke kehakaalu kontrollimise katseid, et oma välimust ja sellega ka enesehinnangut parandada (Dalle Grave, 2012). Söömishäirega inimesed seavad kõrgeid eesmärke söömise piiramise, kehakaalu ja -kuju osas ning nende mittesaavutamine käivitab nõiaringi, mis omakorda hoiab söömishäiret alal (Fairburn et al., 2003). Statsionaarse ravi käigus on olenemata diagnostilisest kategooriast rõhk käitumuslikel muutustel, et vähendada äärmuslikke võtteid (nt toidu piiramist) kaalu alandamiseks või kaalus mitte juurde võtmiseks.

Alaskaalade liigsöömine ja toidu väljutamine osas oli diagnostiliste kategooriate vahel oluline erinevus SHS skooride muutuste osas. See viitab sellele, et kuigi toidu piiramine ning hõivatus välimusest ja kehakaalust on ühine sümptom kõikide diagnostiliste kategooriate puhul, on liigsöömine ja väljutamine siiski spetsiifilised konkreetse diagnostilise kategooria sümptomid. Antud tööga leitud ANP grupi liigsöömise ja väljutamise alaskaalade skooride erinevused teistest gruppidest on ootuspärased, kuna selle diagnoosikategooria puhul ei kuulu sümptomite hulka liigsöömine ja väljutamine.

Liigsöömine ja väljutamine võivad omakorda olla seotud isiksuse omadustega, nt impulsivsuse kõrgemat määra täheldatakse just liigsöömishäire ja *bulimia nervosa* puhul (Dalle Grave, 2012; Latzer et al., 2011). See on kooskõlas Westen ja Harnden-Fischer (2001) ja Wildes et al. (2011) töödega, kus leiti, et ravitulemuste paremaks prognoosimiseks on diagnostiliste kategooriate kõrvale vaja liigitust isiksuse ja isiksuse patoloogia alusel.

Wildes et al. (2011) liigitavad *anorexia nervosa* patsiendid vastavalt komorbiidsele isiksuse psühhopatoloogiale ning järeldavad, et selline liigitus ennustab paremini ravivastust kui liigitus väljutav ja piirav alatüüp. Näiteks, annab nende uuringu järgi käitumuslik sekkumine, nagu grupiteraapia ja koos einestamine, hea ravitulemuse kontrollivat tüüpi (pärssiva ja piirava käitumisega) grupele aga vähem hea ravitulemuse alakontrollitud (impulsiivsele ja emotsionaalse düsregulatsiooniga) grupele. Need tulemused on kooskõlas Fairburn et al. (2003) tööga, kus leitakse, et konkreetne diagnoos ei ole oluline söömishäire ravi seisukohalt ning ravi sisu peaksid määrama esinevad psühhopatoloogilised eripärad ja nende säilitusmehhanismid.

Uurimistöös analüüsiti ka söömishäirete sümptomite skooride muutustega seotud teisi võimalikke tegureid. SHS alaskaaladest oli liigsöömise alaskaala ja toidu piiramise alaskaala puhul statistiliselt oluline mõju ravi alguses mõõdetud KMI-l ja vanusel. Häire kestusel oli statistiliselt oluline mõju liigsöömise alaskaala puhul. Saadud andmete osas on nii kattuvusi kui lahknevusi teiste uuringute tulemustega (Calugi, El Ghoch & Dalle Grave, 2017; Calugi et al., 2014; Linardon et al., 2017; Lock et al., 2013; Raykos et al., 2018; Wales et al., 2016; Zerwas, 2013). Põhjustena võib välja tuua antud uurimistöo ning ka varasemate uuringute vähese statistilise võimsuse suhteliselt väikeste valimite tõttu. Samuti peab arvestama, et mitmetes varasemates uuringutes ei ole vaatluse all kõik söömishäirete diagnostilised kategooriad. Näiteks Wales et al. (2016) poolt läbi viidud uuringusse olid kaasatud vaid *anorexia nervosa* patsiendid, kelle puhul võib võrreldes teiste söömishäirete kategooriatega olla KMI enam seotud ravi tulemuslikkusega.

SHS toidu väljutamise alaskaala skoorid enne ja pärast ravi olid seotud depressiooni skooriga ravi alguses. Seisundiärevuse skooriga ravi alguses ei olnud seotud ükski alaskaala. See tulemus on sarnane ka uurimistöo kolmanda uurimisküsimuse tulemuslega, kus mõõdeti mitte üksnes ravi alguses mõõdetud depressiooni ja seisundiärevuse mõju SHS skooridele enne ja pärast vaid lisati ka aja faktor depressiooni ja seisundiärevuse skooridele, s.t. analüüsi kaasati depressiooni ja seisundiärevuse skoorid enne ja pärast. Saadud andmetest nähtub, et statsionaarse ravi käigus söömishäirete sümptomite skooride vähenemine on seotud depressiooni skooride vähenemisega oluliselt rohkem kui seisundiärevuse skooride vähenemisega. Antud leid on kooskõlas varasemate uuringutega, kus on nähtud, et ärevus küll kaasneb sagedasti söömishäiretega, kuid koosinemise põhjused on söömishäirete sümptomitest eraldiseisvamad (Marzola et al., 2020).

Depressiooni skooride muutusel on antud töö andmete põhjal söömishäirete skooride muutusega tugevam seos. Varasemad uuringud viitavad sellele, et depressioon võib kaasneda söömishäirega haiguse sagedase pika kulu ja heaolu tugevalt kahjustava omaduse tõttu (Blinder, Cumella & Sanathara, 2006).

Antud uurimistöö andmetest nähtub, et ravi käigus vähenevad söömishäirete sümptomitega paralleelselt ka depressiooni sümptomid ja mõningal määral seisundiärevus. Söömishäiretega patsientide psüühiline heaolu on erinevatest komponentidest ning, kui midagi läheb paremaks, toimub paranemine ka teiste komponentide osas. Kuna söömishäirete statsionaarse ravi käigus taastatakse regulaarne söömine, võib see viidata ka korrapärase söömise mõjule. Depressiooni ja seisundiärevuse hindamisel peame arvestama, et söömishäirete psühhopatoloogia ja alatoitumine omavad vastastikust koosmõju ning nende koosmõju võib mõjutada ka depressiooni ja seisundiärevuse sümptome.

Godart et al. (2007) hinnangul võib pikaajaline alatoitumus anda depressiooni ja ärevushäirete kliinilise pildi ning alakaalus patsientide depressiooni esinemissagedus võib olla nälgimisest tekkivate sümptomite ja depressiooni sümptomite osalisest kattuvusest tingituna ülehinnatud. Ivarsson et al. (2000) longituuduuringus selgus, et uuringu alguses oli alakaaluliste *anorexia nervosa* patsientide seas depressiooni levimus 40%, samas 10 aastat hiljem oli levimus 1.9%. Küsimusele, kas muutus depressiooni näitajates on tingitud paremast toitumisest, psühhoterapiast või muude tegurite mõjust, aitaks osaliselt vastata kaasnevate psüühikahäirete ja söömishäirete algusaja kronoloogia uurimine. Näiteks Godart et al. (2007) leidsid metaanalüüsis, et depressioon eelnes 25%-l *anorexia nervosa* juhtudel ja 36–61%-l *bulimia nervosa* juhtudel.

Kezelman et al. (2015) uuringust näeme, et peale söömishäirest tervenemist oli katseisikutel suurem ärevuse tase kui kontrollgrupil, millest võib eeldada, et ärevus ei ole siiski vaid ebanormaalsest toitumisest tulenev sümptom. Pollice et al. (1997) hindasid depressiooni, ärevuse ja obsessiivsuse sümptomeid *anorexia nervosa* patsientidel. Võrreldi tervete kontrollrühma ja *anorexia nervosa* patsiente kolmes sümptomite staadiumis: alakaaluline, lühiajaliselt taastunud kaal ja pikaajaliselt säilinud normaalkaal. Kõige kõrgemad olid depressiooni, ärevuse ja obsessiivsuse skoorid alakaalulistel patsientidel. Kehakaalu taastumisega need sümptomid paranesid. Pikaajaliselt normaalkaalus püsinud patsientide skoorid olid tervete kontrollrühmaga võrreldes siiski kõrgemad. Võib oletada, et ebapiisav

toitumine võimendab depressiooni ja ärevust, kuid söömishäirega kaasuvad depressioon ja ärevus ei ole vaid toitainete puuduse tagajärg.

Depressiooni ja ärevuse skooore võivad vähendada ka söömishäirete ravi käigus toimuv psühhoteeraapia. Võib oletada, et teraapiast tingitud enesehinnangu ja sotsiaalsete oskuste paranemine, kehakaalu ja -kuju ületähtsustamise vähenemine, enesetõhususe suurenemine koos kehakaalu ja toitumise taastumisega leevendavad ka kaasuvate häirete sümptomaatikat (Calugi et al., 2014).

Puudused ja edasised uurimisuunad

Uuringusse kaasati vaid statsionaarsel ravil viibivad patsiendid, kelle sümptomid ja ka komorbiidsus võivad olla kõrgendatud (Aalto-Setälä et al., 2002) võrreldes ambulatoorsel ravil viibijatega. Valimi puuduseks on, et valim on väike ja puudusid meessoost isikud valimis. Antud uurimistöös ei võetud arvesse, millist psüühikahäirete farmakoteraapiat uuritavad said ja milline oli farmakoteraapia (nt antidepressantide) võimalik mõju. Uuringu puudusena võime käsitleda ka puudulikke andmeid ravil osalenud isikute kohta hilisemal perioodil ravijärgselt. Kuna tegemist ei ole longituuduuringuga, ei saa me teha pikaajalisi järeldusi. Edaspidistes uuringutes võiks valimit suurendada nii meessoost patsientide kui ambulatoorsel ravil viibijatega ning lisada ka patsientide andmed hilisema ravijärgse perioodi kohta.

Üheks piiranguks võib osaliselt pidada enesekohaste küsimustike kasutamist. Kuigi analüüsidesse kaasatud valimi koostamisel jäeti välja erandid ehk väga madala SHS skooridega *anorexia nervosa* patsiendid (4 patsienti), näeme siiski, et piirava *anorexia nervosa* patsientide algne SHS skooride keskmine on madalam (tabel 1). Skooride erinevus võib tuleneda asjaolust, et antud diagnoosiga patsiendid minimiseerivad oma sümptome. *Anorexia nervosa* diagnoosiga patsientide eneseteadvus oma häire osas on madal (Heatherton & Polivy, 1992) ning oma häire sümptomite alahindamine on ka DSM-IV (1994) kohaselt häire üks väljendustest. Samuti võib skooride erinevus ANP grupil olla tingitud liigsöömise ja toiduväljutamise alaskaalade madalamatest skooridest.

Kokkuvõte

Söömishäired on füüsiliselt ja psühholoogiliselt kurnavad haigused ning võivad põhjustada pikaajalisi terviseprobleeme. Seega on söömishäirete ravi tulemuslikkuse uurimine ja

edendamine olulise tähtsusega. Edaspidi soovib antud uurimistöo autor laiendada valimit ning lisada ravitulemust ennustavaid muutujaid, mis võimaldavad paremini identifitseerida söömishäirete säilimist või taandumist soodustavaid tegureid. Saadavad teadmised on olulised ravi planeerimisel ja raviprognoside tegemisel. Samuti aitavad saadavad teadmised identifitseerida patsiente, kes vajavad kiireloomulisemat või spetsiifilisemat ravi.

Kasutatud kirjanduse loetelu

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.) (DSM-IV). Washington, D.C: APA, 1994.
- American Psychiatric Association (APA), 2021. Kasutatud 10.04.2021 – URL: <https://www.psychiatry.org/patients-families/eating-disorders/what-are-eating-disorders>
- Aalto-Setälä, T., Marttunen, M., Tuulio-Henriksson, A., Poikolainen, K. & Lönnqvist, J. (2002). „Psychiatric treatment seeking and psychosocial impairment among young adults with depression“. *Journal of affective disorders* 70(1):35–47.
- Agras, W.S., Crow, S.J., Halmi, K.A., Mitchell, J.E., Wilson, G.T. & Kraemer, H.C. (2000). „Outcome predictors for the cognitive behavior treatment of bulimia nervosa: data from a multisite study“. *The American journal of psychiatry* 157(8):1302–8.
- Agras, W.S., Brandt, H.A., Bulik, C.M., Dolan-Sewell, R., Fairburn, C.G., Halmi K.A., Herzog, D.B., Jimerson, D.C., Kaplan, A.S., Kaye, W.H, Grange D.L., Lock, J., Mitchell, J.E., Rudorfer, M.V., Street, L.L., Striegel-Moore, R., Vitousek, K.M., Walsh B.T. & Wilfley, D. E. (2004). „Report of the National Institutes of Health workshop on overcoming barriers to treatment research in anorexia nervosa“. *International Journal of Eating Disorders* 35(4):509–21.
- Akkermann, K., Herik, M., Aluoja, A., & Järv, A. (2010). Constructing an assessment scale for eating disorders. Department of Psychology, University of Tartu.
- Alsten, S.C. van & Duncan, A.E. (2020). „Lifetime Patterns of Comorbidity in Eating Disorders: An Approach Using Sequence Analysis“. *European Eating Disorders Review* 28(6):709–23.
- „RHK-10-V Psüühika- ja käitumishäired“ (1992). Kasutatud 27. 02. 2021 URL: <https://www.kliinikum.ee/psyhhaatriakliinik/lisad/ravi/RHK/RHK10-FR17.htm>.
- Bahji, A., Mazhar, M.N., Hudson, C.C., Nadkarni, P., MacNeil, B.A. & Hawken, E. (2019). „Prevalence of Substance Use Disorder Comorbidity among Individuals with Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis“. *Psychiatry Research* 273:58–66.
- Blinder, B.J., Cumella, E.J. & Sanathara. V.A. (2006). „Psychiatric Comorbidities of Female Inpatients With Eating Disorders“. *Psychosomatic medicine*. Washington, 454.
- Braun, D.L., Sunday S.R. & Halmi, K.A. (1994). „Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders“. *Psychological medicine* 24(4):859–67.

- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Tozzi, F., Furberg, H., Lichtenstein P. & Pedersen. N.L. (2006). „Prevalence, Heritability, and Prospective Risk Factors for Anorexia Nervosa“. *Archives of General Psychiatry*, 305.
- Calugi, S., El Ghoch, M. Conti, M. & Dalle Grave, R. (2014). „Depression and treatment outcome in anorexia nervosa“. *Psychiatry Research* 218(1–2):195–200.
- Calugi, S., El Ghoch, M. & Dalle Grave, R. (2017). „Intensive enhanced cognitive behavioural therapy for severe and enduring anorexia nervosa: A longitudinal outcome study“. *Behaviour Research and Therapy* 89:41–48.
- Cassin, S.E. & Ranson, K.M. von. (2005). „Personality and eating disorders: A decade in review“. *Clinical Psychology Review* 25(7):895–916.
- Cervera, S., Lahortiga, F., Martínez-González, M.A., Gual, P., Irala-Estévez J. de & Alonso, Y. (2003). „Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident eating disorders in a prospective cohort study“. *The International journal of eating disorders* 33(3):271–80.
- Culbert, K.M., Racine, S.E. & Klump, K.L. (2015). „Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders - a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research“. *Journal of Child Psychology & Psychiatry* 56(11):1141–64.
- Dalle Grave, R. (2012). *Multistep Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders: Theory, Practice, and Clinical Cases*. Northvale NJ, U. S.: Jason Aronson, Inc.
- Duncan, A.E., Neuman, R.J., Kramer, J., Kuperman, S., Hesselbrock, V., Reich, T. & Bucholz, K.K. (2005). „Are there subgroups of bulimia nervosa based on comorbid psychiatric disorders?“ *The International journal of eating disorders* 37(1):19–25.
- Eddy, K.T., Keel, P.K., Dorer, D.J., Delinsky, S.S., Franko, D.L. & Herzog. D.B. (2002). „Longitudinal Comparison of Anorexia Nervosa Subtypes“. *International Journal of Eating Disorders*, 191.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z. & Shafran, R. (2003). „Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a ‘transdiagnostic’ theory and treatment“. *Behaviour research and therapy* 41(5):509–28.
- Falcón, B.J., Marcoux-Louie, G., & Pinzon, J. (2019). „Evaluation of the Referral Process and Patterns to a Canadian Specialized Eating Disorders Treatment Program“. *Journal of the Canadian Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 28(2):55–65.

- Garcia, S.C., Mikhail, M.E., Keel, P.K., Burt, S.A., Neale, M.C., Boker, S. & Klump, K.L. (2020). „Increased rates of eating disorders and their symptoms in women with major depressive disorder and anxiety disorders“. *The International journal of eating disorders* 53(11):1844–54.
- Ghaderi, A. & Scott, B. (2000). „The Big Five and Eating Disorders: A Prospective Study in the General Population“. *European Journal of Personality*, 311.
- Godart, N., Radon, L., Curt, F., Duclos, J., Perdereau, F., Lang, F., Venisse, J.L., Halfon, O., Bizouard, P., Loas, G., Corcos, M., Jeammet, Ph & Flament, M.F. (2015). „Mood disorders in eating disorder patients: Prevalence and chronology of onset“. *Journal of affective disorders* 185:115–22.
- Godart, N.T., Perdereau, F., Rein, Z., Berthoz, S., Wallier, J., Jeammet, Ph., & Flament, M.F. (2007). „Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders. Critical review of the literature“. *Journal of Affective Disorders* 97(1):37–49.
- Goss-Sampson, M.A. (2019). *Statistical Analysis in Jasp. A Guide for Students*.
- Heatherton, T.F. & Polivy, J. (1992). „Chronic dieting and eating disorders: A spiral model“. Lk 133–55 *The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context., Series in applied psychology: Social issues and questions; ISSN: 1048-8146 (Print), toimetanud Crowther, J.H., Tennenbaum, D.L., Hobfoll, S.E. & Stephens, M.A.P. Washington, DC: Hemisphere Publishing Corp.*
- Herik, M. (2009). Söömishäirete hindamise skaala konstrueerimine. Magistritöö. Tartu Ülikool, Psühholoogia instituut.
- Hudson, J.I., Hiripi, E., Pope, H.P & Kessler, R.C. (2007). „The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication“. *Biological Psychiatry* 61(3):348–58.
- Ivarsson, T., Råstam, M., Wentz, E., Gillberg, I.C & Gillberg, C. (2000). „Depressive disorders in teenage-onset anorexia nervosa: A controlled longitudinal, partly community-based study“. *Comprehensive Psychiatry* 41(5):398–403.
- Kaye, W. (2008). „Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa“. *Physiology & Behavior* 94(1):121–35.
- Keel, P.K., Klump, K.L., Miller, K.B., McGue, M. & Iacono, W.G. (2005). „Shared transmission of eating disorders and anxiety disorders“. *The International journal of eating disorders* 38(2):99–105.

- Kezelman, S., Touyz, S., Hunt, C. & Rhodes, P. (2015). „Does anxiety improve during weight restoration in anorexia nervosa? A systematic review“. *Journal of eating disorders* 3:7.
- Klump, K.L., Bulik, C.M., Kaye, W.H., Treasure, J. & Tyson, E. (2009). „Academy for eating disorders position paper: Eating disorders are serious mental illnesses“. *International Journal of Eating Disorders* 42(2):97–103.
- Latzer, Y., Stein, D. & Merric, J. (2011). *Understanding Eating Disorders : Integrating Culture, Psychology and Biology*. Nova Science Publishers.
- Le Grange, D., Fitzsimmons-Craft, E.E., Crosby, R.D., Hay, P., Lacey, H., Bamford, B., Stiles-Shields, C. & Touyz, S. (2014). „Predictors and moderators of outcome for severe and enduring anorexia nervosa“. *Behaviour Research and Therapy* 56:91–98.
- Linardon, J., Garcia, X.P. & Brennan, L. (2017). „Predictors, Moderators, and Mediators of Treatment Outcome Following Manualised Cognitive-Behavioural Therapy for Eating Disorders: A Systematic Review“. *European Eating Disorder review*, 3.
- Lock, J., Agras, W.S., Grange, D.L., Couturier, J., Safer, D. & Bryson, S.W. (2013). „Do end of treatment assessments predict outcome at follow-up in eating disorders?“ *The International journal of eating disorders* 46(8):771–78.
- Marmorstein, N.R., Ranson, K.M. von, Iacono, W.G. & Malone, S.M. (2008). „Prospective associations between depressive symptoms and eating disorder symptoms among adolescent girls“. *International Journal of Eating Disorders* 41(2):118–23.
- Marzola, E., Porliod, A., Panero, M., De-Bacco, C. & Abbate-Daga, G. (2020). „Affective temperaments and eating psychopathology in anorexia nervosa: Which role for anxious and depressive traits?“ *Journal of affective disorders* 266:374–80.
- Measelle, J.R., Stice, E. & Hogansen, J.M. (2006). „Developmental trajectories of co-occurring depressive, eating, antisocial, and substance abuse problems in female adolescents“. *Journal of abnormal psychology* 115(3):524–38.
- Peat, C., Mitchell, J.E., Hoek, H.W. & Wonderlich, S.A. (2009). „Validity and utility of subtyping anorexia nervosa“. *The International journal of eating disorders* 42(7):590–94.
- Pollice, C., Kaye, W.K., Greeno, C.G., ja Weltzin, T.E. (1997). „Relationship of depression, anxiety, and obsessionality to state of illness in anorexia nervosa“. *International Journal of Eating Disorders* 21(4):367–76.

- Raykos, B.C., Erceg-Hurn, D.M., McEvoy, P.M., Fursland, A. & Waller, G. (2018). „Severe and enduring anorexia nervosa? Illness severity and duration are unrelated to outcomes from cognitive behaviour therapy“. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 86(8):702–9.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R., Vagg, P.R., Jacobs, G.A. (1983). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Svanborg, P. & Åsberg, M. (1994). „A New Self-rating Scale for Depression and Anxiety States Based on the Comprehensive Psychopathological Rating Scale“. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 89(1):21–28.
- Swanson, S.A., Crow, S.J., Grange, D.L., Swendsen, J. & Merikangas, K.R. (2011). „Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement“. *Archives of general psychiatry* 68(7):714–23.
- Swinbourne, J., Hunt, C., Abbott, M., Russell, J., St Clare, T. & Touyz, S. (2012). „The comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: prevalence in an eating disorder sample and anxiety disorder sample“. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry* 46(2):118–31.
- Zaider, T.I. & Johnson, J.G. (2000). „Psychiatric Comorbidity Associated with Eating Disorder Symptomatology Among Adolescents in the Community“. *International Journal of Eating Disorders* 28(1):58–67.
- Zerwas, S., Lund, B.C., Holle, A. von., Thornton, L.M., Berrettini, W.H., Brandt, H., Crawford, S., Fichter, M.M., Halmi, K.A., Johnson, C., Kaplan, A.S., Via, M.L., Mitchell, J., Rotondo, A., Strober, M., Woodside, D.B., Kaye, W.H & Bulik, C.M. (2013). „Factors associated with recovery from anorexia nervosa“. *Journal of psychiatric research* 47(7):972–79.
- Tozzi, F., Thornton, L.M., Klump, K.L., Fichter, M.M., Halmi, K.A., Kaplan, A.S., Strober, M., Woodside, D.B., Crow, S. & Mitchell, J. (2005). „Symptom Fluctuation in Eating Disorders: Correlates of Diagnostic Crossover“. *American Journal of Psychiatry*, 732.
- Tyrka, A. R., Waldron, I., Graber, J. A. & Brooks-Gunn, J. (2002). „Prospective Predictors of the Onset of Anorexic and Bulimic Syndromes“. *International Journal of Eating Disorders*, 282.
- Udo, T. & Grilo, C.M. (2019). „Psychiatric and medical correlates of DSM-5 eating disorders in a nationally representative sample of adults in the United States“. *The International journal of eating disorders* 52(1):42–50.

- Ulfvebrand, S., Birgegård, A., Norring, C., Högdahl, L. & Hausswolff-Juhlin, Y. von. (2015). „Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database“. *Psychiatry research* 230(2):294–99.
- Vall, E., & Wade, T.D. (2015). „Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis“. *International Journal of Eating Disorders* 48(7):946–71.
- Wales, J., Brewin, N., Cashmore, R., Haycraft, E., Baggott, J., Cooper, A & J. Arcelus. (2016). „Predictors of Positive Treatment Outcome in People With Anorexia Nervosa Treated in a Specialized Inpatient Unit: The Role of Early Response to Treatment“. *European Eating Disorders Review*, 417.
- Westen, D. & Harnden-Fischer, J. (2001). „Personality profiles in eating disorders: rethinking the distinction between axis I and axis II“. *The American journal of psychiatry* 158(4):547–62.
- Wildes, J.E., Marcus, M.D., Crosby, R.D., Ringham, R.M., Dapelo, M.M., Gaskill J.A & Forbush, K.T. (2011). „The clinical utility of personality subtypes in patients with anorexia nervosa“. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 79(5):665–74.

Lisa 1. Aja peamõju SHS alaskaalade lõikes

	F (df)	p	η^2
SHS kokku	52.176 (3, 83)	< .001	.115
Liigsöömise alaskaala	49.961 (1, 79)	< .001	.099
Toidu väljutamise alaskaala	15.178 (1, 80)	< .001	.045
Hõivatus välimusest ja kehakaalust alaskaala	19.800 (1, 80)	< .001	.044
Söömise piiramise alaskaala	37.966 (1, 79)	< .001	.078

Märkused: η^2 – efekti suurus; p – olulisuse nivoo; F – F-satistiku väärtus; df – vabadusaste; SHS – söömishäirete hindamise skaala.

Käesolevaga kinnitan, et olen korrekselt 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.

/Kadi Reintam/