

Tartu Ülikool
Psühholoogia Instituut

Elise Vurma

**SÖÖMISHÄIRETE SÜMPTOMITE MUUTUSED 15 -18. AASTASTE TÜDRUKUTE
SEAS: LONGITUUDUURING**

Uurimistöö

Juhendaja: Kirsti Akkermann PhD

Läbiv pealkiri: Söömishäirete sümptomite muutused.

Tartu 2016

Lühikokkuvõte

Käesoleva uurimustöö eesmärgiks oli uurida söömishäirete muutumist ning impulsiivsuse rolli muutuste tekkes. Valimi moodustasid 235 - Tartu maakonna 25-st erinevast koolist pärit tüdrukut. Hindamine viidi läbi kolme aastase vahega, 15- ja 18-aastaselt. Impulsiivsuse hindamiseks kasutati Barrati Impulsiivsuse Skaalat ning söömishäirete sümptomite hindamiseks Eating Disorder Inventory-2 kolme alaskaalat. Mann-Whitney test näitas, et EDI-2 skoorid on kolme aasta jooksul tunduvalt suurenenud, kuid regressioonanalüüs ei näidanud söömishäirete muutustesse usaldusväärset impulsiivsuse panust.

Märksõnad: Söömishäired, EDI-2, impulsiivsus, isiksusejooned, BIS-11

Abstract**The changes in the symptoms of eating disorders: a longitudinal study among 15-18-year-old girls**

The aim of this study was to investigate the changes in the symptoms of eating disorders and check whether and how much impulsivity predicts the changes. The sample was formed by 235 girls from 25 different schools in Tartu county. Barrat Impulsiveness Scale-11 and three subscales from Eating Disorder Inventory-2 were used to measure impulsiveness and disordered eating. Mann-Whitney's test scores had increased and showed a serious worsening of the risks for eating disorders. Regression analysis showed no reliable results for the impulsivity's contribution in eating disorders.

Keywords: Eating disorders, EDI-2, impulsivity, personal traits, BIS-11

Sissejuhatus

2016. aastal 21. kuni 27. veebruaril toimus rahvuslik söömishäirete teadlikkuse nädal (National Eating Disorder Awareness Week), mille raames püüti läbi sotsiaalmeedia ja teiste kanalite tõsta inimeste teadlikust erinevatest söömishäiretest. Inimesed ülemaailma on söömishäirete käes vaevlenud pikka aega. Esimesed kirjeldused anoreksiast läänemaailmas pärinevad 12. ja 13. sajandist. 17. – 20. sajandi alguseni oli arusaam anoreksiast, kui sisesekretsiooni häirest. Esimene tõsiseltvõetav söömishäireid kirjeldav materjal ja süstematiseeritult koostatud raamat pärineb aastast 1973. Usaldusväärsed andmed esmasest kokkupuutest buliimiaga pärinevad keskajast, kus kõrgema klassi esindajatel oli kombeks toitu oksendada, et saaks veel rohkem tarbida. Esimene kliinilise taustaga raamat buliimia kohta pärineb 1979. aastast. 1970 - 1980 peetakse perioodiks, kus buliimia ja anoreksia haiguslikud nähud plahvatuslikult kasvasid ning jätkavad tõusuteed tänapäevani. Ameerika Ühendriikide rahvastikus on tänase päevani üheks tõsisemaks probleemiks populatsiooni rasvumine (Deans, 2011). Samas on mitmed uuringud dokumenteerinud teatud tõusu sotsiaalsete eelistuste osas aina kõhnematele naistele (Garner, Garfinkel, Schwartz & Thompson, 1980; Silverstein, Peterson & Perdue, 1986; Wiseman, Gray, Mosimann & Ahrens, 1992).

Eelneva sajandi vältel on söömishäired (anoreksia ja buliimia) normaalkaalus olevate naiste seas sattunud avaliku sektori ning paljude tervisedistsipliinide kasvava tähelepanu alla. On selge, et tänapäeval ei ole söömishäired enam harv nähtus vaid pigem noorte naiste seas väga levinud (Treasure, Claudino, & Zucker, 2009). Ülesöömishood, toidukoguste piiramine ning tarbitud toidu väljutamine (*binge and purge*) on laiemalt levinud just naiste, kui meeste seas, hilisemas lapsepõlves, teismeeas kui ka täiskasvanueas. (Hoek, 2006; Striegel-Moore & Bulik, 2007; Neumark-Sztainer, Wall, Larson, Eisenberg, & Loth, 2011), kuid tulemused ei tähenda seda, et mehed peaksid olema immunsed häirunud söömiskäitumisele ja söömishäiretele (Hoerr, Bokram, Lugo, Bivins, & Keast, 2002). Näiteks on leitud, et mehed ja naised mõistavad sotsiaalset survet ideaalsele kehakujule erinevalt – naistes luues soovi kehaalu vähendada ning meestes soovi koguda lihasmassi (Blowers, Loxton, Grady-Flessner, Occhipinti & Dawe, 2003; Ata, Ludden, & Lally, 2007; McCabe & Ricciardelli, 2005). Toitumiskäitumisel on oluline roll ka vanusel, teadlased on järjepidevalt raporteerinud, et hulk hilises või varases täiskasvanueas tüdrukud ilmutavad ebanormaalselt toidu piiramist

(toidukordade kui ka koguste arvelt) ning ülesöömist (Beato-Fernandez, Rodriguez-Cano, BelmonteLlario, & Martinez-Delgado, 2004; Combs, Spillane, Caudill, Stark, & Smith, 2012; Cotrufo, Cella, Cremato, & Labella, 2007; Gardner, Stark, Friedman, & Jackson, 2000; Tanofsky-Kraff et al., 2011).

Söömishäired on äärmiselt kompleksed haigused, mida võivad põhjustada mitmed erinevad faktorid – nii seesmised kui ka välised. Väliste faktorite puhul on tegemist näiteks sotsiaalmeedias avalduvate korduvate piltidega peenikestest tüdrukutest ning nende „perfektsetest kehadest“, avalikus meedias avalduvate reklaamides, seriaalides, filmides osalevate modellide ning näitlejete näol ning suhtlusringkonnaga (Wiederman & Tamara, 2000, Stice & Whitenton, 2002) Seesmistepuhul keha talitluslike häiretega nii füüsiliselt, kui ka psüühiliselt (Young, Kin, Koerner, Israel, Lageix & Paris, 2001)

Ata, Ludden ja Lally viisid 2007.aastal läbi uuringu Ameerika Ühendriikide teismelistega, kus hinnati, kuidas noorukite sugu, enesehinnang, sotsiaalne tugi, kiusamine ning perekonna, sõprade ja meedia surve seostub nende kehaimidži söömisharjumuste ning käitumisega teiste noorukite seas. Leiti, et noored osutasid märkimisväärset rahulolematust oma praeguse kehaga : poisid soovisid suurendada ülakeha lihasmassi sealjuures naised tahtsid vähendada keha üleüldist suurust. Madal enesehinnang ning sotsiaalne tugi, kaalu teemalised tagakiusamised ja kõrgendatud surve kaalukaotusele on seoses noorukite negatiivse keha hinnangu, keha pildi ja söömishoiakutega. Eelmiste uuringutega kooskõlas näitasid tulemused suuremat ohtu söömishäirete tekkele.

Varasemalt on uuritud pereliikmete dieedipidamise mõju ja peresuhete (peresoojus ja väärkohtlemine) noorukitele ning leiti, et naiste puhul oli nii peresuhtetel, kui ka perekonnaliikmete dieedipidamisel märkimisväärne mõju naiste häirunud söömiskäitumisele, mis on kooskõlas Ameerikas läbiviidud uuringutega (Džiškariani, 2015).

Iiris Velling (2013) uuris 12-14. aastaste laste seas tajutud sotsiaalset survet saledusele/lihaselisusele häirunud söömiskäitumise kujunemisele ning leidis, et nooremas eas mõõdetud tulemused mõjutasid laste söömiskäitumist olulisel määral. Poistel puhul avaldas enim mõju perekonnaliikmete surve ning tüdrukute puhul sõprade poolt tulenev survestatus.

RHK-10 Psüühika- ja käitumishäired - kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised liigitavad söömishäirete grupis kahte tähtsamat ja selgelt eristatavat sündroomi: *anorexia*

nervosa ja *bulimia nervosa*. Antud kriteeriumite alusel saab anoreksiat diagnoosida, kui on olemas 1) kehakaal vähemalt 15% allpool eeldatavat normi (kas kaalukaotuse tulemusena või ei ole seda kunagi saavutatudki); kehamassiindeks 17,5 või väiksem 2) kehakaalu kaotus on esile kutsutud „paksus tegevate toitude“ vältimisega ning on seotud ühe või rohkemaga järgnevast: tahtlikult esilekutsutud oksendamine, ülemäärane kehaline aktiivsus, söögiisu vähendavate preparaatide ja/või lahtistite kasutamine; 3) keha väärtaju, mille tõttu ülekaaluka mõttena püsib tüseduskartus ja patsient seab oma kehakaalile väga ranged piirid; 4) puberdeedieas kasvu seiskumine, naistel võib esineda amenorröa. Buliimia diagnoosimiseks on kriteeriumid veidi laiemamõistelised: 1) Pidevad mõtted söömisest ja vastupandamatu söömishimu ning söömishood, mille käigus tarvitatakse suur kogus toitu 2) püüdlused hoiduda või tegutseda vastu paksuks tegevate toitude toimele vastu oksendamise, lahtistite kuritarvitamisega, vahelduvate nälgimisperiodide, söögiisu pärssivate ravimite ja diureetikumide kasutamisega 3) haiguslik tüsenemiskartus ning väga ranged kehakaalu piirangud, mis on selgelt väiksemad haiguse eelsest kehakaalust, mida võiks pidada tervislikuks (RHK-10, 1992). Kui anoreksia puhul on avastatud märkimisväärne haigestumus ja suremus, siis buliimia ja teiste söömishäirete puhul ei ole suremus nii kõrge, kuid on avastatud meditsiinilisi komplikatsioone ja psüühilise funktsioneerimise häirumist. Kuna söömishäired on haigused, mis valdavad paljusid eluvaldkondi on neid uuritud nii bioloogiliste, psühholoogiliste kui ka erinevate keskkonnafaktorite lähtepunktist. Põhjalikult on uuritud söömishäirete seoseid isiksuseomadustega (Garner, Olmstead, & Polivy, 1983; Stice, 2002). On leitud, et perfektsionism, impulsiivsus ja preparaatide tarvitamine, tajutud survestatus kõhnusele, kõhnuse idealiseerimine, kehaga rahulolematus on söömishäirete riskifaktorid. Kõhnuse idealiseerimine, kehaga rahulolematus ja perfektsionism on söömishäireid säilitavad tegurid (Stice, 2002).

Kõhnuse idealiseerimine on söömishäirete tekke üks põhilisi riskifaktoreid (Keel & Klump, 2003) ning see võib põhjustada söömise piiramist, mida saab pidada kõigile söömishäiretele iseloomulikusks latentseks tunnuseks, mis mängib kesksel rollil söömishäirete kujunemisel ja püsima jäämisel (Fairburn, 1997; Heatherton & Baumeister, 1991; Lowe, 1993; Polivy & Herman, 1993; Stice jt, 1998). Häirunud kehataju on söömishäirete psühhopatoloogia keskne tunnus (Farrell, Shafran & Fairburn, 2003). Mitmed uuringud kinnitavad, et kõhnuse idealiseerimine, söömise piiramine, häirunud kehataju ning teised söömishäirete sümptomid on seoses impulsiivsusega (Stice, 2002). EDI-2 (Eating Disorder Inventory-2) hindab

eelnevalt nimetatud sümptomeid. Buliimia, Kõhnuseihalus ja kehaga rahulolematus on kolm kõige rohkem söömishäiretega seotud alaskaalat EDI-2 küsimustike kogumikus (Garner jt, 1983; Hurley, Palmer ja Stretch, 1990).

Impulsiivsus on mitmemõõtmeline konstrukt, mille eesmärk on panna kiiresti mõtlema ning otsust vastu võtma ilma, et selleks kuluks piisavalt aega (Moeller et al. 2001). Impulsiivsuse hindamise puhul lähenetakse inimestele individuaalselt, ning lähtutakse uuritavate isiksusomadustest. Isiksuseomaduste hindamise puhul arvestatakse erinevaid impulsiivsuse tahke, mis võivad olla aluseks näiteks mitmete psüühikahäirete tekkes (mõnuained, isiksuse häired, bipolaarne häire, suitsiid, söömishäired) (American Psychiatric Association (APA) , 2004).

Barrati impulsiivsuse teooria järgi eristatakse kolme erinevat impulsiivsust: motoorne (*Motor Impulsiveness*), kognitiivne (*Attentional Impulsiveness*) ning planeerimatu (*Nonplanning impulsiveness*) (Eveden, 1999; Haden & Shiva, 2008; Patton, Stanford & Barrat, 1995). Motoorne mõõdab isiku mõtlemata tegutsemist, kognitiivse all mõistetakse isiku kiirete otsuste langetamist ning planeerimatu impulsiivsus viitab, et isik on orienteeritud olevikku ning ei planeeri oma tulevikku (Haden & Shiva, 2008; Patton et al., 1995).

Claes, Robinson, Muehlenkamp, Vandereycken & Bijttebier (2010) leidsid, et impulsiivsuse skoorid olid suurenenud kõikide söömishäirete alatüüpide puhul, mis järeldeb, et impulsiivsus on ühine alalävine faktor, mis on seotud üldisemalt söömishäiretega.

T. Fahy ja I.Eisler (1993) uuringus täitsid 67 buliimia ja 29 anoreksia patsenti impulsiivsust hindava küsimustiku, kus üksikasjalikult pöörati tähelepanu söömishäire raskustele. Buliimia patsientidel oli kõrgem impulsiivsuse skoor kui anoreksia patsientidel. Buliimikutel, kelle impulsiivsuse skoorid olid kõrged ei ilmnenu raskemat söömishäire sümptomaatikat, kui madala impulsiivsusega buliimikutel. Järeldati, et impulsiivsus võib kujundada söömishäirete ekspressiooni, kuid „multi-impulsiivsed“ ei kujuta kategooriliselt erinevat buliimikute alagruppi.

Lyke ja Spinella (2004) leidsid märkimisväärseid korrelatsioone motoorse ja kognitiivse impulsiivsuse ning kontrollimatu söömise vahel, kui ka kognitiivse impulsiivsuse ja näljatunde vahel. Hudson, Hiripi, Pope ja Kessleri leidsid, et just kognitiivne impulsiivsus on seotud kehvema ettekujutlusega oma kehakujust, rohkema dieedipidamisega ning suurema mõtete

hõivatuses söömiskäitumisest. Autorite tulemused olid kooskõlas ka varasemate uuringutega, mis leidsid, et naissoost üliõpilased raporteerisid tugevamat häirunud söömiskäitumist ja kriitilisemat suhtumist söömisel ja toitu, kriitilisemat enese keha tajumist, tihedamat dieeditamist (Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007), seega on kõige ohustatum grupp hilisemas puberteedis naissoost isikud, seega käsitletakse antud uurimustöös nimetatud gruppi.

Käesolevas uurimustöös uurin söömishäirete sümptomite muutusi 15–18. aastaste tüdrukute seas ning testin kui edukalt ennustab impulsiivsus söömishäirete sümptomeid (köhnuseihalus, kehaga rahulolematust ja buliimiat) ning nende süvenemist ajas. Varasema kirjanduse põhjal püstitasin kaks hüpoteesi:

H1: Vanuses 15 kuni 18 toimub EDI-2 kolmes alaskaalas (Köhnuseihalus, Buliimiat ja Kehaga rahulolematust) oluline muutus SH sümptomite kasvu suunas.

H2: Kõrgema impulsiivsustasemega tüdrukutel toimuvad suuremad muutused söömishäirete sümptomites, kui madalama impulsiivsustasemega tüdrukutel.

Meetod

Käesolevas uurimustöös kasutatud andmed on pärit Eesti laste isiksuse, käitumise ja tervise longituuduuringust, mille üldiseks eesmärgiks oli välja selgitada tervistmõjustava käitumise põhjuslikke tegureid ja tervise kujunemist.

Valim

Uurimuses osales grupp tüdrukuid, keda uuriti samade enesekohaste küsimustikega, kahes erinevas vanuseastmes. Käesoleva uurimuse valimis on kasutatud Eesti laste isiksuse, käitumise ja tervise longituuduuringu (ELIKTU) noorema sünnikohordi tüdrukutelt 2004. aastal ja 2007.aastal kogutud andmeid. Kokku osales uuringus 305 tüdrukut, käesolevasse analüüsi kaasasin 235 tüdruku andmed.

2004. aastal oli tüdrukute keskmine vanus 14.78 (SD = 0.52) ning 2007. aastal 17.75 (SD = 0,52).

Noorukid täitsid küsimustikud kontrollitud tingimustes laboris, pärast nii vanemate kui nooruki enda nõusoleku kinnitamist. Uuringu ajal koguti andmeid füüsilise ja vaimse tervise, riskeeriva käitumise, toitumise, liikumisharjumuste, psühhosotsiaalse heaolu, impulsiivsuse ja iskikuomaduste kohta (Eesti Laste Isiksuse, Käitumise ja Tervise Uuring, 2015). Uuring on Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee poolt heaks kiidetud.

Mõõtmisvahendid

Barratti Impulsiivsuse Skaala — Versioon 11 (BIS-11) (Barrat, Patton & Stanford, 1975;) eestikeelne versioon (Paaver, Nordquist, Parik, Harro, Oreland & Harro, 2007)

Üheks levinuimaks enesekohaseks küsimustikuks impulsiivsusest on Barratti impulsiivsuse skaala (Stanford et al. 2009), mis võimaldab läheneda erinevatele gruppidele individuaalselt ning säilitada samal ajal andmete valiidsust.

Barrati skaala on mõõtmismeetod, mis on laialdaselt kasutatud 31 küsimusega küsimustik, millega mõõdetakse erinevaid impulsiivsuse tahke (Patton ja Stanford, 1995).

Andmed on mõõdetud 4-punkti Likert-tüüpi skaalal (1= harva, mitte kunagi kuni 4= alati). Antud küsimustik tõlgitud Tartu Ülikooli Psühholoogia instituudis eestikeelde. Väljaandes on jäetud 31-st küsimusest alles 27 küsimust, mis mõõdavad impulsiivsuse üldskoori.

Eating Disorder Inventory- 2 (EDI-2) (Garner, 1991) **eestikeelne versioon** (Podar, Hannus ja Allik, 1999).

Uurimustöös kasutati EDI-2 eestikeelset versiooni. Küsimustikus on 11 alaskaalat ning koosneb 91-st enesekohasest küsimusest, mis mõõdavad isiku psühholoogilist karakterit ja käitumist seoses söömishäiretega. Vastused varieeruvad kuue valikuvariandi vahel vahemikus „alati“ kuni „mitte kunagi“. Käesolevs uurimustöös on kasutatud EDI-2 kolme alaskaalat: Buliimia (*Bulimia*), Kõhnuseihalus (*Drive for thinness*) ning Kehaga rahulolematuse (*body dissatisfaction*). Buliimia alaskaala mõõdab mõtete hõivatust söömisest, kontrollile allumatut liigsöömist ning soovi toitu väljutada. Kõhnuseihaluse alaskaala mõõdab liigseid murelikke mõtteid kehakaalus ning kõhnuse olulisusest, sealjuures dieedist ja kaalu tõusust. Kehaga rahulolematuse skaaala mõõdab inimese arusaama oma kehast ning rahulolematust sellega üldiselt või mõne teatud kehaosaga (näiteks puusad, kõht, reied jms). Nimetatud alaskaalad on kõige enam seotud häirunud söömiskäitumisega (Hurley, Palmer ja Stretch, 1990). Söömishäiretega patsientide, kaalujälgijate ning kontrollide omavahelisel võrdlusel leiti, et Eesti keelne versioon EDI-2 küsimustikust on reliaabne ja valiidne viis hindama probleeme seoses söömishäiretega (Podar, 2010).

Tulemused

Kolme aastaga toimunud muutused EDI-2 alaskaalades

Viisin EDI-2 kolme alaskaalaga läbi normaaljaotustestid, mis ei lubanud andmeid käsitleda normaaljaotuslikuna. Tabelis 1 on ära toodud alaskaalade ekstsessid ja asümmeetriakordajad. Nende põhjal otsustasin kõigi kolme alaskaala puhul mõlema mõõtmiskorra lõikes mitteparameetrilise testi kasuks

Tabel 1. Kolme EDI-2 alaskaala ekstsessid ja asümmeetriakordajad

	2004		2007	
	Ekstsess	Asümmeetria -kordaja	Ekstsess	Asümmeetria- kordaja
Kõhnumisihalus	,77	1,25	-,35	,62
Buliimia	4,85	2,16	2,48	1,50
Kehaga rahulolematuse	,25	,94	-,24	,30

Seejärel viisin läbi mitteparameetrilised Wilcoxon'i sõltuvate gruppidega testid ja leidsin, et kõigi kolme alaskaala puhul on toimunud statistiliselt oluline muutus EDI-2 alaskaalades.

Kõhnumisihaluse alaskaala puhul olid skoorid 2007. aastal (Mdn = 8,0) oluliselt kõrgemad kui 2004. aastal (Mdn = 3,0), $p < ,05$, $r = ,04$, $d = ,81$

Buliimia alaskaala puhul kasvasid 2007. aasta skoorid (Mdn = 3,5) samuti võrreldes 2004. aastaga (Mdn = 1,0), $p < ,05$, $r = ,26$, $d = ,55$.

Kehaga rahulolematuse skaala näitas, et 18-aastaselt mõõdetud skoorid (Mdn = 16,0) olid oluliselt kõrgemad võrreldes kolm aastat varasemalt mõõdetud skooridega (Mdn = 6,0), $p < ,05$, $r = ,36$, $d = ,79$.

EDI-2 alaskaalade muutused kõrgema ja madalama impulsiivsustasemega noortel

Uurisin muutusi EDI-2 alaskaalades. Arvutasin esmalt välja kolme alaskaala skoorides kolme aasta jooksul toimunud muutused. Selleks lahutasin iga katseisiku vastava alaskaala 2007. aasta tulemustest 2004. aasta tulemustest, saades kolm uut muutujat: 1) muutus buliimia alaskaalas, 2) muutus kõhnumisihaluse alaskaalas, 3) muutus kehaga rahulolematuse alaskaalas.

Moodustasin 2004. aastal mõõdetud impulsiivsustaseme järgi kaks gruppi, valides kõrgemasse ja madalamasse kvartiili kuuluva impulsiivsustasemega noored. Madalama impulsiivsustasemega noorte gruppi kuulus 56 katseisikut ($M = 50,19$, $SD = 5,46$) ja kõrgema impulsiivsustasemega gruppi 62 katseisikut ($M = 72,95$, $SD = 6,07$).

Alaskaalades kolme aasta jooksul toimunud muutuste võrdlemiseks erineva impulsiivsustasemega gruppides kasutasin mitteparameetrilist Mann-Whitney testi. Uurisin, kas kolme alaskaala muutused 2004-2007 kõrgema impulsiivsustasemega katseisikute grupis on statistiliselt oluliselt suuremad kui madalama impulsiivsustasemega grupis.

Kõhnumisihaluse alaskaala tulemus ei erinenud kõrgema impulsiivsuse tasemega grupis ($Mdn = 4,00$) ja madalama impulsiivsuse tasemega grupis ($Mdn = 2,50$) statistiliselt olulisel määral ($p = ,77$). $U = 1357,00$, $z = -,30$, $p > ,05$.

Buliimia alaskaala tulemus ei erinenud kõrgema impulsiivsuse tasemega grupis ($Mdn = 2,00$) ja madalama impulsiivsuse tasemega grupis ($Mdn = ,00$) statistiliselt olulisel määral ($p = ,78$) $U = 1333,50$, $z = -,28$, $p > ,05$.

Kõrgema ($Mdn = 8,00$) ja madalama ($Mdn = 4,00$) impulsiivsustasemega katseisikute grupid ei erinenud ka kehaga rahulolematuse skaala tulemuse järgi statistiliselt oluliselt ($p = ,46$) $U = 1261,00$, $z = -,74$, $p > ,05$.

Uurisin, kuidas impulsiivsus ennustab muutusi buliimia, kehaga rahulolematuse ja kõhnumisihaluse alaskaalades. Tabelites 2, 3 ja 4 on ära toodud regressioonanalüüsi näitajad. Buliimia alaskaala muutuste väärtustest suudab impulsiivsus seletada ära vaid 0,3%. Kõhnumisihaluse alaskaala muutuste väärtustest ennustab impulsiivsus 0,2%. Kehaga rahulolematuses ennustab impulsiivsus muutuse varieeruvusest 0,2%.

Tabel 2. Buliimia muutuste ennustamine regressioonanalüüsiga

Buliimia muut	B	B standardviga	β
Konstant	,75	2,50	
BIS-11 2004	,03	,04	,05

Tabel 3. Kõhnumisihaluse muutuste ennustamine regressioonanalüüsiga

Kõhnumisihaluse	B	B standardviga	β
Konstant	3,17	3,45	
BIS-11 2004	,03	,05	,04

Tabel 4. Kehaga rahulolematuse muutuste ennustamine regressioonanalüüsiga

Kehaga rahulolematuse muut	B	B standardviga	β
Konstant	11,62	4,58	
BIS-11 2004	-,01	,07	-,09

Arutelu ja järeldused

Tulemuste analüüs

Käesoleva töö eesmärgiks oli uurida söömishäirete sümptomite muutusi kolme aasta jooksul ning välja selgitada impulsiivsuse, kui ühe riskiteguri, seosed söömishäiretega Eesti 15-18.aastaste tüdrukute seas.

Varasemate uurimuste tulemustest on dokumenteeritud, et söömishäired on äärmiselt keerulised haigused ning nende ravi kompleksne, eelkõige kui patsiendid antud haigust ei tunnista ega otsi abi või ravi (Vitousek and Watson, 1998). Van de Bree, Przybeck, Cloninger leidsid 2006. aastal läbiviidud uurimuses, et suhtumine toitu ja toitumusharjumustesse peegeldub isiksusejoontes.

2015. Aastal Eestis läbiviidud longituuduuring 12-14. aastaste poiste ja tüdrukute seas leiti, et häirunud söömiskäitumine tüdrukute osas suurenes ning poiste osas vähenes. Sellegipoolest leiti, et arvestades erinevaid riskitegureid olid nende tulemused eelneva kirjandusega kooskõlas, nimelt mõlema soo puhul ennustas tajutud sotsiaalne surve ja kõrge perfektsionism, tüdrukute puhul lisaks veel madal enesehinnang, häirunud söömiskäitumist ning selle süvenemist.

Häirunud söömishoiakute ning -käitumise, kuid ka söömishäirete tekke algus toimub teismeliseas (Treasure, Claudino, & Zucker, 2010). Puberteedieas alustavad väljakujunemist söömishäirete soolised erinevused ning nende erinevuste mõjususe kasv (Ferreiro, Seoane, & Senra, 2012).

Esimesena püstitasin hüpoteesi, et vanuses 15 kuni 18 toimub EDI-2 kolmes alaskaalas (Kõhnumispüüded, Buliimia ja Kehaga rahulolematuse) oluline muutus söömishäirete sümptomite kasvu suunas. Kõigi kolme muutuja puhul leidis hüpotees kinnitust. Kõhnumispüüdluste alaskaala suurenes tüdrukute seas üle kahe korra.

Kõhnumisihalus suurenes arvatud mediaanide alusel rohkem kui kaks korda. Sellised tulemused võisid olla tingitud väga paljudest erinevatest riskiteguritest, nii seesmistest kui välistest. On leitud, et kõhnumispüüdlusel on tüdrukute seas seoses katsedega vähendada kehakaalu (Akkermann, 2010), depressiooni ja kehaga rahulolematusega (Wiederman & Tamara, 2000) kui ka näiteks muusikavideote vaatamise (Tiggemann & Pickering, 1996) ning moe- ja välimuse ajakirjade lugemise ja seebiooperite vaatamisega (Tiggemann, 2006). Selline

tulemuste amplituuda näitab, et kõhnumispüüdluste riskifaktorid on väga laiahaardelised. Tulemuste kahekordistumine võis olla seotud ka sellega, et puberteedieas tüdrukute tähelepanu ja huvi ajas välimusele kasvabki ning nad pööravad isiklikult antud teemale rohkem huvi, kui seda varasemalt tegid, mis läbi saavad nad rohkem mõjutatud näiteks sotsiaal ja avalikust meediast ning soovivad olla kõhn/kõhnem vastavalt läänemaailma ilustandarditele.

Buliimia skoorid suurenesid mediaanide alusel rohkem kui kolm korda. Käesolevad tulemused näitavad, et antud alaskaalas muutusid skoorid enim. Tulemused näitavad, et tüdrukute mõtted söömisest, söömishood või/ja toidu väljutamine suurenesid märkimisväärselt kolme aastaga, mis tähendas tugevamat söömishäirete teket või juba nende algust. Buliimia skooride suurenemine võis olla seotud tüdrukute teadmatusega söömishäiretest. Puberteedieas noorukid otsivad iseend ning ei tunne nõnda hästi oma keha ja lähevad kaasa näiteks uute toitumistrendidega või teevad seda lapsevanemate eeskujul, et olla sotsiaalselt aktsepteeritav. Organismi talitluse häiretel ning vajalike ainete puudu jäämisel võivad tekkida isud, mille korral toimub ülesöömine ja võimalik oksendamine. Buliimia riskifaktorid on toitumise piiramine ja dieedi pidamine (Stice 2002).

Toitumise piiramine ning päevas tarbitud kalorite vähesus viib kontrollimatu ülesöömiseni. Leiti, et läbiviidud uuringus 51,4% tüdrukutest, ehk üle poole koguvalimist, üritasid alandada kehakaalu. Katsealused, kes kasutasid näljutamist või vähendasid söögikordi kehamassi vähendamiseks esines teatud geeniekspressioon tänu millele võib seletada, miks tekivad osadel inimestel kontrollimatud ülesöömishood. (Akkermann, Hiio, Villa & Harro, 2011).

Kehaga rahulolematuse mediaanide skoorid suurenesid peaaegu kolm korda ($04' = 6,0$ ja $07' = 16,0$). Tulemused on korrelatsioonis kõhnuseihalusega, seeläbi on kahel muutujal palju sarnaseid faktoreid, siiski on leitud tugevamaid kehaga rahulolematuse seoseid ajaga, mis on veedetud vaadates seriaalne, filme ning spordiprogramme (Wiederman & Tamara, 2000). Stice ja Whinton (2002) leidsid, tugev ülekaalulisus, tajutud survestatus kõhnusele, kõhnust idealiseeriv ühiskond ja sotsiaalse toe puudujäägid ennustasid kehaga rahulolematuse kasvu noorte tüdrukute seas. Leiti, et kehaga rahulolematusele on 2 erinevat viisi - esimene kaasab survestatust kõhnusele ning teine ülekaalulisust. Nagu käesoleva töö eelmiste muutujate puhul leidsid autorid, et saadud tulemused võivad olla tingitud spetsiifilistest sotsiokultuurilistest bioloogilistest ja interpersonaalsetest faktoritest, mis tõstavad riski kehaga rahulolematusele.

Käesoleva töö teiseks hüpoteesiks oli, et kõrgema impulsiivsustasemega noortel toimuvad suuremad muutused söömishäiretes kui madalama impulsiivsustasemega noortel. Impulsiivsuse ja ülesöömise ning rasvumise vahel on leitud positiivseid tulemusi, kuid tulemused ei ole järjekindlad. Kõigi kolme EDI- 2 alaskaala puhul ei ennustanud impulsiivsus ühtegi piisavalt usaldusväärset määral. Sellised tulemused võivad olla tingitud söömishäirete kompleksusest ning nende hindamise raskusest. Wonderlich, Connolly ja Stice (2004) uurisid nii isiksuslikku kui ka käitumuslikku impulsiivust buliimia sümptomite riskifaktoritena. Tulemused osutasid, et vaid käitumuslik, kuid mitte isiksuslik impulsiivsus ennustas piisavalt usaldusväärtselt häirunud söömiskäitumise algust, millele suure tõenäosusega võivad järgneda söömishäired. 2012. aastal viisid Bodell, Joiner ja Ialongo läbi sarnase uuringu Aafrikas ,mustanahaliste tüdrukute seas ning leidsid, et lapsevanemate poolt vaadeldud impulsiivne käitumine lapsepõlves on seotud buliimiliste sümptomitega puberteedias. Wonderlichi jt. ning Bodelli jt. läbiviidud uurimused küll erinesid küsimustike koha pealt, nimelt kasutati Wonderlichi uurimuses laste enesekohaseid küsimustikke ning seejärel hinnati nende impulsiivsust, Bodelli töös kasutati vanematelt kogutud andmeid, kuid sellegipoolest tulemused sarnanesid. Kuna käesolevas töös on käitumuslikku ja isiksuslikku impulsiivsust koos üldise impulsiivsuse skoorina käsitletud, siis sellest võis tuleneda tulemuste erinevus eelneva kirjandusega. Lisaks on eelnevas kirjanduses läbiviidud uuringute vahe pikem. Näiteks Bodell jt. uurisid tüdrukuid esimeses klassis ning järgnev uuring toimus üheksa aastat hiljem. Kui käesolevas töös uuriti lapsi keskmiselt vanuses 15-18. aastat, siis Bodelli töös uuriti keskmiselt 7-18. aastat. Seega on vanusevahemik käesolevas töös ligi 3 korda väiksem, kui varasemates uurimustes, mille jooksul ei pruukinud tulemused piisaval määral erineda. Tööde tulemuste erinevus võib tuleneda ka kultuuride vahelisest erinevusest. Kindlasti tasuks antud teemat Eestis veelgi põhjalikumalt edasi uurida, et saada usaldusväärsemaid tulemusi Eesti noorte tüdrukute söömishäirete põhjustest, uurides impulsiivsust eraldi osadena (näiteks isiksuslikust ning käitumuslikust perspektiivist).

Kriitika

Käesoleva töö tulemuste seletamisel tasuks arvesse võtta uuringu kitsaskohti. Antud töös uuriti EDI-2 alaskaalade skoori kasvamist aja jooksul impulsiivsuse olemasolul. Kuna kasutatud andmed pärinesid enesekohastest küsimustikest, siis tasub tulemuste interpreteerimisel arvestada andmete usaldusväärsusega. Näiteks pruugivad lapsed esitatud küsimusi mõista erinevates kontekstides, olla survestatud varasemalt vanemate või ühiskonna poolt või vastasid sotsiaalselt aktsepteeritavalt (ehk nende arvates õiget, kuid mitte nende kohta käivat).

Impulsiivsuse hindamisel oleks võinud olla põhjalikum ning uurida Barrati Impulsiivsuse skaalal 3 erineva alaskoori tulemusi omavahel kui ka kontrollida teiste isiksusejoontega koosmõjus, näiteks ärevusega, kuid kahjuks jäi aega väheks.

Impulsiivsus on väga laialdane mõiste ning selle definitsiooni võivad inimesed erinevalt võtta. Barrat eristas originaalküsimustikus 3 erinevat impulsiivsust: motoorset, kognitiivset ja planeerimatut, eesti keelde sai usaldusväärselt tõlkida 27 neist ning tulemustes arvutatakse vaid üldskoori. Meule (2013) leidis, et kõige järjekindlamalt on kolmest alaskaalast seotud kognitiivne impulsiivsus. Antud uurimistöös on kasutatud vaid üldskoori, millest võis tuleneda ka põhjus, miks impulsiivsuse ja söömishäirete sümptomite vahel seoseid ei leitud.

Söömishäirete kohta käiv kirjandus on väga mitmekesine, mahukas, kuid sealjuures ka vastandlik. Tööle eelnevalt oleks võinud uurida rohkem kirjandust just impulsiivsuse osas, sellega oleks võinud vältida töös esinevaid kitsaskohti.

Viited

Akkermann, K., Hiio, K., Villa, I., & Harro, J. (2011). Food restriction leads to binge eating dependent upon the effect of the brain-derived neurotrophic factor Val66Met polymorphism. *Psychiatry research*, 185(1), 39-43.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th. ed. APA, Washington

Ata, R. N., Ludden, A. B., & Lally, M. M. (2007). The effects of gender and family, friend, and media influences on eating behaviors and body image during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 36(8), 1024-1037.

Beato-Fernández, L., Rodríguez-Cano, T., Belmonte-Llario, A., & Martínez-Delgado, C. (2004). Risk factors for eating disorders in adolescents. *European child & adolescent psychiatry*, 13(5), 287-294.

Blowers, L. C., Loxton, N. J., Grady-Flessner, M., Occhipinti, S., & Dawe, S. (2003). The relationship between sociocultural pressure to be thin and body dissatisfaction in preadolescent girls. *Eating Behaviors*, 4(3), 229-244.

Blowers, L. C., Loxton, N. J., Grady-Flessner, M., Occhipinti, S., & Dawe, S. (2003). The relationship between sociocultural pressure to be thin and body dissatisfaction in preadolescent girls. *Eating Behaviors*, 4(3), 229-244.

Bodell, L. P., Joiner, T. E., & Ialongo, N. S. (2012). Longitudinal association between childhood impulsivity and bulimic symptoms in African American adolescent girls. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(2), 313.

Claes, L., Robinson, M. D., Muehlenkamp, J. J., Vandereycken, W., & Bijttebier, P. (2010). Differentiating bingeing/purging and restrictive eating disorder subtypes: The roles of temperament, effortful control, and cognitive control. *Personality and Individual Differences*, 48(2), 166-170.

Combs, J. L., Spillane, N. S., Caudill, L., Stark, B., & Smith, G. T. (2012). The acquired preparedness risk model applied to smoking in 5th grade children. *Addictive behaviors*, 37(3), 331-334.

Cotrufo, P., Cella, S., Cremato, F., & Labella, A. G. (2007). Eating disorder attitude and abnormal eating behaviours in a sample of 11–13-year-old school children: The role of pubertal body transformation. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 12(4), 154-160.

Deans, E. (2011). *A History of Eating Disorders. Anorexia as far back as the 12th century*.
Võetud veebilehelt: <https://www.psychologytoday.com/blog/evolutionary-psychiatry/201112/history-eating-disorders> (1.05.2016)

Džiškariani, L. (2015). *Peresuhete ja pereliikmete dieedipidamise mõju häirunud söömiskäitumisele: longituuduuring* (Doctoral dissertation, Tartu Ülikool).

Džiškariani, L. (2015). *Peresuhete ja pereliikmete dieedipidamise mõju häirunud söömiskäitumisele: longituuduuring* (Doctoral dissertation, Tartu Ülikool).

Eveden, J. L., & Ryan, C. N. (1999). The pharmacology of impulsive behaviour in rats VI: the effects of ethanol and selective serotonergic drugs on response choice with varying delays of reinforcement. *Psychopharmacology*, 146, 413-422.

Fahy, T., & Eisler, I. (1993). Impulsivity and eating disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 162(2), 193-197.

Fairburn, C.G (1997). Eating disorders. Raamatus: Clark, D. & Fairburn, C.G. (Eds.). The science and practise of cognitive behavior therapy (209-242). Oxford, England: Oxford University Press

Farrell, C., Shafran, R. & Fairburn, C.G. (2003). Body size estimation: testing a new mirror-based assessment method. *International Journal of Eating Disorders*, 31(1), 162-171.

Ferreiro, F., Seoane, G., & Senra, C. (2012). Gender-related risk and protective factors for depressive symptoms and disordered eating in adolescence: A 4-year longitudinal study. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(5), 607-622.

- Gardner, R. M., Stark, K., Friedman, B. N., & Jackson, N. A. (2000). Predictors of eating disorder scores in children ages 6 through 14: A longitudinal study. *Journal of psychosomatic research*, 49(3), 199-205.
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Schwartz, D., & Thompson, M. (1980). Cultural expectations of thinness in women. *Psychological reports*, 47(2), 483-491.
- Garner, D. M., Olmstead, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International journal of eating disorders*, 2(2), 15-34.
- Haden, S. C., & Shiva, A. (2008). Trait impulsivity in a forensic inpatient sample: An evaluation of the Barratt Impulsiveness Scale. *Behavioral sciences & the law*, 26(6), 675-690.
- Heatherton, T.F. & Baumeister, R.F. (1991). Binge-eating as an escape from awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86-108
- Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current opinion in psychiatry*, 19(4), 389-394.
- Hoerr, S. L., Bokram, R., Lugo, B., Bivins, T., & Keast, D. R. (2002). Risk for disordered eating relates to both gender and ethnicity for college students. *Journal of the American College of Nutrition*, 21(4), 307-314.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 61(3), 348-358.
- Hurley, J.B., Palmer, R.L., Stretch, D. (1990). The specificity of the Eating Disorders Inventory: a reappraisal. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 419-424
- Jansen, A., Nederkoorn, C., van Baak, L., Keirse, C., Guerrieri, R., & Havermans, R. (2009). High-restrained eaters only overeat when they are also impulsive. *Behaviour research and therapy*, 47(2), 105-110.
- Keel, P.K., Klump, K.L. (2003) Are Eating Disorders Culture-Bound Syndroms? Implications for Conceptualizing Their Etiology. *Psychological Bulletin* 5, 747-769.

- Lowe, M.R. (1993). The effects of dieting on eating behavior: A three-factor model. *Psychological Bulletin*, 114, 100-121.
- Lyke, J. A., & Spinella, M. (2004). Associations among aspects of impulsivity and eating factors in a nonclinical sample. *International Journal of Eating Disorders*, 36(2), 229-233.
- Lyke, J. A., & Spinella, M. (2004). Associations among aspects of impulsivity and eating factors in a nonclinical sample. *International Journal of Eating Disorders*, 36(2), 229-233.
- Maaailma Tervishoiu Organisatsioon. (1993) *Psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsioon RHK-10: kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised*. Tõlge: Tartu Ülikool.
- McCabe, M. P. & Ricciardelli, L. A. (2005). A prospective study of pressure from parents,peers, and the media on extreme weight change behaviors among adolescent boys and girls. *Behaviour Research and Therapy*,43, 653-668.
- Meule, A. (2013). Impulsivity and overeating: a closer look at the subscales of the Barratt Impulsiveness Scale. *Frontiers in psychology*, 4, 177.
- Moeller F. G, Barratt E. S, Dougherty D. M, Schmitz J. M, Swann A. C (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1783-1793.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Larson, N. I., Eisenberg, M. E., & Loth, K. (2011). Dieting and disordered eating behaviors from adolescence to young adulthood: findings from a 10-year longitudinal study. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(7), 1004-1011.
- Patton J.H, Stanford M.S, Barratt E.S (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology* 51, 6, 768-774.
- Podar, I. (2010). Eating disorders, personality, and cultural differences. Tartu Ülikool Psühholoogia Instituut. Käsikiri.
- Podar, I., Jaanisk, M., Allik, J., & Harro, J. (2007). Psychological traits and platelet monoamine oxidase activity in eating disorder patients: their relationship and stability. *Progress in Neuro-psychopharmacology and biological Psychiatry*, 31(1), 248-253.
- 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.

Silverstein, B., Peterson, B., & Perdue, L. (1986). Some correlates of the thin standard of bodily attractiveness for women. *International Journal of Eating Disorders*, 5(5), 895-905.

Stanford M.S, Mathias C.W, Dougherty D.M, Lake S.L, Anderson N.E, Patton J.M (2009). Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and Individual Differences*, 47, 5, 385-395.

Steiger, H., Young, S. N., Kin, N. N. Y., Koerner, N., Israel, M., Lageix, P., & Paris, J. (2001). Implications of impulsive and affective symptoms for serotonin function in bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 31(01), 85-95.

Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 128(5), 825.

Stice, E., & Whitenton, K. (2002). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: a longitudinal investigation. *Developmental psychology*, 38(5), 669.

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.

Striegel-Moore, R. H., & Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), 181.

Tanofsky-Kraff, M., Shomaker, L. B., Olsen, C., Roza, C. A., Wolkoff, L. E., Columbo, K. M., & Yanovski, J. A. (2011). A prospective study of pediatric loss of control eating and psychological outcomes. *Journal of abnormal psychology*, 120(1), 108.

Tiggemann, M. (2006). THE ROLE OF MEDIA EXPOSURE IN ADOLESCENT GIRLS' BODY DISSATISFACTION AND DRIVE FOR THINNESS: PROSPECTIVE RESULTS. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(5), 523.

Tiggemann, M., & Pickering, A. S. (1996). Role of television in adolescent women's body dissatisfaction and drive for thinness. *International Journal of Eating Disorders*, 20(2), 199-203.

Treasure J, Claudino A.M, Zucker N. Eating disorders. *Lancet* 2009

Van den Bree, M. B., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (2006). Diet and personality: Associations in a population-based sample. *Appetite*, 46(2), 177-188.

Velling, I. (2013). Tajutud sotsiaalse surve saledusele/lihaselisusele mõju häirunud söömiskäitumise kujunemisele 12-14 aastastel lastel: longituuduuring (*Doctoral dissertation, Tartu Ülikool*).

Velling, I. (2015). Häirunud söömiskäitumise psühholoogilised riskifaktorid 12-14-aastastel lastel: longituuduuring (Doctoral dissertation, Tartu Ülikool).

Wiederman, M. W., & Pryor, T. L. (2000). Body dissatisfaction, bulimia, and depression among women: The mediating role of drive for thinness. *International Journal of Eating Disorders*, 27(1), 90-95.

Wiseman, C. V., Gray, J. J., Mosimann, J. E., & Ahrens, A. H. (1992). Cultural expectations of thinness in women: An update. *International Journal of Eating Disorders*, 11(1), 85-89.

Vitousek, K., Watson, S., & Wilson, G. T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical psychology review*, 18(4), 391-420.

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

Olen nõus oma töö avaldamisega Tartu Ülikooli digitaalarhiivis Dspace.

Elise Vurma