

Tartu Ülikool
Psühholoogia instituut

Jelena Põldsam

VENELASTE SÖÖMISHÄIRETE SEOS ISIKSUSEOMADUSTEGA

Magistritöö

Juhendajad: Jüri Allik, PhD
Iris Podar, MSc

Läbiv pealkiri: venelaste söömishäired ja isiksus

Tartu 2008

SISUKORD

KOKKUVÕTE	3
ABSTRACT	4
SISSEJUHATUS	5
SÖÖMISHÄIRETE KULTUURISPETSIIFILISUS	7
SÖÖMISHÄIRETE SEOS ISIKSUSEOMADUSTEGA	9
SÖÖMISHÄIRETE RISKIFAKTORID JA DIAGNOSTIKA	10
MEETODID	13
TULEMUSED	16
ARUTLUS	25
VIITED	29

Söömishäirete seos isiksuseomadustega venelastel.

KOKKUVÕTE

Töö eesmärgiks oli uurida Venemaa söömishäiretega inimeste isiksuse viie baasomaduse seost toitumishoiakutega ja käitumisega, võrreldes neid kontrollgrupi inimestega. Samuti võrreldi saadud tulemusi söömishäiretega eestlaste valimite tulemustega, selgitamaks välja kultuurilisi erinevusi. Katseisikud täitsid söömishäirete küsimustiku *Eating Disorder Inventory-2* (EDI-2, Garner, 1991) venekeelse versiooni. Uurimaks erinevusi isiksuses, täitsid katseisikud venekeelse *Revised NEO Personality Inventory* (NEO-PI-R, Costa, McCrae, 1989) küsimustiku. Tulemustest selgus, et EDI-2 suudab eristada vene valimis söömishäire diagnoosiga patsiente normgrupist enamus alaskaaladel. Ilmnes positiivne seos söömishäirete ja neurotismi vahel. Võrdluses selgus, et Venemaa *anorexia nervosa* ja *bulimia nervosa* diagnoosiga patsientide ja Eesti *anorexia nervosa* ja *bulimia nervosa* patsientide vahel ei olnud statistiliselt olulisi erinevusi ühelgi EDI-2 alaskaalal.

Märksõnad: söömishäired, EDI-2, isiksus, seosed

The correlation between eating disorders and personality features in Russians.

ABSTRACT

The target of the paper was to study the correlation of the five base qualities of personality with eating attitudes and behaviour in Russian eating disorder patients, and compare the results with control group. Also, the results were compared with the Estonian group with eating disorders for the purpose of finding out cultural differences. The participants completed the Russian version of the *Eating Disorder Inventory- 2* (EDI-2; Garner, 1991). In order to study the personality differences, the participants also had to fill the Russian version of *Revised NEO Personality Inventory* (NEO-PI-R, Costa & McCrae, 1989). The results showed that EDI-2 can distinguish Russian eating disorder patients from control group in most subscales. Positive correlation appeared between eating disorders and neuroticism. As a result of comparative analysis, it became clear that no statistically relevant differences occurred in any of EDI-2 subscales between Russian and Estonian patients with *anorexia nervosa* and *bulimia nervosa*.

Keywords: eating disorders, EDI-2, personality, associations.

SISSEJUHATUS

Kultuuri mõju söömishäirete tekkele on täheldatud juba pikka aega. Söömishäireid on kirjeldatud kui kultuurispetsiifilisi häireid, mis on seotud lääne ühiskonnas prevaleerivate väärtushinnangutega. Massimeedia kaudu kehandardi kujundamist ning selle aktsepteerimist populatsiooni poolt käsitletakse kui kultuuri mõju riskifaktorit söömishäirete etioloogias (Ruggiero, Hannover, Mantero, Papa, 2000). Viimastel aastatel tehtud uuringud näitavad, et söömishäireid esineb Hiinas, Jaapanis, Tais ja teistes Aasia riikides (Lee, Lee, Lenng, Yu, 1997; Shimura, Horie, Kumano, Sakano, 2003; Jennings, Forbes, McDermott, Hulse, Juniper, 2006). Lääne kultuuris avaldab meedia vastavalt kujunenud iluideaalile tugevat survet olla sale. RHK-10 ja DSM-IV diagnostilised kriteeriumid sisaldavad haiglaslikku tüsenemiskartust. Kõhnuse idealiseerimine on söömishäirete tekke üks riskifaktoreid (Keel ja Klump, 2003). Kognitiiv-käitumuslik teooria asetab mure kehakaalu pärast ja dieedipidamist söömishäirete etioloogias kesksele kohale (Fairburn, Cooper, Shafran, 2002).

Söömishäirete puhul on uuritud võimalike riskifaktoritena sotsiaalseid, perekondlikke, psühholoogilisi, arengulisi, ja bioloogilisi aspekte. Riskifaktorite täpsem definitsioon ja tüpologia pakuti välja 1997. aastal Kraemer ja kolleegide poolt (Kazdin, Kraemer, Kessler, Keepfer, Offord, 1997). Tüpoloogias toob Kraemer välja etnilisuse kui võimaliku söömishäirete riskifaktori, kuid ütleb, et seoseid etnilisuse ja söömishäirete vahel on veel vähe uuritud (Jacobi, Hayward, Zwaan, Kraemer, Agras, 2004). Etnilistes gruppides esinevad erinevused vähemuste seas võivad olla seotud akulturatsiooniga (Jacobi et al., 2004). Uuringud Aasia riikides näitavad, et rahulolematust kehaga on etnilistes alagruppides erinev (Yates, Edman, Aruguete, 2004).

Lisaks sellele on Hiinas erinevused seotud ka urbaniseerumise- ja industrialiseerimisega. Seal on kõrgemad söömishäirete näitajad tööstuslinnades (Lee, Lee, 2000).

Söömishäireid ja nende seost isiksuseomadustega on põhjalikult uuritud Ameerika Ühendriikides, mistõttu pikka aega oldi arvamisel, et need on eriomased lääne kultuurile. Uuringute tulemusena on välja toodud seoseid söömishäirete ja neurotismi vahel (Cassin, von Ranson, 2005; Claes, Vandereycken, Luyten, Soenens, Pieters, Vertommen, 2006). Eestis läbiviidud teaduslike uuringute tulemustes selgus muu hulgas, et neurotism

seondus EDI-2 alaskaaladega kõige enam (Podar, Hannus, Allik, 1999). 1999. aastal Venemaal Krasnodari üliõpilaste seas läbiviidud uuringu tulemusena selgus, et venelastel on kõrgem kõhnuse ihalus, perfektsionism, küpsuse hirmud, asketism ja impulsiivsus kui inglastel (Keefe & Lovell, 1999).

Laiaulatuslikku uuringu tulemusena selgus venelaste isiksuse struktuuri universaalsus ehk sarnasus teiste maade isiksuse struktuuriga (Allik, Realo, Mõttus, Pullmann, Trifonova, 2008). Söömishäirete ja isiksuseomaduste vaheliste seoste uuringud Venemaal tänaseni puuduvad.

Poliitiliste muutustega 1990-ndatel aastatel post-sotsialistlikes maades kaasnes globalisatsiooni protsess, mis tõi kaasa lääne kaubanduse ning väärtushinnanguid ja norme. Varem ei olnud Venemaal kõhnuse idealiseerimist sellisel kujul nagu läänes. Kõhnu naisi peeti "haigeteks" ning kõhnus ei olnud idealiseeritud, tänaseks on antud hoiak muutumas (Korkina, Tsyvilko, Marilov, Kareva, 1992). Uuringud Leedus näitasid kehamassi indeksi (BMI) vähenemise trendi 17-18-aastaste neidude seas aastatel 1985-2001 (Tutkuviené, 2001).

SÖÖMISHÄIRETE KULTUURISPETSIIFILISUS

Söömishäired esinevad kultuuriruumis, kus väärtustatakse kõhnust, samas aga võimaldatakse ülemääraste kalorite tarbimist (Polivy ja Herman, 2002). Uurimustööd Hiinas ja teistes mitte-lääne ühiskondades viitavad söömishäirete esinemise pidevale kasvule (Lee, Lee, Lenng, Yu, 1997, 1998). Aasia riikides on söömisega seonduva psühhopaatoloogia kasv seotud lääne kultuuri mõjuga (Jennings, Forbes, McDermott, Hulse, Juniper, 2006). Kiirete muutuste perioodil Tai ühiskonnas, eriti vahemikus 1978 – 1988, mil Tai liikus põllumajanduslikust industriaalühiskonna suunas, kaasnes globalisatsiooni protsessiga Tai noorte seas kõhnuse idealiseerimise levimine meedia vahendusel ning naiste kehaideaal muutus kõhnuse suunas (Jennings et al., 2006). Jaapanis on alates 1980. aastast söömishäirete arv dramaatiliselt kasvanud ning sellist tendentsi seostatakse elustiili ja söömisharjumuste muutusega ning kõhnuse idealiseerimisega (Shimura, Horie, Kumano, Sakano, 2003).

Mure kaalu pärast võib olla sotsiaal-ajaloolise kontekstiga kultuurispetsiifiline fenomen, mis idealiseerib kõhnust, kuid samas võib toidust keeldumiseks esineda väga erinevaid motiive. Keel ja Klump (2003) juhivad tähelepanu, et kuigi *anorexia nervosa* juhtumeid on registreeritud 1873. aastast alates, on info nälgimise motivatsiooni kohta puudulik. Nad soovivad eristada paastumist, mis annab edasi religioosse pühendumise, ning püha (holy) anoreksiat. Rituaalne religioosne paastumine on ajaliselt piiratud ja ei põhjusta ohtlikku kõhnumist. Osal AN diagnoosiga patsientidel (mida kodeeritakse kui atüüpilist AN) on madalad skoorid EDI-2 kõhnuse ihaluse alaskaalal ning neil puudub tüsenemiskartus (Abbate-Daga, Piero, Gramaglia, Gandione, Fassino, 2007).

Motivatsiooni selgitused võivad olla kultuurilise tähendusega, seega võiks just selle aspekti kaudu püüda selgitada, mis sunnib naisi nii tegutsema. Fakt, et hirm paksuksminemise ees tekitab *anorexia nervosat*, võib osaliselt olla illusioon. Kaasaja juhtumid tõendavad, et *anorexia nervosa* väljakujunemiseks võivad esineda mõlemad motivatsiooni vormid ("spiritual starvation" ja "fear of becoming fat") (Keel ja Klump, 2003).

Autorid Bobrovski, Gavrilov ja Romatski kirjeldavad situatsiooni Venemaal, kus pärast 1998. aasta kriisi eksisteerisid vastandlikud arvamused ühiskonda ähvardava kõhnumise kohta. Autorite arvates muretsesid materiaalselt hästikindlustatud inimesed (nn "uusrikkad") pankrotti sattumise ohu pärast ning üritasid hirmu ja teadmatust leevendada

söömise abil, levinud oli käibefraas: “lood on kehvad, kui mitte homme, siis ülehommel ootab pankrott, jäi üks rõõm – söömine”. Materiaalselt vähekindlustatud kihid said endale lubada ainult odava kuid kõrge kalorsusega toitu: leiba, kartuleid, makarone, samas aga liha, mida ei saanud endale lubada, asendati soolapekiga. Sellise söömiskäitumise tulemusena hakkas kehakaal järsult tõusma olenemata sellest, milline oli inimeste sissetulek. Tagasihoidliku hinnangu järgi on Venemaal ülekaalulisi 25-30% (Bobrovski, Gavrilov, Romatski, 2007; Malikna-Põh, 2007).

Anorexia nervosa ei ole kultuurispetsiifiline sündroom – kõhnuse idealiseerimine ei ole piisav ega vajalik faktor selle väljakujunemiseks (Keel ja Klump, 2003).

Söömishäirete riskifaktorite tüpoloogias toob Kraemer (Jacobi, et al., 2004) välja etnilisuse kui võimaliku söömishäirete riskifaktori. Etnilistes gruppides on erinevused vähemuste seas seotud akulturatsiooniga (Jacobi et al., 2004). Akulturatsiooniks nimetatakse identiteedi ning muude kultuuriliste ja psühholoogiliste protsesside muutumist, mis leiab aset kahe kultuuri pikemal kokkupuutel (Valk, 2003). Akulturatsiooni probleemiga isikutel on söömishäirete näitajad kõrgemad (Davis, Katzman, 1999). Tugev rahvuslik identiteet Hiina emigrantide ning teiste etniliste gruppide seas, samuti väärtuste aktsepteerimine ning positiivne perfektsionism vähendavad söömishäirete väljakujunemise riski (Chan, Owens, 2006).

Enne 1960. aastat ei olnud teadlased teadlikud sellisest sündroomist nagu bulimia nervosa (Keel ja Klump, 2003). Söömishäirete juhtumite analüüsil ei leidnud Keel ja Klump (2003) ühtegi bulimia nervosa juhtumit, kus ei oleks esinenud lääne ideaalide mõju. Kõik mitte-lääne kultuuris diagnoositud bulimia nervosa juhtumid olid mõjutatud lääne ideaalidest ja linnastumisega kaasnevatest väärtushinnangutest.

Enese näljutamine võib esineda igas kontekstis, aga söömasööstuks (lühikese aja jooksul süüakse ära suur kogus toitu, "binge eating") on vajalik suurtes kogustes toitu. Sellisele järeldusele jõuti söömasööstu juhtumeid ajaloolises kontekstis analüüsides. Söömasööstude uurimisel nii ajaloolises kui ka kultuurilises kontekstis on jõutud järeldusele, et määrava tähtsusega on ligipääs toidule (Keel & Klump, 2003).

Anorexia nervosa võib esineda erinevas kontekstis, kuid söömasööstu-oksendamise kombinatsiooni puhul tuuakse välja kaks faktorit, mis on iseloomulikud kaasaegsele lääne kultuurile:

- ligipääs toidule

- oksendamine ülekaalu vältimiseks
- Keel ja Klump (2003) soovivad käsitleda bulimia nervosat kultuurispetsiifilise häirena, anorexia nervosat aga mitte.

SÖÖMISHÄIRETE SEOS ISIKSUSEOMADUSTEGA

Psühholoogiliste söömishäirete korrelaatide hulka kuuluvad isiksus, temperament, hoiakud ja muretsemine, kompensatoorne käitumine vastuseks stressireaktsioonile. Leon ja kaasautorid (1997) pakuvad seoses söömishäiretega välja ka puuduliku introseptiivse teadlikkuse ning isiksuslikud ja temperamendi faktorid. Söömishäiretega inimestel, võrreldes kontrollgrupiga, on leitud kõrgem neurotism (Podar et al., 1999; Diaz-Marza, Carrasco, Saiz, 2000; Ghaderi, Scott, 2001). Uuringute tulemused näitavad, et *bulimia nervosa* patsiendid on impulsiivsemad võrreldes *anorexia nervosa* diagnoosiga patsientide ning kontrollgrupiga (Diaz-Marza et al., 2000). *Anorexia nervosa* piirava vormiga patsiendid on vähem impulsiivsed võrreldes kontrollgrupiga, AN väljutava vormi diagnoosiga ning BN diagnoosiga patsientidega (Claes, Nederkoorn, Vandereycken, Guerrieri, Vartommen, 2006; Claes, Vandereycken, Vertommen, 2002). *Bulimia nervosa* patsiendid on impulsiivsemad võrreldes *anorexia nervosa* diagnoosiga patsientide ning kontrollgrupiga (Vitousek, Manke, 1999; Diaz-Marza et al., 2000). Nii AN kui ka BN iseloomulikud perfektsioonism, obsessiiv-kompulsiivsus, negatiivne emotsionaalsus, kahju vältimine, madal enesejuhendamine, madal kooperatiivsus ning vältivad isiksusejooned, lisaks on leitud AN puhul madalat uudsuse otsimist, enesepiiramist ning rigiidsust, BN puhul kõrget impulsiivsust, uudsuse otsimist ning piiripealse isiksuse jooni (Cassin, von Ranson, 2005).

Toidueelistuste ja isiksuse vaheliste seoste uuring näitas, et avatus kogemusele omas positiivset seost tervislike toitumisharjumustega (kiudainete tarbimine, hoidumine loomsetest rasvadest ja rasvaga maitsestatud toitudest), ekstravertsus oli negatiivselt seotud loomsetest rasvadest hoidumisega ja neurootilisus oli negatiivselt seotud rasvaga maitsestatud toitudest hoidumisega (Goldberg, Strycker, 2002).

SÖÖMISHÄIRETE RISKIFAKTORID JA DIAGNOSTIKA

Söömishäireid esineb rohkem naiste kui meeste seas – suhe on umbes 10:1 (Jacob et al, 2004) nii anorexia nervosa kui ka bulimia nervosa puhul. Arvatakse, et kuni 90% anorexia nervosa ohvritest on naised (Guisinger, 2003).

Teised uuringud kinnitavad sarnast tendentsi – haigestunud naiste ja meeste suhe anorexia nervosa ja bulimia nervosa puhul on 20:1 kuni 4:1 (Kohn & Colden, 2001). Söömishäirete puhul on meeste kliiniline pilt väga sarnane naiste omaga.

Sugu on klassifitseeritud fikseeritud näitajana riskifaktorite seas vastavalt Kraemeri tüpoloogiale (Jacobi, et al., 2004). Üldiselt leitakse, et anorexia nervosa algab varajases kuni keskmises teismeliseas, bulimia nervosa hilises teismeliseas või veelgi hiljem (Kohn & Golder, 2001). Rootsis on juba 21% seitsmeaastastest tüdrukutest dieeti pidanud. Soov olla kõhnem ning dieedi järgimine kasvas oluliselt 9 kuni 14-aastaste seas (Halvarsson, Lunner, Westerberg, Anterson, Sjöden, 2002). Kraemeri poolt liigitatakse vanust muutuva näitajana ja selle mõju mittespetsiifiliseks.

Söömishäirete grupis eristatakse kahte tähtsamat sündroomi, milleks on anorexia nervosa ja bulimia nervosa, vähemspetsiifilise häirena ka liigsöömine. Psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsioon RHK-10 (RHK-10, 1999) kirjeldab *anorexia nervosat* haigusena, mida iseloomustab patsiendi poolt esilekutsutud tahtlik kehakaalu langetamine: väga range dieet, ülemäärane keheline koormus, oma keha väärtaju. *Anorexia nervosa* avaldub mitmesuguste raskusastmetega alatoitumises ning sellele sekundaarselt lisanduvates endokriinsetes ja metaboolsetes muutustes ning somaatilistes häiretes. DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) eristab *anorexia nervosa* kahte alatüüpi: enesepiiramisega ja söömasööstu / oksendamisega. Kaalukaotus on vastavalt tingitud peamiselt kas dieedipidamisest, nälgimisest ning liigsest treenimisest või esinevad isikul söömasööstud ja/või tahtlikult esile kutsutud väljutamine. RHK-10, DSM-IV ja МКБ-10 (Чуркин, Мартюшов, 2000) diagnostiliste kriteeriumide hulka kuulub kaalu langus 15% alla normi. Toidust keeldumise motiivid on läbi aegade erinenud. Habermas tõi välja kaalufoobia kui keskse joone *anorexia nervosa* puhul, tuginedes DSM-IV (1994) diagnostilistel kriteeriumitel. Kuigi toidust keeldumine viis kõikidel juhtudel nälgimiseni (Keel & Klump, 2004), ei olnud selle motivatsiooniks alati kaalufoobia.

Bulimia nervosale on iseloomulikud liigsöömishoold vaheldumisi toidu väljutamisega ja ülemäärane kehakaalu kontroll, mille tulemusena võetakse kasutusele äärmuslikke meetmeid toidu paksustegeva mõju vähendamiseks (RHK-10, 1999). DSM-IV (1994) eristab *bulimia nervosa* kaks alatüüpi: oksendamise ja ilma oksendamiseta. Buliimia diagnoosiga inimesel jääb kehakaal normi piiridesse, kuid õgimise-väljutamise tsüklid mõjuvad laastavalt kogu organismile. Seoses söömishäirete riskifaktoritega on kõige rohkem välja toodud muret kehakaalu pärast, dieedipidamist ja negatiivset kehataju. Dieedipidamist loetakse oluliseks eelsoodustavaks faktoriks eriti *bulimia nervosale*. Siinkohal tuleb märkida, et dieedipidamist, kui võimalikku riskifaktorit, tuleb selgelt eristada söömasööstust, mis on sümptom (Jacobi, et al., 2004). *Bulimia nervosa* puhul on erinevalt teistest häiretest kindlalt esiplaanil dieedipidamist soodustavad tegurid - ülemäärane kaal lapsepõlves, negatiivsed märkused söömise, välimuse ja kaalu kohta. (Fairburn, Cooper, Dell, Welch, 1999)

Rahulolematust kehaga võib käsitleda kui olulist söömishäireid eelsoodustavat (ja/või jätkuvalt nendega kaasnevat) faktorit (Polivy & Herman, 2002). Rahulolematuse kehaga kui riskifaktori toob välja Leon (Leon, Fulkerson, Perry, Keel, Klump, 1999). Kraemeri (2004) tüpoloogias kohaselt klassifitseeritakse ärevushäireid ja negatiivset emotsionaalsust söömishäirete riskifaktoritena. Kõige sagedamini esineb *anorexia nervosa* patsientidel generaliseerunud ärevushäiret ja obsessiiv-kompulsiivset häiret, *bulimia nervosa* patsientidel aga sotsiaalfoobiat ja paanikahäiret.

Isikutel, kellel oli lapsepõlves või noorukieas esinenud seksuaalse või kehalise ärakasutamise probleeme, oli suurem risk söömishäirete tekkeks (kaalu kõikumised, range dieet) (Jacobi et al., 2004).

Lisaks *anorexia nervosa* ja *bulimia nervosale* esineb kolmandana veel täpsustamata söömishäire (EDNOS), mille sümptomaatika ei vasta täielikult *anorexia* või *bulimia* diagnoosile, kuigi patsiendil esineb neile iseloomulikke sümptomeid.

1980-ndatel aastatel seoses *bulimia nervosa* levikuga on tekkinud laiem huvi liigsöömishäire vastu (Schmidt, 2000). Liigsöömishäire (*Binge-Eating Disorder*, BED) puhul esinevad *bulimia nervosaga* sarnaselt ülesöömishoold, kuid puudub kompensatoorne käitumine oksendamise, näljutamise, söögiisu vähendavate preparaatide ja/või lahtistite kasutamise kuritarvitamise näol. Liigsöömishäire tulemusena esineb inimestel ülekaalulisus, mis põhjustab tervisehäireid: südamehaigused, kõrge vererõhk, liigete

haigused. Kaalukontrolli programmides osalevate inimeste puhul on leitud, et umbes 30%-l neist esineb söömasööste (Spitzer et al. 1992). DSM-IV lisas on BED kirjeldatud kui uus diagnostiline kategooria, mis vajab veel uurimist. Spitzer et al. (1992) uuringu tulemusena selgus, et ülekaalulisus ja BED ei ole alati koos esinevad nähtused – pooled BED kriteeriumitele vastavad inimesed ülekaalulised ning ülekaalulistest inimestest vastab BED kriteeriumitele vaid 5%. Ülekaalulised BED patsiendid olid uuringus oluliselt vanemad kui normkaalulised (Dingemans et al. 2002). Liigsöömishäirega inimesed piiravad oma söömist vähem võrreldes *bulimia nervosa* diagnoosiga inimestega, neil on vähem komorbiidseid psühhiaatrilisi häireid ning kõhnuseideaal ei ole nii range (Masheb, Grilo, 2000; Raymond, Mussell, Mitchell, de Zwaan, 1995; Tobin, Griffing, Griffing, 1997). Söömishooge on seostatud ärevuse alandamisega, negatiivsele afektile järgnevad söömishood, süüakse sooviga negatiivseid emotsioone maha suruda (Allison, Heshka, 1993).

TÖÖ EESMÄRGID

Töö esimeseks eesmärgiks oli söömishäirete ja isiksuseomaduste omavahelise seose väljaselgitamine patsientidel Venemaal.

Teiseks eesmärgiks oli võimalikke kultuuriliste erinevuste väljaselgitamine Venemaa ja Eesti söömishäirete gruppide vahel. Võrreldi *anorexia nervosa* ja *bulimia nervosa* diagnoosiga Venemaa gruppi EDI-2 alaskaalade tulemusi Eesti gruppi tulemustega mis koosnes samuti *anorexia nervosa* ja *bulimia nervosa* patsientidest.

Kolmandaks eesmärgiks oli söömiskäitumise ja hoiakute väljaselgitamine kontrollgruppide vahel Venemaal, Eestis ja Eesti venelaste vahel.

Neljandaks eesmärgiks oli uurida kas venekeelne EDI-2 versioon suudab eristada kontrollgruppi söömishäirete grupist.

Tuginedes seni läbiviidud uurimustele antud vallas, püstitati järgmised hüpoteesid:

- söömishäirete ja neurotismi vahel leidub positiivne seos
- venelaste, eestlaste ja eesti-venelaste vahel esineb erinevusi söömiskäitumises ja hoiakutes

EMPIIRILINE UURIMUS

MEETODID

Valimid. Uurimuses osales kolm gruppi: Eesti-vene kontrollgrupp (KO_{ev} , $N=100$). Venemaa kontrollgrupp (KO_v , $N=246$). Venemaa söömishäirete grupp (ED_v , $N=74$). Saadud tulemusi võrreldi Eesti kontrollgrupi (KO_e) ja söömishäirete gruppi (ED_e) tulemustega, mis on kogutud ajavahemikul 2000 - 2003 (Jaanisk, 2004).

Venelaste söömishäirete ja isiksuseomaduste vahelisi korrelatsioone võrreldi 1999. aastal Eestis läbiviidud uuringu tulemustega (Podar et al., 1999).

Kontrollgrupp. Kontrollgrupi andmed koguti kolmes jaos, esimene uuring toimus 2003. aastal Eestis, teine 2004 Sankt-Peterburgis ja kolmas 2007. aastal Sankt-Peterburgis. Eesti-venelaste kontrollgruppi andmed koguti 2003. aastal Tallinnas ja Tartus. Eesti-vene grupi struktuur oli järgmine: naised ($N=100$), vanus $M=19$, $SD=2$, ulatuses 15-29. Rahvus: venelane 86, eestlane 6, soomlane 1, ukrainlane 1, sakslane 1, karjalane 1, poolakas 1, kolm isikut jätsid rahvuse märkimata. Eesti-vene kontrollgrupi keskmine kehamassiindeks oli $M=20.3$ ($SD=2.35$) Test jagati õpilastele kätte koolis psühholoogia tunni ajal, mida täideti klassis või kodus.

Venemaa kontrollgrupp: 2004. aasta uurimuses osales grupp kooliõpilasi ($N=110$). Grupi struktuur oli järgmine: kõik olid tüdrukud keskmise vanusega $M=16$ aastat ($SD=0,9$). Noorim oli 14 ja vanim 18aastat vana. Rahvus: venelasi 101, ukrainlasi 3, valgevenelasi 1, usbekke 1, tatarlasi 1, grusiinlasi 1, 1 assüürlane ja üks vastanutest jättis rahvuse märkimata. Kõigi elukohaks on Sankt-Peterburg. Kõigi katseisikute emakeeleks on vene keel. Keskmine kehamassiindeks oli $M=19.2$ ($SD=2.2$). Testimine viidi läbi Sankt-Peterburgi keskkoolides nr. 236, nr. 241, nr. 245 ja nr. 256. Eelneval kokkuleppel direktoriga jagati testid õpilastele kätte koolitundide ajal. Need täideti sealsamas klassiruumis.

2007. aasta uurimuses osalesid päevaõppe ning kaugõppevormi üliõpilased Riiklikust Sankt-Peterburgi Ülikoolist, kes moodustasid kontrollgruppi teise osa. Grupi struktuur oli järgmine: $N=136$ ($M=26$; $SD=7,8$). Noorim oli 19 ja vanim 59 aastat vana. Rahvus: venelane – 133, osseet – 1, tatarlane – 1, mitme rahvuse segu – 1. Keskmine kehamassiindeks oli $M=21.6$ ($SD=3.8$).

2004. ja 2007. aastal kogutud kontrollgrupi ($N=246$) vanus $M=21$ ($SD=7.8$); kehamassiindeks oli $M=20.2$ ($SD=3.3$)

Söömishäirete grupp. Söömishäirete grupi struktuur oli järgmine: anoreksia patsiendid (50.0, *anorexia nervosa*) $N=15$ nendest naised $N=13$ ($M=20.6$; $SD=6.02$) ja mehed $N=2$ ($M=15$; $SD=1.4$), kehamassiindeks $M=17.2$ ($SD=1.9$), mis on statistiliselt oluliselt väiksem Venemaa kontrollgrupi omast. Buliimia patsiendid (50.2, *bulimia nervosa*) $N=8$ nendest $N=7$ naist ($M=31.2$; $SD=12.5$) ja $N=1$ mees 47 aastat vana, $N=1$ atüüpiline buliimia (50.3, atüüpiline *bulimia nervosa*) 23 aastat vana naine, kehamassiindeks $M=30.4$ ($SD=11.6$) mis on statistiliselt oluliselt erinev Venemaa kontrollgrupi omast. $N=50$ patsienti (50.4, liigsöömine muu psüühikahäirega), nendest naised $N=48$ ($M=39.3$; $SD=9.3$) ja mehed $N=2$ ($M=41.5$; $SD=7.8$), kehamassiindeks $M=33.3$ ($SD=6.1$), mis on statistiliselt oluliselt erinev Venemaa kontrollgrupi omast. Patsiendid diagnoositi МКБ-10 järgi Behterevi nim. Instituudis Sankt-Petrburgis, Sankt-Peterburgi Kriisi Keskuses ja Semjonovi nim. kliinikus “Vita” Sankt-Peterburgis, Minskis, Tjumenis ja Permis. Rahvus: Sankt-Peterburgis venelasi – 32, tšuvaš- 1, jakuut - 1, grusiinlane – 1, rahvus märkimata - 1; Permis venelasi - 6; Tjumenis venelasi - 3, Minskis venelasi - 4, valgevenelasi - 23, ukraainlasi – 2.

Kontroll- ja söömishäirete gruppide struktuur rahvuste lõikes.

grupp	elukoht	venelane	ukraainlane	valgevenelane	tatarlane	usbekk	grusiinlane	astiürlane	osseet	tsuvass	jakuut	märkimata	mitm.segu	soomlane	sakslane	karjalane	poolakas	eestlane	
KO 2004	St.-Peter.	101	3	1	1	1	1	1				1							
KO 2007	St.-Peter.	136			1				1				1						
EDv	St.-Peter	32					1			1	1	1							
	Minsk	4	2	23															
	Tjumen	3																	
	Perm	6																	
KOe-v	Tartu/Tln	86	1									3		1	1	1	1	1	6

Märkus: KO 2004 (kontrollgrupp Venemaal), KO2007 (kontrollgrupp Venemaal 2007), EDv (söömishäirete grupp Venemaal), KOe-v (kontroll eesti-venelased)

Mõõtmisvahendid:

Uuringus kasutati *Eating Disorder Inventory-2* (EDI- 2; Garner, 1991) venekeelset versiooni. EDI-2 on Eating Disorder Inventory-1 (EDI-1) revideeritud väljaanne. Selles

säilitati esialgsed 64 väidet ning lisati 27 uut (nendega formuleeriti kolm uut alaskaalat: asketism, impulsi regulatsioon ja sotsiaalne ebakindlus). EDI-2 on 91 väitest koosnev standardiseeritud enesehindamise küsimustik. Kuuepallisel skaalal tuleb hinnata, kas väide peab paika “alati”, “enamasti”, “küllalt tihti”, “mõnikord”, “harva” või “mitte kunagi”.

Venekeelsed vasted: “всегда”, “в большинстве случаев”, “часто”, “иногда”, “редко”, “никогда”.

Alaskaalad on seotud spetsiifiliste anoreksia ja buliimia seisukohalt oluliste käitumuslike ja psühholoogiliste dimensioonidega. Laiaulatuslik eksperimentaalne töö näitab alaskaalade (eriti DT, B, BD ja IA) valiidsust. Uute skaalade (A, IR, SI) valiidsuse kohta on vähem informatsiooni (Stien, Ouwens, 2003). Originaalteksti normid on välja töötatud kolledžitudengite peal.

EDI-2 vastuste toorskoore 0 kuni 5 transformeeriti 0 kuni 3 ehk positiivselt skooritud punkte transformeeriti järgnevalt: alati=3, enamasti=2, küllalt tihti=1, mõnikord=0, harva=0, mitte kunagi=0. Vastupidiselt skooritud punkte transformeeritakse ka vastupidiselt (st. mitte kunagi=3, harva=2, mõnikord=1, küllalt tihti=0, enamasti=0, alati=0).

Isiksuse mõõtmiseks kasutati Revideeritud NEO Personality Inventory (NEO-PI-R; Costa & McCrae, 1989) tõlget vene keelde (Martin, Costa, Oryol, Rukavishnikov & Senin, 2002).

Lisaks täitsid vastajad küsimustiku, mis sisaldas informatsiooni vanuse, soo, rahvuse, hariduse, kaalu ja pikkuse kohta.

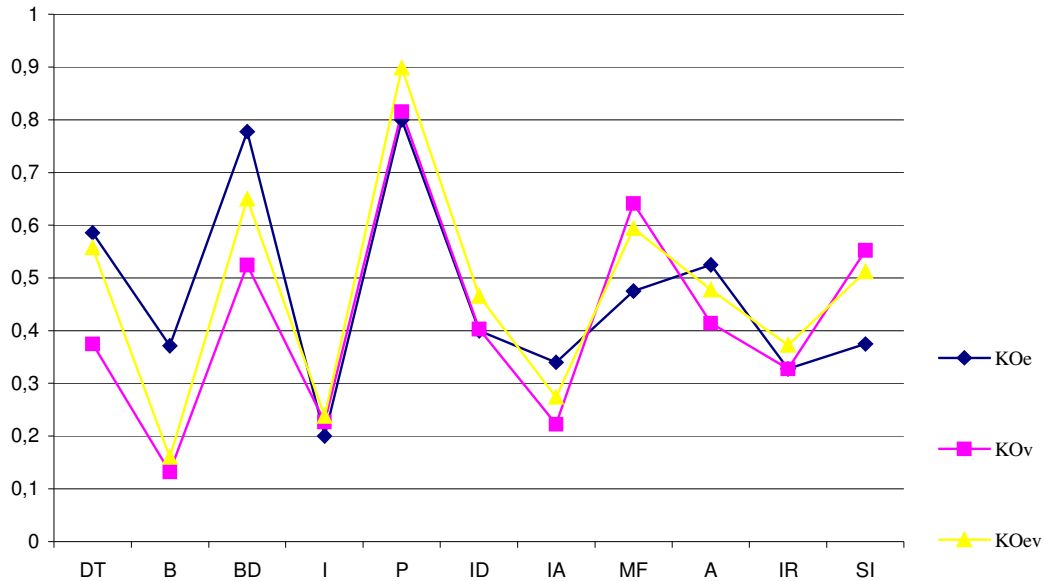
TULEMUSED

Tabel 1

Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2; Garner, 1991) alaskaalad, nende kirjeldused, käesolevas töös leitud reliaabluse venekeelses versioonis.

	Alaskaala	Kirjeldus	Cronbachi alfa		
			NO _{ev}	KO _v	ED _v
1.	<i>Drive for Thinness</i> , DT	Hõivatus	.84	.85	.81
	Kõhnuse ihalus	kehakaaluga			
2.	<i>Bulimia</i> , B	Kalduvus õgida ja	.77	.62	.83
	Buliimia	puhastuda			
3.	<i>Body Dissatisfaction</i> , BD	Õnnetu reite, puusade	.92	.87	.90
	Rahulolematus kehaga	jne. pärast			
4.	<i>Ineffectiveness</i> , I	Ebaadekvaatsuse,	.86	.68	.86
	Mittetõhusus	ebakindluse tunne			
5.	<i>Perfectionism</i> , P	Ebarealistlikud	.73	.62	.59
	Perfektsionism	käitumise standardid			
6.	<i>Interpersonal Distrust</i> , ID	Lähedastest suhetest	.81	.63	.67
	Interpersonaalne usaldamatus	hoidumine			
7.	<i>Introceptive Awareness</i> , IA	Emotsioonide	.84	.60	.83
	Introtseptiivne teadlikkus	tajumine			
8.	<i>Maturity Fears</i> , MF	Lapsepõlve	.69	.66	.71
	Küpsuse hirmud	tagaigatsemine			
9.	<i>Asceticism</i> , A	Vooruslikkus	.62	.33	.53
	Asketism	keeldumise või piiramise läbi			
10.	<i>Impuls Regulation</i> , IR	Impulsiivsus ja	.75	.76	.83
	Impulsi regulatsioon	vaenulikkus			
11.	<i>Social Insecurity</i> , IS	Sotsiaalne ebakindlus	.67	.71	.59
	Sotsiaalne ebakindlus	ja õnnetu olek			

Märkus: KO_{ev} – N=100 (eesti-vene kontroll); KO_v – N=246 (Venemaa kontroll); ED_v – N=74 (söömishäired Venemaal).



Joonis 1. Kontrollgruppide keskmised tulemused EDI-2 alaskaaladel.

KOv $N=246$ (kontroll Venemaal 2004 ja 2007); KOev $N=100$ (eesti-vene); KOe $N=138$ (Jaanisk, 2004)

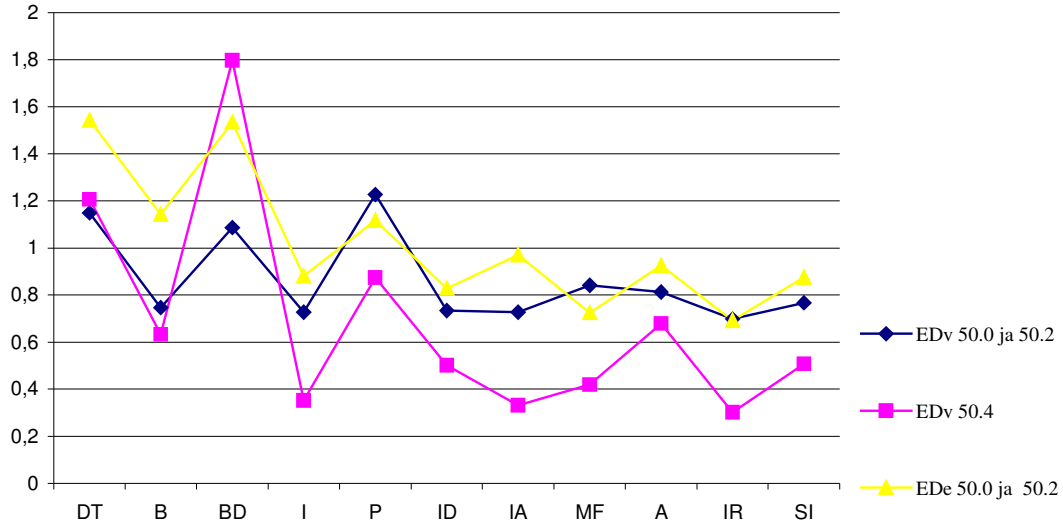
DT-Kõhnuse ihalus, B-Buliimia, BD-Rahulolematuse kehaga, I-Mittetõhusus, P-Perfektsionism, ID-Interpersonaalne usaldamatus, IA-Introtseptiivne teadlikkus, MF-Küpsuse hirmud, A-Asketism, IR-Impulsi regulatsioon, SI-Sotsiaalne ebakindlus.

Joonisel 1 on esitatud Venemaa, Eesti ja Eesti venelaste kontrollgruppide EDI-2 alaskaalade tulemused. Tulemustest selgus, et Eesti venelastel oli statistiliselt oluliselt kõrgem kõhnuse ihalus ($t=-2.2$, $p<.00$) ja asketism ($t=-1.9$) kui Venemaa venelastel.

Eestlaste ja Eesti venelaste võrdluse tulemustest selgus, et eestlastel on statistiliselt oluliselt kõrgemad buliimia alaskaala tulemused ($t=4.6$) aga Eesti venelastel suurem küpsuse hirm ($t=-1.9$) ja sotsiaalne ebakindlus ($t=-2.9$).

Kõige suuremad statistiliselt olulised erinevused EDI-2 alaskaalade tulemuste vahel ilmnisid eestlaste ja Venemaa kontrollgruppide vahel. Eestlastel oli suurem kõhnuse ihalus ($t=3.1$), buliimia ($t=5.6$), kehaga rahulolematuse ($t=3.2$), introtseptiivne teadlikkus ($t=2.8$) ja asketism ($t=3.2$). Venemaa venelastel on suurem küpsuse hirm ($t=-3.2$) ja sotsiaalne ebakindlus ($t=-4.7$) võrreldes eestlastega.

Ülejäänud alaskaaladel statistiliselt olulisi erinevusi ei ilmnunud.



Joonis 2. Söömishäirete gruppide keskmised tulemused EDI-2 alaskaaladel. EDv (50.0 ja 50.2) $N=22$; EDv (50.4) $N=49$; EDe (Jaanisk, 2004) $N=48$ (50.0 ja 50.2) .

DT-Kõhnuse ihalus, B-Buliimia, BD-Rahulolematus kehaga, I-Mittetõhusus, P-Perfektsionism, ID-Interpersonaalne usaldamatus, IA-Introtseptiivne teadlikkus, MF-Küpsuse hirmud, A-Asketism, IR-Impulsi regulatsioon, SI-Sotsiaalne ebakindlus

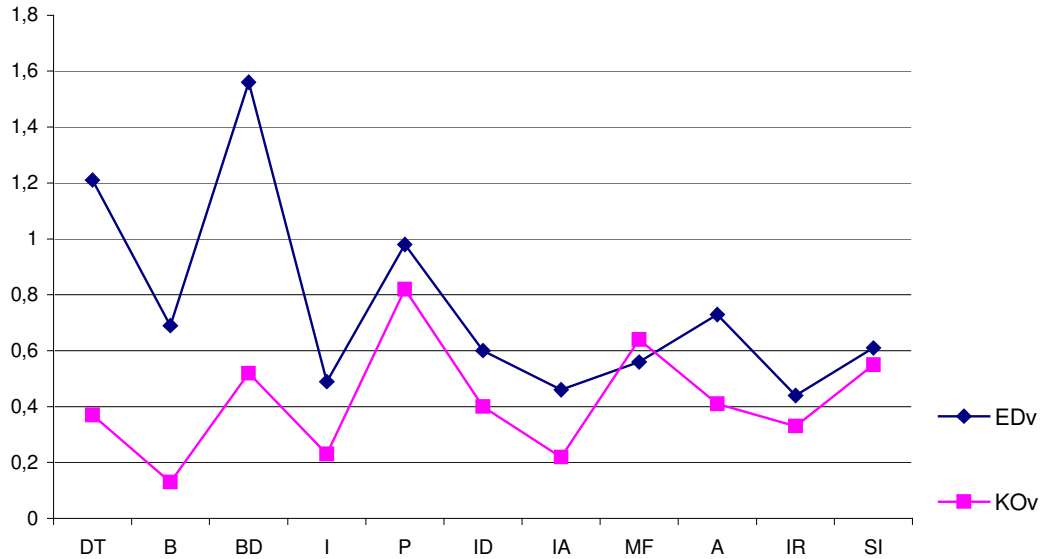
Joonisel 2 on esitatud Venemaa ja Eesti söömishäirete grupide EDI-2 alaskaalade tulemused. Kolme söömishäirete grupi (1grupp-vene anoreksia- ja buliimiapatsiendid, 2 grupp – vene liigsöömine muu psüühikahäirega, 3 grupp – eesti anoreksia- ja buliimiapatsiendid) võrdluse tulemusena ilmnesid olulised erinevused alaskaaladel buliimia $F(2,116) = 4.49$ ($p<.01$), kehaga rahulolematus $F(2,115) = 3.61$ ($p<.03$), mittetõhusus $F(2,116) = 4.60$ ($p<.01$), introtseptiivne teadlikkus $F(2,116) = 8.05$ ($p<.00$), impulsi regulatsioon $F(2,114) = 4.04$ ($p<.02$) ja sotsiaalne ebakindlus $F(2,115) = 3.20$ ($p<.04$).

Tabel 2 *Eating Disorder Inventory – 2* alaskaalade keskmised skoorid ja standardhälbed.

Alaskaala	EDv		EDe		<i>t</i>	<i>p</i>
	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>		
Kõhnuse ihalus	1.15	0.9	1.54	0.8	-1.82	0,073
Buliimia	0.75	0.8	1.14	0.7	-1,99	0,051
Rahulolematus kehaga	1.09	1.0	1.53	0.9	-1,91	0,061
Mittetõhusus	0.73	0.7	0.88	0.7	-0,83	0,412
Perfektsionism	1.23	0.7	1.12	0.8	0,57	0,573
Interpersonaalne usaldamatus	0.73	0.6	0.83	0.6	-0,59	0,556
Introtseptiivne teadlikkus	0.73	0.7	0.97	0.6	-1,45	0,151
Küpsuse hirmud	0.84	0.6	0.73	0.6	0,80	0,427
Asketism	0.81	0.6	0.93	0.5	-0,82	0,418
Impulsi regulatsioon	0.70	0.6	0.69	0.5	0,05	0,959
Sotsiaalne ebakindlus	0.77	0.6	0.88	0.5	-0,76	0,451

Märkus: söömishäiretega patsiendid 50.0 ja 50.2 $N=22$ (EDv), $N=48$ (EDe, Jaanisk, 2004).

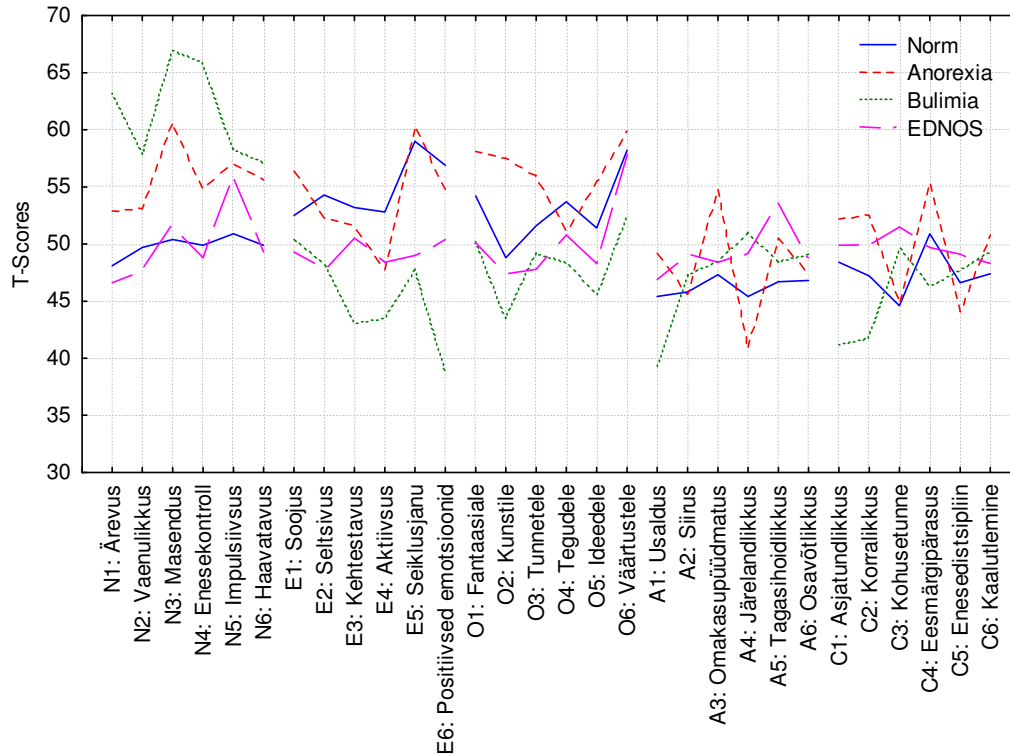
Tabelis 2 on esitatud vene ja eesti anoreksia ja buliimiapatsientide keskmiste võrdlus. Võrdluse analüüsi tulemusena selgus, et Venemaa *anorexia nervosa* ja *bulimia nervosa* diagnoosiga patsientide ja Eesti *anorexia nervosa* ja *bulimia nervosa* patsientide vahel ei olnud statistiliselt olulisi erinevusi ühelgi EDI-2 alaskaalal.



Joonis 3 Söömishäirete ja kontrollgrupi keskmised tulemused EDI-2 alaskaaladel.

EDv $N=72$; KOv $N=246$ DT-Kõhnuse ihalus, B-Buliimia, BD-Rahulolematus kehaga, I-Mittetõhusus, P-Perfektsionism, ID-Interpersonaalne usaldamatus, IA-Introtseptiivne teadlikkus, MF-Küpsuse hirmud, A-Asketism, IR-Impulsi regulatsioon, SI-Sotsiaalne ebakindlus

Vene kontrollgrupi ($N=246$) ja söömishäirete grupi ($N=72$) vahelise võrdluse tulemusena ilmnesid statistiliselt olulised ($p<.00$) erinevused enamuses EDI-2 alaskaaladel: kõhnuse ihalus ($t=9.79$), bulimia ($t=10.27$), rahulolematus kehaga ($t=11.06$), mittetõhusus ($t=5.10$), perfektsionism ($t=2.09$), interpersonaalne usaldamatus ($t=3.32$), introtseptiivne teadlikkus ($t=5.04$), asketism ($t=7.08$). Ilmnesid kõrgemad skoorid Venemaa kontrollgrupil võrreldes Venemaa söömishäirete grupiga küpsuse hirmude alaskaalal ($t=-1.27$) ning söömishäirete grupil kõrgemad skoorid impulsi regulatsiooni ($t=1.87$) ning sotsiaalne ebakindluse ($t=0.99$) alaskaaladel kuid erinevused ei olnud statistiliselt olulised.



Joonis 3 Söömishäiretega ja kontrollgrupi NEO-PI-R profiilid

NEO-PI-R-i *T*-skoorid baseeruvad vene normidel (täiskasvanud naine).

Kontrollgrupp omab kõrgemaid *T*-skooore impulsiivsus (50.9), kõikidel ekstravertsuse skaaladel: soojus (52.5), seltsivus (54.3), kehtestavus (53.2), aktiivsus (52.8), seiklusjanulisus (59.0), positiivsed emotsioonid (58.2), avatus: fantaasiale (54.2), tunnetele (51.6), tegudele (53.7), ideedele (51.4), väärtustele (58.2). Ülejäänud *T*-skoorid jäid vahemikku 43.8 kuni 50.9.

Anorexia nervosa patsientide enamus *T*-skooore olid kõrgemad: neurootilisus (57.8), impulsiivsus (57.1), haavatavus (55.6), enesekontroll (54.7), vaenulikkus (53.1), ekstravertsus (55.6) ja avatus (59.2). Madalamad *T*-skoorid olid sotsiaalsuses (46.5). Kõige kõrgemad skoorid ilmsid masenduses (60.7), seiklusjanus (60.4) ja avatuses väärtustele (59.9). Kõige madalamad järelandlikkuses (40.8), enesedistsipliinis (44.1) ja kohusetundes (44.8).

Bulimia nervosa patsientide *T*-skoorid olid kõige kõrgemad neurootilisuses (66.2): ärevus (63.2), vaenulikkus (57.9), masendus (66.8), enesekontroll (65.9), impulsiivsus (58.3), haavatavus (57.1). Kõige madalamad skoorid olid positiivsed emotsioonid (38.8),

usaldus (39.3), korralikkus (41.7) ja asjatundlikkus (41.2). Ülejäänud skoorid jäid vahemikku 41.1 kuni 51.0.

Liigsööjate grupil olid kõrgemad *T*-skoorid impulsiivsuses (55.9), masenduses (51.7), avatuses väärtustele (58.0), tagasihoidlikkuses (53.6), kohusetundes (51.5). Kõige madalamad *T*-skoorid olid usalduses (46.9) ja ärevuses (46.6). Ülejäänud *T*-skoorid olid vahemikus 47.8 kuni 51.1.

Söömishäirete EDv $N=16$ (50.0 ja 50.2), EDv $N=49$ (50.4) ja kontrollgrupi $N=246$ *T*-skooride vahel ilmneseid statistiliselt olulised ($p<.00$) erinevused neurotismi $F(2, 308)=10.92$, ekstravertsuse $F(2, 308)=11.54$ ja sotsiaalsuse $F(2,308)=3.80$ skaalal. Avatuse ja meelekindluse skaalal ei ilmnenuid statistiliselt olulisi erinevusi.

Tabelis 3 on kajastatud söömishäiretega patsientide EDI-2 alaskaalade korrelatsioonid NEO-PI-R-i isiksuse faktoritega. Ilmnes, et kõik EDI-2 skaalad korreleeruvad positiivselt (olulisuse nivoo $p < .05$) neurotismiga v.a. interpersonaalne usaldamatus. Ekstravertsus on negatiivselt seotud buliimiaga, rahulolematuse kehaga, mittetõhususega, interpersonaalse usaldamatussega ning sotsiaalse ebakindlusega. Avatus korreleerus positiivselt perfektsionismiga ja impulsi regulatsiooniga. Meelekindlus seonduis negatiivselt buliimia, mittetõhususe ja sotsiaalse ebakindluse alaskaaladega.

Kõhnuse ihalus oli positiivselt seotud vaenulikkusega, masendusega, enesekontrolliga ning impulsiivsusega. Eestlastel kõhnuse ihalus seonduis negatiivselt meelekindlusega ja avatusega.

Venelastel buliimia seonduis positiivselt neurotismi alaskaaladega, eestlastel vaenulikkusega ning nii venelastel kui ka eestlastel negatiivselt ekstravertsusega. Venelastel buliimia seonduis positiivselt avatusega fantaasiale. Eestlastel antud seos ei olnud oluline. Buliimia venelastel seonduis negatiivselt enesedistsipliiniga, eestlastel seonduis negatiivselt sotsiaalsusega ning avatusega tegudele ja väärtustele.

Venelastel rahulolematuse kehaga seonduis positiivselt vaenulikkusega ja enesekontrolliga ning negatiivselt kaalutlemisega ja eesmärgipärasusega. Eestlastel rahulolematuse kehaga seonduis negatiivselt avatusega kunstile.

Eestlaste ja venelaste mittetõhususe korrelatsioonid olid sarnased: positiivsed neurotismiga ja negatiivsed ekstravertsusega.

Positiivne seos ekstravertsuse ja perfektsionismi vahel venelastel on mõnevõrra ootamatu tulemus kuna perfektsionismi peetakse söömishäirete säilitavaks faktoriks (Garner, 1991). Eestlastel statistiliselt olulisi seoseid perfektsionismi alaskaalal ei ilmnenud.

Interpersonaalse usaldamatuse seosed venelastel ja eestlastel olid sarnased: ilmnedid negatiivsed korrelatsioonid ekstravertsusega ning positiivsed masendusega.

Introtseptiivne teadlikkus venelastel oli seotud positiivselt neurotismiga, eestlastel sarnaselt positiivselt impulsiivsusega ja vaenulikkusega. Mõnevõrra erinevad tulemused ilmnedid avatuse alaskaalal: venelastel introtseptiivne teadlikkus seondus positiivselt avatusega tunnetele, eestlastel negatiivselt avatusega kunstile. Eestlastel negatiivne seos avatusega tunnetele ei olnud statistiliselt oluline.

Küpsuse hirmud venelastel olid seotud positiivselt neurotismiga ja negatiivselt positiivsete emotsioonidega. Eestlastel negatiivselt soojusega, kehtestavusega, avatusega kunstile ja tunnetele.

Asketism venelastel korreleerus negatiivselt avatusega väärtustele ning positiivselt tagasihoidlikkusega. Eestlastel negatiivselt aktiivsusega, seiklusjanuga, avatusega fantaasiale, tegudele, ideedele.

Venelastel impulsi regulatsioon seondus positiivselt neurotismiga, eestlastel analoogselt vaenulikkusega ja impulsiivsusega. Venelastel impulsi regulatsioon seondus negatiivselt järelandlikkusega, enesedistsipliiniga ja kaalutlemisega ning positiivselt seiklusjanuga ja avatusega tunnetele. Eestlastel impulsi regulatsioon oli seotud negatiivselt soojusega, avatusega väärtustele, meelekindlusega ja sotsiaalsusega.

Sotsiaalne ebakindlus seondus venelastel ja eestlastel sarnaselt positiivselt neurotismiga ning negatiivselt ekstraveertsusega ja meelekindlusega. Venelastel sotsiaalne ebakindlus korreleerus positiivselt siirusega, mis on mõneti ootamatu.

Antud uuringu põhjal võib väita, et venelastel ilmnedid analoogselt eestlastega positiivne seos neurotismi ja söömishäirete vahel.

Tabel 3

NEO-PI-R-i ja EDI-2 alaskaalade korrelatsioonid

NEO-PI-R	EDI-2 alaskaalad										
	DT	B	BD	I	P	ID	IA	MF	AA	IR	SI
N	34	59	27	68	32	20	64	49	46	69	56
E	-06	-27	-25	-43	27	-47	-03	-06	-10	07	-50
O	03	03	-18	04	34	02	20	09	05	27	-04
A	-15	04	05	09	-07	15	-04	03	10	-10	05
C	-02	-31	-22	-36	23	-15	-22	-01	-01	-20	-29
N1	22	50	22	60	34	26	57	49	38	59	52
N2	29	44	26	52	33	10	54	38	46	72	43
N3	28	56	19	72	32	41	63	57	42	61	62
N4	34	55	26	62	32	28	53	50	47	52	53
N5	30	53	24	33	06	-18	36	12	20	41	25
N6	20	19	11	37	07	-04	37	21	24	46	29
E1	-14	-28	-18	-32	19	-49	-02	-02	03	08	-43
E2	-20	-25	-22	-35	05	-39	-03	-05	-15	01	-44
E3	-05	-25	-18	-42	19	-40	-11	-23	-29	-11	-45
E4	07	-19	-15	-27	17	-20	-02	08	09	11	-20
E5	12	06	-11	02	35	-09	22	20	06	29	-13
E6	-08	-19	-14	-39	12	-37	-14	-25	-13	-09	-39
O1	07	27	02	26	19	08	14	05	06	20	21
O2	-14	-13	-22	-07	40	-05	10	19	10	18	-15
O3	20	11	-15	12	43	-08	34	24	20	47	08
O4	-02	-07	-07	-05	02	-06	18	-02	00	17	-20
O5	08	-02	-23	-01	24	02	06	-01	02	08	-08
O6	-09	-09	00	-20	-19	18	-15	-19	-26	-17	-04
A1	-20	-06	-17	-13	-02	-23	-03	-17	02	-01	-17
A2	-14	05	05	16	-19	28	-03	02	15	-07	25
A3	-06	10	-07	02	24	04	09	20	09	08	-06
A4	-16	-03	11	09	-22	20	-18	-09	-14	-36	13
A5	12	15	20	22	03	26	05	21	26	05	13
A6	-16	-07	07	-05	-03	-02	-03	01	-05	-05	-16
C1	03	-24	-14	-35	32	-22	-20	02	-01	-10	-33
C2	05	-20	-23	-21	19	-16	-16	-02	04	-06	-20
C3	-10	-14	16	-08	02	05	-10	14	13	-08	-05
C4	13	-22	-29	-30	29	-13	04	05	06	04	-24
C5	-09	-40	-15	-43	00	-31	-31	-13	-12	-29	-34
C6	-11	-18	-32	-20	24	11	-23	-08	-11	-38	-15

Märkus: EDV, N=65. DT-Kõhnuse ihalus, B-Buliimia, BD-Rahulolematus kehaga, I-Mittetõhusus, P-Perfektsionism, ID-Interpersonaalne usaldamatus, IA-Intrötseptiivne teadlikkus, MF-Küpsuse hirmud, A-Asketism, IR-Impulsi regulatsioon, SI-Sotsiaalne ebakindlus. Rasvaselt märgitud korrelatsioonid on statistiliselt olulised $p < .05$ NEO-PI-R=NEO-Personality Inventory-R Neurootilisus (N) N1: Ärevus, N2: Vaenulikkus, N3: Masendus, N4: Enesekontroll, N5: Impulsiivsus, N6: Haavatavus, Ekstravertsus (E) E1: Soojus, E2: Seltsivus, E3: Kehtestavus, E4: Aktiivsus, E5: Seiklusjano, E6: Positiivsed emotsioonid, Avatus (O) O1: Fantaasia, O2: Kunstile, O3: Tunnetele, O4: Tegudele, O5: Ideedele, O6: Väärtustele, Sotsiaalsus (A) A1: Usaldus, A2: Siirus, A3: Omakasupüüdmatlus, A4: Järeleandlikkus, A5: Tagasihoidlikkus, A6: Osavõtlikkus, Meelekindlus (C) C1: Asjatundlikkus, C2: Korralikkus, C3: Kohusetunne, C4: Eesmärgipärasus, C5: Enesedistsipliin, C6: Kaalutlemine. Tabeli parema loetavuse huvides on kümnendikke eristav koma arvu eest ära jäetud.

ARUTLUS

Antud töö üheks eesmärgiks oli uurida kas venekeelne EDI-2 versioon suudab eristada kontrollgruppi söömishäiretega gruppist.

Kuna EDI-2 hindab söömiskäitumist ja hoiakuid seoses häire kliinilise avaldumisega, oli ootuspärane, et Venemaa patsiendid said oluliselt kõrgemad skoorid võrreldes kontrollgrupiga enamuse EDI-2 alaskaaladel. Antud tulemuste põhjal võib väita, et EDI-2 suudab eristada vene valimis söömishäire diagnoosiga patsiente kontrollgrupist enamuse alaskaaladel (v.a. küpsuse hirmud, impulsi regulatsioon ja sotsiaalne ebakindlus). Küpsuse hirmude alaskaala kõrgemad skoorid kontrollgrupil võivad olla tingitud grupi vanusest, mis oli tunduvalt noorem kui söömishäiretega patsientide grupp. Söömishäirete grupp koosnes *anorexia nervosa*, *bulimia nervosa* ja liigsöömishäirega patsientidest. Liigsööjad on tunduvalt vanemad kui buliimia või anoreksia patsiendid. EDI-2 normid on väljatöötatud ja baseeruvad noorte naiste valimil ehk kolledzi tudengite valimil mis ei pruugi sobida liigsöömise probleemidega naiste hindamiseks, analoogseid tulemusi on varem ka leitud (Tasca, Illing, Lybanon-Daigle, Bissada, Balfour, 2003). Impulsi regulatsiooni ning sotsiaalse ebakindluse skaala ebaoluliselt kõrgemad skoorid söömishäirete grupil vajavad täiendavaid uurimusi. Kolme lisaskaala (asketism, impulsi regulatsioon, sotsiaalne ebakindlus) on veel vähe uuritud (Strien et al., 2003). Kalduvust kehvale impulsi kontrollile on määratletud prognoosiva määrgina söömishäiretest (Norring, Sohlberg, 1988). Claes et al. (2006) leidsid, et *anorexia nervosa* piirava vormi diagnoosiga patsientidel on madalam impulsiivsus võrreldes kontrollgrupiga, *anorexia nervosa* väljutava vormiga ning *bulimia nervosa* diagnoosiga patsientidega. Antud uuringus ei jagunenud *anorexia nervosa* grupp piiravaks ja väljutavaks vormiks ning see võiks osaliselt tulemusi mõjutada. Samas söömishäirete grupi suurema osa moodustasid patsiendid diagnoosiga liigsöömine muu psüühika häirega (F50.4), kelle ülesöömine võib olla seotud pigem sooviga kompenseerida negatiivseid emotsioone kui impulsiivsusega. Mõned uuringud näitavad, et kõrge impulsiivsus ei vii alati söömishäireteni (Cyders, Smith, Spillane, Annus, Fischer, Peterson, 2007).

On leitud, et kehaga rahulolematus seostub negatiivsete emotsioonidega (Groes, Levin, Murnen, 2002). Kõrged skoorid ilmsid nii anoreksia- kui buliimiapatsientidel masenduse skaalal. *Anorexia nervosa* on iseloomulik kõrgem üldine väsimus, langenud meeleolu, emotsionaalne labiilsus (Krölov, 1995). Buliimiline sümptomaatika ja

depressioon on omavahel seotud ning tingivad teineteist (Korkina, Tsyvilko, Marilov, Kareva, Kislova, 1991).

Töö veel üheks eesmärgiks oli söömishäirete ja isiksuseomaduste omavahelise seose väljasegitamine patsientidel Venemaal. Antud uuringu tulemused kinnitasid hüpoteesi, et söömishäirete ja neurotismi vahel leidub positiivne seos. Söömishäirete ja neurotismi vaheline seos on kooskõlas varasemate uuringutega (Podar et al., 1999; Cassin & von Ranson, 2005; Claes et al., 2006).

Ekstravertsus oli negatiivselt seotud enamus EDI-2 alaskaaladega. Antud grupi tulemuste põhjal võiks oletada, et söömishäirete haigestumise riskile on eksponeeritud neurootilised ning introvertsusele kalduvad inimesed. Varasemate uuringute tulemused on analoogsed (Podar et al., 1999; Cassin & von Ranson, 2005).

Antud uuringu põhjal selgus, et buliimia seondub negatiivselt meelekindlusega, sarnaseid tulemusi on ka varem leitud (Claes et al., 2006).

Perfektsionism seondus positiivselt neurotismi, ekstravertsuse ja avatusega. Perfektsionismi positiivne seos ekstravertsuse ja avatusega on üllatav. Perfektsionismi peetakse söömishäirete üheks säilitavaks teguriks (Fairburn, Shafran, Cooper, 1999). Antud alakaalal kõrgeid skooore saanud inimene esitab enesele põhjendamatult kõrgeid nõudmisi, millega kaasneb enesekriitilisus ja hirm ebaõnnestumise ees. Nad usuvad, et teised ootavad inimeselt silmapaistvaid saavutusi. Antud uuringus perfektsionism seondus positiivselt seiklusjanuga, asjatundlikkusega ning eesmärgipärasusega. Vastupidiseid tulemusi on saanud Cassin ja von Ranson, (2005) *anorexia nervosa* ja *bulimia nervosa* puhul. Mõned autorid toovad välja perfektsionismi multidimensionaalsuse (Tozzi, Aggen, Neale, Anderson, Mazzeo, Neale, Bulik, 2004; Castro-Fornieles, Gual, Lahortiga, Gila, Casula, Fuhrmann, Imirizaldu, Saura, Martinez, Toro, 2007). Perfektsionismi roll söömishäirete väljakujunemises vajab veel täiendavalt uurimist.

Veel üheks eesmärgiks oli söömiskäitumise ja hoiakute väljasegitamine kontrollgruppide vahel Venemaal, Eestis ja Eesti venelaste vahel. Ilmnes oluliselt madalam kõhnuse ihalus Venemaa kontrollgrupil võrreldes Eesti venelastega ja eestlastega. Lubades endale spekuloida võib oletada, et siin on teatud seos kultuurilis-ajaloolise taustaga, sest Venemaal läbi aegade kõhnus ei olnud kehaideaaliks. Kõhnust peeti haiguse ja jõuetuse märgiks, sõna “kõhnuma” on venekeeles selgelt negatiivse alatooniga (O’Keefe & Lovell,

1999). Varem on leitud venelaste suuremat kõhnuse ihalust võrreldes inglastega (O'Keefe & Lovell, 1999).

Asketism on Eesti venelastel ja eestlastel kõrgem kui Venemaa venelastel. 1999. aasta uuringus ilmnes Venemaa venelastel kõrgem asketism, küpsuse hirmud ja perfektsionism kui inglastel (O'Keefe & Lovell, 1999). Asketismi skaalal kõrgeid skooresaanud inimest iseloomustab kalduvus otsida voorust läbi selliste vaimsete ideaalide nagu enesedistsipliin, enesesalgamine, enesepiiramine, eneseohverdamine ja kehaliste tungide kontrollimine. Asketismi skaala suhteliselt madala reliaabluse tulemus (eesti-vene kontrollgrupp (.62), Venemaa kontrollgrupp(.33) ning Venemaa söömishäirete grupp (.53)) on sarnane Hollandis läbi viidud EDI-2 valiidsuse uuringuga kahel mitte-kliinilisel ja ühel kliinilisel grupil, kus madalam asketismi skaala sisereliaablus oli keskkooli tütarlaste grupil (.51) võrreldes üliõpilaste kontrollgrupiga (.60) ja söömishäirete grupiga (.66) (Strien et al., 2003). Mõnes uuringus on ilmnenu asketismi alaskaala samuti madal reliaablus *bulimia nervosa* diagnoosiga patsientide puhul oli (.55) ja *binge eating disorder* (.56) (Tasca et al., 2003).

Nii Eesti venelaste kui ka Venemaa venelaste küpsuse hirmud ja sotsiaalne ebakindlus on tunduvalt kõrgemad kui eestlastel. Sotsiaalne ebakindlus kajastab uskumust, et sotsiaalsed suhted on pingelised, ebakindlad, pettumustvalmistavad, mittetasuvad ja üldiselt kehva kvaliteediga ning küpsuse hirmude alaskaala mõõdab soovi taastada lapsepõlve turvalisus.

Introtseptiivne teadlikkus on Eesti kontrollgrupil oluliselt kõrgem kui Venemaa grupil. Garner ütleb, et segadust ja umbusaldust, mis on seotud tundmusliku ja kehalise funktsioneerimisega, on korduvalt peetud oluliseks *anorexia nervosa* ja *bulimia nervosa* juhtumite arengus ja püsijäämises. Spekuleerides võiks väita, et venelastel on parem kontakt tundmusliku ja kehalise funktsioneerimisega, kuid Eesti venelaste ja eestlaste vahel vahet ei ilmnenu.

Antud töö oli esimene, mis uurib söömishäirete ja isiksuse seadumuste omavahelist seost Venemaal. Uuringu tulemusena võime kinnitada, et kõige enam nii Venemaal kui ka Eestis on söömishäired positiivselt seotud neurotismiga.

Uuringud söömishäirete valdkonnas mis aitavad väljaselgitada seoseid ja riskifaktoreid aitavad paremini mõista söömishäirete etioloogiat, leidmaks efektiivsemaid raviviise.

TÄNUAVALDUSED

Tahaksin tänada juhendajat prof. Jüri Allikut suunamise, abi ja konstruktiivse kriitika eest.

Täna juhendajat Iris Podarit tähelepanekute ja abi eest. Südamest täna kõiki uuringus osalenud inimesi ja spetsialiste, kes aitasid aastatel 2004 kuni 2007 andmeid koguda.

Eriiselt soovin tänada andmete kogumisel abi eest järgmisi isikuid: psühhiaater Kirill Lobin, pühholoog Nadezda Muhailova, meditsiiniteaduste kandidaat psühhiaater Stanislav Poltorak.

Südamest täna pereliikmeid mõistva suhtumise eest. Täna sõpru ja töökaaslasi mõistva suhtumise eest.

VIITED

- Abbate-Daga, G., Pierò, A., Gramaglia, C., Gandione, M., Fassino, S. (2007). An Attempt to understand the paradox of anorexia nervosa without drive for Thinness. *Psychiatry Research*, 149, 215-221.
- Allik, J., Realo, A., Möttus, R., Pullmann, H., Trifonova, A. (2008) Personality Traits of Russian from the Observer`s Perspective. Tartu Ülikool Psühholoogia instituut. Käsikiri.
- Allison, D.B., Heshka, S.(1993). Emotion and eating in obesity. A critical analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 289-295.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Association.
- Bobrovski, Gavrilov & Romatski (2007) – Бобровский, А., Гаврилов, М., Ромацкий, В. (2007) Как победить аппетит? Психологические техники борьбы с лишними килограммами. Санкт-Петербург: Невский проспект.
- Cassin, S.E.; von Ranson, K.M. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25, 895-916.
- Castro-Fornieles, J., Gual, P., Lahortiga, F., Gila, A., Casula, V., Fuhrmann, C., Imirizaldu, M., Saura, B., Martinez, E., Toro, J. (2007). Self-Oriented Perfectionism in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 40:6, 562-568.
- Chan, C.K.Y.; Owen, R.G. (2006). Perfectionism and eating disorder symptomatology in Chinese immigrants: Mediating and moderating effects of ethnic identity and acculturation. *Psychology and Health*, 21, 49-63.
- Claes, L., Nederkoorn, C., Vandereycken, W., Guerrieri, R., Vertommen, H. (2006). Impulsiveness and lack of inhibitory control in eating disorders. *Eating Behaviors*, 7, 196-203.
- Claes, L.; Vandereycken, W.; Luyten, P.; Soenens, B.; Pieters, G.; Vertommen, H. (2006). Personality prototypes in eating disorders based on the big five model. *Journal of Personality Disorders*, 20, 401-416.
- Claes, L., Vandereycken, W., Vertommen, H. (2002). Impulsive and compulsive traits in eating disordered patients compared with controls. *Personality and Individual Differences*, 32, 707-714.
- Cyders, M.A., Smith, G.T., Spillane, N.S., Annus, A.M., Fischer, S., Peterson, C. (2007) Integration of Impulsivity and Positive Mood to Predict Risky Behavior:

Development and Validation of a Measure of Positive Urgency. *Psychological Assessment*, 19, 107-118.

- Costa, P.T., McCrae, R.R. (1989) *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) Professional Manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Davis, C., Katzman, M.A. (1999). Perfection as acculturation: Psychological correlates of eating problems in Chinese male and female students living in the United States. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 65-70.
- Diaz-Marsa, M., Carrasco, J.L., Saiz, J. (2000). A study of temperament and Personality in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Personality Disorders*, 14, 352-359.
- Dingemans, E.A., Bruna, M.J., van Furth, E.F. (2002). Binge eating disorder: a review. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 299-307.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Shafran, R. (2002) Cognitive behavior therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, M.A., Welch, S.Z. (1999). Risk factors of "anorexia nervosa". Three integrated case-control comparisons. *Arch. Gen. Psychiatry* 56, 468-76.
- Fairburn, C.G., Shafran R., Cooper Z. (1999) A Cognitive-behavioral theory of anorexia nervosa. *Behavior Research and Therapy* 37, 1-13.
- Garner, D.M. (1991). *EDI-2. Professional Manual*. Odessa, Florida.: Psychological Assessment Resources.
- Ghaderi, A., Scott, B. (2001). The Big Five and eating disorders: A prospective study in general population. *European Journal of Eating Disorders*, 14, 311-323.
- Goldberg, L.R., Strycker, L.A. (2002). Personality traits and eating habits: the assessment of food preferences in a large community sample. *Personality and Individual Differences* 32, 49-65.
- Guisinger, S. (2003) Adopted to Flee Famine: Adding an Evolutionary Perspective on Anorexia Nervosa. *Psychological Review*, 4, 745-761.
- Halvarsson, K., Lunner, K., Westerberg, B.A., Anteson, F., Sjöden, P.D. (2002). A longitudinal study of the development of dieting among 7-17 years-old Swedish girls. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 32-42.

- Jacobi, C.; Hayward, C.; M. de Zwaan; Kraemer, H.C.; Agras, W.S. (2004) Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 1, 19-65.
- Jaanisk, M. (2004) Söömishäirete küsimustiku (EDI-2) skaalade ja Vereliistakute monoamiinide oksüdaasi (V-MAO) aktiivsuse ajaline stabiilsus ja omavahelised seosed. Magistritöö. Tartu Ülikool. Psühholoogia osakond. Jennings Piangchai S.; Forbes, D; McDermott, B.; Hulse, G.;
- Juniper, S. (2006). Eating disorder attitudes and psychopathology in Caucasian Australian, Asian Australian and Thai university students. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 143-149
- Kazdin, A.E., Kraemer, H.C., Kessler, R.C., Keepfer, D.J., Offord, D.R. (1997). Contribution of risk factor research to develop mental psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 17, 375-406.
- Keel, P.K., Klump, K.L. (2003). Are Eating Disorders Culture-Bound Syndroms? Implications for Conceptualizing Their Etiology. *Psychological Bulletin* 5, 747-769.
- Kohn, M., Golden, N.H. (2001). Eating Disorders in Children and adolescents. Epidemiologym diagnosis and treatment. *Pediatr Drugs*, 3, 91-99.
- Korkina, M.V., Tsyvilko, M.A., Marilov, V.V., Kareva, M.A. (1992) Anorexia nervosa as manifested in Russia. *International Journal Of Psychosomatics*, 39, 35-40.
- Lee, S.; Lee, A.M. (2000). Disordered eating in three communities of China: A comparative study of female high school students in Hong Kong, Shenzhen and rural Hunan. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 312-327.
- Lee, S.; Lee, A.M.; Leung, T.; Yu, H. (1997). Psychometric properties of the Eating Disorders Inventory (EDI-1) in nonclinical Chinese population in Hong Kong. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 187-194.
- Lee, S.; Lee, A.M.; Leung, T. (1998). Cross-Cultural Validity of the Eating Disordered Inventory: A Study of Chinese Patients with Eating Disorders in Hong Kong. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 177-187.
- Leon, G.R., Fulkerson, J.A., Perry, C.L., Keel, P.K., Klump, K.L. (1999). Three to four year prospective evaluation of personality and behavioral risk factors for later disordered eating in adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 28, 181-196.

- Leon, G.R., Keel, P.K., Klump, K.L., Fulkerson, J.A. (1997). The future of risk factor research in understanding the etiology of eating disorders. *Psychopharmacology Bulletin*, 33, 405-411.
- Malkina-Põh (2007) – Малкина-Пых, И.Г. (2007) Терапия пищевого поведения. М Эксмо.
- Martin, T. A., Costa, P. T., Oryol, V. E., Rukavishnikov, A. A., & Senin, I. G. (2002). Applications of the Russian NEO-PI-R. In R. R. McCrae & J. Allik (Eds.), *The Five-Factor Model of personality across cultures* (pp. 261-277). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Masheb, R.M., Grilo, C.M. (2000) Binge eating disorder: a need for additional diagnostic criteria. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 159-162.
- Norrning, C., Sohlberg, S. (1998). Eating Disorders Inventory in Sweden: Description, cross-cultural comparison, and clinical utility. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 78, 567-575.
- O'Keefe, P., Lovell, D.M. (1999). Eating Disorder Inventory Scores in Russia and Britain: A Preliminary Comparison. *European Eating Disorders Review*, 7, 129-135.
- Podar, I., Hannus, A., & Allik, J. (1999) Personality and Affectivity Characteristics Associated with Eating Disorders: A Comparison of Eating Disordered, Weight-Preoccupied, and Normal Samples. *Journal of Personality Assessment*, 73, 133-147.
- Podar, I., Jaanisk, M., Allik, J., Harro, J. (2006). Psychological traits and platelet monoamine oxidase activity in eating disorder patients: Their relationship and stability. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*.
- Polivy, J., Herman, C.P. (2002). Causes of Eating Disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213
- Psüühika ja käitumishäirete klassifikatsioon (RHK-10) (1999)*. Tartu: Tartu Ülikool
- Raymond, N.C., Mussell, M.P., Mitchell, J.E., de Zwaan, M. (1995). An age-matched comparison of subjects with binge eating disorder and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 135-143.
- Ruggiero, G.M.; Hannover, W.; Mantero, M.; Papa, R. (2000). Body acceptance and Culture: A Study in Northern and Southern Italy. *European Eating Disorder Review*, 8, 40-50.
- Schmidt, U. (2000). Binge Eating and Binge Eating Disorder. *European Eating Disorders Review*, 8, 340-343.
- Shimura, M.; Horie, H.; Kumano, H.; Sakano, Y. (2003) Reliability and Validity of a

- Japanese Version of the Eating Disorder Inventory. *Psychological Reports*, 92, 131-140
- Spitzer, R.L., Devlin, M., Walsh, B.T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M.D., Stunkard, A., Wadden, T., Yanovski, S., Agras, W.S., Mitchell, J., Nonas, C. (1992). Binge eating disorder: A multi-site field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 191-203.
- Strien, T., Ouwens, M.(2003). Validation of the Dutch EDI-2 in one clinical and two nonclinical populations. *European Journal of Psychological Assessment*, 19, 66-84.
- Tasca, G.A., Illing, V., Lybanon-Daigle, V., Bissada, H., Balfour, L. (2003) *Assessment*, 3, 228-236.
- Tobin, D.L., Griffing, A., Griffing, S.(1997). An examination of subtype criteria for Bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 179-186.
- Tozzi, F., Aggen, S.H., Neale, B.M., Anderson, C.B., Mazzeo, S.E., Neale, M.C., Bulik, C.M. 2004. The Structure of Perfectionism: A Twin Study. *Behavior Genetics*, 5, 483-494.
- Tutkuviené, J. (2001). Abstracts. International Conference. In *New societies - new problems: Eating disorders in Baltic Countries*, 13-17.
- Tšurkin ja Martjušov (2000) – Чуркин, А.А., Мартюшов, А.Н. (2000) Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. Москва: Триада-Х.
- Valk, A. (2003). Identiteet. – J. Allik, A.Realo & K.Kontsabel (Toim.). *Isiksuse psühholoogia* (lk. 225-250). Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus.
- Vitousek, K.; Manke, F. (1999) Personality Variables and Disorders in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 1, 137-147.
- Yates, A.; Edman, J.; Aruguete, M. (2004) Ethnic Differences in BMI and Body/Self-Dissatisfaction Among Whites, Asian Subgroups, Pacific Islanders, and African-Americans. *Journal of Adolescent Medicine*, 34, 300-307.

EDI-2

Директивы.

По каждому 91 пункту необходимо решить, насколько он подходит Вам. Обведите кружком соответствующую цифру: 5-всегда, 4-в большинстве случаев, 3-часто, 2-иногда, 1-редко, 0-никогда. Ответьте пожалуйста на все пункты, убедившись, что именно эти ответы подходят для Вас. **НЕ СТИРАЙТЕ И НЕ ВЫЧЕРКИВАЙТЕ.** Если необходимо изменить ответ, зачеркните крестиком “X” неправильную цифру и затем обведите правильную.

	всегда	в боль- шинстве случаев	часто	иногда	редко	никогда
1. Я ем сладости и углеводы без чувства беспокойства.	5	4	3	2	1	0
2. Я думаю, что у меня слишком большой живот.	5	4	3	2	1	0
3. Мне хотелось бы вернуться в безопасное детство.	5	4	3	2	1	0
4. Я ем, когда я расстроена.	5	4	3	2	1	0
5. Я объедаюсь.	5	4	3	2	1	0
6. Я хотела бы быть моложе.	5	4	3	2	1	0
7. Я думаю о диете.	5	4	3	2	1	0
8. Меня пугает, когда мои чувства слишком сильны.	5	4	3	2	1	0
9. Я думаю, что мои ляжки слишком толстые.	5	4	3	2	1	0
10. Я чувствую себя неспособной, как личность.	5	4	3	2	1	0
11. Я чувствую себя крайне виноватой после переедания.	5	4	3	2	1	0
12. Я думаю, что мой живот нормального размера.	5	4	3	2	1	0
13. В моей семье только выдающиеся достижения считаются достаточно хорошими.	5	4	3	2	1	0

Обведите кружком соответствующую цифру: 5-всегда, 4-в большинстве случаев, 3-часто, 2-иногда, 1-редко, 0-никогда.

	всегда	в большинстве случаев	часто	иногда	редко	никогда
14. Самая счастливая пора в жизни - когда ты ребенок.	5	4	3	2	1	0
15. Я открыто выражаю свои чувства.	5	4	3	2	1	0
16. Я ужасно боюсь прибавить в весе.	5	4	3	2	1	0
17. Я доверяю другим.	5	4	3	2	1	0
18. Я чувствую себя одинокой в мире.	5	4	3	2	1	0
19. Я довольна формами своего тела.	5	4	3	2	1	0
20. Я чувствую в общем, что в моей жизни все под контролем.	5	4	3	2	1	0
21. Я прихожу в замешательство от того, что не понимаю, какую эмоцию я чувствую.	5	4	3	2	1	0
22. Я бы предпочла быть взрослой, чем ребёнком.	5	4	3	2	1	0
23. Я могу легко общаться с другими людьми.	5	4	3	2	1	0
24. Мне хотелось бы быть кем-то другим.	5	4	3	2	1	0
25. Я преувеличиваю значение веса.	5	4	3	2	1	0
26. Я могу ясно распознать, какую эмоцию я чувствую.	5	4	3	2	1	0
27. Я чувствую себя неполноценной.	5	4	3	2	1	0
28. У меня бывали приступы переедания, когда я чувствовала, что не могу остановиться.	5	4	3	2	1	0
29. Будучи ребенком я очень старалась не разочаровать своих родителей и учителей.	5	4	3	2	1	0
30. Я имею близкие отношения.	5	4	3	2	1	0

Обведите кружком соответствующую цифру: 5-всегда, 4-в большинстве случаев, 3-часто, 2-иногда, 1-редко, 0-никогда.

	всегда	в большинстве случаев	часто	иногда	редко	никогда
31. Мне нравится форма моих ягодичек.	5	4	3	2	1	0
32. Я поглащена стремлением быть худее.	5	4	3	2	1	0
33. Я не знаю, что во мне происходит.	5	4	3	2	1	0
34. Мне трудно выражать свои эмоции другим.	5	4	3	2	1	0
35. Требования к взрослым слишком большие.	5	4	3	2	1	0
36. Я ненавижу если я в чем-то не лучше других.	5	4	3	2	1	0
37. Я уверена в себе.	5	4	3	2	1	0
38. Я думаю о переездании.	5	4	3	2	1	0
39. Я счастлива, что я уже не ребенок.	5	4	3	2	1	0
40. Я прихожу в замешательство от того, что не понимаю голодна я или нет.	5	4	3	2	1	0
41. Я низкого мнения о себе.	5	4	3	2	1	0
42. Я чувствую, что могу достичь своих целей.	5	4	3	2	1	0
43. Мои родители ожидали от меня выдающихся успехов.	5	4	3	2	1	0
44. Я беспокоюсь, что мои чувства выйдут из под контроля.	5	4	3	2	1	0
45. Я думаю, что мои бедра слишком большие.	5	4	3	2	1	0
46. Я ем умеренно в присутствии других и объедаюсь после их ухода.	5	4	3	2	1	0
47. Я чувствую себя раздувшейся после приема пищи в нормальном количестве.	5	4	3	2	1	0

Обведите кружком соответствующую цифру: 5-всегда, 4-в большинстве случаев, 3-часто, 2-иногда, 1-редко, 0-никогда.

	всегда	в большинстве случаев	часто	иногда	редко	никогда
48. Я чувствую, что люди самые счастливые, когда они дети.	5	4	3	2	1	0
49. Если я прибавляю пол-килограмма, то я беспокоюсь, что так и буду прибавлять в весе.	5	4	3	2	1	0
50. Я чувствую, что я стоящий человек.	5	4	3	2	1	0
51. Когда я расстроена, то не знаю, грустна ли я, испугана или рассержена.	5	4	3	2	1	0
52. Я чувствую, что я должна все делать либо отлично либо не делать вовсе.	5	4	3	2	1	0
53. У меня бывает мысль о вызывании рвоты для того, чтобы потерять в весе.	5	4	3	2	1	0
54. Мне необходимо держать людей на определённом расстоянии (чувствую неудобство если кто-либо старается стать слишком близким)	5	4	3	2	1	0
55. Я думаю, что мои ляжки совсем нормальных размеров.	5	4	3	2	1	0
56. Я чувствую внутреннюю пустоту (эмоциональную).	5	4	3	2	1	0
57. Я могу говорить о своих мыслях и чувствах.	5	4	3	2	1	0
58. Самые лучшие годы в Вашей жизни, это когда Вы становитесь взрослой.	5	4	3	2	1	0
59. Я думаю, что мои ягодицы слишком толстые.	5	4	3	2	1	0
60. У меня чувства, которых я не могу четко определить.	5	4	3	2	1	0
61. Я ем или пью тайком.	5	4	3	2	1	0
62. Я думаю, мои бедра совсем нормальных размеров.	5	4	3	2	1	0
63. У меня крайне высокие цели.	5	4	3	2	1	0
64. Когда я расстроена, то я беспокоюсь, что начну есть.	5	4	3	2	1	0

Обведите кружком соответствующую цифру: 5-всегда, 4-в большинстве случаев, 3-часто, 2-иногда, 1-редко, 0-никогда.

	всегда	в большинстве случаев	часто	иногда	редко	никогда
65. Люди, которые мне очень нравятся, в конце концов разочаровывают меня.	5	4	3	2	1	0
66. Я стыжусь своих человеческих слабостей.	5	4	3	2	1	0
67. Другие люди могут сказать, что я эмоционально неустойчива.	5	4	3	2	1	0
68. Мне бы хотелось полностью контролировать побуждения своего тела.	5	4	3	2	1	0
69. Я чувствую себя свободно среди людей в большинстве ситуаций.	5	4	3	2	1	0
70. Я говорю какие-то вещи импульсивно, а затем сожалею о сказанном.	5	4	3	2	1	0
71. Я выхожу из рамок, чтобы испытать удовольствие.	5	4	3	2	1	0
72. Я должна быть осторожной из-за к своей тенденции злоупотреблять лекарствами.	5	4	3	2	1	0
73. Я общительна с большинством людей.	5	4	3	2	1	0
74. Во взаимоотношениях я чувствую себя в ловушке.	5	4	3	2	1	0
75. Ограничение себя придает мне чувство духовной силы.	5	4	3	2	1	0
76. Люди понимают мои настоящие проблемы.	5	4	3	2	1	0
77. Я не могу выкинуть странные мысли из своей головы.	5	4	3	2	1	0
78. Еда в удовольствие говорит о моральной слабости.	5	4	3	2	1	0
79. Я подвержена вспышкам гнева и ярости.	5	4	3	2	1	0
80. Я чувствую, что люди воздают мне по заслугам.	5	4	3	2	1	0
81. Я должна быть осторожной из-за своей тенденции злоупотреблять алкоголем.	5	4	3	2	1	0

Обведите кружком соответствующую цифру: 5-всегда, 4-в большинстве случаев, 3-часто, 2-иногда, 1-редко, 0-никогда.

	всегда	в боль- шинстве случаев	часто	иногда	редко	никогда
82. Я уверена, что расслабление, это просто трата времени.	5	4	3	2	1	0
83. Другие могут сказать, что я легко раздражаюсь.	5	4	3	2	1	0
84. Я чувствую, как-будто остаюсь в проигрыше повсюду.	5	4	3	2	1	0
85. У меня бывают значительные перепады настроения.	5	4	3	2	1	0
86. Я смущаюсь своих телесных побуждений.	5	4	3	2	1	0
87. Я предпочитаю проводить время в одиночестве, чем с другими.	5	4	3	2	1	0
88. Стрдание делает Вас лучше.	5	4	3	2	1	0
89. Я знаю что люди любят меня.	5	4	3	2	1	0
90. Я чувствую как-будто должна сделать больно себе или другим.	5	4	3	2	1	0
91. Я чувствую что дейсвительно знаю кто я.	5	4	3	2	1	0