

**Tartu Ülikool**  
**Sotsiaalteaduskond**  
**Psühholoogia Instituut**

**Marlen Herik**

**SÖÖMISHÄIRETE HINDAMISE SKAALA KONSTRUEERIMINE**

**Magistriprojekt kliinilises psühholoogias**

**Juhendajad:** Kirsti Akkermann MSc,  
Anu Aluoja PhD

**Läbiv pealkiri:** Söömishäirete hindamine

**Tartu 2009**

## KOKKUVÕTE

Käesoleva magistriprojekti eesmärgiks oli koostada söömishäireid hindav küsimustik, mis aitaks eristada söömishäirega patsiente tervetest ning anoreksia, buliimia ja liigsöömis-häirega patsiente omavahel. Kliinilise valimi moodustasid *anorexia nervosa* (N=40), *bulimia nervosa* (N=39) ja liigsöömis-häirega (N=20) patsiendid, keda võrreldi Kaalujälgijate (N=47) ning kontrollgrupiga (N=474), kellest omakorda 61 uuritavat olid kontrollitud psühhiaatriliste häirete esinemise suhtes. Uuritavad täitsid eestikeelse EDI-2 (*Eating Disorder Inventory*; Podar, Hannus & Allik, 1999), käesoleva uurimuse jaoks koostatud 86-väitelise Söömis-häireid Hindava Skaala (esialgne SHS) koos lisaküsimustega ning ankeedi sotsio-demograafiliste andmete kohta. Skaala konstrueerimise tulemuseks oli 4-faktoriline, 29-väeteline enesekohane Söömishäireid Hindav Skaala (SHS), alaskaaladega Söömise piiramine, Liigsöömine, Toidu väljutamine ning Hõivatus välimusest ja kehakaalust. SHS-i ja alaskaalade sisereliaablused olid kõrged ( $\alpha=0,90-0,93$ ). Olulised erinevused kliinilise ja kontroll-grupi ning kliinilise grupi sees kinnitasid skaala eristavat valiidsust. Liigsöömise ja Toidu väljutamise alaskaalad ning SHS üldskoor eristasid omavahel diagnostilisi gruppe. Söömise piiramine ning Hõivatus välimusest ja kehakaalust näisid hindavat kõikidele söömishäiretele iseloomulikke latentseid tunnuseid. SHS konstruktivaliidsust kinnitasid kõrged korrelatsioon-seosed EDI-2 kolme alaskaalaga – Buliimia, Kehaga Rahulolematus, Kõhnuseihalus. SHS ja alaskaaladele leiti äralõikepunktid eristamaks söömishäiretega patsiente tervetest ning erinevate söömishäiretega patsiente omavahel.

Käesoleva uurimuse tulemusi on võimalik kasutada nii söömishäirete diagnostikas, ravis kui ka teadusuuringute raames.

Märksõnad: Söömishäire, *anorexia nervosa*, *bulimia nervosa*, liigsöömis-häire, hindamine

## ABSTRACT

### Constructing an assessment scale for eating disorders

The aim of this study was to construct an assessment scale for eating disorders, which could help to differentiate patients with eating disorders from population sample and between patients with anorexia, bulimia and binge eating disorder. Clinical sample which consisted of *anorexia nervosa* (N=40), *bulimia nervosa* (N=39) and binge eating disorder (N=20) patients was compared with Weight Watchers (N=47) and population based sample (N=474), from which 61 participants were interviewed to control for psychiatric disorders. Participants completed Estonian versions of the EDI-2 (*Eating Disorder Inventory*; Podar, Hannus & Allik, 1999), the 86-item Eating Disorders Assessment Scale constructed for this study, additional diagnostic questions and a questionnaire of sociodemographic variables. As a result a 4-factorial, 29-item self-report Eating Disorders Assessment Scale (EDAS) with subscales Restrained eating, Binge eating, Purging and Preoccupation of appearance and bodyweight was constructed. EDAS subscales showed good internal consistency ( $\alpha=0,90-0,93$ ). Significant differences between the clinical and population sample and among the eating disorders patients themselves confirmed the discriminant validity of the instrument. Binge Eating and Purging subscales and the total score of EDAS discriminated different eating disorders from each other. Restrained eating and Preoccupation of appearance and bodyweight subscales appeared to assess latent dimensions common to eating disorders. Construct validity of the scale was confirmed by strong correlations with the EDI-2 subscales – Bulimia, Body Dissatisfaction and Drive for Thinness. Cut-off points for EDAS and its subscales were found to differentiate patients with eating disorders from the population sample and between the different eating disorders patients themselves. The results of this study are useful in diagnostics, treatment and studies of eating disorders.

Keywords: Eating Disorders, *anorexia nervosa*, *bulimia nervosa*, binge eating disorder, assessment

## SISUKORD

<b>KOKKUVÕTE</b> .....	2
<b>1. SISSEJUHATUS</b> .....	5
<b>1.1. Diagnostilised kriteeriumid</b> .....	5
1.1.1. <i>Anorexia nervosa</i> .....	5
1.1.2. <i>Bulimia nervosa</i> .....	6
1.1.3. <i>AN ja BN diagnooside kattuvus</i> .....	6
1.1.4. <i>AN ja BN alatüübid</i> .....	6
1.1.5. <i>EDNOS</i> .....	7
1.1.6. <i>Liigsöömishäire</i> .....	8
1.1.7. <i>Taksomeetrilised uuringud söömishäirete valimitega</i> .....	9
<b>1.2. Emotsionaalne söömine</b> .....	10
<b>1.3. Kehaga rahulolematus, kõhnuseihalus ja häirunud kehataju</b> .....	11
<b>1.4. Hindamine</b> .....	13
1.4.1. <i>Somaatiline hindamine</i> .....	13
1.4.2. <i>Psühholoogiline hindamine</i> .....	13
1.4.2.1. <i>Intervjuu</i> .....	14
1.4.2.2. <i>Enesekohased skaalad üldise söömishäirete sümptomaatika hindamiseks</i> .....	15
1.4.2.3. <i>Enesekohased skaalad spetsiifiliste söömishäiretega seotud konstruktsioonide hindamiseks</i> .....	16
1.4.2.4. <i>Kehaga rahulolematuse ja häirunud kehataju hindamine</i> .....	18
1.4.2.5. <i>Söömishäirete patoloogia käitumuslik hindamine</i> .....	18
1.4.3. <i>Söömishäirete hindamise eriteemad</i> .....	19
<b>2. EMPIIRILINE UURIMUS</b> .....	20
<b>2.1. Töö eesmärk</b> .....	20
<b>2.2. Söömishäireid Hindava Skaala (esialgne SHS) konstrueerimine</b> .....	20
<b>2.3. Püstitatud hüpoteesid</b> .....	21
<b>2.4. Meetod</b> .....	21
2.4.1. <i>Uuritavad</i> .....	21
2.4.2. <i>Mõõtmisvahendid</i> .....	22
<b>2.5. Uurimustulemuste kirjeldus</b> .....	23
2.5.1. <i>Demograafilised andmed ja diagnostilised lisaküsimused</i> .....	23
2.5.2. <i>Faktoranalüüs</i> .....	25
2.5.3. <i>Korrelatsioonseosed</i> .....	27
2.5.4. <i>SHS alaskaalade skoorid ja üldskoor</i> .....	28
2.5.4.1. <i>Söömise piiramise alaskaala</i> .....	29
2.5.4.2. <i>Liigsöömise alaskaala</i> .....	30
2.5.4.3. <i>Toidu väljutamise alaskaala</i> .....	31
2.5.4.4. <i>Hõivatus välimusest ja kehakaalust alaskaala</i> .....	31
2.5.4.5. <i>SHS üldskoor</i> .....	32
2.5.5. <i>SHS eristusvõime</i> .....	33
2.5.5.1. <i>Kliiniline grupp vs Kontrollgrupp</i> .....	33
2.5.5.2. <i>Kliiniliste gruppide omavaheline võrdlus</i> .....	35
<b>3. ARUTELU</b> .....	38
<b>VIITED</b> .....	46
<b>LISA</b> .....	54

## 1. SISSEJUHATUS

On leitud, et üle 10% Lääne kultuuriruumi naisi kannatab diagnostilistele kriteeriumitele vastavate söömishäirete all (APA, 1994). Antud fakt muudab söömishäire üheks sagedaseimaks psühhiaatriliseks probleemiks naiste hulgas. Söömishäireid iseloomustab ebaadekvaatne söömiskäitumine ja äärmuslikud kaaluregulatsiooni meetodid, samuti esineb keha väärtajumist ning häirunud hoiakuid kehakaalu ja –kuju suhtes. Söömishäirete puhul esineb sagedast komorbiidsust somaatiliste haigustega ja teiste psühhiaatriliste häiretega. Suremus söömishäiretesse, eeskätt anoreksiasse, ulatub kuni 15,6%-ni, mis on psühhikahäirete seas kõrgeim (Zipfel, Lowe, Detter & Taylor, 2000).

### 1.1. Diagnostilised kriteeriumid

#### 1.1.1. *Anorexia nervosa*

DSM-IV diagnostiliste kriteeriumite järgi iseloomustavad *anorexia nervosat* (AN): (a) äärmuslik kaalulangus; (b) intensiivne hirm kaalutõusu või paksuks mineku ees vaatamata madalale kehakaalule; (c) kehakaalu ja -kuju häirunud tajumine, mis väljendub ülemäärases mõjus üldisele enesehinnangule või madala kehakaalu tõsiduse eitamises ja (d) amenorröa (APA, 1994). RHK-10 diagnostiliste kriteeriumite järgi on *anorexia nervosa* diagnoosiks vajalikud: (a) kehakaal vähemalt 15% allpool eeldatavat normi (kas kaalukaotuse tulemusena või ei ole seda kunagi saavutatudki); kehamassiindeks (*Body Mass Index*; KMI=kehakaal (kg)/pikkus<sup>2</sup> (m)) 17,5 või väiksem; (b) kehakaalu kaotus on esile kutsutud "paksuks tegevate toitide" vältimisega ning on seotud ühe või rohkemaga järgnevast: tahtlikult esilekutsutud oksendamine, ülemäärane kehaline aktiivsus, söögiisu vähendavate preparaatide ja/või lahtistite kasutamine; (c) keha väärtaju, mille tõttu ülekaaluka mõttena püsib tüseduskartus ja patsient seab oma kehakaalule väga ranged piirid ning (d) naistel võib esineda amenorröa (RHK-10, 1992).

AN avaldub sagedamini teismeeas, 76% haigestunutel avaldub häire 11-20-eluaasta vahel (ANAD, 2008). AN esinemissagedus naiste hulgas on 10 korda kõrgem võrreldes meestega (Santrock, 2005); häire esineb 1% naistel, on sageli ravile raskesti alluv, kroonilise kuluga, tagajärjeks tõsised meditsiinilised komplikatsioonid. Sage on komorbiidsus teiste psühhikahäiretega, nagu meeleolu-, ärevus- ja isiksushäired (Wilson, Heffernan, & Black, 1996).

### **1.1.2. *Bulimia nervosa***

DSM-IV diagnostiliste kriteeriumite järgi iseloomustavad *bulimia nervosa* (BN): (a) korduvad kontrollimatud liigsöömishood, mille ajal süüakse ära suur kogus toitu; (b) kompensatoorsed käitumised ennetamaks kaalutõusu (nt. tahtlik oksendamine, lahtistite, diureetikumide kuritarvitamine, intensiivne keheline aktiivsus) ja (c) kehakaalu ja –kuju ülemäärane mõju üldisele enesehinnangule (APA, 1994). RHK-10 diagnostiliste kriteeriumite järgi on *bulimia nervosa* diagnoosiks vajalikud: (a) mõtete hõivatus söömisest, vastupandamatu söömishimu ja liigsöömishood, kus lühikese aja vältel süüakse ära suur kogus toitu; (b) kaalutõusu vältimiseks kutsutakse tahtlikult esile oksendamine, kuritarvitatakse lahtisteid, näljutatakse end periooditi, kasutatakse söögiisu pärssivaid preparaate või diureetikume ja (c) esineb haiguslik tüsenemiskartus ning patsient seab endale väga ranged kehakaalu piirangud, mis on selgelt väiksemad võrreldes haiguseelse kehakaaluga.

BN algab sagedamini hilises teismeeas või varases täiskasvanueas ning kuni 90% buliimiahaigetest moodustavad naised (Santrock, 2005). BN esineb ~2%-l naistest Newman, Moffitt, Caspi, Magdol, Silva & Stanton, 1996; Whitaker, Johnson, Shaffer, Rapoport, Kalikow, Walsh, Davis, Braiman & Dolinsky, 1990), häire on kõrge komorbiidse psühhopatoloogiaga meeleolu-, ärevushäirete ning psühhoaktiivsete ainete tarbimisega (Garfinkel, Lin, Goering, Spegg, Goldbloom, Kennedy, Kaplan & Woodside, 1995; Keller, Herzog, Lavori, Bradburn & Mahoney, 1992).

### **1.1.3. *AN ja BN diagnooside kattuvus***

Nii DSM-IV kui ka RHK-10 baseeruvad kategooriaalsele diagnostilisele lähenemisele, mille alusel fikseeritakse AN või BN esinemine patsiendil kindlal ajahetkel. Söömishäired on aga tihti ajas varieeruvad, ligikaudu kuni 1/3 BN patsientidel on anamneesis AN episood (Braun, Sunday & Halmi, 1994; Keel, Mitchell, Miller, Davis & Crow, 2000) ning üle poolte AN patsientidel arenevad BN sümptomid (Bulik, Sullivan, Fear & Pickering, 1997).

### **1.1.4. *AN ja BN alatüübid***

Söömishäiretega patsientide seas esinev varieeruvus nii sümptomites kui ka psühhiaatrilises komorbiidsuses, on tekitanud uurijate huvi söömishäirete sees esinevate võimalike alatüüpide suhtes. Patsient, kes vastab DSM-IV järgi AN diagnostilistele kriteeriumitele, ja kel esinevad lisaks liigsöömishood ja toitu väljutav käitumine, vastab AN liigsöömis-väljutavale alatüübile. BN patsiendi puhul võib olla tegemist kas väljutava või mitteväljutava alatüübiga, sõltudes sellest, millist tüüpi kompensatoorset käitumist patsient

kasutab. Paraku jääb antud alatüüpide juures selgusetuks, kas AN liigsöömis-väljutav tüüp esindab AN alatüüpi või BN variatsiooni (Gleaves, Lowe, Snow, Green & Murphy-Eberenz 2000; Williamson, Womble, Smeets, Netemeyer, Thaw, Kutlesic & Gleaves, 2002). AN liigsöömis-väljutava alatüübi ja BN väljutava alatüübi eristamine baseerub suuresti kehakaalu hindamisele, patsiendil kas esineb alakaalus (KMI <17,5) ja/või oluline kaalulangus või ei esine (normaalkaal: KMI vahemikus 18,5 – 24,9). Samuti võib erinevus AN ja BN alatüüpide vahel seisneda liigsöömishoogusid vallandavates tegurites. Nimelt võivad AN patsiendi kontrollimatud liigsöömishood tuleneda alatoitumusest, kui BN patsiendi liigsöömishood võivad seotud olla pigem emotsioonide regulatsiooniga.

AN alatüüpide võrdlemisel on leitud väljutaval alatüübil enam komorbiidset psühholoogiat depressiooni, psühhoaktiivsete ainete ja/või alkoholi kuritarvitamise, impulsi-kontrolli raskuste, isiksushäirete näol võrreldes piirava alatüübiga (Dacosta & Halmi, 1992; Garner, Garner & Rosen, 1993; Herzog, Keller, Sachs, Yeh & Lavori, 1992). AN piirav alatüüp läheb üle liigsöömis-väljutavaks alatüübiks 62 % juhtudel, ent vaid 12% piiravat tüüpi patsientidest ei raporteeri kunagi regulaarset liigsöömis-väljutavat käitumist (Eddy, Keel, Dorer, Delinsky, Franko & Herzog, 2002).

BN alatüübid on saanud vähem empiirilist tähelepanu võrreldes AN alatüüpidega. Uurimustulemused on vastukäivad, ent pigem leiab kinnitust, et kaks BN alatüüpi ei erine üksteisest häire algusvanuse, kehakaalu ja -kuju väärtustamise, KMI või anamneesis AN episoodi esinemise poolest (Striegel-Moore, Cachelin, Dohm, Pike, Wilfley & Fairburn, 2001). Tähelepanu väärrib ka leid, et vaid 6,6%-l BN patsientidest diagnoositakse mitteväljutav alatüüp (Hay & Fairburn, 1998; Tobin, Griffing & Griffing, 1997).

### 1.1.5. EDNOS

Eelpool kirjeldatud söömishäirete kõrval on veel üks kliiniliselt oluline diagnostiline kategooria – EDNOS (*Eating Disorder Not Otherwise Specified*), mida diagnoositakse DSM-IV alusel juhul, kui patsiendi sümptomid ei vasta kõigile AN või BN diagnostilistele kriteeriumitele. EDNOS diagnoositakse juhul, kui (a) puudu jääb üks diagnostiline kriteerium (nt. täidetud on AN kriteeriumitest kõik peale amenorröa või esineb amenorröa, ent kehakaal pole veel langenud alla 15% normaalkaalust); (b) pole täidetud ajalise kestvuse kriteerium (nt. esinevad liigsöömishood ja kompensatoorne käitumine, ent kestvusega vähem kui 3 kuud) või (c) pole täidetud sageduse kriteeriumid (nt. esinevad liigsöömishood ja kompensatoorne käitumine, ent harvemini kui 2 korda nädalas).

Antud kategooriasse mahub tervelt 20-61% kõikidest ravi saanud söömishäirete juhtudest (Andersen, Bowers & Watson, 2001; Fairburn & Walsh, 2002). On leitud, et üldpopulatsioonis 4-6 % mehi ja naisi vastavad EDNOS kriteeriumitele (Herzog & Delinsky, 2001), samas kui vaid 1-2 %-l üldpopulatsioonist diagnoositakse AN ja BN. Herzog kolleegidega (1993) leidis, et enam kui 40 % söömishäirete ravi otsivatest naistest ei täida AN ja BN kõiki diagnostilisi kriteeriumeid ning on iseloomustatavad EDNOS diagnoosiga. RHK-10 annab võimaluse lahterdada vähemate või nõrgemate kliiniliste AN ja BN tunnustega patsiendid atüüpilise *anorexia nervosa* ja atüüpilise *bulimia nervosa* diagnooside alla.

### 1.1.6. Liigsöömishäire

Kõikidest DSM-IV EDNOS kategooriatesse langevatest häiretest on liigsöömishäire (edaspidi LH) kõige enam tähelepanu saanud. DSM-IV järgi iseloomustavad liigsöömishäiret (a) korduvad kontrollimatud liigsöömishoogud, millele on omased kindlad tunnused, diagnoosimiseks vajalik vähemalt kolme järgneva tunnuse olemasolu: kiire söömine, söömine iivelduseni, suurte koguste söömine hoolimata näljatunde puudumisest, söömine üksinda vältimaks piinlikkustunnet oma söömisharjumuste pärast, enesehalvustamine ja süütunne peale söömist; (b) liigsöömishoogudest tekkiv märkimisväärne distressiseisund, ent (c) puuduvad kaalu kontrollimiseks kasutatavad kompensatoorsed strateegiad (APA, 1994). RHK-10 eristab lisaks AN ja BN diagnoosidele stressreaktsioonina (valulise kaotuse, õnnetuste, kirurgiliste operatsioonide ja emotsionaalselt raskete sündmuste järel) tekkivat liigsöömist, mis viib ülekaalulisusele. Psühholoogiliste probleemide (tundlikkus oma välimuse suhtes, enesekindluse kadumine suhetes, oma keha suuruse ülehindamine) põhjuseks olevat ülekaalulisust ei kodeerita antud diagnoosi alla.

Populatsiooniuringud näitavad, et 2-3 % inimestest võidakse diagnoosida LH. Rasvunud patsientide (ülekaalulisus: KMI vahemikus 25-29,9; rasvumine: KMI>30) hulgas oli LH diagnoosi sagedus 5-10% (Grilo, 2002), haavatavad on nii mehed kui naised, häire algus on enamasti 30-50-eluaastal. On leitud, et 30% kehakaaluprogrammides olevatest inimestest vastavad LH diagnostilistele kriteeriumitele (Brody, Walsh & Devlin, 1994). Antud häire võib olla püsikululine, seondub rasvumise, kaalukõikumiste, terviseprobleemide ning psühhiaatrilise komorbiidusega (Wilson jt 1996; Telch & Stice, 1998).

Masheb ja Grilo (2000) võrdlesid BN ja LH patsiente ning leidsid, et EDE-Q (*Eating Disorder Examination-Questionnaire*, 1993) alusel sarnanesid häirete grupid oma liigsöömishoogude sageduselt ning äärmuslike hoiakute poolest söömise, kehakaalu ja -kuju



suhtes ning vaid dieedipidamist esines LH patsientidel oluliselt vähem võrreldes BN patsientidega. Ka Striegel-Moore kolleegidega (2001) leidsid, et LH patsiendid, BN väljutav ja BN piirav alatüüp ei erine üksteisest kehakaalu ja -kuju pärast muretsemise poolest juhul, kui kehamassiindeksi mõju arvesse võtta. Sullivan (2001) leidis, et LH patsiendid peavad vähem dieeti ning on sagedamini rasvunud võrreldes BN patsientidega, ent enesekohases küsimustikus (EDE-Q) saavad sarnase tulemuse kehakaalu ja -kuju väärtustamises. Eelpoolt kirjeldatud tulemused viitavad sellele, et AN ja BN ei ole ainsad söömishäired, millega kaasneb liigne muretsemine oma kehakaalu ja -kuju pärast.

Mizes ja Sloan (1998) uurisid klasteranalüüsiga EDNOS patsiente ning leidsid tulemuseks ülejäänud EDNOS grupist eristuva alatüübi - ülekaalulise liigsööja, kes erines oluliselt oma kõrgema KMI, kõrgema täiskasvanuea kaalu ja nädalas esinevate liigsöömishoogude kõrge sageduse poolest. Antud uurimuse oluline leid oli ülekaaluliste liigsööjate kompensatoorsete käitumiste nagu oksendamise ja lahtistite kasutamine, mis sarnanes sageduselt ülejäänud EDNOS grupi patsientidele. Antud tulemus on vastuolus DSM-IV diagnostiliste kriteeriumitega LH kohta, mille kohaselt ei peaks neil patsientidel esinema kompensatoorset käitumist.

### ***1.1.7. Taksomeetriselised uuringud söömishäirete valimitega***

On tehtud mitmeid uurimusi selgitamaks, kas söömishäired peegeldavad normaalse söömiskäitumise dimensiooni äärmuspunkte või eraldi klassi ehk taksonit, mis on kvalitatiivselt erinev normaalsest käitumisest. Gleaves kolleegidega (2000) tegi uurimuste põhjal mitu järeldust: (1) AN ja BN pole võimalik määratleda kujul dimensionaalsus vs taksonoomia; (2) kõik söömishäired, mis sisaldavad liigsöömishoogusid, erinesid piiravast AN-st; (3) normaalkaalulist BN ja liigsöömis-väljutavat AN alatüüpi saab käsitleda kui sama dimensiooni erinevaid punkte ja (4) väljutava ja mitteväljutava BN alatüüpide vahel pole taksonoomilist erinevust, vaid pigem esineb kvantitatiivne erinevus dimensioonis. Williamson kolleegidega (2002) püüdis empiirilisel leida söömishäiretele iseloomulikke latentseid tunnuseid ning täpsustada söömishäirete dimensionaalsust vs kategoriaalsust. Tema tulemused viitavad kolmele latentsele tunnusele - liigsöömishoog, tüseduskartus/kompensatoorsed käitumised ja kõhnuseihalus. Liigsöömise faktorid said oluliselt kõrgema tulemuse BN ja LH patsiendid, järgnesid rasvunud katsealused ja EDNOS patsiendid ning oluliselt madalam oli AN patsientide ja kontrollgrupi tulemus. Tüseduskartuse/kompensatoorsete käitumiste faktorid saavad kõrgema tulemuse BN, AN ja EDNOS patsiendid võrreldes LH patsientidega, kes omakorda eristuvad kõrgema tulemuse poolest kontrollgrupist. Kõhnuseihalus on kõrgeim

AN patsientidel, kellele järgnevad BN ja EDNOS patsiendid ning madalaim on tulemus antud alaskaalal LH patsientidel, rasvunud katseisikutel ja kontrollgrupil. Sama uuringu takso-meetritelised analüüsid viitasid, et söömishäiretele omased käitumised on kvalitatiivselt erinevad häirevabade normaalkaaluliste inimeste söömiskäitumistega võrreldes. Söömishäirete sees näib olevat tegemist eraldi kategooriaga nende häirete puhul, millel esineb liigsöömishoogusid ning arvatakse, et liigsöömise sümptomid võivad olla kvalitatiivselt erinevad mittepatoloogilise söömiskäitumisega inimestega võrreldes. AN piirav alatüüp on Williamson'i arvates teistest söömishäiretest pigem kvantitatiivselt erinev.

## 1.2. Emotsionaalne söömine

Kirjanduses viidatakse sageli negatiivsele afektile kui liigsöömishoo vallandjale (Abraham & Beumont, 1982; Davis, Freeman & Garner, 1988; Elmore & DeCastro, 1990); ka BN patsiendid toovad tihti välja söömishoogude põhjusena emotsionaalse distressiseisundi (Abraham & Beumont, 1982; Johnson & Larson, 1982). Afekti leevendamiseks vallandunud liigsöömine peegeldab emotsioonide düsfunktsionaalset regulatsiooni, mis soodustab rasvumise ja söömishäirete väljakujunemist (Silva, 2008). Johnson koos kolleegidega (1987) käsitlesid liigsöömishoogusid afekti regulatsioonimehhanismina, mitmed autorid toetavad antud käsitlust, kuna on leidnud, et liigsöömishoogudel on ärevust leevendav toime (Kaye, Gwirtzman, George, Weiss & Jimerson, 1986; Schlundt & Johnson, 1990).

Afektiregulatsiooni mudeli kohaselt söövad düsfoorilised inimesed emotsioonide leevendamiseks või tähelepanu kõrvalejuhtimiseks negatiivsetelt emotsioonidelt, mis suurendab aga riski kehakaalu ning buliimiliste sümptomite esinemise tõusuks (Stice, 2001).

Käitumuslikud toimetulekiviisid nagu dieedi pidamine, liigsöömine ning kaalutõusu vältimiseks kasutatavad kompensatoorsed strateegiad mõjuvad emotsioonide regulatsioonile vaid ajutiselt, välditavad tunded tekivad taas või ei vähene oluliselt hoides alal söömishäirete nõiaringi (Wegner, Smyth, Crosby, Wittrock, Wonderlich, & Mitchell, 2002)

Agras ja Apple (2008) väidavad, et mitte ainult negatiivsed emotsioonid nagu ärevus, kurbus, üksindus- ja tühjusetunne ei vii liigsöömishooni, vaid ka intensiivsed positiivsed seisundid nagu eufooria, õnnetunne võivad liigsöömishoo vallandada. Emotsionaalse söömise kui eksternaalse emotsioonide kontrollimehhanismi kõrval võivad kasutusel olla ka teised eksternaalsed viisid emotsioonidega toimetulekul nagu alkoholi ja/või psühhoaktiivsete ainete kuritarvitamine, kompulsivne poodlemine, seksuaalne valimatus, ennastvigastav käitumine.

### 1.3. Kehaga rahulolematuse, kõhnuseihaluse ja häirunud kehataju

Alates 1960ndatest on Lääne kultuuriruumis suurenenud naistele osaks saav surve olla saled, enam on hakatud idealiseerima kõhna keha ning halvustama ülekaalulisust. Kõhnuse rõhutamine ühiskonnas langeb kokku söömishäirete juhtude dramaatilise kasvuga. Paksuse halvustamise ja kõhnuse idealiseerimisega käib kaasas suurenenud kehaga rahulolematuse eriti teismeliste tütarlaste ja noorte naiste hulgas (Cash & Brown, 1987; Garfinkel, Goldbloom, Davis, Olmsted, Garner & Halmi, 1992; Garner, Garfinkel & Bonato, 1987). Naiste puhul on liigne muretsemine oma keha pärast üldlevinud ka normaalkaaluliste seas (Afifi-Soweid, Najem Kteily & Shediak-Rizkallah, 2002; Kennett & Nisbet, 1998), Rodin koos kolleegidega (1985) on pidanud seda koguni „normatiivseks rahulolematuseks“. Kehaga rahulolematust on kirjeldatud skaalana, mis ulatub rahulolematuse puudumisest äärmusliku rahulolematuseni, millel enamik inimesi paigutub skaala keskossa tundes oma keha suhtes mõõdukat muret (Thompson, Heinberg, Altabe & Tantleff-Dunn 1999).

Lisaks saledust ja iluideaalide olulisust rõhutavale sotsiokultuurilisele keskkonnale osalevad kehaga rahulolematuse väljakujunemisel füüsilised karakteristikud nagu kõrgem kehakaal, ning ka psühholoogilised tegurid nagu madal enesehinnang, uskumused saleduse olulisusest, depressioon (Paxton, Norris & Wertheim, 2005; Stice, 1994; Van den Berg, Thompson & Obremski-Brandon, 2002). On leitud, et kõrgema KMI-ga inimesed on oma kehaga rahulolematumad võrreldes normaal- või alakaalulistega.

Kehaga rahulolematuse, täpsemalt lahknevuse tajutud kehasuuruse ja ideaalse kehasuuruse vahel näib ennustavat seda, kas naine hakkab dieeti pidama kaalu langetamise eesmärgil või mitte (Miller, Coffman & Linke, 1980; Rosen, Gross & Vara, 1987). Stice (2001) leidis, et rahulolematuse oma kehaga vahendab dieedipidamise ja negatiivse afekti kaudu buliimiliste sümptomite teket. On leitud, et söömishäirete hulgas on just BN patsiendid kõige rahulolematumad oma kehaga (Fairburn & Garner, 1986; Garfinkel jt., 1992).

Kõhnuseihalus arvatakse ennustavat häirunud söömiskäitumist (Sands, 2000). Kõhnuseihalus koondab enda alla ülemäärase hõivatuse dieedipidamisest ja kehakaalust ning hirmu kaalutõusu ees; ta arvatakse olevat teguriks, mis muudab mõned naised sotsiaalse surve osas tundlikumaks, kuna soodustab soovi saavutada ühiskonnas kehtestatud saledusnormile võimalikult ligilähedane tulemus (Cash & Symanski, 1995; Heinberg, Thompson & Storer, 1995). Nii diagnoositakse söömishäiretega naiste kui ka subkliiniliste juhtumite puhul on kõhnuseihalus võtmekomponent kehaga rahulolematuse välja kujunemisel (Cooper & Taylor, 1988).

Termin „kehaimidz“ tähendab seda, kuidas inimene oma keha tajub ning, kuidas arvab, et teised tema keha tajuvad. Häirunud kehataju on söömishäirete psühhopatoloogia keskne tunnus (Farrell, Shafran & Fairburn, 2003). Samuti on kehataju häirumine üheks diagnostiliseks kriteeriumiks nii AN kui ka BN puhul, häirunud söömiskäitumise ennustajaks noorukieas (Stice & Agras, 1998; Thompson, Covert, Richards, Johnson & Cattarin, 1995) ning ravijärgse tagasilanguse ennustajaks (Fairburn, Peveler, Jones, Hope & Doll, 1993; Freeman, Beach, Davis & Solyom, 1985).

Kehataju on mitmetahuline konstrukt, sisaldades kognitiivset, käitumuslikku, afektiivset ja tajulist komponenti (Slade, 1994; Thompson, Heinberg, Altabe & Tantleff-Dunn, 1999). Kognitiiv-afektiivne komponent peegeldab patsiendi mõtteid ja tundeid oma keha suhtes. On leitud, et söömishäirega naised kogevad võrreldes kontrollgrupiga enam negatiivseid emotsioone ja kognitsioone oma keha vaadates (Cooper & Fairburn, 1992; Tuscan-Caffier, Vögele, Bracht & Hilbert, 2003). Negatiivsed hoiakud oma keha suhtes mõjutavad käitumist ning käitumuslik komponent häirunud kehatajus võib väljenduda dieedi pidamises. Söömishäiretega patsiendid on sageli sotsiaalselt ebakindlad (Hinrichsen, Wright & Meyer, 2003), seega võib kehaga seotud situatsioonide vältimine olla mõjutatud sellest, kuidas patsient arvab, et teised tema keha hindavad. Kehataju komponentidest on enam tähelepanu pööratud taju komponendile, keha suuruse hindamisele. Enam räägitakse kahest kehalisest tunnusest: keha suurusest (üle- või alakaal) ning kehakujust (erinevate kehaosade nagu vöökoha, puusade jne. proportsioonid). Klesges (2006) uurimus näitas, et nii ülekaalulised mehed kui naised alahindavad oluliselt oma keha suurust ning tajuvad end väiksemana; ülekaalulised naised olid siiski oma hinnangutes mõnevõrra täpsemad võrreldes meestega. Normaali- ja alakaaluliste naiste puhul leiti tendents oma kehakaalu üle hinnata, tajuda end oluliselt suuremana. Söömishäiretega patsientide puhul on metaanalüüsid kinnitanud, et nad ülehindavad oma keha suurust võrreldes kontrollgrupiga (Cash & Deagle, 1997; Smeets, Smit, Panhuysen & Ingleby, 1997). Neid tõendeid kinnitavad ka kliinilise jälgimise andmed, mille kohaselt normaal- ja alakaalulised söömishäiretega patsiendid kaevavad selle üle, et nad tunduvad endale peeglist vaadatuna paksuna (Farrell, Shafran & Fairburn, 2003). On leitud, et ka BED patsiendid võrrelduna kontrollgrupiga hindavad oma keha suuremaks ning on oma kehaga rahulolematumad (Striegel-Moore, Franko, Thompson, Barton, Schreiber & Daniels, 2004).

## 1.4. Hindamine

Söömishäirete hindamise ja ravi puhul tuleb tähelepanu pöörata nii patsiendi psüühilisele kui ka somaatilisele seisundile, olulisel kohal on kindlasti laboratoorsed uuringud.

### 1.4.1. Somaatiline hindamine

Söömishäirete hindamisel lähtutakse esmalt kehalisest seisundist, meditsiinilised komplikatsioonid võivad olla esimesed märgid söömishäirest üldse. Paljud söömishäirega patsiendid varjavad oma häirunud söömiskäitumist - AN ja BN patsiendid sageli väldivad psühhiaatriahaiglate söömishäirete spetsialistidega kokkupuuteid. Nii ongi perearstid, eriarstid või erakorralise meditsiini spetsialistid esimesed, kel tuleb söömishäirega patsienti hinnata (Mehler, 2001; Walsh, Wheat & Freund, 2000).

AN patsiendid eitavad sageli oma kaalukaotuse suurust või selle tõsidust, pigem pöörduvad nad väsimuse, ärevuse või depressiooni tõttu arsti poole. Sagedasteks kaebusteks on peavalud või kõhuvaevused; samuti võivad nad kurta juuste väljalangemise, küünte murdumise ja kõrgenenud tundlikkuse üle külma suhtes. AN patsiendid võivad sattuda ka erakorralise meditsiini osakonda luumurdude tõttu, mille põhjuseks võib olla luude hõrenemine - osteoporoos. AN patsientidele on lisaks madalale kaalule iseloomulik ka madal vererõhk ja pulsisagedus. Tähelepanu tuleb pöörata juuste väljalangemisele, jäsemete perifeersete osade sinikusele - akrotsüanootilisusele, ja karotenodermiale, mis lokaliseerub kollakas-oranzide värvilaikudena peopesa piirkonnas. Söömishäirele viitavate märkide korral vajavad täpsustamist patsiendi söömisharjumused ja menstruaaltsükli kulg.

BN patsiendid varjavad sageli piinlikkustundest kaalutõusu kompenseerivaid käitumisi. Nad esitavad kaebusi nagu väsimus, ärevus, depressiivsus. Ka kõhuvaevused ja -valud, ebaregulaarne menstruatsioon või viljatus võivad olla pöördumise põhjusteks. BN patsientide puhul võib esineda süljenäärmete suurenemist, Russell'i sündroomina tuntud käenaha marrastust (tekitatud okserefleksi manuaalsest esilekutsumisest) ja hambaemali kulumist - erosiooni (Pomeroy, 2004).

Liigsöömishäirega patsiendid pöörduvad sageli saamaks nõuandeid kaalu alandamiseks, kaebusteks võivad olla ülekaalulisusest tingitud häired südame- või liigeste töös (Pomeroy, 2004).

### 1.4.2. Psühholoogiline hindamine

Söömishäirete psühholoogilisel hindamisel keskendutakse eeskätt söömisega seotud hoiakute ja käitumiste hindamisele, tähelepanu all on ka häirunud kehataju ning kehaga rahulolematuse hindamine. Hindamismeetoditena on kasutusel söömishäiretele iseloomulikele sümptomitele suunatud intervjuud, enesekohased skaalad ja käitumuslikud meetodid. Ravi seisukohalt on oluline patsiendi motivatsiooni ja sotsiaalsete ressursside pidev hindamine. Söömishäiretealase kirjanduse analüüsimisel on leitud, et vaatamata suurele hulgate erinevatele instrumentidele leiab vaid 26 mõõdikut kasutust ühes või mitmes raviuurimuses ning neist vaid 4 on leidnud sagedasemat kasutust (Anderson, Lundgren, Shapiro & Paulosky, 2004). Psühhomeetriliselt valideeritud mõõdikutest kasutatakse valdavalt skaalasid EAT ja EDI, EDI-2 ning EDE intervjuud. Sagedaseim meetod uurimustes on enesejälgimine liigsöömishoogude ja toitu väljutava käitumise kohta. Süstemaatilist ülevaadet selle kohta, milliseid hindamismeetodeid kasutatakse kliinilises praktikas, pole tehtud (Anderson & Paulosky, 2004).

#### 1.4.2.1. Intervjuu

*Eating Disorder Examination* (EDE; Fairburn & Cooper, 1993) on poolstruktureeritud intervjuu, mis on kasutusel AN ja BN sümptomite hindamiseks. Intervjuu sisaldab kahte käitumuslikku indeksit - Liigsöömine ja Äärmuslikud kehakaalu kontrollimismeetodid ning nelja alaskaalat - Muretsemine söömise pärast, Söömise piiramine, Muretsemine kehakuju pärast ja Muretsemine kehakaalu pärast. Intervjuu põhjal on võimalik eristada söömishäiretega patsiente kontrollgrupist (Cooper, Cooper & Fairburn, 1989) ja ka BN patsiente söömise piirajatest (Cooper jt., 1989; Rosen, Vara, Wendt & Leitenberg, 1990; Wilson & Smith, 1989). EDE uurijatevaheline reliaablus (Cooper & Fairburn, 1987; Fairburn & Cooper, 1993), kordustesti reliaablus (Rizvi, Peterson, Crow & Agras, 2000) ja sisereliaablus (Cooper jt., 1989) on olnud heal tasemel ning Fairburn kolleegidega (1989) on viidanud ka EDE heale eristavale valiidsusele. Tugeva küljena tuuakse esile teiste hindamisvahenditega võrreldes täpsem liigsöömishoogude hindamine, kuna EDE puhul on intervjuerija see, kes otsustab, kuivõrd oli tegemist liigsöömishooga. EDE miinusteks loetakse vajadust intervjuerijate eritreeningu järele ja läbiviimisele kuluvat aega, kestvus sageli kauem kui üks tund (Wilson, 1993). Sellegi poolest peetakse EDE söömishäirete hindamise etaloniks (Fairburn & Beglin, 1994) ning ta leiab sageli kasutust raviefektiivsus uuringutes, ent on kohmakas rutiinses kliinilises töös kasutamiseks.

#### 1.4.2.2. Enesekohased skaalad üldise söömishäirete sümptomaatika hindamiseks

Enesekohastel skaaladel on intervjuu ees mõningaid eeliseid – läbi viimine nõuab vähem ressursi ning on leitud, et patsientidel on lihtsam oma söömisprobleeme tunnistada, kui nad ei pea seda tegema silmast silma intervjuerimisel (Keel, Crow, Davis & Mitchell, 2002).

*Eating Attitudes Test* (EAT; Garner & Garfinkel, 1979) on välja töötatud AN sümptomite hindamiseks. Väidete faktoraanalüüsil leitud kirjeldusvõime alusel võeti kasutusele algse 40 väite kõrvale ka 26 väitega EAT versioon (Garner, Olmstead, Bohr & Garfinkel, 1982). EAT sisaldab 7 faktorit, EAT-26 annab 3-faktorilise lahendi (Garfinkel & Newman, 2001) - Dieedi pidamine, Buliimia ja hõivatus toidust ning Oraalne kontroll. EAT on demonstreerinud head sensitiivsust ja spetsiifilisust (Garner & Garfinkel, 1979), ta suudab eristada söömishäirega patsiente kontrollgrupist ning AN ja BN patsiente omakorda LH patsientidest (Garfinkel & Newman, 2001; Williamson, Prather, McKenzie & Blouin, 1990). EAT ei suuda aga eristada AN ja BN patsiente üksteisest (Garfinkel & Newman, 2001; Williamson, Anderson, Jackman, & Jackson, 1995). EAT on demonstreerinud head sise- ja kordustesti reliaablust (Banasiak, Wertheim, Koerner & Voudouris, 2001; Carter & Moss, 1984; Garner & Garfinkel, 1979) ning heal tasemel eristavat valiidsust (Garner, 1997; Garfinkel & Newman, 2001; Williamson, Anderson, Jackman & Jackson, 1995). Kuna nii EAT kui ka EAT-26 põhjal ei saa diagnoosida spetsiifilist söömishäiret, saab mõõdikut kasutada üldiste söömisprobleemide väljasõelamiseks, samuti sobib raviedukuse hindamiseks (Garner, 1997).

*Eating Disorder Inventory* (EDI; Garner, Olmstead & Polivy, 1983) on välja töötatud AN ja BN sümptomite hindamiseks. EDI koosneb 8 alaskaalast - Buliimia, Kehaga rahulolematus, Kõhnuseihalus, Ebatõhusus, Introtseptiivne teadlikkus, Interpersonaalne usaldamatus, Küpsuse hirmud ja Perfektsionism. Uuem versioon, EDI-2 (Garner, 1991), koosneb 91-st väitest ning sisaldab lisaks 3 alaskaalat - Asketism, Impulsi regulatsioon ja Sotsiaalne ebakindlus. Kõige enam on leitud häirunud söömiskäitumisega seotud olevat järgmised alaskaalad – Kõhnuseihalus, Buliimia ja Kehaga rahulolematus (Garner jt., 1983; Hurley, Palmer & Stretch, 1990). EDI suudab eristada AN (Garner jt., 1983) ja BN patsiente (Schoemaker, Verbraak, Breteler & van der Staak, 1997) kontrollgrupist, samuti liigsöömisväljutavat AN alatüüpi piiravast alatüübist (Garner jt., 1983). Mitmed autorid viitavad aga asjaolule, et EDI alaskaalad mõõdavad üldisemat psühholoogilist häiritust ja ei erista adekvaatselt söömishäiretega patsiente teistest psüühikahäiretega patsientidest. Hurley kolleegidega (2006) arvab, et EDI alaskaalad Ebatõhusus, Perfektsionism, Interpersonaalne

usaldamatus ja Küpsuse hirmud ei oma spetsiifilist seost söömishäiretega. EDI reliaablust kinnitavad valdavalt uurimused kliinilise populatsiooniga, ent uurimused kontrollgrupiga on viidanud EDI reliaabluse ja valiidsuse ebaadekvaatsusele. Seega arvatakse, et EDI ei ole sobiv vahend söömishäirete avastamiseks populatsioonigrupis. Lisaks on leitud, et EDI-2 kolme lisaskaala reliaablus on madal, mis on viinud Eberenz ja Cleaves'i (1994) arvamusele, et lisaskaalad ei pruugi mõõta selget konstrukti, vaid mõõdavad konstrukti, mida algselt polnud kavas mõõta. EDI ei ole sobiv diagnoosimiseks, küll on abiks raviedukuse jälgimisel.

***Bulimia Test-Revised*** (BULIT-R; Thelen, Farmer, Wonderlich & Smith, 1991) on välja töötatud BN hindamiseks ning koosneb 28-st väitest. BULIT-R suudab eristada BN patsiente AN patsientidest ja kontrollgrupist. BULIT-R sise- ja kordustestireliaablused on olnud head (Thelen jt., 1991), mõõdik demonstreerib kõrget ennustavat ja eristavat valiidsust (Williamson jt., 1995). Skaala korreleerub olulisel määral EDI Buliimia alaskaalaga ning omab head sensitiivsust ja spetsiifilisust BN suhtes (Jacobi, Abascal & Taylor, 2003). BULIT-R ei soovitata kasutada AN ja LH patsientide puhul, skaala on sobiv BN kahtluse korral ning raviedukuse jälgimisel.

***Eating Disorder Diagnostic Scale*** (EDDS; Stice, Telch & Rizvi, 2000) kasutatakse AN, BN ja LH diagnoosimiseks DSM-IV kriteerimite järgi ning koosneb 22-st väitest. Skaala diagnooside kattuvus kliinilise intervjuu diagnoosidega, sensitiivsuse ja spetsiifilisuse näitajad, on kõrged AN ja BN puhul, ent LH puhul rahuldavad. EDDS on demonstreerinud head kordustestireliaablust, iseäranis AN puhul (Stice jt., 2000). Skaala sisereliaablus, sisu- ja konvergentne valiidsus on kõrged (Stice jt., 2000). Skaala üheks tugevuseks loetakse vastuolulise mõiste "liigsöömishoog" kasutamisest loobumist skaala küsimustes. EDDS on uus lootustandev instrument söömishäirete diagnoosimisel, mis paraku pole leidnud veel laialdast kasutust.

#### **1.4.2.3. Enesekohased skaalad spetsiifiliste söömishäiretega seotud konstruktide hindamiseks**

Arvatakse, et söömise piiramine mängib keskset rolli söömishäirete kujunemisel ja püsima jäämisel (Fairburn, 1997; Heatherton & Baumeister, 1991; Lowe, 1993; Polivy & Herman, 1993; Stice jt., 1998). Sagedamini kasutatavad skaalad söömise piiramise hindamisel on RS, TFEQ-R ning DEBQ.

***Restraint Scale*** (RS; Herman & Polivy, 1980) on mõeldud krooniliste dieedipidajate äratundmiseks. RS mõõdab kroonilise, edutu dieedipidamise tagajärgi nagu Kontrollimatu söömine ning Kaalu kõikumised (Gorman & Allison, 1995; Heatherton, Herman, Polivy,



King & McGree, 1988; Laessle, Tuschl, Kotthaus & Pirke, 1989b; Lowe, 1993). Skaala koosneb 10-st väitest, faktoranalüüsil eraldusid 2 alaskaalat - kaalu kõikumine ja muretsemine dieedi pärast, ent väidete laadumine faktoritesse on erinevate uurimuste põhjal vastuoluline (van Strien, Breteler & Ouwens, 2002). Sisereliaablus on rahuldav nii skaalal tervikuna kui ka alaskaaladel (Allison, Kalinsky & Gorman, 1992; Gorman & Allison, 1995; van Strien jt., 2002), kordustesti reliaablus on olnud hea (Gorman & Allison, 1995) ning skaala konstruktiivsust toetab tema võime ennustada rasvumist ja kaalu muutusi (Gorman & Allison, 1995).

***Three-Factor Eating Questionnaire – Cognitive Restraint Scale*** (TFEQ-R; Stunkard & Messick, 1985) sisaldab 51 väidet ja kolme faktorit - Kognitiivne kontroll söömise üle, Kontrollimatu söömine ja Tundlikkus näljatunde suhtes. Skaala on demonstreerinud head kordustesti valiidsust (Allison jt., 1992; Stunkard & Messick, 1985) ning head konvergentset ja divergentset valiidsust (Gorman & Allison, 1995). Siiski arvatakse, et skaala kõrged skoorid ei pruugi peegeldada söömise edukat piiramist hüpokaloraasilisele tasemele (Gorman & Allison, 1995; Heatherton jt., 1988; Laessle, Tuschl, Kotthaus & Pirke, 1989a; Laessle jt., 1989b; Lowe, 1993; Tuschl, Laessle, Platte & Pirke, 1990).

Kõigil uurijatel pole õnnestunud skaala autoritega samasugust faktorstruktuuri korrata. Karlsson'i ja tema kolleegide (2000) tulemuste kohaselt asendub Nälja tundlikkuse faktor Emotsionaalse söömise faktoriga ning väidete konvergentse ja eristava valiidsuse alusel pakuvad nad välja skaala lühendatud versiooni 18 väitega - TFEQ-R18. Samasugust faktorstruktuuri kinnitavad nii Prantsuse (de Lauzon jt., 2004) kui Soome uurijad (Anglé jt., 2009). Kognitiivse kontrolli ja Emotsionaalse söömise alaskaalade kõrged skoorid on leitud olevat positiivselt seotud kõrgema kehamassiindeksiga (Anglé jt., 2009). Skaala suudab peegeldada häirunud söömiskäitumist ning ennustada kaalu muutusi ja rasvumist, ent pole diagnostiliselt piisav söömishäirete eristamiseks.

***Dutch Eating Behavior Questionnaire*** (DEBQ; Van Strien, Frijters, Bergers & Defares, 1986) on 33-väiteline skaala, mis sisaldab 3 faktorit - söömise piiramine, emotsionaalne söömine ja eksternaalne söömine. Emotsionaalse söömise faktorit on võimalik jagada söömiseks, mis tekib reaktsioonina üldistele emotsioonidele ja söömiseks, mis tekib reaktsioonina spetsiifilisele emotsioonile. Söömise piiramise alaskaalal on DEBQ teiste alaskaaladega võrreldes kõrgem reliaablus ja valiidsus ning ta on heaks mõõdikuks dieedikäitumise hindamisel (Gorman & Allison, 1995). DEBQ koosneb tervikuna 33-st väitest, on demonstreerinud head kordustesti reliaablust (Allison jt., 1992; Banasiak jt., 2001) ning võimet eristada omavahel AN, BN naispatsiente ja kaalualandatavasse rühmadesse kuuluvaid

naisi (Wardle, 1987). Siiski on toetus DEBQ valiidsuse kohta küsitav, mistõttu vajab skaala täiendavat uurimist (Schlundt, 1995).

#### **1.4.2.4. Kehaga rahulolematuse ja häirunud kehataju hindamine**

Oluline on märkida, et kehataju mõõtmised hõlmavad peale kehaga rahulolematuse ka mitmete muude dimensioonide mõõtmist. Kehaimidzi hindamist võib tinglikult jaotada keha suuruse, keha suuruse ja –kujuga rahulolematuse, sotsiokultuuriliste riskifaktorite ja kõhnuse-ideaali internalisatsiooni ning kehaimidziga seotud käitumise hindamisteks. Figuraalsed stiimulmõõdikud (*Body Image Assessment – BIA*; Williamson jt., 1989) ei anna infot vaid kehaga rahulolematuse, vaid ka keha suuruse ülehindamise kohta, samuti hinnatakse soovitud kehasuurust, mille põhjal on võimalik teha järeldusi uuritava kõhnuseihaluse kohta (Stewart & Williamson, 2004). Kehataju hindamisel on kasutusel ka tehnilised võtted nagu moonutatud videokaamera meetod (*Distorting Video Camera Method*; Freeman, Thomas, Solyom & Hunter, 1984), kus kaamerapilt on moonutatav suuremaks ja väiksemaks vastavalt hinnatava tajule. Kehaga rahulolematuse hindamisel on kasutusel enesekohased skaalad nagu *Body Shape Questionnaire* (BSQ, Cooper jt., 1987) ning EDI-2 (Garner, 1991) Kehaga Rahulolematuse alaskaala. Sotsiokultuuriliste tegurite hindamisel uuritakse välimusega seotud sotsiaalsete standardite identifitseerimist ning aksepteerimist (*Sociocultural Attitudes toward Appearance Questionnaire – SATAQ*; Heinberg, Thompson & Stomer, 1995). Kehataju käitumusliku hindamise puhul uuritakse kehasuuruse ja kehakaalu kompulsiiivse kontrollimise sagedust (Stewart & Williamson, 2004) ning kehaga seotud vältivat käitumist (*Body Image Avoidance Questionnaire*; Rosen, Srebnik, Saltzberg & Wendt, 1991).

#### **1.4.2.5. Söömishäirete patoloogia käitumuslik hindamine**

Söömise käitumuslik hindamine võib anda täpsemat informatsiooni võrreldes enesekohaste küsimustike või diagnostiliste intervjuudega. Söömiskäitumise puhul on võimalik jälgida mitmeid, nii söömise patoloogiaga seotud (tarbitud toidu tüüp ja kogus; kuivõrd söömiseepisood on määratletav liigsöömishoona; kas kasutatakse peale söömist toitu väljutavat käitumist) kui ka söömiseepisoodide laiema kontekstiga seotud aspekte (koht; aeg; meeolu enne ja pärast söömist; näljatunne enne ja pärast söömist). Sagedaseim käitumuslik meetod on enesejälgimine. Ehkki enesejälgimise puhul on patsiendite poolt tehtavateks levinumateks vigadeks tahtlik toidukoguse vähendamine või toidukoguse hindamise ebatäpsus, on enesejälgimisest tulenevad andmed väga kasulikud kogu raviotsuse vältel (Anderson & Paulosky, 2004).

Käitumusliku meetodina on kasutusel ka nn. proovisöömine, mis võib osutada kasulikuks diagnostilises faasis, kui on kahtlus patsiendipoolsele sümptomite eitamisele või vähendamisele. Proovisöömist kasutatakse ka raviedukuse hindamisel (Williamson, 1990). Kuigi proovisöömist on väärtuslik infoallikas söömiskäitumise, raviedukuse ja dieedi pidamise kohta, ei leia antud meetod sagedast kasutamist ambulatoorse hindamisvahendina (Andersen, 1995; Anderson & Maloney, 2001; Anderson, Williamson, Johnson & Grieve, 2001) praktiliste takistuste tõttu (toidu hankimine, valmistamine, söömisele kuluv aeg).

### ***1.4.3. Söömishäirete hindamise eriteemad***

Söömishäirete korral, eeskätt AN patsientide seas on levinud sümptomite eitamine, vähendamine või ravist keeldumine (Goldner, Birmingham & Smye, 1997; Hamburg, Herzog, Brotman & Stasior, 1989; Harris, Wiseman, Wagner & Halmi, 2001; Vitousek jt., 1991). Äärmuslikel juhtudel eitab patsient oma söömisprobleeme täiel määral vaatamata objektiiivsetele andmetele. Sagedamini esineb haiguskriitika puudumist AN patsientide ja teismeliste AN ja BN patsientide puhul, kes on vanemate või hooldajate poolt nende tahtest olenemata ravile toodud. Kui ka ei esine sümptomite täielikku eitamist, võib siiski olla vähendatud probleemide tõsidus, näiteks raporteeritakse vähem liigsöömis-väljutamisepisoode või hinnatakse üle söödud toidukogust. Sageli on näha, et patsient tunnistab häirunud söömishoiakute ja -käitumiste olemasolu, ent vähendab nende mõju oma eluvaldkondadele või rõhutab söömishäire positiivset mõju oma elule (Serpell & Treasure, 2002; Serpell, Treasure, Teasdale & Sullivan, 1999). Arvatakse, et AN ja BN patsiendid eitavad oma probleeme erinevatel põhjustel; AN patsient eitab seetõttu, et ta leiab dieedipidamise ja kõhnuse olevat sarrustatud nii positiivselt kui ka negatiivselt, BN patsiendi eitamine lähtub pigem häbitundest oma söömiskäitumise pärast (Hamburg, Herzog, Brotman & Stasior, 1989; Hayaki, Friedman & Brownell, 2002; Vitousek jt., 1991). BN patsientidel on väga lihtne oma sümptomeid varjata, kuna kesksed sümptomid BN puhul esinevad varjatud kujul. AN patsientide puhul, kus on tegemist äärmusliku kõhnusega ja märkimisväärse kaalulangusega, on lihtsam eitamise taga häiret näha. Williamson (1990) soovib eitamise ja sümptomite tõsiduse vähendamise kahtluse korral koguda andmeid patsiendi lähedastelt või viia läbi proovisöömist. Tuleb meeles pidada, et mitte kõik eitamised ja vähendamised ei ole tahtlikud - patsientidel võib esineda raskusi oma siseseisundite äratundmise ja väljendamisega; tegemist võib olla nälgimise sekundaarse mõjuga (Vitousek jt., 1991) või kognitiivsete moonutuste mõjuga infotöötlemisele ja mälule (Williamson, Muller, Reas & Thaw, 1999).

## 2. EMPIIRILINE UURIMUS

Söömishäiretele on hakatud maailmas oluliselt enam tähelepanu pöörama viimastel kümnenditel. Söömishäired kujutavad endast progresseeruvalt süvenevat probleemi ka Eestis, nimelt on SA TÜK Psühhiaatrikliiniku andmetel viimastel aastatel mitmekordistunud nii *anorexia nervosa*, *bulimia nervosa* kui ka liigsöömishäire esinemissagedus võrreldes viie aasta taguse esinemissagedusega. Viimaste aastate keskmine ravijuhtude arv SA TÜK Psühhiaatrikliinikus oli AN korral ~65 juhtu aastas, neist atüüpilisi ~10; BN korral ~93 juhtu aastas, neist atüüpilisi 7; LH korral ~27 juhtu aastas (Juust, isiklik kontakt, 2009). Statsionaarsete ja ambulatoorsete naispatsientide suhe oli 1:3.

Söömishäirete diagnostikat ja raviedu hindamist komplitseerivad eestikeelsete valideeritud hindamisvahendite puudus. Kasutusel on küll struktureeritud psühhiaatrilised intervjuud, ent puudub kliiniliselt kasutatav eestikeelne söömishäireid hindav enesekohane küsimustik.

### 2.1. Töö eesmärk

Käesoleva magistrip projekti eesmärgiks on koostada eestikeelne söömishäireid hindav küsimustik, mis aitaks eristada söömishäirega patsiente tervetest ning anoreksia, buliimia ja liigsöömishäirega patsiente omavahel. Erinevused võiksid ilmned a järgmistes tunnustes: püsiv hirm kaalu tõusu ees, mistõttu seatakse kehakaalule väga ranged piirangud; kaalutõusu ärahoidmiseks kasutatakse äärmuslikke strateegiaid nagu dieedi pidamine ja/või toidu väljutamine; esinevad kontrollimatud liigsöömishood, mis võivad olla seotud emotsioonide regulatsiooniga; esineb keha väärtaju ning hõivatus söömise, kehakaalu ja -kujuga seotud mõtetest, mis mõjutavad ülemääraselt kehale antavat ning üldist enesehinnangut.

### 2.2. Söömishäireid hindava skaala (esialgne SHS) konstrueerimine

Häirunud söömiskäitumist käsitleva kirjanduse põhjal leitud märksõnadest koostasime küsimustiku tarbeks väited, mis oleksid vastavuses *anoreksia nervosa*, *bulimia nervosa* ja liigsöömishäire diagnostiliste kriteeriumitega nii DSM-IV kui ka RHK-10 järgi. Koostatud väidete sisu ning sõnastust võrdlesime olemasolevate söömishäireid hindavate skaaladega (EDI-2, EAT, EDDS). Püüdsime koostada teiste söömishäireid hindavate skaalade väidetega sisu poolest analoogseid väiteid, ning genereerisime oma kliinilise töö kogemusele toetudes väiteid, mis iseloomustaksid söömishäiretega patsientidele omast käitumist, tundeid ja mõtteid. Esialgsele väidete komplektile palusime tagasisidet TÜ psühholoogia magistriõppe üliõpilastelt (n=18) eeskätt arusaadavuse ja väidete keerukusastme kohta. Samuti saatsime

väidete kogumi ka Eesti söömishäirete ekspertidele (N=4), et nad hindaksid väidete vastavust söömishäirete diagnostilistele kriteeriumitele. Antud tegevuste tulemusena konstrueerisime 86-väitelise söömishäireid hindava skaala (esialgne SHS).

### 2.3. Püstitatud hüpoteesid

- 1) genereeritud väited moodustavad faktoranalüüsil järgmisi alaskaalasisid: söömise piiramine (dieedi pidamine), kompensatoorne käitumine (toidu väljutamine, intensiivne keheline aktiivsus), liigsöömishood, emotsionaalne söömine ning rahulolematuse keha;
  - 2) söömishäiretega gruppide skoorid SHS alaskaaladel ja üldskooris on oluliselt kõrgemad kui kontrollgrupil;
  - 3) AN patsiendid eristuvad teistest söömishäirega patsientidest kõrgemate skooride poolest söömise piiramises (dieedipidamises);
  - 4) BN patsiendid eristuvad teistest söömishäiretega patsientidest kõrgemate skooridega liigsöömise, emotsionaalse söömise, kompensatoorse käitumise ning keha rahulolematusega seotud alaskaaladel ja SHS üldskooris;
  - 5) kaalujälgijad saavad kontrollgrupiga võrreldes kõrgemaid skooore liigsöömise, emotsionaalse söömise ja keha rahulolematusega seotud alaskaalades.

### 2.4. Meetod

#### 2.4.1. Uuritavad

Uurimuses osales 620 naist vanuses 13-65 eluaastat, keskmise vanusega 26,2 aastat (SD=10,9). Katseisikud jagunesid 4 gruppi.

**Kliiniline grupp** (N=99), kelle moodustasid SA TÜK Psühhiaatrikliiniku Söömishäirete Keskuse statsionaarse ja ambulatoorse ravi naispatsiendid diagnoosidega *anorexia nervosa* (N=40), *bulimia nervosa* (N=39) ja liigsöömishäire (N=20). Kliiniline grupp koguti aastatel 2006-2008 koostöös Psühhiaatrikliiniku Söömishäirete Keskusega, katseisikud täitsid küsimustepaketi haiglas või kodus.

**Kontrollgruppi** (N=61) kuuluvad psüühiaatriliste häirete esinemise suhtes kontrollitud katseisikud. Häireteta kontrollgruppi koguti 2007.a. talvest "lumepalli meetodil" kuni 2008. a. sügiseni. Antud grupp koosneb kliinilise grupiga vanuse ja haridustaseme poolest sobitatud TÜ sotsiaalteaduskonna tudengitest, Tartu meditsiinitöötajatest ja erinevatest Tartu tööstus-asutustest kaasatud naisisikutest. Testipakett täideti katsealuste poolt kodus. Kontrollgrupi andmed on kogutud töö autori poolt.

**Populatsioonigrupi** (N=413) moodustasid Tallinna, Põlva ja Pärnu gümnaasiumiastme õpilased ja õpetajad, Tallinna Ülikooli ja Tartu Ülikooli tudengid ning Lääne-Virumaa haridus- ja kutseasutuste töötajad, kelle andmeid koguti aastatel 2006-2007 ning kes täitsid testipaketi kodus.

**Kaalujälgijate grupp** (N=47), kelle moodustasid Tartu piirkonna kaalujälgijad, kes olid vahetult Kaalujälgijate rühmaga liitunud. Andmete kogumine toimus 2006. aastal, katseisikud täitsid testipaketi kodus.

#### 2.4.2. Mõõtmisvahendid

Uurimuses kasutatud testipakett anti katseisikule kirjalikuks täitmiseks ning tagastati andmete kogujale kokkulepitud aja möödudes isiklikult või posti teel kinnises ümbrikus. Testipakett koosnes demograafiliste andmetega üldankeedist ja kahest söömishäirete küsimustikust (SHS, EDI-2).

**Söömishäireid hindav skaala** (esialgne SHS). Skaala koostati antud uurimuse tarbeks. Esialgne väidete kogum koosnes 86-st söömishäiretele spetsiifilisest väitest koos 7 diagnostilise lisaküsimusega. Vastuste andmine baseerus 6-pallisel Likerti skaalal vahemikus „alati“ kuni „mitte kunagi“. Lisaküsimused olid püstitatud „jah-ei“ stiilis või uuriti häirunud söömiskäitumise sagedust nädala lõikes.

**Eating Disorder Inventory-2** (EDI-2; Garner, 1991; Podar, Hannus & Allik, 1999). Tulemuste analüüsimisel on kasutatud EDI-2 kolme alaskaalat: Buliimia – mõõdab kontrollimatut söömist ning soovi toitu väljutada (näiteks „*On juhtunud, et ma ei saa söömist lõpetada*“); Kehaga rahulolematuse - mõõdab rahulolematust oma kehakujuga ja veendumust, et teatud kehaosad nagu kõht, reied, tuharad, puusad on liiga suured (näiteks „*Ma arvan, et mu kõht on liiga suur*“); Kõhnuseihalus - mõõdab ülemäärast hõivatust kõhnuse olulisusest, kehakaalust, dieedi pidamisest (näiteks „*Kui avastan, et olen pool kilo juurde võtnud, siis kardan, et see läheb samamoodi edasi*“). Küsimustik tervikuna koosneb 91-st väitest, mis mõõdavad anoreksiale ja buliimiale omaseid hoiakulisi ja käitumuslikke dimensioone (Waldherr, Favaro, Santonastaso, van Strien & Rathner, 2008). Väiteid paluti hinnata 6-pallisel skaalal vahemikus „alati“ kuni „mitte kunagi“.

**Kliiniline intervjuu.** Kliinilisel grupil (N=99) viidi läbi kliiniline intervjuu psühhiaatri ja/või kliinilise psühholoogi poolt; kontrollgrupp (N=69) läbis struktureeritud psühhiaatrilise intervjuu (Mini rahvusvaheline neuropsühhiaatriline intervjuu DSM-IV, MINI 5.0.0.) (Sheehan & Lecrubier, 1998; eesti keeles Shlik, Aluoja & Kihl, 1999), mis viidi läbi kliinilise

psühholoogi poolt. Intervjueeritustest 8 puhul tuvastati psüühikahäire ning nad arvati kontrollgrupist välja.

**Demograafilised andmed.** Vastajal paluti täita ankeet, kus olid andmed vanuse, haridustaseme, soo, pikkuse, kehakaalu, väikseima ja suurima kehakaalu ja soovitud kehakaalu kohta. Kliinilisel ja psühhiaatriliste häirete suhtes kontrollitud grupil mõõdeti tegelikku kaalu ja pikkust, teiste gruppide puhul kasutati eneseraporteeritud andmeid. Kehakaalu ja pikkuse alusel arvutati katseisiku kehamassiindeks ( $KMI = \text{kehakaal kg/pikkus m}^2$ ). Soovkaalu põhjal arvutati katseisiku soovitud nn. ideaalne kehamassiindeks. Kliinilisel grupil täitis ankeedi psühhiaater/kliiniline psühholoog, kuna lisada tuli ka põhidiagnoos (söömishäire) ja kaasuvad häired, söömishäire kestvus ja tarvitavad ravimid.

## 2.5. Uurimustulemuste kirjeldus

Andmetöötlus viidi läbi valdavalt statistilise andmetöötluse programmi STATISTICA 8.0 abil. Töös kasutatakse kirjeldavaid statistikuid, tunnuste koondamiseks eksploratiivset faktoranalüüsi peakomponentide meetodil ning faktorite sisereliaabluse uurimiseks Cronbach'i näitajat. Väidete omavahelist sobivust demonstreeritakse korrelatsioonseoste abil, gruppide vaheliste keskmiste võrdlemiseks kasutati dispersioonanalüüsi (ANOVA) ning muutujate vaheliste seoste leidmiseks Pearsoni korrelatsioonanalüüsi. Kovariatsioonanalüüsiks kasutati ANCOVA-t. Skaala äralõikepunktide leidmine viidi läbi SPSS 15.0 ROC (*Receiver Operating Characteristic*) kõvera meetodil leidmaks alaskaaladele ja üldskooridele tasakaalustatuimat sensitiivsuse ja spetsiifilisuse vahekorda. Sensitiivsus peegeldab skaala võimet korrektselt tuvastada kliinilisi patsiente ning spetsiifilisus peegeldab skaala võimet korrektselt tuvastada häirevabasid isikuid. Sensitiivsuse ja spetsiifilisuse vahekord peegeldab skaala tabamuste täpsust, näidates kui suur pindala jääb ROC kõvera alla. Kõveraalune pindala peegeldab skaala suhet tõeliste positiivsete ja valepositiivsete vahel. I tüüpi vea suurust näitab valepositiivsete hulk kontrollgrupis ning II tüüpi vea suurust näitab valenegatiivsete hulk söömishäirega grupis.

### 2.5.1. Demograafilised andmed ja diagnostilised lisaküsimused

Kliinilises grupis jagunesid patsiendid arvuliselt söömishäirete diagnooside vahel vastavalt 40 AN, 39 BN ja 20 LH patsienti. AN patsientidest 37 olid piiravat alatüüpi, vaid kolme AN patsiendi puhul esines diagnostiliselt olulisel määral toitu väljutavat käitumist. BN patsientidest 38 olid väljutavat alatüüpi ning vaid üks piiravat BN alatüüpi. Kümnel BN patsiendil oli anamneesis AN episood, kolmel LH patsiendil oli varasemalt esinenud BN

episood ning üks AN patsient raporteeris varasemalt esinenud BN episoodi. Komorbiidset sümptomaatikat esines BN patsientidest 53,8 % valdavalt meeleoluhäire, alkoholisõltuvuse või piirialast tüüpi isikusehäire näol; AN patsientide hulgas esines komorbiidsust 17,5 % valdavalt meeleolu- ja ärevushäire näol; LH patsientidest 40 % esines valdavalt meeleoluhäire.

Katseisikute vanuse ja diagnostiliste lisaküsimuste tulemuste alusel on näha (Tabel 1), et kõige noorema ja kehamassiindeksi (KMI) alusel kergema grupi moodustavad AN patsiendid. BN patsiendid jäävad vanuse poolest 20-30-eluaasta vahemikku, olles KMI alusel normaalkaalulised. Vanuse ja KMI alusel on omavahel sarnased LH patsiendid ja kaalujälgijad, jäädes vanusevahemikku 30-40eluaastat ning olles KMI alusel ülekaalulised, LH puhul isegi rasvunud.

Kõik grupid peale AN patsientide soovivad kaaluda vähem, suurim erinevus hetke KMI ja soovitud KMI alusel on LH patsientide ja kaalujälgijate puhul ( $p < 0,01$ ). AN patsiendid soovivad kaaluda oma hetke KMI-ga võrreldes rohkem ( $p < 0,01$ ).

**Tabel 1.** Katseisikuid kirjeldavad statistikud.

	AN (N=40)	BN (N=39)	LH (N=20)	Kontroll- grupp (n=61)	Popul. grupp (n=413)	Kaalu- jälgijad (n=47)
Vanus	19,8±5,8	22,4±6,4	34,3±12,5	25,8±8,9	25,7±11,0	36,1±9,6
KMI	15,8±2,4**	21,6±3,4	34,2±7,7**	22,8±4,0	22,4±3,9	30,1±5,4**
Soovitud KMI	18,6±1,3	19,7±1,4	24,8±3,7	20,6±2,0	20,7± 2,4	23,6±2,5
Söömishoogude sagedus (nädalas)	1,0±3,2	7,6±8,9**	7,4±10,6**	0,3±0,5	0,8±3,2	1,3±3,0
Treeningute sagedus (nädalas)	2,7±3,1**	3,6±4,5**	1,2±2,0	1,7±1,5	1,8±1,9	1,6±2,6
Kompensatoorsete käitumiste sagedus (nädalas):						
Oksendamine	1,2±5,5**	9,6±13,0**	0±0,1	0	0±0,3	0±0,3
Lahtistid	0,3±1,2	3,3±7,0**	0,2±0,5	0	0,1±2,1	0,2±1,0
Diureetikumid	0,2±1,1**	0,3±0,9**	1,3±4,3**	0	0±0,1	0
Söögiisu vähendavad preparaadid	0,2±1,1	2,7±5,2**	2,9±6,2**	0	0,3±2,8	2,7±5,8**

*Märkus:* AN- *anorexia nervosa* grupp; BN - *bulimia nervosa* grupp; LH - liigsöömishäire grupp; Kontrollgrupp - psüühikahäirete esinemise suhtes kontrollitud grupp; Popul.grupp - populatsioonigrupp; Kaalujälgijad - Kaalujälgijate rühmadest kogutud grupp.

\*\*  $p < 0,01$  - statistiliselt oluline erinevus kontrollgrupi ja populatsioonigrupi suhtes

Diagnostiliste lisaküsimustega koguti infot katseisikute söömishoogude, treeningute ja kaalutõusu kompenseerivate käitumiste sageduse kohta. Oluliselt erinevad teistest söömishäirete gruppidest, kontroll- ja populatsioonigruppidest ning kaalujälgijatest BN patsiendid



tahtlikult esile kutsutud oksendamise ja lahtistite kuritarvitamise sageduse poolest (erinevus kontroll- ja populatsioonigrupist vastavalt  $F(1,511)=261,2$ ;  $p<0,001$ ) ja  $F(1,509)=51,3$ ;  $p<0,0001$ ). Söömishoogude sageduselt on sarnased BN ja LH patsiendid, kellel esineb võrreldes kontroll- ja populatsioonigrupiga oluliselt sagedamini liigsöömishoogusid (vastavalt  $F(1,465)=115,6$ ;  $p<0,001$  ja  $F(1,445)=62,1$ ;  $p<0,001$ ). Treeningutele on enim pühendunud BN (erinevus kontroll- ja populatsioonigrupist:  $F(1,499)=23,9$ ;  $p<0,001$ ) ja AN patsiendid ( $F(1,500)=7,53$ ;  $p<0,01$ ); diureetikume kaalukontrollimise eesmärgil kasutavad sagedamini LH patsiendid (erinevus kontroll- ja populatsioonigrupist:  $F(1,491)=46,3$ ;  $p<0,001$ ) ning söögiisu vähendavate preparaatide kasutamine on sagedasem nii BN ja LH patsientide (erinevus kontroll- ja populatsioonigrupist: vastavalt  $F(1,511)=26,0$ ;  $p<0,001$  ja  $F(1,491)=16,1$ ;  $p<0,001$ )) kui ka kaalujälgijate hulgas (erinevus kontroll- ja populatsioonigrupist:  $F(1,519)=27,0$ ;  $p<0,001$ ).

### 2.5.2. Faktoranalüüs

Tabelis 2 on esitatud SHS väidete peakomponentide meetodil läbi viidud faktoranalüüsi tulemused. Omaväärtuste ( $>1$ ) ja *screeplot* joonise alusel valisime välja 4-faktorilise lahendi (omaväärtused vastavalt 29,8; 6,21; 3,83; 2,65). Väited, mis omasid faktorlaadungeid enam kui ühes faktoris, ja väited, mille sisereliaablus oli sama faktori ülejäanud väidetega võrreldes madalam, arvasime väidetekomplektist välja. Faktoranalüüsi järgselt jäi esialgse 86 väite asemele alles 29 väidet, mis laadusid tugevamalt kindlasse faktorisse ning mille faktorlaadungid olid suuremad kui 0,6. Antud faktorilahend, kirjeldas 65,8% häirunud söömiskäitumisest; üksikfaktorite kirjeldusvõime oli vastavalt 38,7%, 13,4%, 7,9% ja 5,8%. Alles jäänud väidete ( $N=29$ ) alusel defineeriti faktorite tähendus ning tulemuseks oli 4 alaskaalat: Söömise piiramine (8 väidet), Liigsöömine (9 väidet), Toidu väljutamine (4 väidet) ning Hõivatus välimusest ja kehakaalust 8 väidet).

**Tabel 2.** SHS faktorlaadungid.

	<b>Söömise piiramine</b> $\alpha=0,90$ $r=0,55$	<b>Liigsöömine</b> $\alpha=0,90$ $r=0,51$	<b>Toidu väljutamine</b> $\alpha=0,92$ $r=0,76$	<b>Hõivatus välimusest ja kehakaalust</b> $\alpha=0,94$ $r=0,66$
Alaskaalad väidetega				
<b>Söömise piiramine (8 väidet)</b>				
Ma olen teadlik oma toiduportsjonite kaloraazist	<b>.68</b>			
Mul on perioode, mil ma piiran oma söömist	<b>.68</b>			
Ma püüan vältida kaloririkaste toitude söömist	<b>.85</b>			
Ma väldin rasvaste toitude ja maiustuste söömist	<b>.79</b>			
Mul on kombeks lugeda toiduetikettidelt kaloraazi	<b>.77</b>			
Pean kinni reeglist, et õhtuti ei sööda	<b>.60</b>			
Ma eelistan madala kalorsusega toite	<b>.83</b>			
Kehakaalu jälgimine on minu jaoks väga tähtis	<b>.67</b>			
<b>Liigsöömine (9 väidet)</b>				
Kui olen närviline või ärritunud, siis hakkan sööma		<b>.65</b>		
Mul on päevi, mil ma näkitsen kogu aeg midagi süüa		<b>.71</b>		
Mul on olukordi, mil söön igavusest, tüdimusest		<b>.75</b>		
Mul on tunne, et söömine aitab mul rahuneda		<b>.71</b>		
On hetki, mil enesele märkamatuult olen juba sööma hakanud		<b>.69</b>		
On päevi, mil ma ei mõtle muust kui söögist		<b>.62</b>		
Mul on vastupandamatu söögiisu		<b>.72</b>		
On olukordi, kus ma ei suuda söömist lõpetada		<b>.70</b>		
Söön ka siis, kui ei tunne nälga		<b>.75</b>		
<b>Toidu väljutamine (4 väidet)</b>				
Kui olen palju söönud, siis oksendan ebamugavustunde leevendamiseks			<b>.89</b>	
Ma kasutan kaalu kontrollimiseks äärmuslikke meetodeid (näiteks oksendamine, lahtistite tarvitamine)			<b>.87</b>	
Ma tahan peale söömist oksendada			<b>.89</b>	
Pärast sööki on mul tahtmine toit endast välja saada			<b>.74</b>	
<b>Hõivatus välimusest ja kehakaalust (8 väidet)</b>				
Ma arvan, et kui oleksin kõhnem, siis oleksin edukam				<b>.70</b>
Ma tunnen, et olen paks				<b>.75</b>
Ma üritan oma keha teiste inimeste eest varjata				<b>.77</b>
Mul on ebamugav oma keha peeglis näha				<b>.80</b>
Minus tekitab ebamugavust teadmine, et keegi vaatab mu figuuri				<b>.82</b>
Ma arvan, et oleksin inimesena väärtuslikum, kui saavutaksin kaalu, mida soovin				<b>.71</b>
Ma eelistan kanda riideid, mis varjavad mu kehakuju				<b>.76</b>
Mind vaevavad mõtted, et inimesed annavad mu välimusele negatiivse hinnangu				<b>.72</b>

*Märkus:* Faktoranalüüs peakomponentide meetodil, *varimax* pööratud. Faktorlaadungid  $>|.60|$  tumedalt trükitud kirjas.

Faktorite sisereliaablusnäitajad olid väga head (Cronbach'i  $\alpha=0,90-0,93$ ), väidete omavahelised keskmised korrelatsioonid ulatusid  $0,50-0,76$ .

Peatelgedel meetodil leitud faktorstruktuuris oli väidete laadumine faktoritesse analoogne peakomponentide meetodi tulemustega, erinevus avaldus faktorite järgnevuses, nimelt vahetasid kohad oma kirjeldusvõime poolest liigsöömist ning hõivatust välimusest ja kehakaalust peegeldavad faktorid.

Poolitustesti (*split-half*) tulemused viitasid 29-väitelise skaala kõrgele poolitustesti reliaablusele, väärtusega 0,95.

### 2.5.3. Korrelatsioonseosed

SHS alaskaalade ja üldskoori omavahelised korrelatsioonid ning korrelatsioonseosed EDI-2 kolme esimese alaskaalaga - Buliimia, Kehaga rahulolematus ja Kõhnuseihalus - kogu valimi puhul on esitatud Tabelites 3 ja 4.

**Tabel 3.** SHS alaskaalade ja üldskoori vahelised korrelatsioonseosed.

SHS	Söömise piiramine	Liig-söömine	Toidu väljutamine	Hõivatus välimusest ja kehakaalust	SHS üldskoor
Söömise piiramine					
Liigsöömine	0,25**				
Toidu väljutamine	0,36**	0,45**			
Hõivatus välimusest ja kehakaalust	0,58**	0,55**	0,44**		
SHS üldskoor	0,75**	0,74**	0,62**	0,89**	

Märkus: N=555

\*\* p<0,01 - statistiliselt oluline korrelatsioonseos

**Tabel 4.** SHS alaskaalade ja üldskoori korrelatsioonid EDI-2 kolme alaskaalaga.

EDI-2	Söömise piiramine	Liig-söömine	Toidu väljutamine	Hõivatus välimusest ja kehakaalust	SHS üldskoor
Buliimia	0,40**	0,64**	0,73**	0,61**	0,74**
Kehaga rahulolematus	0,51**	0,39**	0,40**	0,74**	0,69**
Kõhnuseihalus	0,61**	0,46**	0,63**	0,76**	0,80**

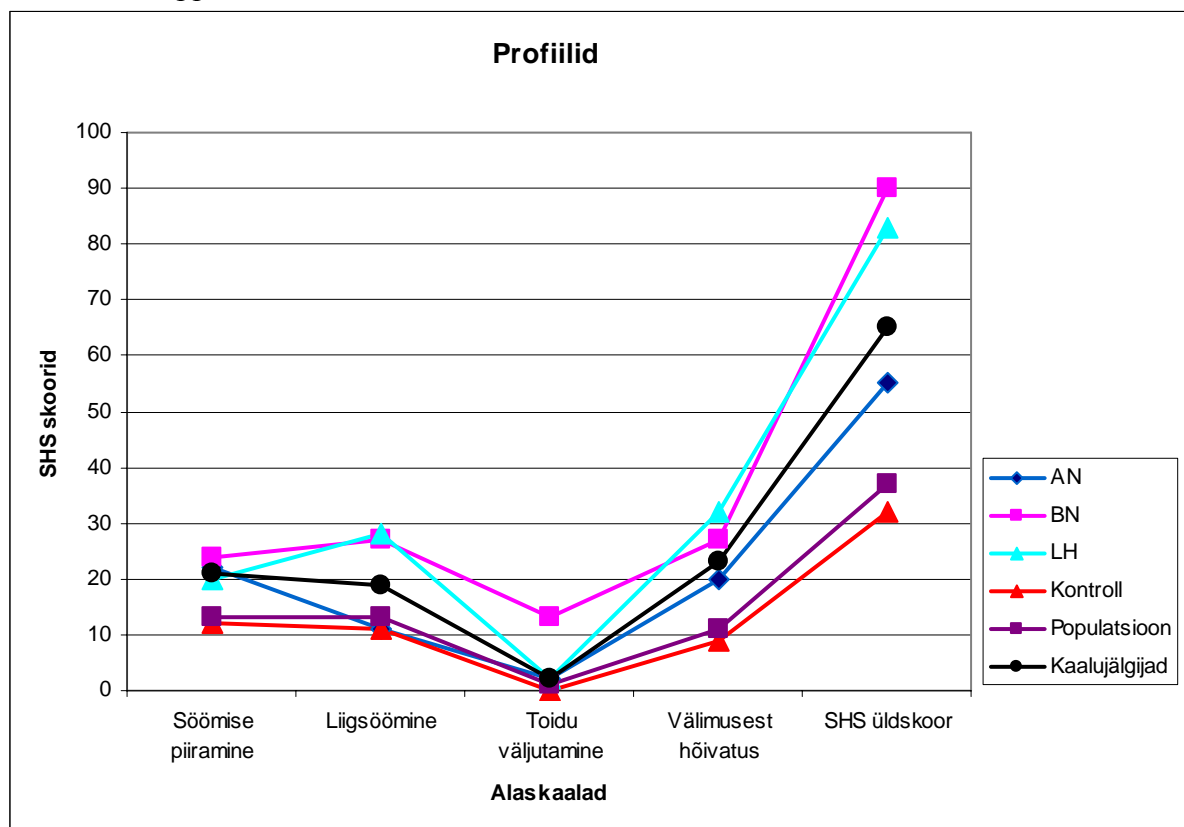
Märkus: N=555

\*\*p<0,01 - statistiliselt oluline korrelatsioonseos

### 2.5.4. SHS alaskaalade skoorid ja üldskoor

Leitud faktoreid käsitlesin väidete sisu alusel SHS alaskaaladena, mille keskmised skoorid ja gruppide vahelised erinevused on toodud tabelis 5. Joonisel 1 võib näha keskmiste skooride alusel kujutatud erinevate gruppide profile.

**Joonis 1.** Gruppide keskmised tulemused SHS alaskaaladel.



Märkus: AN- *anorexia nervosa* grupp (N=40); BN - *bulimia nervosa* grupp (N=39); LH - liigsöömishäire grupp (N=20); Kontroll – psüühikahäirete esinemise suhtes kontrollitud grupp (N=61); Populatsioon – populatsioonigrupp (N=413); Kaalujälgijad – Kaalujälgijate rühmadest kogutud grupp (N=47).

**Tabel 5.** SHS alaskaalade ja üldskoori keskmiste tulemuste ja standardhälvete võrdlus kliinilise ja kontrollgrupi vahel.

	Kliiniline grupp	Kontrollgrupp	F-väärtus	p-väärtus
Söömise piiramine	22,6±9,4	13,2±8,2	102,5 (1,570)	<0,001
Liigsöömine	20,8±11,5	12,4±7,0	90,0 (1,571)	<0,001
Toidu väljutamine	6,18±6,9	0,62±1,3	264,5 (1,571)	<0,001
Hõivatus välimusest ja kehakaalust	24,9±10,0	10,6±8,4	222,7 (1,571)	<0,001
SHS üldskoor	74,2±25,8	36,9±18,7	281,2 (1,571)	<0,001

Märkus: Kliiniline grupp – *anoreksia nervosa*, *bulimia nervosa* ja liigsöömishäire grupp (N=99); Kontrollgrupp – psüühikahäirete esinemise suhtes kontrollitud grupp ja populatsioonigrupp koos (N=474).

Erinevusi kliinilise grupi ja kontrollgrupi vahel ning kliinilistel gruppidel omavahel uurisime *post-hoc* Scheffe testi abil. Tulemused on toodud allolevas tabelis nr. 6. Kliinilise grupi keskmised tulemused ning statistiliselt olulised erinevused on ära toodud töö lisas.

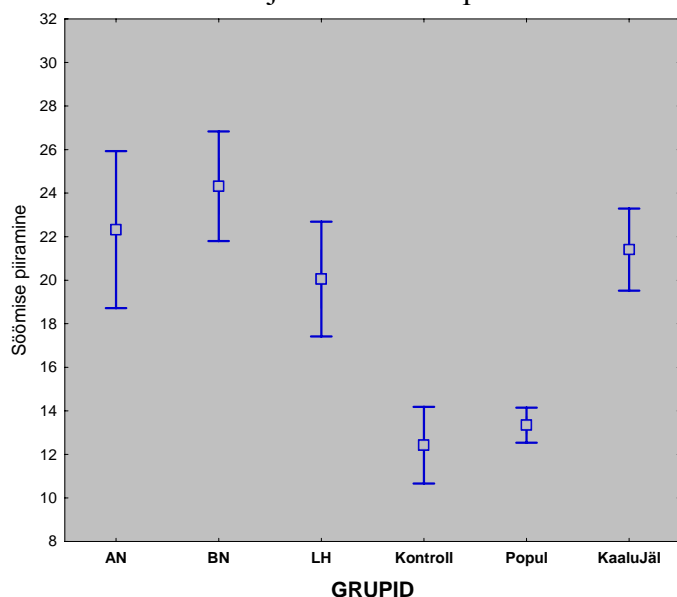
**Tabel 6.** Gruppide vaheline järjestatus SHS alaskaalade ja üldskoori keskmiste tulemuste alusel.

	Gruppide järjestus
Söömise piiramine	Kliiniline, Kaalujälgijad > Kontroll
Liigsöömine	LH, BN > Kaalujälgijad > Kontroll, AN
Toidu väljutamine	BN > LH, AN, Kaalujälgijad, Kontroll
Hõivatus välimusest ja kehakaalust	BN/LH > Kaalujälgijad, AN > Kontroll
SHS üldskoor	BN/LH > Kaalujälgijad, AN > Kontroll

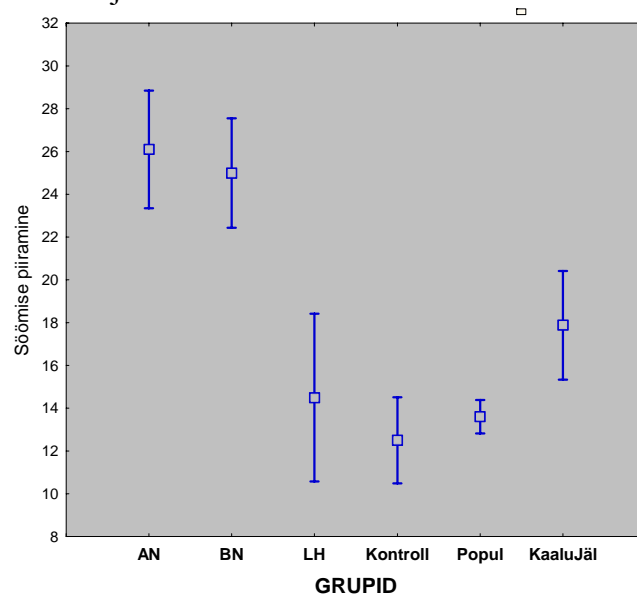
*Märkus:* Kliiniline grupp – *anoreksia nervosa*, *bulimia nervosa* ja liigsöömishäire grupp (N=99); AN- *anorexia nervosa* grupp (N=40); BN - *bulimia nervosa* grupp (N=39) ; LH - liigsöömishäire grupp (N=20); Kontrollgrupp - psüühikahäirete esinemise suhtes kontrollitud grupp ja populatsioonigrupp koos (N=474); Kaalujälgijad – Kaalujälgijate rühmadest kogutud grupp (N=47).

#### 2.5.4.1. Söömise piiramise alaskaala

Söömise piiramise alaskaala tulemus on kliinilistel gruppidel sarnane, BN patsiendid piiravad oma söömist antud alaskaala alusel kõige enam. LH patsiendid piiravad oma söömist teiste häiregruppidega võrreldes vähem, erinedes oluliselt BN patsientidest ( $F(1,56)=4,4$ ;  $p<0,05$ ). Kaalujälgijate keskmine tulemus on söömise piiramises sarnane kliiniliste gruppide tulemusele, erinedes oluliselt kontroll- ja populatsioonigrupist ( $(F(1,519)=44,4)$ ;  $p<0,001$ ). Võttes arvesse KMI mõju (ANCOVA), said söömise piiramises kõrgeima tulemuse AN patsiendid. LH patsientide ja kaalujälgijate tulemus sarnaneb KMI mõju arvestades kontroll- ja populatsioonigrupi tulemusele.

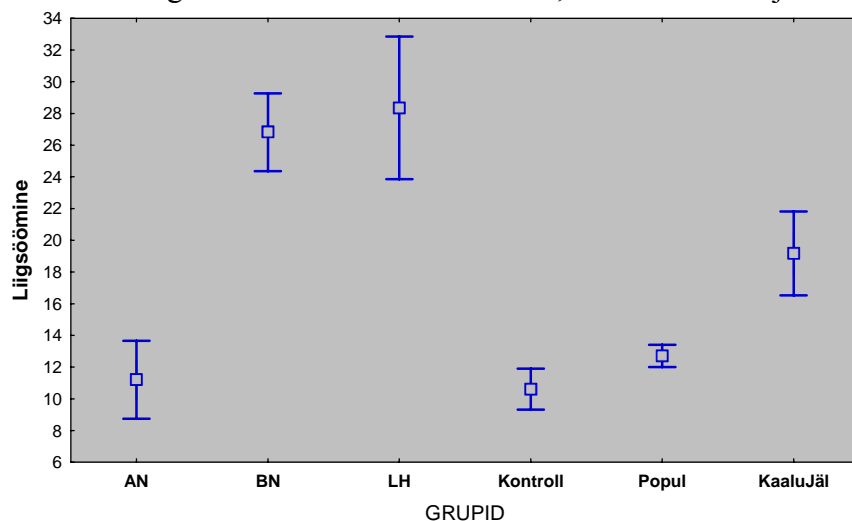
**Joonis 2.** Söömise piiramise alaskaala keskmised, standardhälved ja 95% usalduspiirid.

Märkus: AN – anorexia nervosa grupp; BN - bulimia nervosa grupp; LH - liigsöömishäire grupp; Kontrollgrupp - psüühikahäirete esinemise suhtes kontrollitud grupp; Popul – populatsioonigrupp; KaaluJäl - kaalujälgijate rühmadest kogutud grupp.

**Joonis 3.** Söömise piiramise alaskaala keskmised KMI mõju kontrollimisel.

Märkus: AN – anorexia nervosa grupp; BN – bulimia nervosa grupp; LH - liigsöömishäire grupp; Kontrollgrupp – psüühikahäirete esinemise suhtes kontrollitud grupp; Popul - populatsioonigrupp; KaaluJäl – kaalujälgijate rühmadest kogutud grupp.

#### 2.5.4.2. Liigsöömise alaskaala

**Joonis 4.** Liigsöömise alaskaala keskmised, standardhälbed ja 95% usalduspiirid.

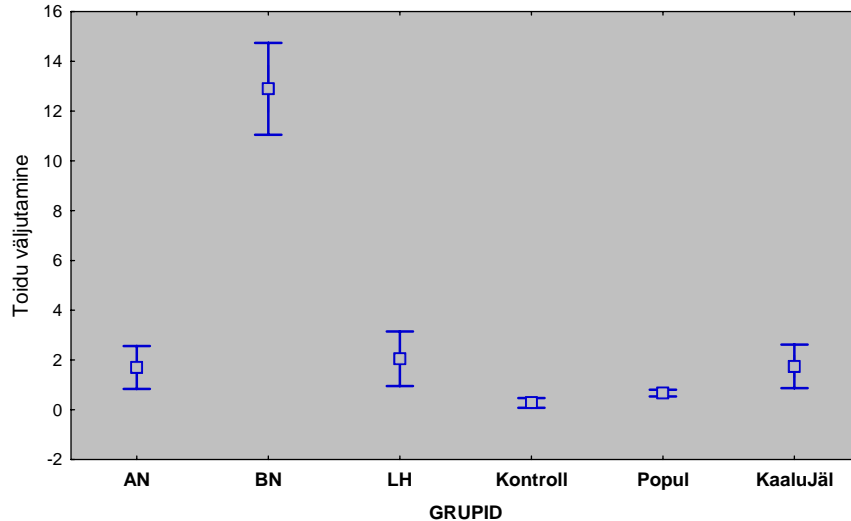
Märkus: AN - anorexia nervosa grupp; BN - bulimia nervosa grupp; LH - liigsöömishäire grupp; Kontrollgrupp - psüühikahäirete esinemise suhtes kontrollitud grupp; Popul - populatsioonigrupp; KaaluJäl – kaalujälgijate rühmadest kogutud grupp.

Liigsöömise alaskaala alusel esineb BN ja LH patsientidel oluliselt enam liigsöömishoogusid võrreldes AN patsientidega (vastavalt  $F(1,77)=77,8$  ja  $F(1,58)=51,1$ ;  $p<0,001$ ). AN patsientide ja kontrollgrupi vahel puudub erinevus Liigsöömise alaskaala skoorist lähtuvalt.

Kaalujälgijatel esineb liigsöömishoogusid AN patsientidega ( $F(1,85)=18,3$ ;  $p<0,001$ ) ja kontrollgrupiga ( $F(1,519)=36,7$ ;  $p<0,001$ ) võrreldes rohkem, ent BN patsientide ( $F(1,84)=16,7$ ;  $p<0,001$ ) ja LH patsientidega ( $F(1,65)=12,9$ ;  $p<0,001$ ) võrreldes vähem.

### 2.5.4.3. Toidu väljutamise alaskaala

**Joonis 5.** Toidu väljutamise alaskaala keskmised, standardhälved ja 95% usalduspiirid.



Märkus: AN - *anorexia nervosa* grupp; BN - *bulimia nervosa* grupp; LH - liigsöömishäire grupp; Kontrollgrupp - psüühikahäirete esinemise suhtes kontrollitud grupp; Popul - populatsioonigrupp; Kaalujäl – kaalujälgijate rühmadest kogutud grupp.

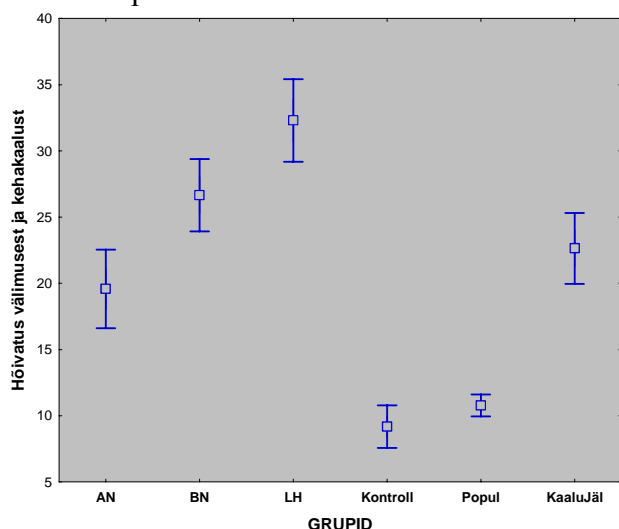
Toidu väljutamise alaskaalal saavad oluliselt enam punkte BN patsiendid nii söömishäirete, AN ja LH, patsientidega võrreldes (vastavalt  $F(1,77)=117,8$  ja  $F(1,57)=61,8$ ;  $p<0,001$ ) kui ka kontroll- ja populatsioonigrupi ja kaalujälgijatega võrreldes (vastavalt  $F(1,511)=1295,0$  ja  $F(1,84)=127,7$ ;  $p<0,001$ ). Kontrollgrupist oluliselt enam esineb toidu väljutamist AN patsientide ( $F(1,512)=19,5$ ), LH patsientide ( $F(1,492)=20,4$ ) ning kaalujälgijate ( $F(1,519)=22,3$ ;  $p<0,001$ ) hulgas.

### 2.5.4.4. Hõivatus välimusest ja kehakaalust alaskaala

Hõivatus välimusest ja kehakaalust on enam väljendunud LH patsientide puhul, kes erinevad oluliselt AN ja BN patsientidest (vastavalt  $F(1,58)=27,6$ ;  $p<0,001$  ja  $F(1,56)=6,3$ ;  $p<0,05$ ). BN patsientide Hõivatus välimusest ja kehakaalust on võrreldes AN patsientidega oluliselt kõrgem ( $F(1,76)=11,8$ ;  $p<0,001$ ). Kaalujälgijate tulemus antud alaskaalal sarnaneb AN patsientidele, olles oluliselt väiksem BN ( $F(1,83)=4,17$ ;  $p<0,05$ ) ja LH patsientidest ( $F(1,65)=17,1$ ;  $p<0,001$ ) ning oluliselt kõrgem kontroll- ja populatsioonigrupiga võrreldes ( $F(1,519)=87,0$ ;  $p<0,001$ ).

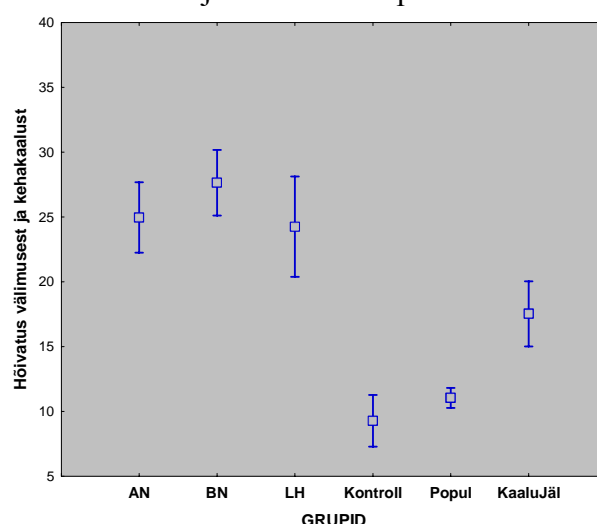
Võttes arvesse KMI mõju (ANCOVA) selgub, et Hõivatust välimusest ja kehakaalust esineb enam BN patsientidel, samas kui AN ja LH patsientide skoorid võrdsustuvad KMI mõju arvestades. Kaalujälgijate Hõivatus välimusest ja kehakaalust jääb kontrollgrupist kõrgemaks, ent kliiniliste gruppidega võrreldes madalamaks.

**Joonis 6.** Hõivatus välimusest ja kehakaalust alaskaala keskmised, standardhälved ja 95% usalduspiirid.



*Märkus:* AN – anorexia nervosa grupp; BN - bulimia nervosa grupp; LH - liigsöömishäire grupp; Kontrollgrupp - psüühikahäirete esinemise suhtes kontrollitud grupp; Popul - populatsioonigrupp; Kaalujäl - kaalujälgijate rühmadest kogutud grupp.

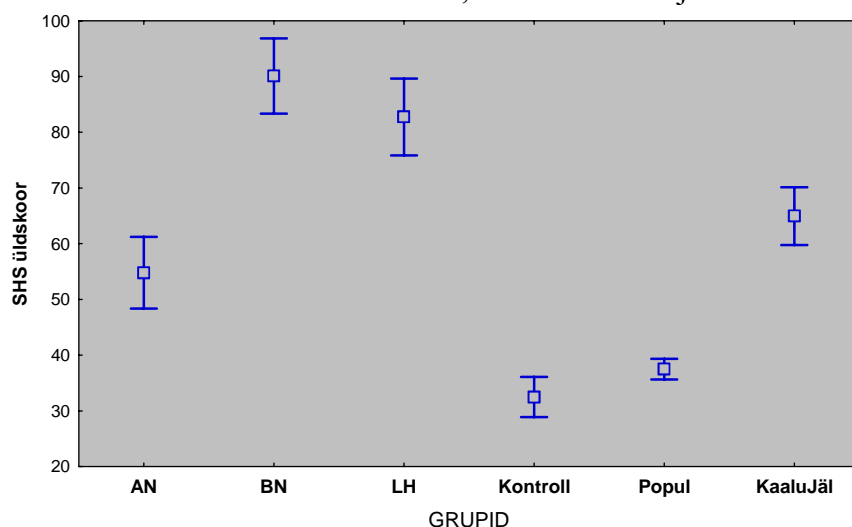
**Joonis 7.** Hõivatus välimusest ja kehakaalust alaskaala keskmised KMI mõju kontrollimisel, standardhälved ja 95% usalduspiirid.



*Märkus:* AN – anorexia nervosa grupp; BN – bulimia nervosa grupp; LH - liigsöömishäire grupp; Kontrollgrupp - psüühikahäirete esinemise suhtes kontrollitud grupp; Popul - populatsioonigrupp; Kaalujäl – kaalujälgijate rühmadest kogutud grupp.

#### 2.5.4.5. SHS üldskoor

**Joonis 8.** SHS üldskoori keskmised, standardhälved ja 95% usalduspiirid.



*Märkus:* AN - anorexia nervosa grupp; BN - bulimia nervosa grupp; LH - liigsöömishäire grupp; Kontrollgrupp - psüühikahäirete esinemise suhtes kontrollitud grupp; Popul - populatsioonigrupp; Kaalujäl – kaalujälgijate rühmadest kogutud grupp.



SHS üldskoor on kõrgeim BN ja LH patsientide puhul, erinedes oluliselt AN patsientide tulemusest (vastavalt  $F(1,76)=55,1$  ja  $F(1,58)=28,1$ ;  $p<0,001$ ). AN patsientidest kõrgema tulemuse üldskooris saavad kaalujälgijad ( $F(1,85)=5,93$ ;  $p<0,05$ ). Kõik kliinilised grupid ning kaalujälgijad erinevad kontroll- ja populatsioonigrupist oluliselt kõrgemate tulemuste poolest SHS üldskooris.

### 2.5.5. SHS eristusvõime

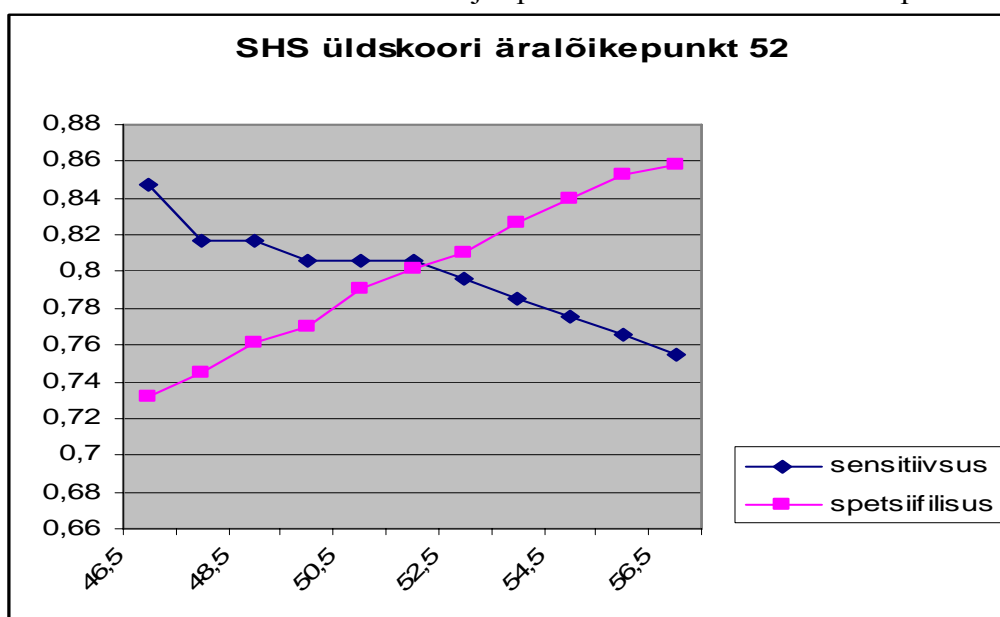
SHS eristusvõime hindamiseks kasutasime SPSS 15.0 ROC (Receiver Operating Characteristic) kõvera meetodit ning uurisime, millised võiksid olla parima eristusvõimega kriteeriumid SHS skooride näol.

Meid huvitas, kui suur pindala jääb ROC kõvera alla, kuna pindala suurus peegeldab skaala võimet eristada häirega patsiente tervetest isikutest.

#### 2.5.5.1. Kliiniline grupp vs Kontrollgrupp

Esmalt keskendusime SHS võimele eristada kliinilist gruppi kontroll- ja populatsioonigrupist. Alustasime SHS üldskoorile äralõikepunkti leidmisest. Üldskoori puhul on ROC kõvera alla jääva pindala suuruseks 0,87 ning üldskoori 52 juures on sensitiivsus (võime korrektselt tuvastada kliinilisi patsiente) 81% ning spetsiifilisus (võime korrektselt tuvastada häirevabasid isikuid) 80% tasakaalustatuimad (Tabel 7). Joonis 9 demonstreerib ROC-kõvera meetodi alusel tehtavat optimaalse äralõikepunkti valikut.

**Joonis 9.** SHS üldskoori sensitiivsus ja spetsiifilisus erinevate äralõikepunktide korral.



**Tabel 7.** Statistilised andmed SHS üldskoori äralõikepunkt 52 juures.

	<b>Söömishäire</b>	<b>Häirevaba</b>
SHS üldskoor $\geq$ 52	N=79 81% Sensitiivsus	N=95 20% I tüüpi viga
SHS üldskoor $<$ 52	N=18 19% II tüüpi viga	N=379 80% Spetsiifilisus
Kokku	N=98	N=474

*Märkus:* ROC kõvera alla jääva pindala suurus: 0,87.

Üldskoori äralõikepunktiga 52 tuvastatakse 20% kontrollgrupi isikuid, kelle SHS üldskoori tulemus on sarnane söömishäirega patsientide tulemustele s.t. tehakse I tüüpi viga ning tuvastamata jääb 19% söömishäirega patsienti äralõikepunkt 52 juures s.t. tehakse II tüüpi viga.

ROC kõvera alune pindala SHS üldskoori ning Hõivatus välimusest ja kehakaalust alaskaala puhul on vastavalt 0,87 ja 0,86. Teiste alaskaalade pindalad on rahuldavad, ulatudes 0,72 - 0,78-ni (tabelid esitatud lisas 2).

Söömise piiramise alaskaala äralõikepunkt eristamaks kliinilist gruppi kontrollgrupist on 18. Antud punkti juures tuvastatakse 70% söömishäirega patsientidest ning 70% häirevabadest isikutest. Liigsöömise alaskaala äralõikepunktiks on 15, mille juures tuvastatakse 65% söömishäirega patsientidest ning 65% häirevabadest isikutest. Toidu väljutamise alaskaala äralõikepunktiks on 1, mille juures tuvastatakse 72% söömishäirega patsientidest ning 72% häirevabadest isikutest. Hõivatus välimusest ja kehakaalust alaskaalal on äralõikepunktiks 16, mille juures tuvastatakse 81% söömishäirega patsientidest ning 75% häirevabadest isikutest. Tugevaima eristusvõimega kliinilise ja kontrollgrupi vahel on seega SHS üldskoori ning Hõivatus välimusest ja kehakaalust alaskaala äralõikepunktid.

### **2.5.5.2. Kliiniliste gruppide omavaheline võrdlus**

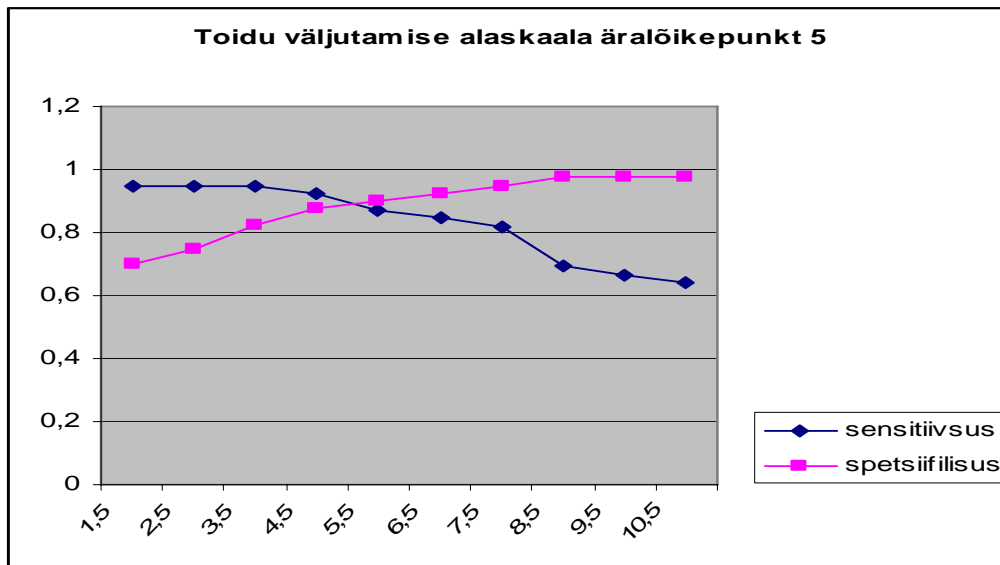
SHS eristusvõime analüüsimist kliiniliste gruppide vahel alustasime AN ja BN gruppide omavahelisest võrdlemisest.

#### **AN vs BN**

ROC kõvera aluse suurima pindalaga on Toidu väljutamise ja Liigsöömise alaskaalad, vastavalt 0,94 ja 0,92. Liigsöömise alaskaala äralõikepunktiks AN ja BN vahel on 19, mille korral tuvastatakse 87% BN patsientidest ning 87% AN patsientidest. Tuvastamata jääb 13% BN patsientidest ning 17% AN patsientide puhul tuvastatakse BN patsientidele iseloomulik

skoor antud alaskaalal. Väga hästi eristab AN ja BN patsiente teineteisest Toidu väljutamise alaskaala äralõikepunkt 5, mille korral tuvastatakse 92% BN patsientidest ning 88% AN patsientidest (joonis 10).

**Joonis 10.** Toidu väljutamise alaskaala sensitiivsus ja spetsiifilisus erinevate äralõikepunktide korral.



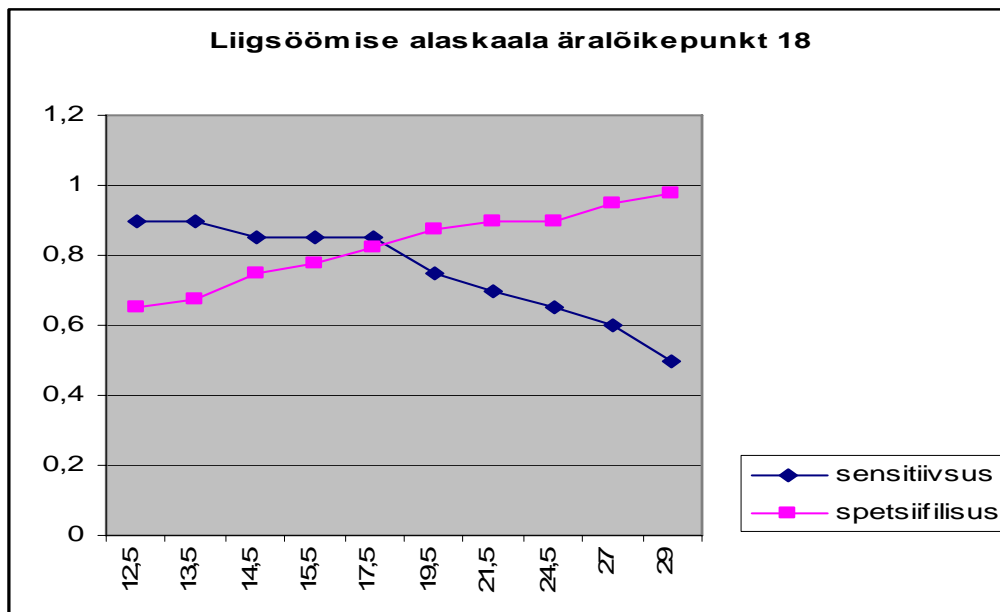
Hõivatus välimusest ja kehakaalust alaskaala äralõikepunkt 23 tuvastab 68% BN patsientidest ning 65%-l AN patsientidel välistab BN patsientidele iseloomuliku välimusest ja kehakaalust hõivatus. Tuvastamata jääb 32% BN patsienti ning 35%-l AN patsientidel nähakse BN patsientidele sarnast tulemust. SHS üldskoori äralõikepunkti 71 korral tuvastatakse 79% BN ning 78% AN patsientidest. Tuvastamata jääb 21% BN patsientidest ning 22%-l AN patsientidel leitakse BN patsientidele sarnane tulemus. Söömise piiramise alaskaala skoori alusel ei ole võimalik eristada AN ja BN patsiente omavahel.

AN ja BN patsiente on omavahel võimalik eristada Liigsöömise, Toidu väljutamise, Hõivatus välimusest ja kehakaalust ning SHS üldskoori alusel. Kõige suurem eristusvõime on Toidu väljutamise ja Liigsöömise alaskaaladel.

### AN vs LH

AN ja LH eristamisel on Liigsöömise alaskaala ROC kõvera alune pindala suurim, väärtusega 0,91. Liigsöömise alaskaala äralõikepunktiks AN ja LH vahel on 18, mille korral tuvastatakse 85% LH ning 83% AN patsientidest (joonis 11). Tuvastamata jääb 15% LH patsientidest ning 17% AN patsientide puhul tuvastatakse LH patsientidele iseloomulik skoor antud alaskaalal.

**Joonis 11.** Liigsöömise alaskaala sensitiivsus ja spetsiifilisus erinevate äralõikepunktide korral.



Hõivatus välimusest ja kehakaalust ning SHS üldskoori pindalad ulatuvad 0,85-0,86.

Hõivatus välimusest ja kehakaalust alaskaala äralõikepunkt 27 tuvastab 80% LH patsientidest ja 75%-l AN patsientidest välistab LH patsientidele iseloomulikud tulemused. SHS üldskoori äralõikepunkti 71 korral tuvastatakse 80% LH patsientidest ning 78% AN patsientidest.

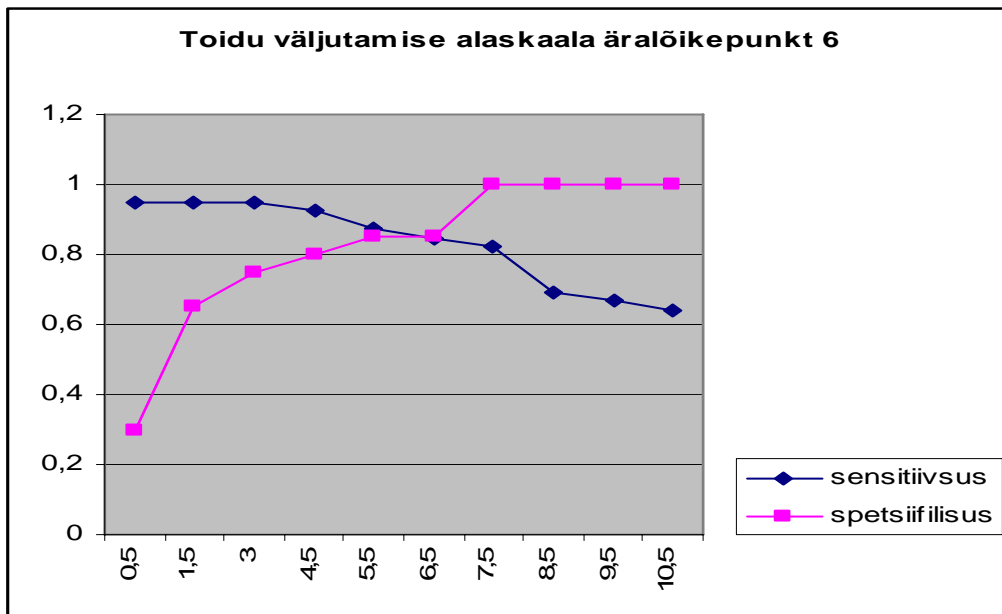
Tuvastamata jääb 20% LH patsientidest ning 22%-l AN patsientidel nähakse LH patsiendile iseloomulikku skoori. Söömise piiramise ja Toidu väljutamise alaskaala skooride alusel ei eristu omavahel AN ja LH patsient.

AN ja LH patsiente on võimalik eristada Liigsöömise, Hõivatus välimusest ja kehakaalust ning SHS üldskoori alusel. Kõige suurem eristusvõime AN ja LH vahel on Liigsöömise alaskaalal.

### BN vs LH

BN ja LH puhul on ainsaks eristavaks alaskaalaks Toidu väljutamine, mille ROC kõvera aluse pindala suuruseks oli 0,94. Toidu väljutamise alaskaala äralõikepunkti 6 juures leiab tuvastamist 87% BN patsientidest ning 85% LH patsientidest (joonis 12). Tuvastamata jääb 13% BN patsiente ning 15%-l LH patsientidel nähakse BN patsientidele sarnast tulemust.

**Joonis 12.** Toidu väljutamise alaskaala sensitiivsus ja spetsiifilisus erinevate äralõikepunktide korral.



Söömise piiramise, Liigsöömise, Hõivatus välimusest ja kehakaalust ega SHS üldskoori alusel ei ole võimalik eristada BN ja LH patsiente omavahel.

### 3. ARUTELU

Käesoleva magistriprojekti eesmärgiks oli koostada eestikeelne söömishäireid hindav küsimustik, mis aitaks eristada häirunud söömiskäitumisega isikuid tervetest ning anoreksia, buliimia ja liigsöömishäirega patsiente omavahel.

Meie valim koosnes kliinilisest grupist, kelle moodustasid AN, BN ja LH patsiendid, kontroll- ja populatsioonigrupist ning kaalujälgijatest. Sotsiodemograafilistest andmetest nähtub, et AN patsiendid on vanuse poolest kõige nooremad ning LH patsiendid kõige vanemad. Antud tulemused on kooskõlas teiste uurijate tulemustega (Hudson jt. 2007; ANAD, 2008; Santrock, 2005), mille kohaselt saavutab AN esinemissageduse poolest kõrgpunkti 20-eluaastaks, BN algab varases täiskasvanueas ning kõrgem esinemissagedus on peale 20-eluaastat ja LH avaldub sagedamini 30-50-eluaasta vahel.

Kõige väiksema, kliinilisele alakaalule vastava KMI-ga olid meie valimis AN patsiendid; BN patsiendid olid normaalkaalulised ning LH patsientide keskmine KMI vastas rasvumisele. Kaalujälgijate keskmine KMI ulatus kliiniliste kriteeriumite järgi ülekaalulisusest rasvumiseni, mis võib viidata kaalujälgijate ridadesse kuuluvatele võimalikele LH patsientidele, kuna kuni 30% kehakaaluprogrammides olevatest inimestest on leitud vastavat LH diagnostilistele kriteeriumitele (Brody, Walsh & Devlin, 1994).

AN patsientidest enamus kuulusid piirava alatüübi ja BN patsientidest väljutava alatüübi alla. Ka varasemalt on leitud tulemusi (Hay & Fairburn, 1998; Tobin jt., 1997), mille kohaselt esineb BN mitteväljutavat alatüüpi väga vähe, vaid 6,6 %-l BN patsientidest. Meie valimis 25,6 %-l BN patsiendil oli anamneesis AN episood, mis on kooskõlas uurimustega, kus on leitud analoogset haiguse kulgu 1/3 BN patsientidel (Braun jt., 1994; Keel jt., 2000).

Kõigil söömishäiretel esineb sagedast komorbiidsust teiste psüühikahäiretega, nagu meeleolu, ärevus- ja isiksushäired (Wilson jt., 1996). AN väljutava alatüübi ning BN puhul on leitud kõrget komorbiidsust meeleolu- ja ärevushäirete, psühhoaktiivsete ainete tarbimise, impulsi-kontrolli häirete ja isiksushäiretega (Dacosta & Halmi, 1992; Garner jt., 1993; Herzog jt., 1992; Garfinkel jt., 1995; Keller jt., 1992). Meie kliinilisel valimil esines komorbiidset sümptomaatikat üle poolte BN patsientidel, alla poolte LH patsientidel ning neljandikul AN patsientidel.

Söömishäireid hindava skaala konstrueerimise ja analüüsimise käigus leidsime 4-faktorilise lahendi, mille alusel eristusid 29-väitelisest skaalast Söömise piiramise, Liigsöömise, Toidu väljutamise ning Hõivatus välimusest ja kehakaalust alaskaalad. Kõigi alaskaalade sisereliaablusnäitajad olid kõrged ning väidete omavahelised korrelatsioonseosed

tugevad. Olulised korrelatsioonseosed EDI-2 Buliimia, Kehaga rahulolematuse ja Kõhnuseihaluse alaskaaladega peegeldavad SHS konstruktivaliidsust.

Faktoranalüüsi tulemused leidsime olevat osaliselt kooskõlas meie poolt püstitatud esimese hüpoteesiga SHS oodatavate alaskaalade kohta. Hüpoteesi kohaselt koondusid alaskaaladeks söömise piiramist, liigsöömishoogusid ja toitu väljutavat käitumist mõõtvad väited. Emotsionaalset söömist peegeldavad väited ei eristunud oodatavalt omaette alaskaalana. Negatiivsetest emotsioonidest ajendatud söömist esindavad väited (*Kui olen närviline või ärritunud, siis hakkab sööma; Mul on olukordi, mil söön igavusest, tüdimusest; Mul on tunne, et söömine aitab mul rahuneda*) laadusid liigsöömise alaskaala juurde. Üheks võimalikuks emotsioone ja liigsöömist ühendavaks seletuseks on Stice'i kahe raja mudel (*dual pathway model*; Stice, 2001), mille järgi on kehaga rahulolematuse ja BN sümptomid seotud kahe erineva raja – dieedi pidamise ning negatiivsete emotsioonide kaudu. Kehaga rahulolematuse viib söögikoguse piiramiseni, kuna selles nähakse võimalust kehakaalu kontrollida. Paraku on aga söömise piiramine nii metaboolsete kui ka psühholoogiliste mõjude tõttu riskiteguriks söömise patoloogia kujunemisel ning liigsöömishoogude vallandajaks (Polivy & Herman, 1985). Kehaga rahulolematuse põhjustab ka negatiivseid emotsioone, mis omakorda soodustavad buliimilise sümptomatoloogia vallandumist, kuna söömisel on leitud emotsioone leevendav mõju.

Söömine vastusena psühholoogilisele stressile - emotsionaalne söömine - võib ilmnedas inimesel, kellel on madal interotseptiivne tundlikkus ja kes ei suuda eristada emotsionaalset seisundit kehalisest aistingust ning võib tajuda söögiisu olles ärev või erutunud. Mitmed uurimused on sidunud aleksitüümia (võimetus või raskused emotsioonide kirjeldamisel või teadvustamisel) söömishäiretega (Mitchell & Mazzeo, 2004). Madal interotseptiivne tundlikkus võib seletada, miks meie uurimuses emotsionaalset söömist ja kontrollimatut söömist peegeldavad väited koondusid ühe faktori alla.

Hõivatus välimusest ja kehakaalust alaskaalasse laadusid kehataju kognitiiv-afektiivset komponenti mõõtvad väited (*Mul on ebamugav oma keha peeglis näha; Minus tekitab ebamugavust teadmine, et keegi vaatab mu figuuri; Mind vaevavad mõtted, et inimesed annavad mu välimusele negatiivse hinnangu*), mis peegeldavad kehaga rahulolematust ning negatiivseid hoiakuid oma keha suhtes. Antud skaalasse laadusid ka kehataju käitumuslikku ja taju komponenti mõõtvad väited (*Ma üritan oma keha teiste inimeste eest varjata; Ma tunnen, et olen paks*). Seega võiks arvata, et kehaga rahulolematuse üksi on mõnevõrra piiratud konstrukt söömishäirete psühhopatoloogia edastamisel ning häiritus oma välimusest ja kehakaalust väljendub lisaks emotsionaalsele rahulolematusele ka muudes modaalsustes.

Tulemus viitab, et söömishäiretega patsiendid ei ole mitte lihtsalt rahulolematud oma kehaga, vaid erinevalt normaalkaalulistest naistest, on oma välimusest ja kehakaalust rohkem hõivatud, kogeavad enam negatiivseid emotsioone ja kognitsioone oma keha vaadates.

Varasemad uurimused viitavad, et välimusega ja kehakaaluga seotud hõivatus, kehaga seotud negatiivsed kognitsioonid ja emotsioonid mõjutavad kõhnuseihalust ja seeläbi ka käitumist (Cooper & Fairburn, 1992; Tuscan-Caffier jt., 2003).

Lisaks laadusid siia alaskaalasse ka söömishäiretele iseloomulikku eneseväärtustamist läbi välimuse peegeldavad väited (*Ma arvan, et kui oleksin kõhnem, siis oleksin edukam; Ma arvan, et oleksin inimesena väärtuslikum, kui saavutaksin kaalu, mida soovin*), mis on tõenäoliselt seotud söömishäiretega patsientidele iseloomuliku madala enesehinnanguga tingides neil kehakaalu ja -kuju üleväärtustamist.

Keha väärtaju, kehaga rahulolematuse, ning kehakaalu ja -kuju liigne mõju enesehinnangule, mis peegelduvad neljanda alaskaala väidetes, ei ole üks konstrukt, vaid on omavahel tihedalt seotud dimensioonide komplekt. Kõigi oluliste tunnuste edasi andmiseks koondasime väited termini Hõivatus välimusest ja kehakaalust alla.

Alaskaalade skooride võrdlemisel leidis kinnitust püstitatud hüpotees, mille kohaselt saavad söömishäiretega patsiendid oluliselt kõrgemaid skoores SHS tulemustes võrreldes kontroll- ja populatsioonigrupiga. Antud tulemus toetab SHS eristavat valiidsust. Tugevaima eristusvõimega olid SHS üldskoor ning Hõivatus välimusest ja kehakaalust alaskaala. Hõivatus välimusest ja kehakaalust alaskaala kõrge eristusvõime viitab söömishäiretega kaasaskäivale olulisele muretsemisele oma kehakaalu ja -kuju pärast, mis ei ole võrreldav intensiivsuse poolest Rodin'i ja tema kolleegide (1985) poolt kirjeldatud normkaaluliste naiste seas levinud "normatiivse rahulolematusega" oma keha pärast.

Kliiniliste gruppide omavahelisel võrdlemisel leidsime hüpoteesi kohaselt, et SHS üldskoor oli kõige kõrgem BN patsientide puhul. LH patsiendid sarnanesid oma keskmiselt üldskoori tulemuselt BN patsientidele, AN patsientide üldskoori keskmine tulemus oli oluliselt väiksem võrreldes BN ja LH patsientide tulemustega. Seega eristuvad SHS üldskoori alusel BN ja LH AN-st.

Hüpotees, mille kohaselt saavad AN patsiendid kõige kõrgema skoori Söömise piiramise alaskaalal, kinnitust ei leidnud. Tulemused antud alaskaalal erinevate söömishäirete vahel ei erinenud, teistest gruppidest veidi kõrgema skoori said BN patsiendid. KMI mõju kontrollimise tulemusena selgus, et söömist piiravad kõige enam siiski AN ja BN patsiendid ning LH patsiendid sarnanevad söömise piiramise poolest kontrollgrupiga. Antud tulemus on kooskõlas teiste uurimustega (Masheb & Grilo, 2000; Sullivan 2001), mille kohaselt LH



patsientide seas esineb dieedipidamist vähem võrreldes teiste söömishäiretega. Võiks arvata, et LH patsient olles normaalkaaluline ei peaks vajalikuks söömist piirata, samas kui AN patsient kaaludes rohkem, piiraks oma söömist ilmselt veelgi enam. Võib oletada, et kalduvus söömist piirata on AN patsientidel tugevam, ent Söömise piiramise alaskaalal ei eristu nad teistest söömishäiretest, kuna oma madala kaalu tõttu ei ole neil väga ulatuslikke piiramisvõimalusi.

LH patsientide kõrget tulemust Söömise piiramises ning samas keskmisest kõrgemat KMI-t võib seletada asjaoluga, et söömise piiramine ei pruugi tähendada alati edukat dieedipidamist, küll aga tähendab, et süüakse vähem kui soovitakse ning ollakse seega hõivatud söömise piiramisega tegelemisest. Söödud kogusest saadav energiahulk ei pruugi aga olla väiksem vajaminevast energiahulgast.

Söömise piiramise alaskaala ühtlaselt kõrge tulemus kõikide söömishäirete puhul viitab dieedipidamisele kui ühele kindlale diagnostilisele kriteeriumile eristamaks söömishäirega patsiente söömishäirevabadest. Söömise piiramist võib pidada kõigile söömishäiretele iseloomulikuks latentseks tunnuseks, mis mängib keskset rolli söömishäirete kujunemisel ja püsima jäämisel (Fairburn, 1997; Heatherton & Baumeister, 1991; Lowe, 1993; Polivy & Herman, 1993; Stice jt., 1998).

Liigsöömise alaskaalal oli LH ja BN patsientide tulemused oluliselt kõrgemad võrreldes AN patsientidega, kelle tulemus oli sarnane kontrollgrupiga. Ka varem on leitud (Williamson jt., 2002; Maseb & Grilo, 2000), et liigsöömise poolest saavad enam punkte BN ja LH patsient ning AN jääb oma tulemuselt oluliselt madalamale. See tähendab, et AN patsientide hulgas võib esineda söömishoogusid, ent hoogude sagedus sarnaneb üldpopulatsioonis esinevale sagedusele.

BN ja LH patsient kogevad võrdsel määral liigsöömishoogusid ja kontrollikaotustunnet oma söömiskäitumise üle, antud alaskaala neid omavahel ei erista. Uurimused on näidanud (Nguyen-Rodriguez jt., 2008), et liigsöömishood ei esine ainult ülekaalulistel ja rasvunud inimestel, vaid tajutud kõrge stressi korral vallandunud emotsionaalset söömist esineb ka normaalkaalulistel inimestel. See tähendab, et söömine võib küll olla emotsioonidega toimetulekustrateegiaks kogu KMI diapasooni ulatuses, ent normaalkaalus püsivatel inimestel võib olla mingi kaitsev tegur kaalutõusu ees või kasutavad nad enam kompensatoorseid strateegiaid kaalutõusu vältimiseks.

Taksomeetrilised uurimused (Williamson jt., 2002) viitavad, et söömishäirete sees näib olevat tegemist eraldi kategooriaga nende häirete puhul, mille korral esineb liigsöömishoogusid ning

arvatakse, et liigsöömise sümptomid võivad olla kvalitatiivselt erinevad mittepatoloogilise söömiskäitumisega inimestega võrreldes.

Lisaküsimuste põhjal võib järeldada, et normist eristab liigsöömishoogudega patsiente nii kontrollikaotusetunne oma söömise üle (kvalitatiivne erinevus) kui ka söömishoogude kõrge sagedus (kvantitatiivne erinevus).

Toidu väljutamise alaskaala skoor oli kõrgeim BN patsientidel, erinedes oluliselt AN ja LH patsientidest ning kontrollgrupist. Kinnitust leidis hüpotees, mille kohaselt said BN patsiendid kõrgemaid, kõikidest teistest gruppidest eristuvaid skooore Toidu väljutamise alaskaalal.

AN liigsöömis-väljutavad patsiendid eristusid samuti antud alaskaala alusel, sarnanedes oma tulemustelt BN patsiendiga juhul, kui kasutasid väljutava käitumisena oksendamist.

Diureetikumide ja söögiisu vähendavate preparaatide kasutamise kohta pole SHS-s väiteid, ent lisaküsimustega on ka need käitumised kaetud. Edasistes uurimustes tasub kontrollida, kas nende väidete lisamine SHS-le parandab skaala eristusvõimet.

SHS lisaküsimustest nähtus veel, et LH patsientidel esines väljutavat käitumist, eeskätt just diureetikumide ja söögiisu vähendavate preparaatide kasutamise näol. Antud leid on kooskõlas Mizes ja Sloan (1998) tulemustega, kes leidsid ülekaalulistel liigsöömishoogudega patsientidel esinevat tahtlikku oksendamist ja lahtistite kuritarvitamist ilma, et nende patsientide või ka meie valimi LH patsientide kompensatoorsete käitumiste sagedus oleks olnud nii kõrge kui seda eeldab BN diagnoos. Ka Williamson kolleegidega (2002) leidis LH patsientidel kõrgema tulemuse tüseduskartuse/kompensatoorsete käitumiste faktoris võrreldes kontrollgrupiga. Püsima jääb vajadus revideerida LH diagnostilisi kriteeriume ning LH diagnoosi kahtluse korral täpsustada kaalutõusu kompenseerivate käitumiste esinemist.

Hõivatus välimusest ja kehakaalust alaskaala skoor on kõrgeim LH patsientidel, mis ei ole kooskõlas meie hüpoteesiga, mille kohaselt ootasime, et kehaga rahulolematumad on BN patsiendid. KMI mõju kontrollides ilmnes siiski, et oma välimusest ja kaalust ülemäärast hõivatust kogevad küll mõnevõrra enam BN patsiendid, ent nende tulemused ei erine oluliselt AN ja LH patsientide skoorist. Ka varem on leitud, et söömishäirete hulgas on BN patsiendid kõige rahulolematumad oma kehaga (Fairburn & Garner, 1986; Garfinkel jt., 1992). Kehaga rahulolematum vahendab negatiivsete emotsioonide ja dieedi pidamise kaudu buliimiliste sümptomite teket (Stice, 2001).

Striegel-Moore ja tema kolleegid (2001) on leidnud, et LH patsiendid, BN väljutav ja BN piirav alatüüp ei erine üksteisest kehakaalu ja -kuju pärast muretsemise poolest juhul, kui arvestada KMI mõju. Sullivan (2001) leidis, et LH patsiendid saavad enesekohases küsimus-

tikus (EDE-Q) BN patsientidega sarnase tulemuse kehakaalu ja -kuju väärtustamises.

Tõenäoliselt AN, aga ka BN patsientide kõrgem kõhnuseihalus paneb neid kasutama äärmuslikke kaalukontrollimise meetodeid, ent nende oluliselt väiksem KMI võrreldes LH patsientidega ei vähenda keskendumist oma kehakaalule ja -kujule.

LH patsientide rahulolematust oma kehaga kinnitab nende suurem soovitud kaalulangetamise määr meie uurimuses. AN patsiendid meie uurimuses ei soovinud kaalu langetada, vaid olid huvitatud kõrgemast KMI-st. Tulemust võib seletada AN patsientide tekkinud ravimotivatsiooniga, nad on kaalutõusu suhtes muutunud ambivalentsemaks. Motiveerituse kaalutõusuks muudab paraku küsitavaks meie uurimuse tulemus, mille kohaselt pooled AN patsientidest hindavad end normaal- või ülekaaluliseks, mis peaks välistama nende soovi kaalus juurde võtta. AN patsientidel on leitud kõrget kõhnuseihalust, mis ei lase neil tuseduskartuse tõttu kaalus juurde võtta (Cash & Symanski, 1995; Heinberg jt., 1995). Seega ei pruugi AN patsiendi valmisolek kaalutõusuks peegeldada alati kõrget ravikonformsust, vaid selle taga võib peituda soov ravist pääseda (Vitousek jt., 1991; Williamson, Muller, Reas & Thaw, 1999).

Kaalujälgijad sarnanevad ootuspäraselt SHS tulemuste poolest kliinilisele grupile, kuna saavad enam punkte pea kõikidel alaskaaldel võrreldes kontrollgrupiga. Vaid Toidu väljutamises sarnanevad nad tulemuse poolest kontrollgrupile.

Antud tulemus viitab, et eneseabigruppidesse koondunud isikute söömiskäitumine ning söömise ja kehakaaluga seotud hoiakud võivad olla normist erinevad, neil võib esineda enam söömise seotud psühhopatoloogiat ning nende hulka võivad olla koondunud LH ning EDNOS patsiendid.

Hea eristusvõimega söömishäirete puhul olid Liigsöömise alaskaala, Toidu väljutamise alaskaala ja SHS üldskoor. Tüüpiline AN patsient saab küll kontrollgrupist kõrgema üldskoori, ent AN diagnoosimisel näib oluline olevat arvestada madalat KMI näitajat ja amenorröa esinemist. Samas pole antud algoritm kooskõlas ideega, mille kohaselt tulevane DSM-V kavatses loobuda amenorröa kriteeriumist ning muuta kehakaalu 85 % kriteeriumi "oluliseks kaalulanguseks, mis hõlmab enam kui 20 % algsest kehakaalust." Andersen kolleegidega (2001) peavad olulisemaks keskenduda kaalulanguse tuumikule – kõhnuseihalusele ja kõhnuse liigsele väärtustamisele, mida toetavad ka meie tulemused. BN patsient on SHS alusel kergesti tuvastatav – nimelt saab ta kõrgeima üldskoori teiste häiretega võrreldes, samuti on tulemus kõrge Liigsöömise alaskaalal ning kriteeriumina teistest häiretest eristavaim on Toidu väljutamise alaskaala kõrge skoor. KMI jääb BN patsiendi puhul enamasti normi piiridesse.

LH patsient saab kõrge SHS üldskoori, samuti on tulemus kõrge Liigsöömise alaskaalal, ent tal ei esine Toidu väljutamist kliiniliselt olulisel määral, mis eristab teda BN patsiendist. Sage-damini on LH patsient oma KMI järgi ülekaaluline või rasvunud.

Söömishäirega patsientidele on iseloomulik häirunud söömiskäitumise eitamine ja varjamine, mis avaldab olulist mõju diagnostikale. Peamised söömishäire tunnused on kognitiivsed ja seega varjatud ning paranemist ja edu näidatakse endale sobivad valguses ja mõnikord ka selleks, et ravist pääseda (Vitousek jt., 1991; Williamson jt., 1999). Seega pole häirunud söömiskäitumisega inimestel keeruline SHS valdavalt käitumuslike väidete taga söömishäiretele viitavaid kriteeriume näha ning neid soovi korral tahtlikult varjata. Samas arvatakse, et ravi otsivatel patsientidel on lihtsam tunnistada oma probleeme enesekohases küsimustikus, kui rääkida neist avatult klinitsistiga silmast-silma.

Uurimuse puuduseks on kliiniliste gruppide, eriti just LH patsientide vähesus, mis võib nõrgendada tulemuste statistilist jõudu. Soovitav on kliinilist valimit suurendada, et koguda enam täpsemaid andmeid SHS äralõikepunktide kohta.

SHS ei sisalda väiteid diureetikumide ja söögiisu vähendavate preperaaside kohta, ent lisaküsimustena on ka need kompensatoorsed käitumised kaetud. Edasistes uuringutes tasub kontrollida, kas nende väidete lisamine SHS-le parandab skaala eristusvõimet.

SHS konstrueerimise tulemusena oleme saanud kiiresti ja lihtsalt läbiviidava skaala, millest on abi söömishäiretega isikute väljasõelumisel, söömishäirete omavahelises diferentsiaaldiagnostikas, raviplaani koostamisel ja raviefektiivuse hindamisel. Madal enesehinnang, negatiivsed emotsionaalsed seisundid, kehakaalu ja -kuju üleväärtustamine, äärmuslik muretsemine kehakaalu ja -kuju pärast, negatiivne kehaimidz, tegelik või kavatsetud dieedi pidamine ning buliimilis-väljutav käitumine kui söömishäirete olulised ja omavahel seotud komponendid on kõik esindatud SHS-i väidetes.

## VIITED

- Abraham, S.F. & Beumont, P.J.V. (1982). How patients describe bulimia or binge eating. *Psychological Medicine*, 12, 625-635.
- Affifi-Soweid, R.A., Najem Kteily, M.B. & Shediak-Rizkallah, M.C. (2002). Preoccupation with weight and disordered eating behaviors of entering students at a university in Lebanon. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 52-7.
- Affifi-Soweid, R.A., Najem Kteily, M.B. & Shediak-Rizkallah, M.C. (2002). Preoccupation with weight and disordered eating behaviors of entering students at a university in Lebanon. *International Journal of Eating Disorders*, 32 (1), 52-57.
- Agras, W.S. & Apple, R.F. (2008). *Overcoming your eating disorder: A Cognitive-Behavioral Therapy Approach for Bulimia Nervosa and Binge-Eating Disorder*. Oxford: University Press.
- Allison, D.B., Kalinsky, L.B. & Gorman, B.S. (1992). The comparative psychometric properties of three measures of dietary restraining. *Psychological Assessment*, 4, 391-398.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, D.C.
- Andersen, A.E. (1995). A standard test meal to assess treatment response in anorexia nervosa patients. *Eating Disorders: Journal of Treatment and Prevention*, 3, 47-55.
- Andersen, A.E., Bowers, W.A. & Watson, T. (2001). A slimming program for eating disorders not otherwise specified: Reconceptualizing a confusing, residual diagnostic category. *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 271-280.
- Anderson, D.A. & Maloney, K.C. (2001). The efficacy of cognitive-behavioral therapy on the core symptoms of bulimia nervosa. *Clinical Psychology Review*, 21, 971-988.
- Anderson, D.A. & Paulosky, C.A. (2004). Psychological assessment of eating disorders and related features. Raamatus: Thompson, K. *Handbook of eating disorders and obesity* (112-129). John Wiley & Sons, Inc.
- Anderson, D.A., Lundgren, J.D., Shapiro, J.R. & Paulosky, C.A. (2004). Assessment of eating disorders: review and recommendations for clinical use. *Behavior Modification*, 28, 763-782.
- Anderson, D.A., Williamson, D.A., Johnson, W.G. & Grieve, C.O. (2001). Validity of test meals for determining binge eating. *Eating Behaviors*, 2, 105-112.
- Anglé, S., Engblom, J., Eriksson, T., Kautiainen, S., Saha, M.T., Lindfors, P., Lehtinen, M. & Rimpelä, A. (2009). Three factor eating questionnaire-R18 as a measure of cognitive restraint, uncontrolled eating and emotional eating in a sample of young Finnish females. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity* 6, 41.
- Banasiak, S.J., Wertheim, E.H., Koerner, J. & Voudouris, V.J. (2001). Test-retest reliability and internal consistency of a variety of measures of dietary restraint and body concerns in a sample of adolescent girl. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 85-89.
- Braun, D.L., Sunday, S.R. & Halmi, K.A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24, 859-867.
- Brody, M.J., Walsh, B.T., & Devlin, M.J. (1994). Binge eating disorder: Reliability and validity of a new diagnostic category. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 381-386.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Fear, J.L. & Pickering, A. (1997). Predictors of the development of bulimia nervosa in women with anorexia nervosa. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 185, 704-707.

- Carter, P.E. & Moss, R.A. (1984). Screening for anorexia and bulimia nervosa in a college population: Problems and limitations. *Addictive Behaviors*, 9, 17-31.
- Cash, T. F. & Symanski, M. L. (1995). The development and validation of the body-image ideals questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 64, 466-477.
- Cash, T.F. & Brown, T.A. (1987). Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa. A review of the literature. *Behavior Modification*, 11, 487-521.
- Cash, T.F. & Deagle, E.A. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 107-125.
- Cooper, M.J. & Fairburn, C.G. (1992). Thoughts about eating, weight and shape in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Behaviour research and therapy*, 30, 501-511.
- Cooper, P. J. & Taylor, M. J. (1988). Body image disturbance in bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 153, 20-22.
- Cooper, Z. & Fairburn, C.G. (1987). The Eating Disorder Examination: A semistructured interview for assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 1-8.
- Cooper, Z., Cooper, P.J. & Fairburn, C.G. (1989). The validity of the Eating Disorder Examination and its subscales. *British Journal of Psychiatry*, 154, 807-812.
- DaCosta, M. & Halmi, K.A. (1992). Classification of anorexia nervosa: Question of subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 305-311.
- Davis, R., Freeman, R.J. & Garner, D.M. (1988). A naturalistic investigation of eating behavior in bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 273-279.
- de Lauzon, B., Romon, M., Deschamps, V., Lafay, L., Borys, J.M., Karlsson, J., Ducimetière, P. & Charles, M.A. (2004). The Three-Factor Eating Questionnaire-R18 is able to distinguish among different eating patterns in a general population. *The American journal of clinical nutrition*, 9, 2372-80.
- Eberenz, K.P. & Gleaves, D.H. (1994). An examination of the internal consistency and factor structure of the Eating Disorders Inventory-2 in a clinical sample. *International Journal of Eating Disorders*, 4, 371-379.
- Eddy, K.T., Keel, P.K., Dorer, D.J., Delinsky, S.S., Franko, D.L. & Herzog, D.B. (2002). A longitudinal comparison of anorexia nervosa subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 191-201.
- Elmore, D.K. & DeCastro, J.M. (1990). Self-rated moods and hunger in relation to spontaneous eating behavior in bulimics, recovered bulimics and normals. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 179-190.
- Fairburn, C.G. & Beglin, S.J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview of self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-370.
- Fairburn, C.G. & Cooper, Z. (1993). The eating disorder examination. Raamatus: Fairburn, C.G. & Wilson, G.T. (Eds.) *Binge eating: Nature, assessment and treatment* (317-360). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C.G. & Garner, D.M. (1986). The diagnosis of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 403-419.
- Fairburn, C.G. & Walsh, B.T. (2002). Atypical eating disorders (eating disorders not otherwise specified). Raamatus: Fairburn, C.G. & Brownell, K.D. (Eds.). *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (171-177). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C.G. (1997). Eating disorders. Raamatus: Clark, D.M. & Fairburn, C.G. (Eds.). *The science and practice of cognitive behavior therapy* (209-242). Oxford, England: Oxford University Press.

- Fairburn, C.G., Peveler, R.C., Jones, R., Hope, R.A. & Doll, H.A. (1993). Predictors of 12-month outcome in bulimia nervosa and the influence of attitudes to shape and weight. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 696-698.
- Farrell, C., Shafran, R. & Fairburn, C.G. (2003). Body size estimation: testing a new mirror-based assessment method. *International Journal of Eating Disorders*, 34 (1), 162-71.
- Freeman, R.F., Thomas, C.D., Solyom, L. & Hunter, M.A. (1984). A modified video camera for measuring body image distortion: Technical description and reliability. *Psychological Medicine*, 14, 411-416.
- Freeman, R.J., Beach, B., Davis, R. & Solyom, L. (1985). The prediction of relapse in bulimia nervosa. *Journal of psychiatric research* 19, 349-53.
- Garfinkel, P.E. & Newman, A. (2001). The Eating Attitudes Test: Twenty-five years later. *Eating and Weight Disorders*, 6, 1-24.
- Garfinkel, P.E., Goldbloom, D., Davis, R., Olmsted, M.P., Garner, D.M. & Halmi, K.A. (1992). Body dissatisfaction in Bulimia Nervosa: Relationship to weight and shape concerns and psychological functioning. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 179-190.
- Garfinkel, P.E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D.S., Kennedy, S., Kaplan, A.S. & Woodside, D.B. (1995). Bulimia nervosa in a Canadian community sample: Prevalence and comparison of subgroups. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1052-1058.
- Garner, D.M., Olmstead, M.P., Bohr, Y. & Garfinkel, P.E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- Garner, D.M. & Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Garner, D.M. (1991). Eating Disorder Inventory-2 manual. Odessa, FL: *Psychological Assessment Resources*.
- Garner, D.M. (1997). Psychoeducational principles in treatment. Raamatus: Garner, D.M. & Garfinkel, P.E. (Eds.). *Handbook of treatment of eating disorders* (145-177). New York: Guilford Press.
- Garner, D.M., Garfinkel, P.E. & Bonato, D.P. (1987). Body image measurement in eating disorders. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 17, 119-133.
- Garner, D.M., Garner, M.V. & Rosen, L.W. (1993). Anorexia nervosa „restrictors“ who purge: Implications for subtyping anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 171-186.
- Garner, D.M., Olmstead, M.P. & Polivy, J. (1983). Development and validation of multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Gleaves, D.H., Lowe, M.R., Green, B.A., Cororve, M.B. & Williams, T.L. (2000). Do anorexia and bulimia nervosa occur on a continuum? A taxometric analysis. *Behavior Therapy*, 31, 195-219.
- Gleaves, D.H., Lowe, M.R., Snow, A.C., Green, B.A. & Murphy-Eberenz, K.P. (2000). Continuity and discontinuity models of bulimia nervosa: A taxometric investigation. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 56-68.
- Goldner, E.M., Birmingham, C.L., & Smye, V. (1997). Addressing treatment refusal in anorexia nervosa: Clinical, ethical and legal considerations. Raamatus: Garner, D.M. & Garfinkel, P.E. (Eds.). *Handbook of Treatment for Eating Disorders* (450-461). New York: Guilford Press.
- Gorman, B.S. & Allison, D.B. (1995). Measures of restrained eating. Raamatus: Allison, D.B. (Eds.) *Handbook of assessment methods for eating behaviors and weight-related problems* (149-184). Newbury Park, CA: Sage.

- Grilo, C.M. (2002). Binge eating disorder. Raamatus: Fairburn, C.G. & Brownell, K.D. (Eds.). *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (178-182). New York: Guilford Press.
- Hamburg, P., Herzog, D.B., Brotman, A.W. & Stasior, J.K. (1989). The treatment resistant eating disordered patient. *Psychiatric Annals*, 19, 494-499.
- Hay, P. & Fairburn, C. (1998). The validity of the DSM-IV scheme for classifying bulimic eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 7-15.
- Hayaki, J., Friedman, M.A. & Brownell, K.D. (2002). Shame and severity of bulimic symptoms. *Eating Behaviors*, 3, 73-83.
- Heatherton, T.F. & Baumeister, R.F. (1991). Binge-eating as an escape from awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86-108.
- Heatherton, T.F., Herman, C.P., Polivy, J., King, G.A. & McGree, S.T. (1988). The (Mis)measurement of restraint: An analysis of conceptual and psychometric issues. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 19-28.
- Heinberg, L. J., Thompson, J. K., & Stomer, S. (1995). Development and validation of the sociocultural attitudes towards appearance questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 81-89.
- Heinberg, L.J., Thompson, J.K. & Stomer, S. (1995). Development and validation of the *Sociocultural Attitudes toward Appearance Questionnaire* (SATAQ). *International Journal of Eating Disorders*, 17, 81-89.
- Herman, C.P. & Polivy, J. (1980). Restrained eating. Raamatus: Stunkard, A.J. (Eds.). *Obesity* (208-225). Philadelphia: Saunders.
- Herzog, D.B., & Delinsky, S.S. (2001). Classification of eating disorders. Raamatus: Striegel-Moore, R.H. & Smolak, L. (Eds.). *Eating disorders: Innovative directions for research and practice* (31-50). Washington, DC: American Psychological Association.
- Herzog, D.B., Hopkins, J.D. & Burns, C.D. (1993). A follow-up study of 33 subdiagnostic eating disordered women. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 261-267.
- Herzog, D.B., Keller, M.B., Sachs, N.R., Yeh, Y. & Lavori, P.W. (1992). Psychiatric comorbidity in treatment seeking anorexics and bulimics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 810-818.
- Hinrichsen, H., Wright, F. & Meyer, C. (2003). Social anxiety and coping strategies in the eating disorders. *Eating behaviors*, 4, 117-126.
- Hurley, J.B., Palmer, R.L. & Stretch, D. (1990). The specificity of the Eating Disorder Inventory: A reappraisal. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 419-424.
- Hurley, J.B., Palmer, R.L. & Stretch, D. (2006). The specificity of the eating disorders inventory: A reappraisal. *International Journal of Eating Disorder*, 2, 419-424.
- Johnson, C. & Larson, R. (1982). Bulimia: An analysis of moods and behavior. *Psychosomatic Medicine* 44, 341-351.
- Johnson, C., Connors, M.E. & Tobin, D.L. (1987). Symptom management of bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 668-676.
- Karlsson, J., Persson, L.O., Sjöström, L. & Sullivan, M. (2000). Psychometric properties and factor structure of the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in obese men and women. Results from the Swedish Obese Subjects (SOS) study. *International Journal of Obesity Relation with Metabolic Disorders*, 12, 1715-25.
- Kaye, W.H., Gwartzman, H.E., George, D.T., Weiss, S.R. & Jimerson, D.C. (1986). Relationship of mood alterations to bingeing behavior in bulimia. *British Journal of Psychiatry*, 149, 479-485.
- Keel, P.K., Crow, S.J., Davis, T.L. & Mitchell, J.E. (2002). Assessment of eating disorders: Comparison of interview and questionnaire data from a long-term follow-up study of bulimia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1043-1047.



- Keel, P.K., Mitchell, J.E., Miller, K.B., Davis T.L. & Crow, S.J. (2000). Predictive validity of bulimia nervosa as a diagnostic category. *American Journal of Psychiatry*, 157, 136-138.
- Keller, M.B., Herzog, D.B., Lavori, P.W., Bradburn I.S. & Mahoney, E.M. (1992). The natural history of bulimia nervosa: Extraordinarily high rates of chronicity, relapse, recurrence and psychosocial morbidity. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 1-9.
- Kennett, D.J. & Nisbet, C. (1998). The influence of body mass index and learned resourcefulness skills on body image and lifestyle practises. *Patient education and counseling* 33, 1-12.
- Sands, R. (2000). Reconceptualization of body image and drive for thinness. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 397-407.
- Klesges, R.C. (2006). An analysis of body image distortions in a nonpatient population. *International Journal of Eating Disorders* 2, 35-41.
- Laessle, R.G., Tuschl, R.J., Kotthaus, B.C. & Pirke, K.M. (1989a). Behavioral and biological correlates of dietary restraint in everyday life. *Appetite*, 12, 83-94.
- Laessle, R.G., Tuschl, R.J., Kotthaus, B.C. & Pirke, K.M. (1989b). A comparison of the validity of three scales for the assessment of dietary restraint. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 412-420.
- Lowe, M.R. (1993). The effects of dieting on eating behavior: A three-factor model. *Psychological Bulletin* 114, 100-121.
- Maailma Tervishoiu Organisatsioon. (1993). *Psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsioon RHK-10: kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised*. Tõlge: Tartu Ülikool.
- Masheb, R.M., & Grilo, C.M. (2000). Binge eating disorder: a need for additional diagnostic criteria. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 159-162.
- Mehler, P.S. (2001). Diagnosis and care of patients with anorexia nervosa in primary care settings. *Annals of Internal Medicine*, 134, 1048-1059.
- Miller, T.M., Coffman, J.G. & Linke, R.A. (1980). Survey on body image, weight and diet of college students. *Journal of the American Dietetic Association* 77, 561-566.
- Mizes, J.S. & Sloan, D.M. (1998). An empirical analysis of eating disorder, not otherwise specified: Preliminary support for distinct group. *International Journal of Eating Disorders* 23, 233-242.
- Mitchell, K.S. & Mazzeo, S.E. (2004). Binge eating and psychological distress in ethnically diverse undergraduate men and women. *Eating behaviors* 5, 157-69.
- National Association of Anorexia Nervosa and associated Eating Disorders. (2009). <http://www.anad.org/> November 2009.
- Newman, D.L., Moffitt, T.E., Caspi, A., Magdol, L., Silva, P.A. & Stanton., W.R. (1996). Psychiatric disorder in a birth cohort of young adults: Prevalence, comorbidity, clinical significance and new case incidence from ages 11-21. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 552-562.
- Nguen-Rodriguez, A.T., Chou, C.P., Unger, J.B. & Spruijt-Metz, D. (2008). BMI as a Moderator of Perceived Stress and Emotional Eating in Adolescents. *Eating Behavior* 4, 9, 238-246.
- Paxton, S. J., Norris, M. & Wertheim, E. A. (2005). Body dissatisfaction, dating, and importance of thinness to attractiveness in adolescent girls. *Sex Roles*, 53, 663- 675.
- Podar, I., Hannus, A., Allik, J. (1999). Personality and affectivity characteristics associated with eating disorders: a comparison of eating disordered, weight preoccupied and normal samples. *Journal of Personality Assessment*, 73:1, 133-147.
- Polivy, J. & Herman, C.P. (1985). Dieting and bingeing. A causal analysis. *The American journal of psychology*, 40, 193-201.

- Polivy, J. & Herman, C.P. (1993). Etiology of binge eating: Psychological mechanisms. Raamatus: Fairburn, C.G. & Wilson, G.T. (Eds.) *Binge eating: Nature, assessment and treatment* (173-205). New York: Guilford Press.
- Pomeroy, C. (2004). Assessment of medical status and physical factors. Raamatus: Thompson, K. *Handbook of eating disorders and obesity* (81-111).. John Wiley & Sons, Inc.
- Rizvi, S.L., Peterson, C.B., Crow, J.C. & Agras, W.S. (2000). Test-retest reliability of the Eating Disorder Examination. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 311-316.
- Rodin, J., Silberstein, L., Striegel-Moore, R. (1985). Women and weight: A normative discontent. Raamatus: T. B. Sonderegger (Ed.), *Psychology and gender* (267-307). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Rosen, J.C., Gross, J. & Vara, L. (1987). Psychological adjustment of adolescents attempting to lose or gain weight. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 742-747.
- Rosen, J.C., Srebnik, D., Saltzberg, E. & Wendt, S. (1991). Development of a body image avoidance questionnaire. *Psychological Assessment*, 3, 32-27.
- Rosen, J.C., Vara, L., Wendt, S. & Leitenberg, H. (1990). Validity studies of the Eating Disorder Examination. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 519-528.
- Santrock, J. W. (2005). Nutrition and Eating Behavior. In Mike Ryan (Ed.). *A Topical Approach to Life-Span Development*, Fourth Edition (pp 156-157). New York City: McGraw-Hill.)
- Schlundt, D.G. & Johnson, W.G. (1990). *Eating Disorders: Assessment and treatment*. Boston: Allyn & Bacon.
- Schlundt, D.G. (1995). Assessment of specific eating behaviors and eating style. Raamatus: Allison, D.B. (Eds.) *Methods for the assessment of eating behaviors and weight-related problems* (142-302). Newbury Park, CA: Sage.
- Schoemaker, E.J. Verbraak, M., Breteler, R. & van der Staak, C. (1997). The discriminant validity of the Eating Disorder Inventory-2. *British Journal of Clinical Psychology* 36, 627-629.
- Serpell, L. & Treasure, J. (2002). Bulimia nervosa: Friend or foe? The pros and cons of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 32, 164-170.
- Serpell, L., Treasure, J., Teasdale, J. & Sullivan, V. (1999). Anorexia nervosa: Friend or foe? *International Journal of Eating Disorders* 25, 177-186.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. & Dunbar, G.C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry* 59, 20, 22-33.
- Silva, J.R. (2008). Overeating and restrained eaters. An affective neuroscience perspective. *Revista médica de Chile* 136,10, 1336-1342.
- Slade, P.D. (1994). What is body image? *Behaviour research and therapy* 32,5, 497-502. *Review*.
- Stewart, T.F. & Williamson, D.A. (2004). Assessment of Body Image Disturbances. Raamatus: Thompson, K. *Handbook of eating disorders and obesity* (495-511). John Wiley & Sons, Inc.
- Stice, E. & Agras, W.S. (1998). Predicting onset and cessation of bulimic behaviors during adolescence. *Child Development* 57, 841-851.
- Stice, E. (1994). Review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of mechanisms of action. *Clinical Psychology Review* 14, 633-661.

- Stice, E. (2001). A prospective test of the dual pathway model of bulimic pathology: Mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of abnormal Psychology* 110, 124-135.
- Stice, E., Shaw, H. & Nemeroff, C. (1998). Dual pathway model of bulimia nervosa: Longitudinal support for dietary restraint and affect-regulation mechanisms. *Journal of Social and Clinical Psychology* 17, 129-149.
- Stice, E., Telch, C.F. & Rizvi, S.L. (2000). Development and Validation of the Eating Disorder Diagnostic Scale: a brief self-report measure of anorexia, bulimia and binge-eating disorder. *Psychological Assessment* 12, 123-131.
- Striegel-Moore, R.H., Cachelin, F.M., Dohm, F.A., Pike, K.M., Wilfley, D.E., & Fairburn, C.G. (2001). Comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa community sample. *International Journal of Eating Disorders* 29, 157-165.
- Striegel-Moore, R.H., Franko, D.L., Thompson, D., Barton, B., Schreiber, G.B. & Daniels, S.R. (2004). Changes in weight and body image over time in women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 36, 315-27.
- Stunkard, A. J. & Messick, S. (1985). The Three Factor Eating Questionnaire to measure dietary restraining, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research* 29, 71-81.
- Sullivan, K.A. (2001). The clinical features of binge eating disorder and bulimia nervosa: What are the differences? *Canadian Journal of Counseling* 35, 315-328.
- Zipfel, S., Lowe, B., Deter, H.C. & Herzog, W. (2000). Long-term prognosis in anorexia nervosa: Lessons for a 21-year follow-up study. *Lancet* 355, 721-722.
- Telch, C. & Stice, E. (1998). Psychiatric comorbidity in a non-clinical sample of women with binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66, 768-776.
- Thelen, M.H., Farmer, J., Wonderlich, S. & Smith, M. (1991). A revision of the Bulimia Test: The BULIT-R. *Psychological Assessment* 3, 1040-1059.
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M. & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Thompson, J.K., Coovert, M.D., Richards, K.J., Johnson, S & Cattarin, J. (1995). Development of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in female adolescents: covariance structure modeling and longitudinal investigations. *International Journal of Eating Disorders* 18, 221-36.
- Tobin, D.L., Griffing, A., & Griffing, S. (1997). An examination of subtype criteria for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 22, 179-286.
- Tuschen-Caffier, B., Vögele, C., Bracht, S. & Hilbert, A. (2003). Psychological responses to body shape exposure in patients with bulimia nervosa. *Behaviour research and therapy* 41, 573-586.
- Tuschl, R.J., Laessle, R.G., Platte, P. & Pirke, K.M. (1990). Differences in food-choice frequencies between restrained and unrestrained eaters. *Appetite* 14, 9-13.
- Van den Berg, P., Thompson, J. K. & Obremski-Brandon, K. (2002). The tripartite influence model of body image and eating disturbance: a covariance structure modeling investigation testing the mediational role of appearance comparison. *Journal of Psychosomatic Research* 53,5, 1007-1020.
- Van Strien, T., Breteler, M.H.M. & Ouwens, M.A. (2002). Restraint scale, its subscales concern for dieting and weight fluctuation. *Personality and Individual Differences* 33, 791-802.

- Van Strien, T., Frijters, J.E.R., Bergers, G.P.A. & Defares, P.B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders* 5, 295-315.
- Vitousek, K.B., Daly, J. & Heiser, C. (1991). Reconstruction the internal world of the eating disordered individual: Overcoming denial and distortion in self-report. *International Journal of Eating Disorders* 6, 647-666.
- Waldherr, K., Favaro, A., Santonastaso, P., van Strien, T. & Rathner, G. (2008). Comparison of the eating disorder inventory (EDI) in the Netherlands, Austria and Italy. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association* 16, 472-9.
- Walsh, J.M., Wheat, M.E. & Freund, K. (2000). Detection, evaluation and treatment of eating disorders: The role of the primary care physician. *Journal of General Internal Medicine* 15, 577-590.
- Walsh, J.M., Wheat, M.E. & Freund K. (2000). Detection, evaluation, and treatment of eating disorders the role of the primary care physician. *Journal of general internal medicine*, 15, 577-90.
- Wardle, J. (1987). Eating style: A validation study of the Dutch Eating Behavior Questionnaire in normal subjects and women with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research* 31, 161-169.
- Wegner, K.E., Smyth, J.M., Crosby, R.D., Wittrock, D., Wonderlich, S.A. & Mitchell, J.E. (2002). An evaluation of the relationship between mood and binge eating in the natural environment using ecological momentary assessment. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 352-61.
- Whitaker, A., Johnson, J., Shaffer, D., Rapoport, J.L., Kalikow, K., Walsh, B.T., Davis, M., Braiman, S. & Dolinsky, A. (1990). Uncommon troubles in young people: Prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a nonreferred adolescent population. *Archives of General Psychiatry* 47, 487-496.
- Williamson, D.A., Anderson, D.A., Jackman, L.P. & Jackson, S.R. (1995). Assessment of eating disordered thoughts, feelings and behaviors. Allison, D.B. (Eds.) *Handbook of assessment methods for eating behaviors and weight-related problems* (347-386). Newbury Park, CA: Sage.
- Williamson, D.A., Davis, C.J., Bennett, S.M., Goreczny, A.J. & Gleaves, D.H. (1989). Development of a simple procedure for assessing body image disturbances. *Behavioral Assessment*, 11, 433-466.
- Williamson, D.A., Muller, S.L. Reas, D.L. & Thaw, J.M. (1999). Cognitive bias in eating disorders: Implications for theory and treatment. *Behavior Modification* 23, 556-577.
- Williamson, D.A., Prather, R.C., McKenzie, S.J. & Blouin, D.C. (1990). Behavioral assessment procedures can differentiate bulimia nervosa, compulsive overeater, obese and normal subjects. *Behavioral Assessment* 12, 239-352.
- Williamson, D.A., Womble, L.G., Smeets, M.A.M., Netemeyer, R.G., Thaw, J.M., Kutlesic, V. & Gleaves, D.H. (2002). Latent structure of eating disorder symptoms: A factor analytic and taxometric investigation. *American Journal of Psychiatry* 159, 412-418.
- Wilson, G.T, Heffernan, K. & Black, C.M. (1996). Eating disorders. Mash, E.J. & Barkeley, R.A. (Eds.). *Child psychopathology* (541-571). New York: Guilford Press
- Wilson, G.T. (1993). Assessment of binge eating. Fairburn, C.G. & Wilson, G.T. (Eds.) *Binge eating: Nature, assessment and treatment* (227-249). New York: Guilford Press.
- Wilson, G.T., & Smith, D. (1989). Assessment of bulimia nervosa: A n evaluation of the Eating Disorder Examination. *International Journal of Eating Disorder*, 8, 173-179.

## LISA A

**Tabel 1.** SHS alaskaalade ja üldskoori keskmiste tulemuste ja standardhälvete võrdlus kliiniliste gruppide vahel.

	AN	BN	LH	F-väärtus	p-väärtus
Söömise piiramine	22,33±11,6	24,32±7,9*LH	20,05±6,0*BN	1,40 (1,95)	<0,25
Liigsöömine	11,20±8,0**BN/LH	26,82±7,8**AN	28,4±10,3**AN	44,24 (1,96)	<0,001
Toidu väljutamine	1,70±2,8**BN	12,90±5,9**AN/LH	2,05±2,5**BN	80,25 (1,96)	<0,001
Hõivatus välimusest ja kehakaalust	19,58±9,6**BN/LH	26,66±8,6**AN *LH	32,30±7,1**AN *BN	15,31 (1,95)	<0,001
SHS üldskoor	54,80±20,8**BN/LH	90,11±21,2**AN	82,75±15,7**AN	32,50 (1,95)	<0,001

Märkus: AN – anoreksia patsientide grupp (N=40); BN – buliimia patsientide grupp (N=39); LH – liigsöömishäirega patsientide grupp (N=20).

\*p<0,05; \*\*p<0,01 - statistiliselt oluline erinevus söömishäirega gruppide vahel

**Tabel 2.** Statistilised andmed SHS alaskaalade äralõikepunktidele kliinilise ja kontrollgrupi võrdlemisel.

	Äralõikepunkt	Pindala	Sensitiivsus	Spetsiifilisus
<b>Söömise piiramine</b>	18	0,77		
<i>Kliiniline grupp</i>			0,70	
<i>Kontrollgrupp</i>				0,70
<b>Liigsöömine</b>	15	0,72		
<i>Kliiniline grupp</i>			0,65	
<i>Kontrollgrupp</i>				0,65
<b>Toidu väljutamine</b>	1	0,78		
<i>Kliiniline grupp</i>			0,72	
<i>Kontrollgrupp</i>				0,72
<b>Hõivatus välimusest ja kehakaalust</b>	16	0,86		
<i>Kliiniline grupp</i>			0,81	
<i>Kontrollgrupp</i>				0,75
<b>SHS üldskoor</b>	52	0,87		
<i>Kliiniline grupp</i>			0,81	
<i>Kontrollgrupp</i>				0,80

Märkus: Kliiniline grupp – anoreksia, buliimia ja liigsöömishäirega patsientide grupp (N=99); Kontrollgrupp - psüühikahäirete suhtes kontrollitud grupp (N=61) ja populatsioonigrupp (N=413).

**Tabel 3.** Statistilised andmed SHS alaskaalade ja üldskoori äralõikepunktidele AN ja BN gruppide võrdlemisel.

	Äralõikepunkt	Pindala	Sensitiivsus	Spetsiifilisus
<b>Söömise piiramine</b>	-	-	-	-
<i>AN grupp</i>				
<i>BN grupp</i>				
<b>Liigsöömine</b>	19	0,92		0,83
<i>AN grupp</i>				
<i>BN grupp</i>			0,87	
<b>Toidu väljutamine</b>	5	0,94		0,88
<i>AN grupp</i>				
<i>BN grupp</i>			0,92	
<b>Hõivatus välimusest ja kehakaalust</b>	23	0,71		
<i>AN grupp</i>				0,65
<i>BN grupp</i>			0,68	
<b>SHS üldskoor</b>	71	0,87		
<i>AN grupp</i>				0,78
<i>BN grupp</i>			0,79	

Märkus: AN grupp – anoreksia patsientide grupp (N=40); BN grupp – buliimia patsientide grupp (N=39).

**Tabel 4.** Statistilised andmed SHS alaskaalade ja üldskoori äralõikepunktidele AN ja LH gruppide võrdlemisel.

	Äralõikepunkt	Pindala	Sensitiivsus	Spetsiifilisus
<b>Söömise piiramine</b>	-	-	-	-
<i>AN grupp</i>				
<i>LH grupp</i>				
<b>Liigsöömine</b>	18	0,91		0,83
<i>AN grupp</i>				
<i>LH grupp</i>			0,85	
<b>Toidu väljutamine</b>	-	-	-	-
<i>AN grupp</i>				
<i>LH grupp</i>				
<b>Hõivatus välimusest ja kehakaalust</b>	27	0,85		
<i>AN grupp</i>				0,75
<i>LH grupp</i>			0,80	
<b>SHS üldskoor</b>	71	0,86		
<i>AN grupp</i>				0,78
<i>LH grupp</i>			0,80	

Märkus: AN grupp – anoreksia patsientide grupp (N=40); LH grupp – liigsöömishäirega patsientide grupp (N=20).

**Tabel 5.** Statistilised andmed SHS alaskaalade ja üldskoori äralõikepunktidele BN ja LH gruppide võrdlemisel.

	Äralõikepunkt	Tabamus	Sensitiivsus	Spetsiifilisus
<b>Söömise piiramine</b>	-	-	-	-
<i>BN grupp</i>				
<i>LH grupp</i>				
<b>Liigsöömine</b>	-	-	-	-
<i>BN grupp</i>				
<i>LH grupp</i>				
<b>Toidu väljutamine</b>	6	0,94		
<i>BN grupp</i>			0,87	
<i>LH grupp</i>				0,85
<b>Hõivatus välimusest ja kehakaalust</b>	-	-	-	-
<i>BN grupp</i>				
<i>LH grupp</i>				
<b>SHS üldskoor</b>	-	-	-	-
<i>BN grupp</i>				
<i>LH grupp</i>				

Märkus: BN grupp – buliimia patsientide grupp (N=39); LH grupp – liigsöömishäirega patsientide grupp (N=20).

## LISA B

### SHS üldskoori ja alaskaalade äralõikepunktid erinevate gruppide vahel

#### *Kliiniline vs Kontrollgrupp*

Söömise piiramine - 18, Liigsöömine – 15, Toidu väljutamine – 1, Hõivatus välimusest ja kehakaalust - 16 ning SHS üldskoor 52 punkti. Uuritaval, kelle tulemused ületavad eelpooltoodud äralõikepunkte kasvõi ühel alaskaalal, võib kahtlustada söömishäiret.

#### *Äralõikepunktid söömishäirete vahel*

##### AN vs BN

Liigsöömine – 19, Toidu väljutamine – 5, Hõivatus välimusest ja kehakaalust – 23 ning SHS üldskoor – 71 punkti. Uuritavatel, kelle skoorid ületavad äralõikepunkte, võib kahtlustada BN diagnoosi.

##### AN vs LH

Liigsöömine – 18, Hõivatus välimusest ja kehakaalust – 27 ning SHS üldskoor – 71.

Uuritavatel, kelle skoorid ületavad äralõikepunkte, võib kahtlustada LH diagnoosi.

##### BN vs LH

Toidu väljutamine – 6. Uuritavatel, kelle skoor ületab äralõikepunkti, võib kahtlustada BN diagnoosi.

### **Tänuavaldus**

Soovin väga tänada oma põhijuhendajat Kirsti Akkermanni kannatlikkuse, põhjalikkuse, professionaalsuse ning sooja ja toetava suhtumise eest. Samuti tänan juhendajat Anu Aluoja tehniliste ja sisuliste nõuannete eest. Andmete kogumise ja mõistva suhtumise eest suured tänud Kirsti Akkermannile, Anu Järvele, Tuuli Piirsalule, Jana Saluoksale, Ingrid Vilule, Grete Kaalule ning kõigile uuritavatele.