

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Psichologijos institutas

Lidija Semionova

Klinikinės psichologijos studijų programa
Magistro darbas

Valgymo sutrikimų turinčių jaunų suaugusių moterų gydymo patirtys

Darbo vadovė: doc. dr. Asta Adler

Vilnius
2023

TURINYS

SANTRAUKA.....	3
SUMMARY	4
SVARBIAUSIOS SĄVOKOS	5
PRATARMĖ	6
1. ĮVADAS.....	8
1.1 Valgymo sutrikimų psichopatologija ir rizikos veiksniai	8
1.2 Valgymo sutrikimų gydymo procesas	13
1.2.1 Valgymo sutrikimų gydymo kliūtys.....	13
1.2.2 Motyvacija gydytis.....	14
1.2.3 Valgymo sutrikimų gydymo intervencijos	16
1.2.4 Gydymosi būdai	17
1.2.5 Gydymo rezultatai, pasveikimai	21
1.3 Tarpusavio santykiai su specialistais	22
2. TYRIMO METODIKA.....	24
2.1. Teorinis tyrimo pagrindas	24
2.2. Tyrimo dalyviai	25
2.3. Instrumentai ir tyrimo eiga.....	29
2.4. Duomenų analizė	30
3. REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS	32
3.1 Požiūrio kaita į ligą: nuo neigimo iki pripažinimo	32
3.1.1 „Gėda kalbėti“ – ligos suvokimas.....	32
3.1.2 Vidinė motyvacija sveikti.....	35
3.2 „Ilgos paieškos“ – gydymo pagalbos radimas	36
3.3 Valgymo sutrikimų gydymo priėmimas ar atmetimas.....	39
3.3.1 Neigiamos valgymo sutrikimų gydymo patirtys.....	39
3.3.2 „Padėjo priimti save tokią, kokia esu“: – teigiamos valgymo sutrikimų gydymo patirtys	44
3.3.3 „Šalia tokių kaip aš“ – bendrystės jausmas	46
3.4 Sveikimas, tai nuolatinė kova su savo valgymo sutrikimais.....	48
3.4.1 „Tai juodas darbas ir manęs lauks dar daug iššūkių, pakilimų, nukritimų, ašarų ir panašiai, bet ir to verta, nes aš pradėdu matyti gyvenimą“ – Nuolatinė kova	48
3.4.2 Išlikęs ambivalentiškas santykis į esamus valgymo sutrikimus	52
3.5 Darbo ribotumai, įžvalgos tolimesniems tyrimams ir praktinės rekomendacijos	52
IŠVADOS.....	54
LITERATŪRA	56
PRIEDAI	68

SANTRAUKA

„Valgymo sutrikimų turinčių jaunų suaugusių moterų gydymo patirtys“, Lidija Semionova, Vilnius, Vilniaus universitetas, 2023 m., 78 psl.

Valgymo sutrikimai, kaip ir kiti psichikos sutrikimai turi savo gydymo specifiškumą. Nepaisant to, kad valgymo sutrikimų simptomai yra aiškiai aprašyti, jie yra vieni iš sunkiausiai gydomų sutrikimų. Tikslas – atskleisti valgymo sutrikimų turinčių jaunų suaugusių moterų patirtis ir išgyvenimus valgymo sutrikimų gydymo metu. Tyrime dalyvavo 12 valgymo sutrikimų turinčių 19–35 metų amžiaus moterų. Tyrimo duomenys buvo rinkti pusiau struktūriniu interviu, analizuojami indukcinio teminės analizės būdu. Buvo išskirtos keturios pagrindinės temos, kurios atspindi jaunų suaugusių valgymo sutrikimais sergančių moterų gydymo patirtis ir išgyvenimus: *požiūrio kaita į ligą: nuo neigimo iki pripažinimo; „ilgos paieškos“ – gydymo pagalbos radimas; valgymo sutrikimų gydymo priėmimas ar atmetimas; sveikimas, tai nuolatinė kova su savo valgymo sutrikimais*. Šis tyrimas gali suteikti naudos šeimos gydytojams, visuomenės sveikatos priežiūros ir psichikos sveikatos specialistams dirbantiems su valgymo sutrikimų turinčiais asmenimis.

Raktiniai žodžiai: valgymo sutrikimai, jaunos suaugusios moterys, gydymo patirtys, teminė analizė.

SUMMARY

‘Treatment experiences of young adult women with eating disorders’, Lidija Semionova, Vilnius, Vilnius University, 2023, 78 p.

Eating disorders, like other mental disorders, have their own treatment specificities. Despite the fact that the symptoms of eating disorders are clearly described, they are one of the most difficult disorders to treat. The aim is to shed light on the experiences of young adult women with eating disorders during eating disorder treatment. The participants were 12 women aged 19-35 with eating disorders. Data were collected by semi-structured interview and analysed by inductive thematic analysis. Four main themes emerged, which reflect the experiences and experiences of treatment for young adult women with eating disorders: *change of attitude towards the illness: from denial to acceptance; the 'long search' to find help for treatment; acceptance or rejection of eating disorder treatment; recovery is a continuous struggle with one's eating disorder*. This study may be of benefit to family physicians, public health and mental health professionals working with people with eating disorders.

Key words: eating disorders, young adult women, treatment experiences, thematic analysis.

SVARBIAUSIOS SĄVOKOS

Valgymo sutrikimai – psichikos sutrikimai, kuriems būdingas nuolatinis valgymo ar su valgymu susijusio elgesio sutrikimas, dėl kurio pakinta maisto vartojimas ar įsisavinimas. Dėl to labai pablogėja fizinė sveikata arba psichosocialinis funkcionavimas (APA, 2013).

Nervinė anoreksija – maitinimosi ir valgymo sutrikimas, pasireiškiantis įvairiu mitybos nepakankamumu ir lemiantis ryškų kūno svorio sumažėjimą. Būdingas pakitęs kūno svorio ir formos vertinimas, stipri baimė priaugti svorio ar nutukti (Bagdonas ir Bliumas, 2019).

Nervinė bulimija – maitinimosi ir valgymo sutrikimas, pasireiškiantis pasikartojančiais gausaus valgymo epizodais, saiko stoka, netinkamu kompensaciniu elgesiu, kuriuo siekiama užkirsti kelią svorio padidėjimui, badavimu ar perdėtu mankštinimuisi (Bagdonas ir Bliumas, 2019).

Motyvacija – veiksmų, elgesio ar veiklos skatinimas, kurį sukelia motyvai, jų visuma. Noras, siekis įdėti pastangų siekiant tikslo (Bagdonas ir Bliumas, 2019).

PRATARMĖ

Pasaulyje valgymo sutrikimų turinčių asmenų daugėja nepriklausomai nuo jų amžiaus, lyties ir statuso visuomenėje, rasės, etninės grupės. Šie sutrikimai tampa vis dažnesni. Dažniau valgymo sutrikimais susergera jauni žmonės.

Nepaisant didelės sergamumo ir mirtingumo statistikos, valgymo sutrikimai ir toliau išlieka mažo prioriteto ligomis, iš dalies dėl įsisenėjusių klaidingų įsitikinimų apie jų priežastis ir pasekmes. Valgymo sutrikimai yra sudėtingi psichikos sutrikimai, kurių aptikimo ir ankstyvos intervencijos dažnis yra mažas. Jie gali sukelti didelių psichinės ir fizinės sveikatos komplikacijų, ypač jei intervencija atidedama (Koreshe et al., 2023). Nors valgymo sutrikimai trikdo asmens kasdienį funkcionavimą (Salvia et al., 2023; Schaumberg et al., 2017), daugelis nesikreipia pagalbos arba nutraukia gydymą (Mital et al., 2022).

Dažniausiai diagnozuojami valgymo sutrikimai yra nervinė bulimija, nervinė anoreksija, persivalgymo sutrikimai. Ir tik trečdalis šiuos sutrikimus turinčių asmenų yra diagnozuojami sveikatos priežiūros įstaigose (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). Per 2000–2018 m. laikotarpį pasaulyje padidėjo valgymų sutrikimų sergamumo lygis nuo 3,5 proc. iki 7,8 proc. Valgymo sutrikimų turinčių asmenų skaičius pasaulyje didėja nepriklausomai nuo to, kokiame žemyne jie gyvena. Daugiausia valgymo sutrikimais serga moterys 8,4 proc., ir tik 2,2 proc. vyrų (Galmiche et al., 2019). Remiantis Lietuvos Higienos instituto statistikos duomenimis pastebėta, kad nuo 2018 m. iki 2022 m. valgymo sutrikimais sergančių asmenų, kuriems sveikatos įstaigose užregistruota bent viena iš valgymo sutrikimų ligų, padidėjo beveik dvigubai, nuo 748 iki 1343 asmens.

Valgymo sutrikimai, kaip ir kiti psichikos sutrikimai turi savo gydymo specifiškumą. Nepaisant to, kad valgymo sutrikimų simptomai yra aiškiai aprašyti, jie yra vieni iš sunkiausiai gydomų sutrikimų. Pastebima didelė mirtingumo rizika, ypač sergant nervine anoreksija (Gulliksen et al., 2015; Smink et al., 2012). Valgymo sutrikimai didina savižudybių ir medicininių komplikacijų riziką. Trikdo žmogaus asmeninį ir šeimos funkcionavimą (Schaumberg et al., 2017). Atsižvelgiant į aukštą sergamumo ir mirtingumo lygį, mažą gydymo poreikį ir didelį atkryčių skaičių, svarbu išnagrinėti prevencijos, ankstyvo atpažinimo ir ankstyvos intervencijos iniciatyvas (Koreshe et al., 2023).

Išnagrinėjus mokslinę literatūrą pastebėta, kad yra mažai atlikta ir aprašyta tyrimų, kuriuose būtų nagrinėjami teigiami ir neigiami valgymo sutrikimų gydymo patirties aspektai ir kaip juos suvokia patiriantys asmenys. Dauguma atliktų tyrimų yra apie valgymo sutrikimų veiksnius, gydymo būdus.

Šiuo tyrimu bus siekiama atskleisti tyrimo dalyvių gydymosi patirtis, kurios gali būti naudingos valgymo sutrikimų turinčių jaunų moterų gydymui. Svarbu, kad visuomenė suprastų, kad

valgymo sutrikimai nėra žmogaus pasirinkimas ir, kad nuo šių sutrikimų įmanoma pasveikti, tik tam reikia juos, kuo anksčiau nustatyti ir pradėti gyti (Schaumberg et al., 2017).

1. ĮVADAS

1.1 Valgymo sutrikimų psichopatologija ir rizikos veiksniai

Valgymo sutrikimai yra sudėtingi psichiniai sutrikimai, kurių aptikimo ir ankstyvos intervencijos dažnis yra mažas. Visi valgymo sutrikimai turi didesnę mirtingumo riziką, ypač sergant nervine anoreksija. Nervinė anoreksija palyginti dažnai pasitaiko tarp jaunų moterų. Nors per pastaruosius dešimtmečius bendras sergamumo nervine anoreksija rodiklis išliko stabilus, tačiau jis išaugo 15–19 metų amžiaus merginų grupėje. Palyginti su kitais valgymo sutrikimais persivalgymo sutrikimas dažniau pasitaiko tarp vyrų ir vyresnio amžiaus asmenų (Smink et al., 2012). Europoje valgymo sutrikimais serga tik 0,3–0,7 proc., vyrų. Tuo tarpu 1–2 proc. moterų serga nervine bulimija, nervine anoreksija serga 1–4 proc., persivalgymo sutrikimais serga 1–4 proc. moterų (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). Vėlesnėje sisteminėje duomenų apžvalgoje (Galmiche et al., 2019), kuri apima 2000–2018 m. laikotarpį, pastebėtas padidėjęs valgymų sutrikimų sergamumo rodiklis, kuris pakilo du kartus. Nustatyta, kad daugiausia valgymo sutrikimais serga moterų, net 8,4 proc., ir tik 2,2 proc. vyrų. Valgymo sutrikimų paplitimas yra didesnis Vakarų šalyse ir ypač moterų tarpe (Qian et al., 2022).

Nustatyta, kad kreipdamiesi psichologinės pagalbos vyrai labiau nei moterys patiria stigmą dėl valgymo sutrikimų. Tad yra didesnė tikimybė, kad jie turi nediagnozuotus valgymo sutrikimus (Griffiths et al., 2015). Pastebėta, kad dauguma tyrimų yra apie du klasikinius valgymų sutrikimus, tai nervine anoreksiją ir nervinę bulimiją (Qian et al., 2022). Tačiau reikia nepamiršti, kad egzistuoja ir kitų valgymo sutrikimų, kaip persivalgymo sutrikimai, valgymo vengimo / ribojimo sutrikimas – ARFID. 7–17 m. amžiaus asmenų gydymo požiūriu ARFID simptomai primena vaikų nervinę anoreksiją, o kai kuriais atvejais ji pasireiškia kaip nervinė anoreksija be baimės priaugti svorio ar riebalų masės. 12 proc. ARFID sergančiųjų, pirmiau susirgo ARFID, o vėliau nervinę anoreksija (Keel et al., 2018).

Pastebėta, kad negydant valgymo sutrikimų, netaikant intervencinių priemonių, šie sutrikimai pereina į kitus amžiaus tarpsnius. Pavyzdžiui, persivalgymas vaikystėje siejamas su padidėjusia persivalgymo sutrikimo rizika būnant 16 metų. Kai kuriais atvejais nerimastingas valgymas vaikystėje gali būti vėlesnės nervinės anoreksijos apraiška (Herle et al., 2020), todėl (Le Grange et al., 2012) pediatrams rekomenduoja visada apskaičiuoti nepilnamečių kūno masės indeksą (KMI).

Tėvų psichikos sutrikimai, prenatalinis motinos stresas, įvairūs šeimos veiksniai, atsvaris vaikystėje ir nepasitenkinimas kūnu paauglystėje, didina valgymo sutrikimų riziką (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). Yra išskiriami ir kiti valgymo sutrikimų susirgimo rizikos veiksniai kaip: asmenybės bruožai, lytis, amžius, etninė kilmė, kultūra (Mayhew et al., 2018), biologiniai (įskaitant

genetinius) ir aplinkos veiksniai (Schaumberg et al., 2017). Valgymo sutrikimus turintys asmenys teigė, kad jų valgymo sutrikimai prasidėjo dėl socialinių problemų, asmeninių priežasčių, pavyzdžiui, blogų tarpasmeninių santykių, streso, depresijos (Blodgett Salafia et al., 2015).

Sunkesnė depresija ir didesnis patiriamo nerimo lygis yra susiję su sunkesne valgymo sutrikimų psychopatologija (Sander et al., 2021; Smith et al., 2018) ir prasta gyvenimo kokybe (Leung et al., 2013). Daugiau kaip 70 proc. valgymo sutrikimų turinčių asmenų nurodo ir kitus gretutinius sutrikimus: nuotaikos – 40 proc., nerimo – 50 proc., savęs žalojimą 20 proc., psichoaktyvių medžiagų vartojimą 10 proc. valgymo sutrikimų turinčių asmenų (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). Moterys sergančios nervine anoreksija bei somatinėmis ligomis (pvz., uždegiminėmis žarnyno ligomis, susijusiomis su maisto suvartojimo ir svorio pokyčiais) kelia iššūkį medicinos specialistams, dėl kylančios rizikos prastiems ilgalaikiams gydymo rezultatams bei didesniai mirtingumui (Erdur et al., 2012). Nervinės anoreksijos, bandymų nusižudyti komorbidiškumas daugiausia priklauso nuo genetinių veiksnių (Thornton et al., 2016).

Rezultatai rodo didesnę valgymo sutrikimų simptomų sunkumą paauglėms ir jaunoms suaugusioms moterims, nurodančioms disfunkcinę emocijų reguliavimą (*angl. dysfunctional emotional regulation*), žemą savigarbą, aukštą perfekcionizmo lygį (Sander et al., 2021), nepasitikėjimą savimi (Blodgett Salafia et al., 2015). Lietuvoje atliktas tyrimas tarp jaunų suaugusių moterų taip pat atskleidė, kad didesnis perfekcionizmo lygis, savęs sudaiktinimas ir patiriamos gėdos jausmas dėl savo kūno didina riziką susirgti valgymo sutrikimais (Paluckaitė, 2021).

Žmonių turinčių valgymo sutrikimus, gyvenimo kokybė ir psichologinė sveikata yra prastesnės nei tų, kurie neturi šių sutrikimų. Persivalgymai, priverstiniai vėmimai, vidurių laisvinimas, kompulsinis sportavimas, ekstremalūs mitybos ribojimai, svorio ar figūros pervertinimai yra susiję su prastesne psichikos sveikata (Jenkins et al., 2011, 2014), suprastėjusiais socialiniais santykiais, seksualinio gyvenimo kokybe (Mond et al., 2012). Anot (Bamford et al., 2015; Panea-Pizarro et al., 2021), tiek didelis, tiek mažas moterų KMI yra reikšmingai susijęs su gyvenimo kokybe. Asmenys, turintys valgymo sutrikimus ir didelį KMI, pasižymi didesniu polinkiu į spontanišką elgesį, kuris išryškėja susidūrus su maistu (Gianini et al., 2013; Schag et al., 2013). Nervine anoreksija sergantys asmenys dažniausiai nurodo psichologines ir emocines problemas, taip pat kūno vaizdo problemas. Sergantys nervine bulimija nurodo dar ir socialines problemas. Persivalgymo sutrikimą, nepatikslingus valgymo sutrikimus ir kitus valgymo sutrikimus turintys asmenys minėjo, jog patyrė psichologines ir emocines problemas, taip pat traumuojančius gyvenimo įvykius (Blodgett Salafia et al., 2015).

Tiriant nervinių anoreksikų savęs suvokimą, pastebėtos dvi savastys, „tikrasis aš“ (kurį laiko „racionali“) ir „anoreksiškasis aš“ („neracionaliu“ arba „tamsiąja puse“), kurios yra susipynusios kartu. Savasties supratimas yra susijęs su jų nervinės anoreksijos sutrikimu, kuris tampa savasties

apibrėžimu (Williams et al., 2016). Vidinis „anoreksinis balsas“ turi poveikį nervinės anoreksijos progresavimui ir valdymui, skatindamas žmogaus sutrikusio valgymo elgesį ir mintis. „Anoreksinis balsas“ iš paguodos šaltinio tapo garsus, valingas, viliojantis, kritiškas, reikalaujantis nekvestionuojamo paklusnumo, įtikinantis laikytis griežtos kūno kontrolės ir pasiaukojimo (Tierney & Fox, 2010). Asmenys liūdėjo dėl galimybės atsisakyti to, ką laikė esant draugu ir savo tapatumo dalimi. Jiems kildavo tokie klausimai, kaip: „*kas aš esu, jei tai paleisiu?*“ Tiek „anoreksiškas aš“, tiek vidinis „anoreksinis balsas“ apsunkina gydymo procesą, dėl jų asmuo negali atsisakyti nervinės anoreksijos dėl baimės būti niekuo be jos, tad pasveikimas atrodo nepasiekiamas.

Savo vertės jausmas, orientuotas į kūno formą ir svorį, gali atlikti lemiamą vaidmenį formuojant valgymo sutrikimų turinčių asmenų tapatybę ir skatinantį elgesį, kuriuo siekiama tam tikrų svorio/formos idealų. Savęs konceptas (*angl. self-concept*) gali turėti įtakos valgymo sutrikimų simptomų vystymuisi ir palaikymui. Valgymo sutrikimų etiologijai ir jos palaikymui svarbūs įvairūs su savimi susiję konstruktai: žemas savigarbos, užuojautos sau lygis, aukštas nesavanaudiškumo, su išvaizda susijusios savo vertės jausmas, socialinis lyginimas, į save orientuotas perfekcionizmas ir savikritika. Egosintoniškumas (*angl. ego-syntonicity*) yra pagrindinis nervinės anoreksijos aspektas, susiejantis individo savęs suvokimą su diagnoze, o tai tikėtina, skatina ambivalentiškumą arba pasipriešinimą kreiptis gydytis (Bardone-Cone et al., 2020).

Perdėtas mankštinimasis (*angl. compulsive exercise*) yra dažnas valgymo sutrikimų simptomas, susijęs su prastais trumpalaikiais ir ilgalaikiais gydymo rezultatais. Perdėto mankštinimosi kriterijai: netinkamai/neadekvačiai didelis pratimų kompleksas (pasikartojantys pratimai, kuriuos pacientas jaučiasi priverstas atlikti pagal griežtas asmenines taisykles, siekdamas įveikti distresą ar išvengti tam tikrų pasekmių: baimę prarasti kontrolę palaikant kūno svorį ir formas), fizinė ar psichologinė našta sukelta perdėto mankštinimosi (Dittmer et al., 2018). Kūno vaizdo lankstumas (*angl. body image flexibility*) apibrėžiamas kaip gebėjimas visapusiškai išgyventi suvokimą apie su kūnu susijusius pojūčius, jausmus, mintis. Jis yra susijęs su didesniu kūno priėmimu (Sandoz et al., 2013). Nustatyta, kad studentai, patiriantys nuolatinę maisto stoką, turi didesnę riziką susirgti valgymo sutrikimais: nervine bulimija arba kitais nepatikslingais valgymo sutrikimais. Studentai patiria dažnus persivalgymo epizodus ir dažnesnį kompensacinį badavimą (*angl. compensatory fasting*) (Christensen et al., 2021).

(Hinojo-Lucena et al., 2019) atliktame tyrime pastebėjo, jog probleminis interneto naudojimas gali būti kaip valgymo sutrikimų prediktorius vaikams, paaugliams, jauniems suaugusiems, tačiau didžiausią riziką patirianti populiacija – universitetų studentai. Tai yra priklausomybė nuo interneto arba pernelyg dažnas technologijų naudojimas didina valgymo sutrikimų sergamumą. (Blodgett Salafia et al., 2015) atliktame tyrime, pastebėta, kad visuomenė manė, kad daugiausia valgymo sutrikimus skatina žiniasklaida, kultūriniai idealai, tačiau valgymo sutrikimais sergantys asmenys taip

nemanė. Tačiau (Turner & Lefevre, 2017) pateikti duomenys patvirtina, jog didesnis „Instagram“ naudojimas yra susijęs su stipresniais nervinės ortoreksijos simptomais. Socialinė žiniasklaida skatina selektyvų poveikį, nes vartotojai pasirenka, kurias paskyras jie nori sekti ir dėl to nuolat susiduria su tų paskyrų turinio tipu. Dėl tokio riboto informacijos turinio ir poveikio, vartotojai gali manyti, kad tam tikras elgesys yra labiau paplitęs ir įprastas, dėl to gali jausti socialinį spaudimą laikytis tokio elgesio. Probleminis elgesys taip pat gali būti nuolat stiprinamas per kūno vaizdo viešinimą socialinėje medijoje (*angl. image exposure*) ir per asmeninį bendravimą skaitmeninėse bendravimo platformose. Tą patvirtino ir (Branley-Bell & Talbot, 2020) pastebėję, kad nors teigiamos žinios apie mitybą ir fizinį aktyvumą gali būti naudingos daugumai gyventojų, tačiau tai gali dirginti valgymo sutrikimus turinčius žmones, didinant nerimą, mažinant situacijos kontrolės jausmą, o tai yra susiję su neigiamu poveikiu psichologinei savijautai ir valgymo sutrikimų simptomams (Weissman & Hay, 2022).

Draugų ir šeimos socialinė parama yra labai svarbi valgymo sutrikimus turintiems asmenims (Branley-Bell & Talbot, 2020; Schaumberg et al., 2017), kuri padeda mažinti patiriamą stigmą (Blodgett Salafia et al., 2015). Šeima gali atlikti svarbų vaidmenį teikiant didesnę paramą valgymo elgsenos, persivalgymo epizodų reguliavimui (Hail & Le Grange, 2018). Nervine anoreksija sergančių paauglių viena iš kreipimosi gydytis priežasčių gali būti jų šeimos narių pageidavimas (Hamilton et al., 2022). Kaip žinoma valgymo sutrikimai paveikia ne tik juos turintį asmenį, tačiau ir jo artimuosius. Šeimose, kuriose yra valgymo sutrikimų turinčių asmenų, padažnėja konfliktų, ginčų, vyksta nuolatinės derybos, dažniausiai tėvai papirkinėja savo atžalas, jog pavalgytų. Tuo metu jų broliai/seserys išsako patiriantys distresą dėl prarasto savo kaip vaiko-paauglio vaidmens, bandymo suderinti visų artimųjų poreikius, pasiaukojimo, padidėjusios atsakomybės jausmo už savo paauglius brolius ir seseris, turinčius valgymo sutrikimus (Areemit et al., 2010). (Lindstedt et al., 2015) tyrime dalyvavę paaugliai suvokė, kad savo gydymo laikotarpiu jie gavo daug dėmesio iš šeimos narių, o kai kuriuos paauglius griaučė sąžinė, kad jie kartu su tėvais sukūrė pasaulį, į kurį jų broliai ir seserys neturėjo galimybės patekti. Kai tėvai gydymo metu didžiąją dalį laiko skirdavo valgymo sutrikimus turinčioms atžaloms, o šios tuo metu stengdavosi kontroliuoti koks ir kaip maistas bus patiekiamas, padažnėdavo konfliktų namuose. Šeimos santykiams blogėjant, broliai ir seserys jausdavosi ignoruojami ir tiesiog pasitraukdavo, kad visas dėmesys būtų skiriamas sergančiam vaikui, paaugliui (Stewart et al., 2021).

Asmenims, kuriems valgymo sutrikimai išsivystė po daugkartinio traumavimo, greičiausiai yra patyrę potrauminio streso sutrikimo (PTSS) simptomus. Taip pat yra pastebima, kad klinikinėje praktikoje asmenims, turintiems valgymo sutrikimus, nėra dažnai diagnozuojamas potrauminis streso sutrikimas, kuris svyruoja nuo 9 iki 24 proc. (Rijkers et al., 2019; Tagay et al., 2014). Didelė PTSS simptomatika yra susijusi su sunkesniais valgymo sutrikimo simptomais, (Rijkers et al., 2019), maža

socialine parama, silpnu darnos jausmu, saviveiksmingumu, kontrolės jausmu, savigarba (Tagay et al., 2014). Trauminių įvykių patyrimas yra susijęs su sunkesniais valgymo sutrikimų simptomais, psichosocialiniais sutrikimais, psichiatrinio komorbidiškumu ir neigiamu savęs vertinimu (Backholm et al., 2013), didesniu KMI nei tų, kurie nepatyrė traumos (Hicks White et al., 2018). Pastebima, kad valgymo elgesio pokyčiai gali atsirasti po artimųjų netekties, depresijos, nerimo simptomų, patyčių (Hicks White et al., 2018), traumuojančių vaikystės patyrimų, dominuojančių tėvų elgesio, keliančio nepilnamečiams bejėgystę, kančią (Leonidas & dos Santos, 2017). Moterys, kurioms diagnozuota nervinė bulimija, dažniau patyrė tokias traumines situacijas: seksualinį smurtą (Tagay et al., 2014), fizinį smurtą, persekiojimus (Mitchell et al., 2012), patyčias, netektis, nei asmenys sergantys nervine anoreksija arba nepatikslintais valgymo sutrikimais (Hicks White et al., 2018). (Jaite et al., 2012) pastebėjo, kad vaikystėje patirta seksualinė, fizinė ir emocinė prievartos turi stiprų poveikį vėliau paauglystėje atsiradusiam nervinės anoreksijos tipui. Jos yra labiau linkusios į maisto atsikratymą (Backholm et al., 2013). (Tavolacci et al., 2020) domėjęsi miego ir valgymo sutrikimų sąsajomis, pastebėjo, kad keletas tyrimų rodo, kad egzistuoja ryšys tarp prasto miego ir padidėjusios valgymo sutrikimų rizikos. Duomenys taip pat rodo, kad asmenų, su sutrikusiu valgymu, miegas yra labiau sutrikęs, nei asmenų neturinčių valgymo sutrikimus (Allison et al., 2016).

COVID-19 pandemijos metu labai padaugėjo valgymo sutrikimų turinčių asmenų hospitalizavimas (J. Devoe et al., 2023). Ši pandemija ir su ja susiję stresoriai tokie, kaip baimė gyventi juos trikdančioje, sukeliančioje valgymo sutrikimus aplinkoje, turėjo neigiamą poveikį valgymo sutrikimų turinčių žmonių psichinei sveikatai, valgymo sutrikimų simptomams, sumažėjusiai motyvacijai sveikti ir gydytis. COVID-19 pandemija taip pat juos paveikė padidindama įkyrias valgymo sutrikimų mintis, nerimo ir depresijos simptomus, socialinę izoliaciją (Vitagliano et al., 2021). Taip pat sumažindama galimybes naudotis įprastais paramos tinklais, sveikatos priežiūros paslaugomis ir gydymo prieinamumu, atsiradusiais fizinio aktyvumo rodiklių, KMI, santykio su maistu, rutinos ir struktūros pokyčiais, suvokiamos savikontrolės sunkumais (Branley-Bell & Talbot, 2020; J. Devoe et al., 2023). (Frayn et al., 2021) atliktame tyrime persivalgymo sutrikimus turintys tyrimo dalyviai nurodė, jog COVID-19 pandemijos metu jų valgymo sutrikimų simptomai ir pagerėjo, ir pablogėjo. Pagerėjo, nes karantinas tyrimo dalyviams padėjo lengviau pasirinkti sveiką maistą bei sumažino prieigą prie „dirginančio“ (*angl. trigger*) maisto, situacijas, kurios anksčiau galėjo skatinti persivalgymą (pvz., darbas, socialiniai valgymai kartu). Izoliacija turėjo nevienodą poveikį persivalgymo sutrikimų simptomams. Kai kurie dalyviai teigė, kad su pandemija susiję socializacijos apribojimai turėjo teigiamą poveikį jų valgymui, o kiti teigė priešingai, nurodo vienatvę ir struktūros trūkumą, dėl kurių padažnėjo persivalgymai. COVID-19 pandemijos poveikis turės ilgalaikes pasekmes valgymo sutrikimus turintiems žmonėms (Branley-Bell & Talbot, 2020) dėl

pandemijos metu patiriamų ilgiau trunkančių valgymo sutrikimų simptomų sunkumų ir padažnėjusių atkryčių (Weissman & Hay, 2022).

1.2 Valgymo sutrikimų gydymo procesas

1.2.1 Valgymo sutrikimų gydymo kliūtys

(Ali et al., 2017) atlikę išsamią sisteminę apžvalgą išskyrė dažniausiai pastebimas gydymo kliūtis: stigmą, gėdą, neigimą, negebėjimą suvokti ligos sunkumo, baimę prarasti ligos kontrolę, pokyčių baimę, neigiamą požiūrį į profesionalų gydymą, gydymo išlaidas, transporto ir laiko stoką, kurios trukdo valgymo sutrikimų turinčius asmenis kreiptis pagalbos. Naujesniuose tyrimuose teigiama, kad gydymo paieškos etape svarbi kliūtis yra susijusi su asmens susirūpinimu dėl valgymo kontrolės praradimo (Martin-Wagar et al., 2021). Be šių kliūčių buvo išskirtos ir socialinės, ir darbo problemos, šeimos gydytojo žinių trūkumas, gydymo prieinamumas (Hamilton et al., 2022). Dėl sveikatos priežiūros paslaugų neprieinamumo, gydymo procesas yra nuvėlinimas (Hay, 2020). Kuo asmuo labiau neigia savo ligą ir jos sunkumą, tuo labiau suvokia, kad kiti asmenys jam negebės suteikti pagalbą, tuo individas mažiau jos ieško (Radunz et al., 2023).

Stigma vaidina pagrindinį vaidmenį užkertant kelią ankstyvam valgymo sutrikimų gydymui. Šiais sutrikimais sergantys asmenys yra patyrę stigmatizaciją (Goel et al., 2023). Buvo pastebėta, kad persivalgymo sutrikimus turinčios moterys teigė, kad ankstesniuose sveikatos priežiūros paslaugų teikimo etapuose patyrė svorio stigmą ir manė, kad tai pablogino joms suteiktos tolimesnės priežiūros kokybę. Dauguma persivalgymo sutrikimų turinčių moterų dažnai bando numesti svorį. Dėl patiriamų nesėkmių jos jaučia gėdą, išgyvena nesėkmės jausmą, kaltinimus iš aplinkinių dėl jų svorio ir sveikatos būklės (Salvia et al., 2023). Gėda ir slaptumas ne tik gali trukdyti nervinės bulimijos diagnozės nustatymui, tačiau ir jos gydymui (Hail & Le Grange, 2018).

(Hamilton et al., 2022) išsiaiškino, kad nervine anoreksija sergantys asmenys, delsia kreiptis gydytis nuo valgymo sutrikimo simptomų atsiradimo pradžios praėjus 2 metams. Sergant nervine bulimija delsiama kreiptis 8 metų, sergant persivalgymo sutrikimais delsiama net 10 metų. Kitais valgymo sutrikimais delsiama 4 metus. Daugiau nei trigubai pailgėja delsimo trukmė, kai suvokiamas simptomų sunkumas yra ne toks didelis. Dėl to nervine bulimija, persivalgymo sutrikimais sergantys asmenys, palyginti su asmenimis sergančiais nervine anoreksija, ilgiau delsė gydytis. Maždaug trečdalis valgymo sutrikimų turinčių suaugusių asmenų, kuriems po atlikto išsamaus diagnostinio vertinimo, buvo rekomenduota pradėti valgymo sutrikimo gydymą, delsė, nepradėjo gydytis. Nustatyta, kad vengimas reguliariai valgyti, dažnas vidurius laisvinančių vaistų vartojimo, socialinis diskomfortas valgyti prie kitų asmenų, susirūpinimas dėl valgymo sutrikimo atsisakymo ir

nepasitenkinimas svoriu buvo susiję su mažesne tikimybe pradėti gydymą iškart po diagnostinio įvertinimo. Nustatyta, kad gydymo pradžia po pirminio įvertinimo, nepriklausomai nuo valgymo sutrikimo diagnostinio tipo, nesiskyrė (Martin-Wagar et al., 2021).

(Faija et al., 2017) pastebėjo, kad pasididžiavimas savimi turi įtakos nervinės anoreksijos vystymuisi, palaikymui ir pasveikimui nuo jos. Sutrikimo vystymosi pradžioje pasididžiavimas, sergančiųjų nuomone, kaip „efektyvi“ gynybinė reakcija, kuri didina teigiamą savęs vertinimą, padeda ugdyti autonomiškumą, savigarbą, pasididžiavimą dėl tokių pasekmių kaip dietų laikymosi, svorio metimo. Dėl to gydant anoreksiją, sunku šią „efektyvią“ gynybinę reakciją pakeisti, nes ji palaiko ligą ir trukdo motyvacijai gydytis. Tačiau, kai žmogus pripažįsta pasididžiavimo jausmą, prasideda gydymo procesas, kurio metu analizuojamas šis jausmas ir teigiamas požiūris į gyvenimą. Šį pasididžiavimo jausmą labiau pripažįsta moterys, turinčios nustatytą nervinės anoreksijos diagnozę.

Apibendrinant, galima sakyti, kad valgymo sutrikimų gydymo procese yra išskiriamos šios pagrindinės kliūtys, trukdančios ieškoti ir priimti pagalbą siekiant gauti gydymą: gėda, stigma, neigimas ir negebėjimas suvokti ligos sunkumo, baimė prarasti ligos kontrolę, kurios trukdo valgymo sutrikimų turinčius asmenis kreiptis pagalbos. Dėl šių kliūčių gydymo procesas yra nuvėlinimas, individas mažiau ar išvis neieško pagalbos sau, bus nemotyvuotas keistis, gydytis.

1.2.2 Motyvacija gydytis

Kaip jau ir minėta anksčiau, valgymo sutrikimai yra vieni iš sunkiausiai gydomų sutrikimų dėl asmenų (pacientų) nenoro gydytis, negebėjimo matyti gydymo prasmės. Tai yra valgymo sutrikimus turintiems asmenims būdinga menka motyvacija keistis (Waller, 2012). Pastebima motyvacijos ambivalencija gydymui, sunkumai leidžiantis į santykį su gydymą teikiančiais specialistais. (Keski-Rahkonen & Tozzi, 2005) pastebėjo, kad asmenys pirmojo pokalbio metu su sveikatos priežiūros specialistu neturėjo didelės motyvacijos gydytis ar ketinimo keisti valgymo įpročius.

Teigiamam požiūriui į gydymą bei gydymosi motyvacijai įtakos turi: terapinis aljansas, personalo empatiškumas, nesmerkiantis požiūris į pacientą ar jo išreiškiamas mintis, jausmus (Venturo-Conerly et al., 2020), teigiami santykiai su kitais gydymo personalo nariais, psichosocialinės intervencijos, grupinės psichoedukacijos (Patterson et al., 2018), skiriamas didesnis dėmesys psichologinei savijautai, o ne valgymui (Rance et al., 2017). Aplinkinių, šeimos narių, draugų, kolegų padaršinimai, palaikymai, leidžia pajusti valgymo sutrikimų turintiems asmenims, jog jie yra išgirsti, suprasti. Didelę įtaką turi ir tikėjimas savimi, kitais, pasveikimu, noru gyventi visavertį gyvenimą, kurio nekontroliuoja valgymo sutrikimai, savo tapatumo atsiskyrimas (tapatybės ir

gyvenimo atkūrimas) nuo valgymo sutrikimų, savęs įgalinimas, atsakomybės ir kontrolės prisiėmimas, savarankiškumo įgijimas (Wetzler et al., 2020). Socialinių ratų sukūrimas, (Venturo-Conerly et al., 2020), drąsa keistis ir jausmas, jog gyvenimas yra apribotas ligos, tačiau pasiruošęs pokyčiams (Lindgren et al., 2015), išankstiniam gydymo plano aptarimui su specialistais (Gulliksen et al., 2015).

Taip pat svarbu atkreipti dėmesį, kad gydymas nebūtinai reiškia pagalbos priėmimą. Pacientai gali kreiptis pagalbos su noru tapti anorektikais, taip sumažinant patiriamus bulimijos simptomus. Tirdami nervinę bulimiją sergančias moteris, pastebėjo stiprų dalyvių „įstrigimo“ ligoje jausmą. Jos ligą suvokė, kaip tapatybės dalį, kurią siejo su asmeninio komforto jausmu. Joms buvo gėda ieškoti pagalbos, tad kurdavo įvairias strategijas, kaip slėpti savo valgymo elgesį ir simptomus nuo aplinkinių. Toks gyvenimas dažnai apibūdinamas, kaip „kančia“, pasižymintis izoliacijos ir vienišumo jausmu, dažnai privedančiu prie savižudybės (Lindgren et al., 2015). Valgymo sutrikimą turintys individai dažniausiai apibūdina savo valgymo sutrikimą kaip įveikos strategiją, būdą atsiriboti nuo sunkių emocijų, įskaitant žemos savigarbos jausmus, trūkumus, depresiją, nerimą ir stresą. Savęs kontroliavimas tai savęs baudymas, kurio yra būtina atsisakyti pradedant gydymą (Leavey et al., 2011).

COVID-19 pandemijos metu valgymo sutrikimų turinčių asmenų požiūris ir motyvacija į nuotolinį gydymą skiriasi. Pavyzdžiui, (Vitagliano et al., 2021) nustatė, kad pandemija sumažino motyvaciją sveikti ir gydytis. (Stewart et al., 2021) pastebėjo, kad daugumai asmenų buvo sunku išreikšti ir aptarti emocijas internetu. Dėl to gydymas buvo labiau orientuotas į turinį, o ne į procesą. Tuo metu (Frayn et al., 2021) tyrimo dalyviai teigė, kad nuotolinės terapinės galimybės COVID-19 metu neturėjo neigiamo poveikio jų motyvacijai gydyti, net puse tiriamųjų nurodė, kad pandemija padidino jų motyvaciją gydytis. Nuotolinė terapija buvo laikoma naudingesnė tiems asmenims, kurie teigė, kad nerimauja arba/ir vengia gydytis asmeninėje terapijoje dėl nerimo ir baimės būti teisiamais, vertinamiems (*angl. judgment*), tad nuotolinė terapija dėl mažiau patiriamos konfrontacijos palengvina jų norą dalyvauti terapijose. (Tavolacci et al., 2020) nustatė, kad vienas iš penkių koledžų studentų, turinčių valgymo sutrikimų bei patiriančių stresą, didesnę akademinį spaudimą, turėjo didesnę riziką atsisakyti valgymo sutrikimų gydymo, ypač dėl baimės kreiptis į bendrosios praktikos gydytoją. Daugiausiai studentai turintys buliminius valgymo sutrikimus atsisakydavo sveikatos priežiūros paslaugų. Siekiant nustatyti, kas galėtų motyvuoti pacientą pradėti gydymą, galima taikyti įvairias motyvacinio pokalbio strategijas (Martin-Wagar et al., 2021). Svarbu pacientams suteikti kompleksinį, įrodymais pagrįstą švietimą, mokymą (Salvia et al., 2023).

Taigi, motyvacija vaidina svarbų vaidmenį valgymo sutrikimų gydymo procese ir jo rezultatuose. Dėl menkos valgymo sutrikimų turinčių asmenų motyvacijos ar jos nebuvimo, nevyksta (pilnavertis) gydymas, o tai apsunkina asmenų psichologinę gerovę, kasdienį funkcionavimą. Dėl to

pastebimi sunkumai leidžiantis į santykį su psichikos sveikatos specialistais, mat asmenys nemato prasmės gydytis. Tačiau kaip ir nuo motyvacijos priklauso santykis su aplinkiniais ir gydymo progresas ir sėkmės, taip pat ir nuo „gero“ terapinio aljanso, specialistų empatiškumo, palaikymo, gebėjimo skatinti pokalbius, pas klientus/pacientus atsiranda motyvaciją gydytis, bandyti keisti gyvenimą, jog valgymo sutrikimai jo nekontroliuotų.

1.2.3 Valgymo sutrikimų gydymo intervencijos

Prenkant intervencijas svarbu atsižvelgti į valgymo sutrikimo patologijos trukmę (Bluett et al., 2016). Pastebėta, kad specifiniai valgymo sutrikimo simptomai turi įtakos gydymo pradžiai (Martin-Wagar et al., 2021). Siekiant įveikti pagalbos ieškojimo kliūtį reikia gerinti valgymo sutrikimų gydymą, siekti sušvelninti šio socialinio nutylėjimo pasekmes ir palengvinti pagalbos paieškas, ankstyvosiose intervencijose strategijose, kurios gerina gyvenimo kokybės rezultatus. Ankstyvuose pagalbos ieškojimo proceso etapuose reikėtų apsvarstyti galimybę įtraukti asmenis, turinčius gyvenimiškos patirties, ypač tuos, kurie yra gydęsi valgymo sutrikimus ir pasiekę teigiamų rezultatų (Radunz et al., 2023). Turėtų būti vykdomos psichikos sveikatos destigmatizavimo kompanijos. Specialistai mokomi kultūriniu požiūriu jautrios klinikinės praktikos, nustatant ir gydant valgymo sutrikimus. Kuriamos erdvės, kuriose tėvai ir jų vaikai galėtų dalyvauti produktyviuose pokalbiuose apie valgymo sutrikimus ir bendrą psichikos sveikatą, bei vykdyti psichoedukacines kompanijas (Goel et al., 2023).

Moterys dalyvaujančios persivalgymo sutrikimų gydyme minėjo, kad joms padėjo gydymo nuoseklumas, pakankamas įvairaus maisto vartojimas, švietimas (edukavimas), parama. Dėl to sumažėjo persivalgymo epizodų, gėdos, neigiamos savivokos, atsirado daugiau atsparumo persivalgymo epizodams. Neapribotas mitybos planas (*angl. non-restrictive*) padidino persivalgymo sutrikimais sergančių moterų saviveiksmingumą, lankstumą ir laisvę priimant sprendimus susijusius su maistu ir maitinimusi. Žinios apie valgymo sutrikimus yra naudingos jais sergantiems asmenims, jų artimiesiems ir terapeutams, dirbantiems su šiais sutrikimais (Blodgett Salafia et al., 2015). Taip pat tyrimo rezultatai rodo, jog pernelyg didelis dėmesys svorio metimui gali turėti priešingų rezultatų nei tikimasi, tai yra pablogėjusią fizinę ir psichinę sveikatą, svorio svyravimus arba jo priaugimą (Salvia et al., 2023).

Gydymo metu pacientai yra skatinami domėtis ir aktyviai įsitraukti į gydymo procesą, dalyvauti nustatant sveikatos priežiūros prioritetus (Salvia et al., 2023). Siekiant numatyti ir palengvinti asmenų, sergančių valgymo sutrikimais, įsitraukimą į gydymą, taip pagerinant gydymo pradžios rodiklius, specialistas turėtų atsižvelgti į paciento nusiskundimus, veiksnius tam, kad būtų parengta tinkama elgesio strategija, būtų nustatytos sritys, kurioms reikėtų taikyti papildomas

intervencijas. Jei asmuo nurodo, jog valgo retai, dažnai vartoja vidurius laisvinančius vaistus, yra nepatenkintas svoriu, reikėtų daugiau laiko skirti motyvavimo ir įsipareigojimo strategijoms (Martin-Wagar et al., 2021).

Taigi, siekiant įveikti pagalbos ieškojimo kliūtį reikia gerinti valgymo sutrikimų gydymą, siekti sušvelninti šio socialinio nutylėjimo pasekmes ir palengvinti pagalbos paieškas, ankstyvosiose intervencijose strategijose, kurios gerina gyvenimo kokybės rezultatus. Pagalbos ieškojimo proceso etapuose reikėtų apsvarstyti galimybę įtraukti asmenis, kurie yra gydęsi valgymo sutrikimus ir pasiekę teigiamų rezultatų. Turėtų būti vykdomos psichikos sveikatos destigmatizavimo kompanijos. Kuriamos erdvės, kuriose asmenys galėtų dalyvauti produktyviuose pokalbiuose apie valgymo sutrikimus ir bendrą psichikos sveikatą, bei vykdyti psichoedukacines kompanijas.

1.2.4 Gydymosi būdai

Norint užtikrinti gerus terapinius gydymo rezultatus nervine anoreksija sergančioms moterims, turinčioms gretutinių somatinių ligų, reikia įvairiapusio gydymo, apimančio visų medicinos sričių ir ankstyvos psichosomatinės medicinos specialistų intervencijos (Erdur et al., 2012).

Taikomos veiksmingos psichologinės terapijos yra pirmosios priežiūros priemonės sėkmingo gijimo nuo valgymo sutrikimų link (Hay, 2020). Valgymo sutrikimų psichosocialinių intervencijų veiksmingumas gali skirtis priklausomai nuo pacientų klinikinių ypatybių, lėtinio sergamumo lygio ir biologinių bei psichosocialinių gretutinių ligų (Costa & Melnik, 2016). Kalbant apie valgymo sutrikimus ir jų gydymą yra svarbus transdiagnostinis požiūris, kuris yra nukreiptas į valgymo sutrikimo psichopatologiją ir palaikančius procesus (Murphy et al., 2010). Gydymas turėtų būti orientuotas ne tik į svorį ir kaip drastiškai mažinti valgymo sutrikimo simptomus (Wonderlich et al., 2012), bet ir į psichologinius bei santykių aspektus, tokiu būdu fizinis ir psichologinis sveikimas būtų sprendžiamas lygiagrečiai (Mitrofan et al., 2019). Psichikos sveikatos paslaugų srityje vis daugiau dėmesio skiriama į asmenį orientuotam ir jo paties apibrėžtam sveikimo supratimui. Pagrindiniai į asmenį orientuoti sveikimo nuo valgymų sutrikimų komponentai yra: palaikomi santykiai, viltis, tapatumas, prasmė, tikslas, įgalinimas, užuojauta sau. Kiekvienas iš sveikimo komponentų apima ir pripažįsta sunkumus ir (arba) iššūkius sveikimo procese, t.y. stigmatizaciją, viktimizaciją, neigiamus gyvenimo pokyčius, traumą, ambivalentiškumą, konfliktus ir priežiūros konfliktus. Šie sunkumai yra svarbios aplinkybės, galinčios reikšmingai paveikti sveikimą (Wetzler et al., 2020).

Norint gydyti lėtinius valgymo sutrikimus reikia daugiadisciplininės komandos (*angl. multidisciplinary team*), sudarytos iš psichikos sveikatos (psichologų, psichoterapeutų, psichiatrų), medicinos paslaugų teikėjų, socialinio darbuotojo, farmakoterapeuto, dietologo (Wonderlich et al.,

2012). Siekiant išvengti rimtų pablogėjimo laikotarpių, reikėtų bent su vienu iš komandos nariu susitikti ne rečiau nei kas 1-2 savaites. Stacionarinio gydymo programos buvo veiksmingos tik trumpalaikiam simptomų mažinimui, pavyzdžiui, svorio priaugimui. Tuo metu ambulatorinio ir dienos stacionaro gydymo programų rezultatai atrodė daug žadantys mažinant simptomus, taip pat siekiant tikslų, pasirengimo pasveikti nuo valgymo sutrikimų (Kotilahti et al., 2020).

Medikamentinis gydymas yra iš dalies naudingas, ypač kai jis yra kaip pagalbinė priemonė terapijai. Vaistai, veikiantys centrinę nervų sistemą, pavyzdžiui, antiepilepsiniai, gali sumažinti persivalgymo epizodus (Lutter, 2017). Nors nervinės bulimijos ir persivalgymo sutrikimų gydymui padeda nedaug vaistinių preparatų (Hay, 2020), tačiau kartu su grupinėmis psichoedukacijomis farmakoterapija gali būti naudinga (Hail & Le Grange, 2018; Hilker et al., 2016).

Taip pat veiksmingos yra ir grupinės terapijos, kurios turi reikšmingai didesnę poveikį mažinant persivalgymus ir išsivalymą, asmenims su diagnozuotais persivalgymo sutrikimais (Grenon et al., 2017). (Linardon, 2018) atlikę metaanalizę rado, jog 51 proc. asmenų, turinčių persivalgymo sutrikimų, baigusią tarpasmeninės terapijos gydymą, susilaikė nuo persivalgymo.

Sąmoningumu (*angl. mindfulness*) grįsta terapija gali būti veiksminga gydant valgymo sutrikimus (Wanden-Berghe et al., 2011). Pavyzdžiui, sąmoningumu grįsta valgymo įsisąmoninimo mokymo (*angl. mindfulness-based eating awareness training – MB-EAT*) programa jungia maisto suvartojimo reguliavimo ir sąmoningumo meditacijos principus. Tokiu būdu būtų bandoma ugdyti gebėjimą nesmerkiant įsisąmoninti sudėtingus procesus, susijusius su maisto pasirinkimu, sprendimu pradėti ir nustoti valgyti (kalbama apie valgymo elgsenos reguliavimą), įsisąmoninti valgymo malonumą, pabrėžiant „kokybę, o ne kiekybę“, skatinti nesmerkiantį savęs priėmimą, kūno suvokimą, emocinius išgyvenimus. Sąmoningumu grįsta terapija veiksminga gydant kompulsyvaus valgymo įpročius, susijusius su persivalgymo sutrikimais, ir svorio mažinimu (Kristeller & Wolever, 2011), nervine bulimija, nervine anoreksija (Wanden-Berghe et al., 2011).

Kognityvinė elgesio terapija (KET), kaip ir sustiprinta kognityvinė elgesio terapija (*angl. enhanced cognitive behavioural therapy – CBT-E*) yra veiksminga mažinant valgymo sutrikimų elgesį ir psichopatologiją, ji naudingesnė, kai yra taikoma tiesioginiu, individualiu būdu bei veiksmingesnė nei elgesiu paremtas svorio mažinimas (*angl. behavioral weight loss*) ir ekonomiškai efektyvesnė už psichoanalitinę psichoterapiją. Kognityvinė elgesio terapija yra naudinga ir veiksminga asmenims, sergantiems nervine bulimija, persivalgymo, nepatikslingais arba kitais valgymo sutrikimais (De Jong et al., 2018; Kaidesoja et al., 2023). KET mažina valgymo sutrikimų simptomus, gerina savigarbą. Tad gali būti naudingas tiems, kurių pagrindinė problema kaip tik yra žema savigarba ir perfekcionizmas (Bardone-Cone et al., 2020). Pastebėta, kad yra nedaug įrodymų, patvirtinančių, kad KET yra taikoma asmenims, kurių svoris labai mažas ir kuriems yra nustatoma nervinė anoreksija (Kaidesoja et al., 2023).

Schemų terapija gali palengvinti valgymo sutrikimų patologiją, simptomus. Ji veiksmingiausia, kai taikoma ilgesnį laiką (Joshua et al., 2023). Valgymo sutrikimus turintiems asmenims galima taikyti ir kūno suvokimo terapiją (*angl. body awareness therapy*). Pastebėta, jog po tokių terapijų sumažėjo valgymo sutrikimų simptomų, pagerėjo gyvenimo kokybė ir nepasitenkinimas kūnu (Catalan-Matamoros et al., 2011). Taip pat yra intervencijų, kurios apima valgymo sutrikimų simptomus, susijusius su kūno įvaizdžiu, savigarbos, nerimo ir depresijos simptomais (Costa & Melnik, 2016). Į užuojautą orientuota terapija (*angl. compassion-focused therapy – CFT*) gali padėti pacientams, turintiems valgymo sutrikimus, mažinant gėdos jausmą. Pastebėta, kad tų pacientų, kurių gėdos jausmas sumažėjo, taip pat sumažėjo ir valgymo sutrikimo patiriami simptomai, o jų užuojautos sau lygis padidėjo. Rezultatai taip pat parodė, kad užuojautos sau ugdymas gali padėti sumažinti pacientų gėdos jausmą (Kelly et al., 2014). Tyrimo rezultatai rodo, kad amžius ir lankstus psichologinis požiūris į kūno įvaizdį (*angl. body image psychological flexibility*) yra susiję su valgymo sutrikimų gydymo rezultatais. Moterų kūno įvaizdžio psichologinis nelankstumas gali būti valgymo sutrikimų palaikantis veiksnys (Bluett et al., 2016).

Fiziniai pratimai, sportas gali būti naudingi, kaip papildomos gydymo priemonės gydant valgymo sutrikimus, ne vien kaip į siekį numesti svorį, tačiau kartu iš naujo edukuojant asmenis apie tinkamus pratimų atlikimų metodus, su motyvacija susijusias nuostatas, apie naudą sveikatai ir galimą žalą dėl padidėjusio fizinio aktyvumo. Pradedama nuo labai mažo intensyvumo ir po to, kai pacientas supranta kūno pojūčius, psichologinę motyvaciją ir sveikatos rezultatus, susijusius su nedideliu fiziniu krūviu, jis pereina prie didesnio intensyvumo. Svarbu, fizinį krūvį modifikuoti arba nutraukti, jei paciento medicininė ar psichologinė būklė pablogėja. Tikslas tinkamu būdu sugrąžinti svorį arba jį stabilizuoti (Cook et al., 2016). Svarbu atkreipti dėmesį, kad gydytojai, besispecializuojantys valgymų sutrikimų gydyme, taip pat turi skatinti antsvorį turinčius ar nutukusius klientus valdyti savo svorį, antraip bus pastebimas sumažėjęs klientų susidomėjimas valgymų sutrikimų gydymu. Vietoj to jie ieškos svorio metimo būdų, kurie tuo pat metu nespręs jų valgymų sutrikimų elgesio problemų (da Luz et al., 2018). Sėkmingas kompulsinio mankštinimosi gydymas optimizuoja valgymo sutrikimų gydymą (Dittmer et al., 2018). Tačiau jei fizinis krūvis yra apribojamas arba nutraukiamas treniruotės, tai tada išryškina tokias neigiamas pasekmes, kaip neigiamų emocijų reguliavimą, nelankstumą (Danielsen et al., 2018).

Valgymo sutrikimų turintiems žmonėms dailės terapija turi teigiamą poveikį, nes skatina saviraišką, savęs pažinimą, pasididžiavimo jausmą, skatina rasti naujas laisvalaikio formas, pagerina savigarbą, mažina nerimo lygį (Griffin et al., 2021), suteikia emocinės saviraiškos, leidžia užmegzti ryšį su kūrybiniu „aš“ ir įgyti pasididžiavimo jausmą kuriant meną. Dailės terapija galėtų padėti valgymo sutrikimų turintiems asmenims susikurti tapatumą už ligos ribų, mažina patiriamą gėdos jausmo lygį, leidžia terapijose asmenims nepatirti smerkimo, geriau suprasti kitus grupės narius

(Griffin et al., 2023). Dailės terapijose svarbiausi terapiniai veiksniai yra susiję su tarpasmeniniu mokymusi, emocijų raiška, grupės sutelktumu. Terapeutai turi galimybę naudoti ekspresyvaus meno grupes, kaip gydymo elementą ilgai trunkantiems valgymo sutrikimams, nes ekspresyvus menas gali padėti asmenims išreikšti save emocingesne kalba, nei žodine. Tai yra paveiksluose gali būti atskleistos užslėptos temos, kurių grupės dalyvės verbaliai nepamintų. Terapeutai turėtų atsižvelgti į grupės narių gebėjimą dalytis emocijomis ir jas sulaikyti, taip pat į jų (narių) gebėjimą sudaryti sąjungą su kitais grupės nariais ir terapeutu. Į emocijas orientuota grupinė terapija remiasi grupės gebėjimu užtikrinti draugišką, užjaučiantį, nuoširdų domėjimąsi visais jos nariais, klimata (Sporild & Bonsaksen, 2014).

Reikia atsižvelgti į tai, kad valgymo sutrikimų turinčių asmenų nuomonės apie išmanias gydymo programėles skiriasi. Tą pastebėjo ir (Lindgreen et al., 2018) tirdami asmenų naudojusią išmaniąją telefono savitikros (*angl. self-monitoring*) programėlę „Recovery Record“ skirtą valgymo sutrikimams, asmenys ją vertino skirtingai, nes tai priklausė nuo individo ir programos sąveikos. Vieni teigė, kad programėlė padėjo jų kasdieni veiklai, t.y. palaikė reguliarių valgymo režimą ir gydymo valgymo sutrikimus. Tuo tarpu kiti asmenys teigė, kad jautėsi, jog jaučiasi, kad programėlė juos stebi. (Dufour et al., 2022) nustatė technologijomis pagrįstų intervencijų taikymo, savipagalbos programų, mažinančių valgymo sutrikimų simptomatiką, naudingumą gydant šiuos sutrikimus. Internetu pagrįsta kognityvinė terapija gali būti veiksminga gydant ir bandant pašalinti įvairias valgymo sutrikimų gydymo spragas (Aardoom et al., 2016). Tačiau (Linardon et al., 2018) pastebėjo, kad bendras nuotolines kognityvines terapijas nutraukia 24 proc. asmenų, turinčių valgymo sutrikimus. Internetine programa taip pat yra gydymo depresinė valgymo sutrikimų turinčių moterų nuotaika (Von Brachel et al., 2014). Asmenys, kurie yra gavę tik nuotolinį (nekontaktinį) gydymą, jį vertina teigiamai (Frayn et al., 2021), o asmenys, kurie anksčiau patyrė tiesioginį kontaktinį gydymą, bendrą darbo internetu patirtį vertino prasčiau (Stewart et al., 2021). Nuotolinio gydymosi galimybės yra naudingos tiems asmenims, kurie turi apsunkintą prieinamumą prie sveikatos priežiūros paslaugų (Aardoom et al., 2016), galimybių gyvoms vizitacijoms, bet tuo pačiu reikia atsižvelgti, kad pandemijos metu ne visi asmenys galėjo turėti prieigą prie nuotolinių paslaugų, dėl ryšio ar technologijų įrenginių stygiaus (Weissman & Hay, 2022), privačios gyvenamosios erdvės, dėl kurios jie mažiau dalyvavo terapijose, nes bijojo būti išgirsti kitų, kartu gyvenančių, asmenų (Stewart et al., 2021). Valgymo sutrikimus turinčių asmenų naudojusią internetinę savipagalbos programą, skirtą gerinti gyvenimo kokybę, gyvenimo kokybė pagerėjo, ypač bendroji sveikata, psichinė sveikata, valgymo sutrikimų psichopatologija, depresijos sunkumas, nerimo lygis (Leung et al., 2013).

Apibendrinant galima teigti, kad gydymo metu asmenys išmoka suprasti ir įsisąmoninti valgymo sutrikimų svarbą jų gyvenime ir tapatybėje. Pripažįsta savipagalbos, savarankiškumo

atgavimo svarbą, mokosi suvokti, pripažinti, priimti save, puoselėti fizinį kūną, gerina emocinius išgyvenimus.

1.2.5 Gydomo rezultatai, pasveikimai

Dauguma sergančiųjų valgymo sutrikimais apibūdina sveikimą kaip aktyvią „kovą“, susidedančią iš etapų ar fazių, t.y. kaip sunkų, varginantį ir visa apimantį procesą dėl jo nuolatinio ir kintančio pobūdžio. Savęs atskyrimas nuo valgymo sutrikimo ir tikslo ieškojimas už valgymo sutrikimų ribų yra specifiniai sveikimo nuo valgymo sutrikimų aspektai (Wetzler et al., 2020).

(Tomba et al., 2019) metaanalizės rezultatai rodė, kad remisiniai (*angl. remitted*) ir pasveikę asmenys nuo nervinės anoreksijos praneša apie didelę liekamąją valgymų sutrikimų simptomatiką, pvz., gerokai mažesniu KMI, mitybos suvaržymu, valgymo rūpesčiu, lieknumo siekiu, nepasitenkinimu kūnu, nei pas sveikus asmenis. Taip pat asmenims, pasveikusiems nuo valgymų sutrikimų, būdingi disfunkciniai asmenybės bruožai, neurofiziologiniai pakitimai, išlieka keletas smegenų pokyčių (sumažėjusi baltoji medžiaga) taip pat pablogėjusi gyvenimo kokybė, nerimas, depresija, tačiau jie nėra laikomi kaip ligos liekamaisiais valgymo sutrikimų simptomais. Moterys visiškai pasveikusios nuo valgymo sutrikimų panašiai vertina savo kūną, kaip ir tos, kurios niekada neturėjo valgymo sutrikimų. Rezultatai rodo, kad kūno vertinimas yra glaudžiai susijęs su sveikimo būkle, ypač su kognityviniu sveikimo aspektu, kuris būdingas tik visiškam sveikimui. Intuityvus valgymas ir kūno vertinimas yra glaudžiai susiję su sveikimu nuo valgymo sutrikimų. Apibendrinami autoriai teigė, kad teigiami psichologiniai konstruktai susiję, su kūno vaizdu ir valgymo elgesiu, turi stiprų ryšį su sveikimu (Koller et al., 2020). Moterų, sergančių nervine anoreksija, nervine bulimija, persivalgymo sutrikimais, fizinė sveikata pagerėjo bei yra pastebimas funkcinis kasdienės veiklos pagerėjimas po 6 mėn. ambulatorinio daugiadisciplininio (apie fizinę ir psichinę sveikatą) gydymo (Panea-Pizarro et al., 2021). Valgymo sutrikimo simptomų remisija nebūtinai reiškia asmens optimalų funkcionavimą ir pasitenkinimą kitomis gyvenimo sritimis. Svarbu tęsti gydymą tol, kol visi valgymo sutrikimo simptomai išnyks ir asmuo nebeatitiks diagnostinių kriterijų (Ackard et al., 2014).

Taigi, gijimas nuo valgymo sutrikimų yra nelengvas procesas, būna atkryčių, norų grįžti prie valgymo sutrikimų, pats gijimo procesas būna chaotišku, priklausančiu nuo ligos trukmės, simptomų sunkumo, požiūrio į mitybą, kūno formas, apsauginių ir rizikos veiksnius. Tačiau yra svarbu atkreipti dėmesį, jog asmenys turintys valgymo sutrikimus gali pasveikti ir neturėti šių sutrikimų.

1.3 Tarpusavio santykiai su specialistais

Valgymo sutrikimų gydyme taip pat svarbus yra terapinis santykis tarp specialisto (psichologo, psichoterapeuto, psichiatro) ir valgymo sutrikimus turinčio asmens (kliento, paciento). Kaip ir anksčiau minėta, gydyti valgymo sutrikimus turinčius asmenis yra labai sudėtinga dėl jų motyvacijos stokos, patiriamos gėdos, vyraujančių stigmų, tad sveikatos priežiūros specialistai turi atsižvelgti į suvokiamą stigmatizaciją, kurią gali būti patyrę valgymo sutrikimais sergantys asmenys (Hamilton et al., 2022). Prereikia kelių užsiėmimų, kol išdrįsta atsiverti terapeutui (Lindstedt et al., 2015). Tad specialistas turėtų turėti patirties gydant valgymo sutrikimus, žinoti metodus, terapijas (pavyzdžiui, kognityvinę elgesio terapiją), gebėti įvertinti patiriamų simptomų sunkumą, mitybos reabilitacijos poreikį, greitai nepereiti prie darbo su traumomis (Brewerton, 2007). Specialistai dirbantys su valgymo sutrikimais turi lanksčiai mąstyti bei dirbti (Schaumberg et al., 2017). Taip pat sveikatos priežiūros specialistas turėtų susilaikyti ir nekalbėti pacientams apie „idealų“ svorį (Le Grange et al., 2012), tam pritaria ir (Salvia et al., 2023) pastebėję, kad moterys su persivalgymo sutrikimais, po prašymų gydytojams vizitacijų metu mažiau dėmesio skirti svoriui, pastebėjo gerėjančius tarpusavio santykius. Rekomenduojama specialistams užmegzti bendradarbiaujančią terapinį santykį su valgymo sutrikimus turinčiais asmenimis. Specialistai turi būti empatiški palaikantys ir aiškiai nubrėžiantys gydymo ribas (Wonderlich et al., 2012). Terapijų metu valgymo sutrikimus turintys asmenys turėtų jaustis saugiai, atskleidami reikšmingus įvykius, potyrius (Brewerton, 2007), bei suprasti, kad juos gydo, jais domisi, parenka individualiems poreikiams pritaikytą gydymą (Mitrofan et al., 2019). (Lindstedt et al., 2015) tirdami valgymo sutrikimus turinčius paauglius pastebėjo, kad vienas iš sunkiausių terapeutų uždavinių yra momentaliai „perimti“ sprendimų priėmimą į savo rankas ir tuo pat metu leisti pacientams dalyvauti tose gydymo dalyse, kur jie gali priimti atsakomybę. Įsitraukimo į gydymą lygis turi laipsniškai didėti kartu su sveikimu, taip didinant atsparumą, suteikiant jiems galimybę spręsti jų gyvenime iškylančias problemines situacijas. Specialistai bendraudami su klientais jie turi atsižvelgti į unikalią kiekvieno paciento patirtį. Reikia, jog pacientų ir terapeuto gydymo tikslai sutaptų, jeigu jie skiriasi reikėtų juos aptarti ir rasti bendrus.

Taigi, terapiniuose santykiuose valgymo sutrikimus turintiems asmenims reikia nuoširdumo, abipusio pasitikėjimo. Specialistai turėtų atsižvelgti į pacientų ambivalentišką požiūrį į gydymą, lanksčiai ir individualiai bendrauti su kiekvienu savo klientu. Parinkti jų poreikius atitinkantį gydymą.

Tyrimo tikslas – atskleisti valgymo sutrikimų turinčių jaunų suaugusių moterų patirtis ir išgyvenimus valgymo sutrikimų gydymo metu.

Klausimai:

1. Kaip atsiskleidžia tyrimo dalyvių santykis su gydymą teikiančiais specialistais?
2. Kaip atsiskleidžia teikiamos pagalbos priėmimas ir tyrimo dalyvių subjektyvus gydymo efektyvumo supratimas?
3. Kaip atsiskleidžia tyrimo dalyvių gydymosi pokytis ir jo įprasminimas?
4. Kaip atsiskleidžia tyrimo dalyvių motyvacija gydymui ir jos kaita gydymo procese?

2. TYRIMO METODIKA

2.1. Teorinis tyrimo pagrindas

Siekiant atskleisti valgymo sutrikimų turinčių jaunų suaugusių moterų gydymosi patirtis ir išgyvenimus buvo pasirinktas kokybinis tyrimas. Kokybiniai tyrimai ypač naudingi tiriant sudėtingus reiškinius, kuriuos būtų sunku ištirti ir įvertinti kiekybiniu būdu, plėtojant žinias menkai suprantamose ir sudėtingose srityse, pavyzdžiui, siekiant suprasti subjektyvią žmonių, sergančių psichikos sutrikimais, patirtį, jos reikšmes bei sąveiką su psichikos sveikatos sistema (Fossey et al., 2002). Kokybinių tyrimų metodologija yra orientuota į žmogaus gyvenimo ir socialinio pasaulio prasmės ir patirties aspektų supratimą. Tyrimai atspindi autentiškumą, tikrąsias žmonių gyvenimiškas patirtis, tikrąjį pasaulį, o tai yra svarbiausia šiuose tyrimuose. Jie reprezentuoja pačių dalyvių perspektyvas arba subjektyvią jų pasaulių patirtį (Fossey et al., 2002). (Jackson et al., 2007) teigia, kad kokybiniai tyrimai yra susiję su žmonių patirties supratimu, taikant humanistinį, interpretacinį požiūrį. Paprastai siekiama sutelkti dėmesį į detales, specifinius reiškinius, procesus (Gaižauskaitė & Valavičienė, 2016), suprasti žmonių subjektyvius išgyvenimus (Gudaitė, 2007) (Clarke & Braun, 2013), situacijas, aplinkybes, individų kultūrą (*angl. individual's cultures*), įsitikinimus ir vertybes (Kalu, 2017). Kokybinis tyrimas yra dar tuo svarbus, kad juose dalyvių citatos sugretinamos su tyrėjų duomenų aprašymų ir jų interpretavimu, taip leidžiant skaitytojui įvertinti tyrėjo teiginių apie duomenis autentiškumą (Fossey et al., 2002). Taip siekiant atkurti tiriamojo asmens pasaulio konceptualizavimą (Gudaitė, 2007).

Tyrimui pasirinktas teminės analizės metodas (Braun & Clarke, 2006), o duomenys koduoti indukcinio būdu (išskiriant temas, kurios atspindi gautus duomenis). Teminė analizė tai pasikartojančių prasmės modelių (temų) paieška duomenų rinkinyje. Teminė analizė yra lankstus kokybinių duomenų analizės metodas, kuris yra sudarytas iš 6 etapų. Nors teminė analizės lankstumas yra laikomas privalumu, tačiau tuo pat metu ir trūkumu, nes tyrėjui gali būti sunku išskirti iš duomenų svarbiausius aspektus, kurie būtų reikalingi jo darbui, taip atsiranda sunkumas formuluojant temas, o vėliau ir potemes, kad jos atsakytų į tyrimo uždavinius. Analizė nėra linijinis procesas, tai labiau rekursyvus procesas, kai analizė vyksta nuolatinio duomenų analizavimu, kodavimu, temų paieška, dažnu tekstų perskaitymu iš naujo, pakartotiniu temų ieškojimu, kodavimu.

Teminė analizė atliekama etapais:

1 etapas: susipažinimas su tyrimo duomenimis. Jeigu yra dirbama su žodiniiais duomenimis (interviu), tai šiame etape duomenys perrašomi į rašytinę formą, t.y. transkribuojami. Taip pat šiame etape vyksta dažnas pakartotinis duomenų skaitymas, taip bandant kuo geriau įsigilinti į pateiktus duomenis randant dėsningumus, užrašomos pirminės idėjos.

2 etapas: pradinis kodų generavimas. Po susipažinimo su duomenimis, iš pirminių idėjų sąrašo vyksta vertingų tyrimui duomenų kodavimas (t.y. sisteminė duomenų analizė). Kodavimas gali priklausyti nuo to ar tyrėjas labiau norės, kad temos būtų grindžiamos duomenimis ar teorija. Šiame etape yra svarbu skirti vienodą dėmesį kiekvienam duomenų elementui. Koduoti galima tiesiog paryškinant svarbius dėsningumus arba tam naudoti programą.

3 etapas: temų paieška. Užkoduoti duomenys (kodai) yra sugretinami ir kuriamos bendros temos. Šiam etapui galima naudoti vaizdines medžiagas, lenteles, minčių žemėlapius. Kai kurie kodai gali tapti pagrindinėmis temomis, o kiti potemėmis.

4 etapas: temų peržiūra. Šiame etape yra žiūrima ar duomenų temai užtenka, o gal duomenys yra per daug įvairūs, jog jie būtų vienoje temoje. T.y. žiūrima ar temos gali būti temomis. Jeigu suprantama, kad negali būti tema, tada kuriama nauja tema arba potemė. Tačiau svarbu atsižvelgti, jog reikėtų nepersistengti su begaliniu kodavimu ir temų perkūrimu. Kai temos tiksliai atspindi kodus ir kai tiksliai atspindi duomenų rinkinio reikšmes, tada galima pereiti į sekantį etapą.

5 etapas: temų apibrėžimas ir įvardijimas. Šiame etape yra tikslinamos temos, nustatomos jų esmės, pateikiamas duomenų ištraukų turinys, nustatoma, kas juose yra įdomu. Bei rašoma, kaip tema atitinka tyrimo uždavinius ir atsižvelgiama ar temos nesikartoja.

6 etapas: ataskaitos rengimas. Šiame etape analizė turėtų būti glausta, logiška, nuosekli ir nesikartojanti, pateikta su pakankamomis duomenų ištraukomis, kurios turi būti įterptos į analitinį pasakojimą, pateikiant argumentą, kuo jos susijusios su pagrindiniu tyrimo klausimu.

Taigi, šiame darbe buvo pasirinkta kokybinė tyrimo analizė. Duomenys analizuoti indukcinės teminės analizės būdu.

2.2. Tyrimo dalyviai

Tyrime dalyvavo 12 jaunų suaugusių moterų 19–35 m. amžiaus, turinčių diagnozuotus valgymo sutrikimus. Tiriamosios viena nuo kitos skiriasi amžiumi, išsilavinimu, specialybėmis, gyvenamosiomis vietomis, šeiminiėmis padėtimis, psichikos sveikatos sutrikimais bei valgymo sutrikimų simptomatika, ligos trukmėmis, gydymo patirtimis. Detali informacija apie tiriamųjų amžių, valgymo sutrikimų diagnozes, kitus sutrikimus ir išsilavinimus pateikiama 1 lentelėje. Trumpas kiekvienos dalyvės aprašymas bus pateiktas prieduose (žr. priedas 1).

Tyrimo dalyvės atriktos kriterine atranka (Bitinas et al., 2008), pagal amžiaus (18–35 m.), diagnozuotų valgymo sutrikimų kriterijus. Šios amžiaus ribos buvo parinktos tam, kad būtų kuo mažesnis amžiaus skirtumas tarp tyrimo dalyvių.

1 lentelė. Jaunų suaugusių valgymo sutrikimais sergančių moterų pasiskirstymas pagal amžių, išsilavinimą, valgymo sutrikimų diagnozę ir kitus psichikos sutrikimus bei gauto ir gaunamo gydymo būdus

Vardas (pakeistas)	Amžius	Išsilavinimas; įgyta	Valgymo sutrikimo diagnozė; amžius, kai buvo diagnozuota	Kiti psichikos sutrikimai	Gauto/gaunamo gydymo būdai
Vilma	23 m.	Aukštasis universitetinis	Nervinė bulimija; 21 m.	Nerimo sutrikimas	20 m. – 23 m. su pertraukomis lankė psichologo konsultacijas (9 mėn., 2 mėn., 9 k.) 21 m. – gulėjo VSC (3 sav.) 23 m. – gavo medikamentinį gydymą (3 mėn.) Šiuo metu (23 m.) yra nutraukusi medikamentų vartojimą ir ieško naujo psichologo
Emilija	33 m.	Aukštasis universitetinis	Nepatikslinti valgymo sutrikimai; 33 m.	Depresija	Nuo 30 m. lankosi psichoterapijoje (7 mėn. lankė grupinę terapiją, o po to iki dabar Geštalt terapiją) 30 m. – gavo medikamentinį gydymą (3-4 mėn.), bet jį nutraukė
Kamilė	19 m.	Vidurinis	Kiti valgymo sutrikimai (ARFID); 16 m.	Mišrus nerimo ir depresinis sutrikimas	2019 – 2021 m. – lankė psichologines konsultacijas Nuo 2019 m. gauna medikamentinį gydymą 2020 – 2021 m. – lankė VSC paauglių dienos stacionarą, dietologės, psichiatro konsultacijas Nuo 2021 m. lanko psichiatro – psichoterapeuto konsultacijos

Vardas (pakeistas)	Amžius	Išsilavinimas; įgyta	Valgymo sutrikimo diagnozė; amžius, kai buvo diagnozuota	Kiti psichikos sutrikimai	Gauto/gaunamo gydymo būdai
Gabija	20 m.	Vidurinis	Nepatikslinti valgymo sutrikimai; 12 m.	Depresija, nerimo sutrikimas ir panikos priepuoliai	12 m. – 16 m. su pertraukomis lankė psichologo konsultacijas Šiuo metu nesigydo
Liepa	20 m.	Vidurinis	Nervinė bulimija; 18 m.	Depresija	2021 m. – gydėsi VSC (1 mėn.) Nuo 2021 m. lanko psichoterapiją
Agnė	35 m.	Aukštasis universitetinis	Kompleksinis (bulimija ir anoreksija) valgymo sutrikimas; 26 m.	-	2014 m. gydėsi VSC dienos stacionare (1 mėn.), gavo psichologinį, dietologinį gydymą 2016 – 2022 m. lankė psichoterapijas Nuo 2023 m. yra ilgalaikėje dietologo priežiūroje Turi siuntimą į VSC
Dovilė	25 m.	Vidurinis	Nervinė anoreksija; 22 m.	-	Gydėsi VSC (2 k.: 7 sav., 5 sav.) Šiuo metu lanko nemokamas psichologo konsultacijas
Saulė	23 m.	Aukštasis universitetinis	Netipinė anoreksija; 21 m.	Nerimo sutrikimas	1,5 m. lankė asmeninę psichoterapiją Lankė VSC dienos stacionarą (2 mėn. grupinė, individuali psichoterapija) Šiuo metu nesigydo (<i>bando susitvarkyti pati</i>)

Vardas (pakeistas)	Amžius	Išsilavinimas; įgyta	Valgymo sutrikimo diagnozė; amžius, kai buvo diagnozuota	Kiti psichikos sutrikimai	Gauto/gaunamo gydymo būdai
Patricija	23 m.	Aukštasis universitetinis	Nervinė anoreksija; 18 m.	-	Gydėsi VSC (kelis kartus nuo 10 d. iki 6 sav.) Šiuo metu nesigydo
Kotryna	20 m.	Vidurinis	Nervinė anoreksija; 14 m.	Depresija, Obsesinis kompulsinis, bipolinis sutrikimai, potrauminis streso sutrikimas, nerimas	14 – 18 m. psichiatrinės ligoninės vaikų filiale lankė 7 psichologus, 3 psichiatrus Šiuo metu nesigydo
Inga	32 m.	Aukštasis universitetinis	Nervinė bulimija; 30m.	Depresija	Nuo 23 m. su pertraukomis lanko psichoterapiją Nuo 2018 m. lanko gydytoją dietologą Nuo 2020 m. lanko psichiatrę, gauna medikamentinį gydymą Nuo 2021 m. lanko intuityvaus valgymo konsultacijas Gydėsi VSC (4 sav.) Gauna medikamentinį gydymą
Laura	28 m.	Aukštasis universitetinis	Nervinė anoreksija; 20 m.	Depresija, obsesinis kompulsinis sutrikimas	1,5 metų lankėsi psichoterapijoje Gydėsi VSC (1 k.) Nuo 19 m. gauna medikamentinį gydymą

Pastaba. VSC – Valgymo sutrikimų centras

2.3. Instrumentai ir tyrimo eiga

Tyrimė buvo naudotas pusiau struktūrinis (struktūruotas) interviu (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006), pagal iš anksto nustatytus atvirus klausimus, o prireikus buvo klausiami papildomi klausimai, kylantys iš dialogo tarp tyrėjos ir tiriamosios. Interviu sudarė dvi dalys. Pirmoje buvo užduodamas pagrindinis klausimas, skatinantis istorijos pasakojimą, kuriame atsiskleistų autentiška tyrimo dalyvių patirtis: „*Kaip žinote, aš tyrinėju valgymo sutrikimų turinčių jaunų suaugusių moterų gydymo patirtis. Gal galėtumėte papasakoti apie visus išgyvenimus ir patirtis susijusias su valgymo sutrikimų gydymo procesu, kurie Jums atrodo asmeniškai svarbūs. Pradėkite pasakojimą nuo to, ką norite papasakoti ir pasakokite tiek, kiek norite. Aš Jūsų klausysiu ir nepertrauksiu. Žymėsiuosi svarbias pastabas. Kai baigsite pasakoti, užduosiu keletą klausimų. Taigi, papasakokite apie visus išgyvenimus ir patirtis susijusias su valgymo sutrikimų gydymo procesu, kurie Jums atrodo asmeniškai svarbūs.*“ Po užduoto pagrindinio klausimo buvo laukiama tyrimo dalyvių pasakojimų. Tyrėjos intervencija buvo minimali tam, kad nebūtų paveiktas tyrimo dalyvės pasakojimo vientisumas ir autentiškumas. Buvo tik skatinamos tęsti pasakojimą: „mhm...“, galvos linkčiojimu. Kai kurioms dalyvėms pagrindinis klausimas buvo abstraktus, jos norėjo konkretumo, nežinojo, kaip plačiai atsakyti, todėl buvo duodami patikslinimai: „*Tai yra atviras klausimas apie valgymo sutrikimų gydymo istoriją, todėl galite pasakoti, ką norite, ir pradėti nuo to, kas Jums atrodo svarbu. Tai Jūsų istorija, tad galite dalintis, tiek daug ar tiek mažai, kaip norėsite man papasakoti.*“ Tiriamosios pasakojo joms svarbius išgyvenimus tol, kol parodydavo ar pasakydavo, jog daugiau neturi ko pridurti, arba nutildavo, taip parodydamos, jog baigė kalbėti. Tyrėja pasitikslindavo: „*Ar dar turite prisiminimų, patyrimų, kuriais norėtumėte pasidalinti?*“ Kai kurios dalyvės prisimindavo (atgamindavo) joms svarbias istorijas, įvykius susijusias su jų valgymo sutrikimais, kai kurios neturėjo, ko pridurti.

Tyrimo dalyvių pasakojimo metu tyrėja žymėjosi svarbius faktus, prisiminimus, pasakymus Tyrimo dalyvėms baigus pasakoti, buvo daroma 20 minučių pertrauka. Interviu antros dalies pradžioje tyrėja pasiteiraudavo: „*Ar dar turite prisiminimų, patyrimų, kuriais norėtumėte dar pasidalinti?*“ Kai kurios tyrimo dalyvės papildydavo pasakojimus prisiminimais. Toliau tyrėja užduodavo iš anksto paruoštus atvirus klausimus perspėdama, kad tyrimo dalyvių atsakymai gali kartotis: „*Gali būti, kad kažkas kartosis, bet galbūt norėsite kažką naujo prisiminti ir išskirti. Nebijokite pakartoti.*“ Tyrimo dalyvėms atsakius į pagrindinius užduotus klausimus, buvo pateikiami kiti, atsakymus patikslinantys klausimai, kurie buvo formuluojami remiantis užrašytomis pastabomis pirmo ir antro interviu metu. Klausimų pavyzdžiai: „*Minėjote, kad „xxx“, gal galite papasakoti plačiau, kaip tai įvyko*“. Uždavus visus klausimus, interviu pabaigoje pasakoma: „*Tai buvo visi mano klausimai. Labai Jums ačiū. Ar dar yra, kas nors, ką norėtumėte man papasakoti prieš baigiantis mūsų susitikimui?*“ Tada buvo pranešama, kad elektroniniu paštu bus išsiųsta demografinių klausimų

anketa, kurioje interviu dalyvės pateiks duomenis apie savo amžių, išsilavinimą, šeimyninę padėtį, valgybos sutrikimų diagnozę, simptomai, gautas ir gaunamas gydymas (žr. 2 priedas). Tyrimo pabaigoje taip pat, kaip ir tyrimo pradžioje, buvo domimasi tiriamųjų savijauta, kaip jos jaučiasi iki ir po pokalbių.

Pagrindiniai užduodami klausimai:

1. Kas Jus paskatino kreiptis pagalbos ir gydytis?
2. Ką išgyvenote gydymo proceso metu?
3. Kaip apibūdintumėte savo gydymo patirtį, jos sėkmę ar/ir nesėkmę?
4. Kaip apibūdintumėte savo motyvaciją gydymo proceso metu? Kaip ji keitėsi?
5. Gal galite apibūdinti savo santykius su terapeutais, gydytojais, kaip jį patyrėte? Kas atrodo svarbiausia juose?
6. Kokius svarbiausius gydymo momentus išskirtumėte?
7. Kokių minčių ir lūkesčių tuo metu turėjote apie gydymą?
8. Kaip vertinate savo gydymo procesą?

Duomenys buvo renkami šių metų (2023 m.) vasario - kovo mėnesiais nuotoliniu būdu, per „Microsoft Teams“ programą. Ja buvo vykdomi interviu su vaizdo įrašais, kuriuos vėliau transkribavo tyrėja. Trumpiausia interviu trukmė yra 25 min., ilgiausia - 119 min. Vidutinė interviu trukmė 72 min. Detali interviu trukmė ir transkribuotų puslapių skaičius pateikiami prieduose (plačiau žr. 3 priede).

2.4. Duomenų analizė

Siekiant atskleisti valgybos sutrikimų turinčių jaunų suaugusių moterų patirtis ir išgyvenimus gydymo metu, buvo atlikta teminė analizė pagal (Braun & Clarke, 2006; 2012) rekomendacijas, iškelti tyrimo tikslas ir uždaviniai, atrinktos tyrimo dalyvės, kurios atitiktų tyrimui išskirtus kriterijus. Atlikti vaizdo interviu naudojant „Microsoft Teams“ programą.

Teminė analizė atlikta etapais:

1. *Susipažinimas su tyrimo duomenimis.* Šiame etape interviu su vaizdo įrašais buvo transkribuojami. Transkribuoti interviu buvo skaitomi pakartotinai, išskiriant reikšminius teksto vienetus ir juos iliustruojančiais pavyzdžiais, pasižymint pirmines idėjas ir mintis puslapių paraštėse.
2. *Pradinis kodų generavimas.* Gauti duomenys buvo skaitomi iš naujo. Iš pirminių idėjų sąrašo išskirtos prasmingos tyrimo dalyvių citatos, interviu ištraukos, apibūdinančios tyrimo problemą, ir suteikti pirminiai kodai.

3. *Temų paieška.* Užkoduoti duomenys (kodai) buvo gretinami su kitų interviu kodais, taip palyginami tarpusavyje, įvertinami jų panašumai, skirtumai. Vėliau buvo kuriamos bendros pirminės temos (pirminės). Tyrime buvo taikoma indukcinė analizė, tad temų pavadinimai suformuluoti, remiantis surinkta tyrimo medžiaga. Kai kurie kodai negalėjo būti sujungti į bendras temas, tad buvo sukurtas pavadinimas „galimai laikina“. Kad geriau kodai ir temos buvo suprantami, buvo sukurti tematiniai (teminiai) vaizdiniai žemėlapiai.
4. *Temų peržiūra.* Šiame etape suformuluotos temos buvo peržiūrimos, tikrinama ar joms atskleisti užtenka duomenų, ar jos nuoseklios, kokybiškos. Kai kurios temos buvo tikslinamos. Stengtasi, jog temos nebūtų (liktų) tik kodai. Svarbu, kad jos atspindėtų nagrinėjamo reiškinių prasmes.
5. *Temų apibrėžimas ir įvardijimas.* Temų pavadinimai buvo kurti taip, kad jose atsispindėtų tyrimo uždaviniai, tyrimo esmės įdomumas (savitumas). Atsižvelgta, kad nesikartotų temos.
6. *Ataskaitos rengimas.* Šiame etape išskirtos temos buvo aprašytos nuosekliai, logiškai, pateikiant duomenų ištraukas (citasas) ir argumentą, kuo jos susijusios su pagrindiniu tyrimo klausimu.

Taigi, ši analizė nėra tarsi linijinis procesas, kada pereinama iš vieno etapo į kitą. Šioje analizėje yra judama tarp tyrimo etapų einant pirmyn ir sugrįžtant.

3. REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

Analizuojant tyrimo dalyvių duomenis buvo išskirtos 4 pagrindinės temos, kurios atspindi jaunų suaugusių valgymo sutrikimais sergančių moterų gydymo patirtis ir išgyvenimus:

- 1) Požiūrio kaita į ligą: nuo neigimo iki pripažinimo.
- 2) „Ilgos paieškos“ – gydymo pagalbos radimas.
- 3) Valgymo sutrikimų gydymo priėmimas ar atmetimas.
- 4) Sveikimas, tai nuolatinė kova su savo valgymo sutrikimais.

Šios temos buvo nagrinėjamos ir aprašomos, detaliau išskiriamos į potemes, kurios buvo papildomos tyrimo dalyvių citatomis, moksline literatūra apie valgymo sutrikimus, jų gydymą, gydymo priėmimą / atmetimą, pokytį.

3.1 Požiūrio kaita į ligą: nuo neigimo iki pripažinimo

Pirmoje temoje atsiskleidžia valgymo sutrikimų turinčių jaunų suaugusių moterų gydymo patirčių istorijose išryškėjęs požiūris į ligą, sutrikimo neigimą, abejones ligos sunkumu bei gydymo reikalingumu, ligos pripažinimą, suvokimą, jog pati viena įveikti sutrikimo negali. Temą sudaro dvi potemės: pirmoji apima „gėda kalbėti“ – ligos suvokimą, antroji – vidinę motyvaciją sveikti.

3.1.1 „Gėda kalbėti“ – ligos suvokimas

Šioje potemėje atskleidžiau tyrimo dalyvių ligos suvokimo procesą ir jo svarbą valgymo sutrikimų gydymui. Dauguma tyrimo dalyvių savo pasakojimuose minėjo, kad nuo suvokimo, jog sergi, prasidėjo jų valgymo sutrikimų gydymo procesas.

Ligos pripažinimas, tai nelengvas procesas. Nelengva prisipažinti, jog turi valgymo sutrikimus ir kad jiems reikia specializuoto valgymo sutrikimų gydymo. Jaunos suaugusios moterys net ir įtardamos valgymų sutrikimų egzistavimą, dėl patiriamos gėdos ir baimės jausmų, buvo nelinkusios kreiptis pagalbos: „*Man buvo gėda kreiptis pagalbos, gėda kalbėti, gėda, kad man tiek daug metų ir aš nuo paauglystės dar vis tiek nesunitvarkiau su tuo.*“ (Inga); „*Tai iš tikrųjų jaučiau labai didelę gėdą ir dėl savo psichologinės būsenos, ir dėl savo mitybos ypatybių, tikrai pamačiau, kad jie tikrai nenormalūs mitybos įpročiai. Anksčiau, kaip ir žinojau, o dabar tiesiog buvo toks etapas, kai aš pamačiau labai realiai.*“ (Agnė); „*...aš apie jį net nekalbėdavau labai ilgą laiką, tiesiog man būdavo gėda, baisu, kad mane, nežinau, teis ir panašiai.*“ (Kamilė) Iš pradžių nesikreipusios pagalbos dalyvės buvo linkusios padėti sau pačios: „*...norėjau pradėti savimi rūpintis ir aš taip palaipsniui,*

žinoma buvo gėda, pradėjau Youtube treniruotes, užsidarydavau duris kambaryje, tyliai darydavau, niekam nesakiau, tikėjausi, kad tėvai negirdėtų mano to šokinėjimo, nes man buvo labai gėda. (...) aš kiek visada įsivaizdavau, kad aš nu... kaip aš save pagydyčiau, tai laikysiuosi dar daugiau visokių dietų, visokios taisyklės kūrėsiu tas intensyvus sportas, negaliu to ano valgyti. Pas mane buvo tokia idėja, kad numesiu svorio, tapsiu lieka, kokio noriu būti lieka, tada tos problemos valgymo savaime išnyks.“ (Vilma); „...man viskas gerai, aš susitvarkysiu pati, bet kai pati pastebėjau, kad nebegaliu padirbti, tiesiog nebegalėjau ne tik kad psichologiškai, bet ir fiziškai nebegalėjau patempti, supratau tada, man reikia pagalbos.“ (Dovilė). Tačiau visos tyrimo dalyvės sau asmeniškai padėti nesugebėjo tol, kol jos nepripažino, jog jų elgesys, valgymo įpročiai nėra sveiki.

Tyrimo dalyvės minėjo, kad didžiausias gydymo „lūžis“ yra suvokimas, kad turi valgymo sutrikimus, o tai tarsi šviesos matymas tunelio gale: „...kai sužinojau, kas yra ARFID ir kad tai tiesiog ne kažkoks mano mistinis negalėjimas [juokiasi] (...) sakykime valgyti tam tikrų maisto produktų, kuris įgavo tokį logišką paaiškinimą, kad okey, kad taip yra dėl valgymo, o ne dėl to, kaip kiti sako, kad aš išlepinta, ar panašiai. (...) Ir man tiesiog tokia, nežinau, [šypsosi] lemputė virš galvos buvo, kad supratau, kas vyksta.“ (Kamilė); „...supratau, kad visgi gyvenimas gali būti kitoks, nors tiek metų gyvenant su valgymo sutrikimu jau atrodė, kad ir kitaip būti negali, kad viskas esu pasmerkta, tai pasidarė kasdienybė, (...) bet pirmą kartą nuvažiavusi į ligoninę pamačiau, kad visgi gali būti kitaip, tai buvo euforija iš pradžių ir atrodė viskas, dabar bus lengva, dabar pasikeisiu.“ (Dovilė)

Kita jauna valgymo sutrikimų turinti moteris Vilma taip pat išskyrė tai, jog svarbu ne tik sau, bet ir kitiems pranešti, jog sergi: „...kai tu pats suvoki, pats pripažįsti Aš turiu valgymo problemų, kad mano valgymo įpročiai nėra sveiki. Normalu, kad persivalgymai, nevalgymas, tam tikri veiksmai, vėmimas, vaistų vartojimas tai nėra sveika ir kai sau tai pripažįsti, jog joo man reikia pagalbos. (...) Svarbu nesigėdyti, kad tu persivalgai, kad tu vemi, ar esi vėmęs, kad priimti, kad tai yra tavo dalis, tu turi tokių problemų ir nebijoti nesigėdyti, neslėpti to nuo kitų.“ Tačiau ne visoms tyrimo dalyvėms iš pat pradžių buvo lengva pripažinti, jog joms reikia specializuoto valgymo sutrikimų gydymo. Saulė iš pat pradžių neigė savo valgymo sutrikimus ir jų sunkumą. Jai atrodė, kad nėra taip blogai, nors psichoterapeutė, pas kurią lankėsi Saulė, rekomendavo kreiptis į Valgymo sutrikimų centrą: „...iš pradžių galvoju, nu ne man, ta prasme, man to nereikia, man dar nėra ant tiek blogai, (...) bet aš tos minties nepamiršau. Ir aš atsimenu man buvo vienas iš tų persivalgymų, aš gulėjau lovoje, verkiau, nes aš suprantu, kad aš jau negaliu su savimi susitvarkyti, (...) atsimenu pradėjau skrolinti Valgymo sutrikimų centro puslapį ir ten žiūrėti, kažką skaityti, jau tuo metu supratau, kad bliamba man turbūt reikia tos pagalbos, nes aš tikrai viena.“ Jos valgymo sutrikimų gydymo procesas prasidėjo tada, kai ji kreipėsi pagalbos į Valgymo sutrikimų centrą ir sužinojo tikrąją savo valgymo sutrikimų diagnozę. Kaip pati Saulė įvardijo, ji patyrė dviprasmiškus jausmus išgirdus savo diagnozę: „...atsimenu, kai išgirdau tą diagnozę, man buvo tuo pačiu metu ir taip liūdna, ir taip gera, kad man

kažkas pasakė, kad su manim yra kažkokia paaiškinama priežastis, kodėl man dabar yra negerai, (...) mane ta diagnozė šiaip žiauriai išlaisvino. “ Tuo metu Emilija išgirdusi diagnozę jautė pasipriešinimą priimti savo valgymo sutrikimą: „...viduje jaučiu kažkokį pasipriešinimą tiems valgymo sutrikimams, kad priimti iki galo, kad tikrai esu sergantis žmogus, gal man reikia vaistų visgi, gal labiau terapintis, (...) aš nežinau, vis viduje sėdi mano ta kita dalis, kuri sako, tu pajėgsi, tu galėsi pati, tu esi stipri. “

Kitos tyrimo dalyvė gavusios vietą Valgymo sutrikimų centro dienos stacionare abejojo ar joms tikrai reikalingas šis gydymas ar jos nešvaistys gydymą teikiančių specialistų laiko ir resursų: *„...pagrindinis momentas, kuris mane lydėjo, tai tokia nuolatinė abejonė ar man dar vis, nu ar man pakankamai čia blogai ar čia kažkaip, gal man čia visai nėra blogai. Gal aš čia švaistau kitų žmonių laiką, nes ir paauglystėje žiūrėdama į tuos valgymo sutrikimų aprašymus, aš negalėjau sau pritaikyti 100 procentų, nes mano tie tokie periodai anoreksinių požymių ir buliminių požymių jie keitėsi. “ (Agnė); *„...toks galvojimas, kad užimi kažko kito vietą, kuriam tiksliai reikia pagalbos, visa ta tvarka yra labai gniuždanti. “ (Liepa) Laura priverstinai paguldyta į Valgymo sutrikimų centrą sužinojo, jog serga valgymo sutrikimais. Po šios žinios Laurai palengvėjo, ji suvokė: *„...tai liga, kad aš nesu nenormali, kad aš tiesiog sergu ir kad nu ne aš esu viena tokia. (...) Kadangi aš visur gyvenime noriu tos tvarkos, palei savo obsesinį, man visur turi būti struktūra, galbūt atradau struktūrą ir vietą savo joje ir man labai pagerėjo (žiovauja). “***

Apibendrinant galima pasakyti, kad tyrimo dalyvių gėdos ir baimės jausmai buvo kliūtys pripažįstant savo sutrikimo egzistavimą. Šio tyrimo rezultatai sutampa su Ali ir kolegų (2017) pastebėjimais, kad dauguma valgymo sutrikimus turinčių asmenų nesikreipia pagalbos dėl vyraujančio gėdos jausmo, neigimo, negebėjimo suvokti problemos rimtumo (galimos sąmoningumo stokos), slapukavimo (Hail & Le Grange, 2018). Taip pat tyrimo dalyvėms pripažinti ligą trukdė jų nuostatos, jog jos pačios galės sau padėti. Jos dėl patiriamos gėdos jausmo kūrė įvairias strategijas, kaip slėpti savo valgymo elgesį ir simptomus nuo aplinkinių, taip patirdamos kančią, vienišumo jausmą ir mintis apie savižudybę. Šie tyrimo rezultatai atitinka (Lindgren et al., 2015) kokybinio tyrimo rezultatus apie patiriamą vienišumą, kančią, gėdą dėl sutrikimo slėpimo. Kaip ir (Lazare et al., 2021) kokybinio tyrimo rezultatai, šio tyrimo dalyvės nedrįso atvirai kalbėti, prisipažinti apie savo valgymo sutrikimus, tik vėliau dėl prastos savijautos kreipėsi pagalbos į sveikatos psichikos specialistus. Šio tyrimo rezultatai ir (Radunz et al., 2023) jų tyrimo atskleidžia, kad asmuo kuo labiau neigia savo ligą ir jos sunkumą, tuo labiau suvokia, kad kiti asmenys jam negebės suteikti pagalbą, tuo individas mažiau jos ieško. Taip pat šiame tyrime dalyvavusios jaunos suaugusios moterys, kaip ir (Hamilton et al., 2022) kiekybinio tyrimo dalyviai, delės kreiptis gydytis nuo valgymo sutrikimo simptomų atsiradimo pradžios daugiau nei 2 metus. Daugumai jaunų suaugusių moterų, kurioms buvo diagnozuoti tikslūs valgymo sutrikimai, joms suteikė aiškumo, tam tikro logiškumo, kuris pagrindžia jų valgymo ypatumus, santykį su maistu, požiūrį į savo kūną. Diagnozės žinojimas, ligos pripažinimas

pakeičia požiūrį iš neigimo, jog patiriami simptomai, sunkumai nėra tokie blogi, į motyvaciją gydytis nuo sutrikimų, ieškoti efektyvaus gydymo. Visos tyrimo dalyvės pripažino savo valgymo sutrikimų diagnozes, o tai yra svarbu tolimesniam gydymui, kai tuo metu kituose tyrimuose gydymą gavę pacientai nepripažino savo valgymo sutrikimų ir su jais susijusius problematiškus elgesius (Ali et al., 2017; Bravender et al., 2017; Coelho et al., 2022).

3.1.2 Vidinė motyvacija sveikti

Daugiau nei pusė tyrimo dalyvių atskleidė, kad gydymo procese svarbiausia vidinė motyvacija gydytis ir sveikti. Motyvacija gydytis taip pat pasireiškė, kai dalyvės suprato, jog savarankiškai susitvarkyti be kitų pagalbos negali, kai kasdienis funkcionavimas sutriko.

Patricija minėjo, kad tik pajutus vidinę motyvaciją sveikti, prasidėjo jos gijimo procesas, ji priėmė pagalbą, įgijo žinių, kurių prireikė tolimesnių atkryčių prevencijai: „*Tai vat vienas iš svarbiausių dalykų, man atrodo yra vidinė motyvacija, (...) aš jau norėjau gydytis ir supratau, kad jis [sutrikimas] trukdo ir nebegaliu funkcionuoti, (...) kai nėra tos vidinės motyvacijos, (...) kol nepersijungia vidinis kažkoks dalykas, kad tu nenori šito valgymo sutrikimo, kuris jau, jau tave tiek išgraužė, kad tu jo nebenori, kad atsiranda ta sąmoninga dalis ir gali kažką daryti, bet jeigu tu gydysiesi per prievartą ar tave uždarys tėvai, ar įkalbės, nu nėra prasmės, nu manau tai savęs kankinimas...*“ Tai patvirtina ankstesnis nesėkmingas Patricijos bandymas gydytis Valgymų sutrikimų centre, kai jai atrodė, kad kiti meluoja: „*...nieko man nėra čia, aš galiu valgyti, viskas man okey.*“ Išankstinis neigiamas nusistatymas gydytis turi neigiamo poveikį gaunamo gydymo efektyvumui ir sveikimo procesui.

Tyrimo dalyvės išskyrė, jog gydymo proceso priėmimas priklauso nuo paties asmens noro sveikti: „*...aš tuo metu buvau tikrai su tokiu nusiteikimu, kad jo, kad aš noriu pasveikti, (...) kai išėjau iš to centro, aš niekada prie kažkokių tokių dietų, labai didelių ribojimų negrįžau. Tai tikrai kažkas pasikeitė smegenys...*“ (Saulė); „*...aš suprantu, kad daug kas nuo manęs priklauso, kiek aš čia pati norėsiu pasveikti, tai niekas kitas negalės man padėti, jei aš priešinsiuosi psichoterapijai.*“ (Emilija); „*...mano vidinis noras pasveikti, (...) kas manau yra labai svarbu, tas noras gauti gydymą kyla iš manęs. (...) Ir galop aš tikiu, kad jeigu nori, kad dalykas būtų ilgalaikis, visam gyvenimui, tai palengva jį įkooperuoti į savo gyvenimą, palengva siekti tai. (...) ta mano motyvacija pasveikti buvo labai stipri, aš labai, aš iki šiol noriu labai sau padėti ir jinai visada stiprėjo. (...) aš pati save paskatinau, nes norėjau pasveikti, norėjau išsilaisvinti iš tų valgymo problemų ir nu gal, tas buvo (...) norėjau geresnio gyvenimo.*“ (Vilma); „*...tai man pirmos dvi savaitės gal buvo labiausiai motyvuotos, kažką daryti, susitvarkyti, nes visas tas visas uždarumas mane vedė iš proto.*“ (Liepa) Po suicidinių minčių Saulė suprato, kad su savo valgymo sutrikimais viena nesusitvarkys ir jai reikia

specialistų pagalbos: „Bet aš atsimenu tą rytą, aš atsikėliau ir supratau, kad nenoriu pradėti dienos, nes aš nekenčiu savęs, nekenčiu, kad aš esu šitam kūne, nekenčiu savo situacijos. Ir aš net neįsivaizduoju, ką su tuo daryt. Aš stengiuosi sau padėti, bet man tai nepadedą. (...) Buvo atėjusi mintis, kad būtų lengviau nebūti, išvis neegzistuoti. Nu žodžiu, kažkaip pasitraukti iš gyvenimo. (...) aš supratau, kad man taip nėra būdinga galvoti ir kad taip nesu taip galvojusi. Ir kad, nu jooo, man tikrai reikia pagalbos.“ Agnė pripažinusi sau, jog negali kontroliuoti savo mitybos, emocijų buvo motyvuota kreiptis pagalbos: „...kad atėjau, jau yra labai daug, jau yra didelis žingsnis, nes paprastai, ten žmonės atveža, (...) aš kažkaip čia ir užsidėjau pliusą.“

Taigi tyrimo dalyvės atskleidė, kad viena iš svarbių gydymo proceso sudedamųjų dalių sudarė jų vidinė motyvacija keistis, ieškoti profesionalios pagalbos, išbandyti naujus gydymo būdus, metodus. Dauguma dalyvių teigė, kad jų motyvaciją gydytis priklausė tik nuo jų pačių, ji kilo iš vidaus, o ne iš kitų. Nes visi priverstiniai paguldymai, bandymai pagydyti, neturės efektyvaus rezultato, labiau jausis kaip kančia, prievolė, nuo kurios greičiau norėtusi pabėgti. Šio tyrimo rezultatai neatitinka (Waller, 2012) tyrimo, kuriame teigiama, kad valgymo sutrikimus turintiems asmenims būdinga menka motyvacija keistis. Ir dalinai atitinka (Keski-Rahkonen & Tozzi, 2005) atliktą tyrimą, kuriame pastebėta, jog klientai pirmojo pokalbio metu su sveikatos priežiūros specialistu neturėjo didelės motyvacijos gydytis ar ketinimo keisti valgymo įpročius. Dalis šio tyrimo dalyvių buvo motyvuotos gydyti savo valgymo sutrikimus ir nuo jų visiškai pasveikti. Šio tyrimo rezultatai prieštarauja (Mital et al., 2022) kiekybinio tyrimo rezultatams, kur rasta, kad motyvacijos stiprumas neturi svarbaus poveikio pacientų gydymo ir gijimo procesui bei jo suvokiamam naudingumui. Tačiau šio tyrimo rezultatai patvirtina (Salvia et al., 2023; Schaumberg et al., 2017) pastebėjimus, kad valgymo sutrikimai trukdo kasdienį funkcionavimą, blogina gyvenimo kokybę, o tai yra vienas iš veiksnių motyvacijos sveikti atsiradimui. (Lindgren et al., 2015; Wetzler et al., 2020) tyrimuose, kaip ir šiame tyrime atkreiptas dėmesys į motyvacijos svarbą gijimo proceso metu. Dėl ligos apribojimų, noro gyventi visavertį gyvenimą, nekontroliuojamą valgymo sutrikimų, dalyvės pasižymėjo stipria motyvacija sveikti, noru susigrąžinti kontrolės jausmą savo gyvenimui.

3.2 „Ilgos paieškos“ – gydymo pagalbos radimas

Kaip viena iš tyrimo dalyvių dalinosi savo mintimis apie gydymo pagalbos radimą: „Sunku, išties sunku rasti specialistų gerų.“ (Vilma) Šioje temoje, atskleidžiau santykius tarp tyrimo dalyvių ir psichikos sveikatos specialistų. Nors jaunų valgymo sutrikimus turinčių moterų gydymo pagalbos radimo patirtys skyrėsi, tačiau buvo pastebima, kad dauguma jų kažkuriuo savo valgymo sutrikimų pagalbos radimo paieškos metu yra turėjusios neigiamas patirtis su psichikos sveikatos specialistais.

Jos tuo metu jautėsi neišklaustyta, nesuprasta, nuvertinta, „atmesta“, įtikinama, jog išsigalvoja savo valgymo sutrikimus.

Stengiantis išsiaiškinti tyrimo dalyvių santykį su gydymą teikiančiais specialistais pastebima, kad keletą tyrimo dalyvių atkreipė dėmesį, jog Lietuvoje apie valgymo sutrikimus menkai yra kalbama, sunku rasti pagalbos specialistų, kurie ne tik, kad specializuotųsi šioje srityje, bet tiesiog žinotų, jog tokie sutrikimai nėra tiesiog pagydomi rekomendavimu pavalgyti arba pabandyti tiesiog paragauti baimę keliančius produktus, keisti mąstymą apie save, neišsigalvoti sutrikimo. Jie neturėtų klaidinti pacientų, jog paauglystėje negalima sirgti valgymo sutrikimais, neteigti, jog tai yra išaugama bei svarbiausia nepatarinėti, kaip kam elgtis ir ką jausti. Agnė mano, kad: „...*kad valgymo sutrikimų gydymas toks, koks jis yra prieinamas Lietuvoje yra gana brutalus.*“ Vilma pasakodama apie savo gydymosi patirtį atskleidė, jog nėra lengva atrasti profesionalių psichologų, dirbančių su valgymo sutrikimais: „...*gal tai mano patirtis, arba mano menkos pastangos ieškoti tų specialistų, bet pačioje Lietuvoje, tos problemos su valgymu, valgymo sutrikimais, kiek aš patyriau, tai dar yra toks, nežinau ar naujas dalykas, ar dar nelabai kažkaip domisi, (...) aš patyriau su tais specialistais, kurie nelabai žino, kaip bendrauti su žmogumi, kuris turi valgymo problemų, ką sakyti, ko nepatarti kaip jam geriau. (...) sunku, išties sunku rasti specialistų gerų, su kuriuo tu turėtum ryšį ir kuris turėtų žinių valgymo sutrikimų sferoje.*“ Saulė dalindamasi savo patirtimi minėjo, jog bendraudama ir norėdama išspręsti savo valgymo sutrikimus su viena pirmųjų savo psichologų, teigė, kad šios konsultacijos buvo tiek nesėkmingos, jog išspręstų valgymo sutrikimų problemą: „...*nu mano terapeutė nesifokusuoja ties šitomis problemomis.*“, o Liepa mini, kad: „...*psichologė labai keista, ji man siūlė vesti maisto dienoraštį, rašyti mintis, ką valgau per dieną ir panašiai, į tai žiūrėjo labai nerimtai, man labai greitai atsibodo ir pradėjau slėpti, (...) ten padirbinėjau, ką aš ten valgiau ir ko nevalgiau, nes būdavo arba tiesiog gėdą arba nesinorėjo rodyti.*“

Paauglystėje Gabija turėjo neigiamą patirtį bendraujant su psichologe, kuri neteikdavo konsultacijų nepilnamečiams, turintiems valgymo sutrikimų. Tyrimo dalyvė šią patirtį apibūdina taip: „...*bet psichologė nelabai kompetentinga, jinai ne super žinojo, kaip suaugusiais susitvarkyti, o tuo labiau su vaikais, kurie turi sutrikimų.*“ Kamilė taip pat patyrė nesėkmę bandydama pirmą kartą kreiptis pagalbos į Valgymų sutrikimų centrą, kai ten esanti viena iš darbuotojų apsiribojo tik tai dažniausiai pasitaikančiais ir labiausiai žinomais valgymo sutrikimais, t.y. bulimija ir anoreksija. Ji nesigilino, nesidomėjo, kiek ilgai ir kokius simptomus Kamilė jaučia, kokius sunkumus patiria: „...*pats pirmasis kreipimasis į valgymo sutrikimų centrą, (...) kai irgi dar net nenukreipus su šeimos gydytoju manęs pas dietologę, mama skambino dar į Valgymo sutrikimų centrą ir tiesiog jos buvo paklausta, ar aš turiu anoreksiją ar bulimiją, mano mama pasakė, ne, tai tiesiog pasakė, kad ne čia reikia kreiptis. Tai tiesiog tai buvo (...) pats pirmas kreipimasis iš tikrųjų, toks nepavykęs, nenusisekęs ir tarsi atmestas.*“ Kitas atvejis, kai Kamilė kreipėsi dėl valgymo sutrikimų į psichologę, tai manė,

kad susidūrė su specialiste, kuri neturėjo pakankamai žinių apie ARFID valgymo sutrikimą ir jo gydymą. Tad psichologė išgirdusi Kamilės paaiškinimą su pavyzdžiais, kad galimai jai yra ARFID ir kaip ji, jai pasireiškia, specialistė pateikė savo nuomonę apie valgymo sutrikimą ir kaip tyrimo dalyvė turėtų nebijoti valgyti: „...pavyzdžiui, bananai vienas iš baisiausių produktų dėl tekstūros man atrodo negaliu nuryti ir kelia nerimo baimę ir tiesiog pasakiau, kad tai mano paaiškinimas, kas per valgymo sutrikimas pas mane. (...) po to pradėjo eiti kalba apie tai, ką aš valgau, kad makaronai yra vienas iš mano saugių maisto produktų ir ji tiesiog pradėjo garsiai samprotauti, kad makaronų konsistencija ir bananų konsistencija panaši ir kodėl aš turėčiau bijoti, tai nežinau, tai nebuvo labai maloni patirtis, nes atrodo, kad nežinau, ką jaučiu.“ Kamilė manė, kad buvo neišgirsta, neįvertinta, tarsi sumenkinta jos patirtis: „...ir jau geriau psichologė būtų tylėjusi, nei sakiusi šias pastabas.“ Emilija buvo ilgose psichoterapeuto paieškose, kol rado tinkamą. Jai buvo svarbu rasti psichoterapeutę, kuri atitiktų vieną jos keliamą kriterijų – „būti tokiai, kaip ji“: „Tai ir labai priklausė nuo mano psichoterapeutės, nes aš ieškojau tokios kaip aš, nes aš sau pasakiau, nes jeigu sutiksiu kitą žmogų, ne kaip aš, neisiu. Buvau pakeitusi dvi psichoterapeutes. Nes viena, nesupratau, ką ji terapino, kita buvo labai stipri. Jeigu man įsijungia gynybą, tai aš jai nieko nepasakosiu.“

Tyrimo dalyvės pasakodamos savo gydymo pagalbos radimo kelią gausiai ir detalčiai dalinosi nemaloniomis, neigiamomis patirtimis susidūrus su psichikos sveikatos specialistais. Apibendrinant, galima teigti, kad kiekviena jauna tyrime dalyvavusi moteris nors vieną kartą gydymo pagalbos radimo metu turėjo neigiamus susidūrimus su psichikos sveikatos specialistais, kol galiausiai rado specialistus, kurie specializuojasi valgymų sutrikimų gydyme. Tai buvo ilgi paieškos keliai. Dauguma tyrimo dalyvių kreipėsi į specialistus, kurie nedirba su valgymo sutrikimų turinčiais asmenimis. Nesėkmingas paieškas jaunos moterys teisingai teigdamos, jog Lietuvoje yra mažai kalbama apie valgymo sutrikimus, jų gydymo prieinamumą (įskaitant ir vieną Valgymo sutrikimų centrą, į kurį patekti reikia laukti eilėje), savalaikį šeimos gydytojų nenukreipimą į psichikos sveikatos specialistus, mažą specialistų kiekį. Tai patvirtina ir (Hamilton et al., 2022) teigdami, kad viena iš kliūčių gauti pilnavertį valgymo sutrikimų gydymą yra šeimos gydytojų žinių trūkumas apie valgymo sutrikimus. Kelios šio tyrimo dalyvės turėjo diagnozuotus valgymo sutrikimus paauglystėje, tad šeimos gydytojais nekreipė dėmesį į jų mitybos įpročius, didesnę ar mažesnę KMI. Anot (Le Grange et al., 2012), šeimos gydytojams rekomenduojama ne tik apskaičiuoti KMI bet ir išsamiau apklausti apie mitybos režimą, valgymo ypatumus, fizinį aktyvumą, požiūrį į savo kūno vaizdą. Tai būtų viena iš pirmųjų prevencinių priemonių valgymo sutrikimų atsiradimo užkardimui. Tyrimo dalyvės manė, jog yra susidūrusios su specialistais, kurie nepakankamai domėjosi jų valgymo sutrikimais, nerodė iniciatyvos sprendžiant juos, neatitiko išankstinius specialistams keltus lūkesčius. Tai patvirtina ir (Lindstedt et al., 2015) pastebėję, kad vienas iš sunkiausių terapeutų uždavinių yra momentaliai „perimti“ sprendimų priėmimą į savo rankas. Iš interviu pastebima, kad dalyvės turėjo didelių

lūkesčių specialistams, kad šie už jas nuspręstų, rastų atsakymus, valgymo sutrikimų kilmės priežastis, staigų, pastangų nereikalaujantį sveikimo receptą. Tyrimo dalyvės tuo pat metu buvo linkusios neatvyrauti, neatlikti paskirstas užduotis arba jas atlikti falsifikuojant duomenis, nukreipiant pokalbį į kitas su valgymo nesusijusias temas.

3.3 Valgymo sutrikimų gydymo priėmimas ar atmetimas

Trečioje temoje atskleidžiu tyrimo dalyvių valgymo sutrikimų patirtis. Ši tema sudaryta iš 3 potemių: neigiamos valgymo sutrikimų gydymo patirtys; „padėjo priimti save tokią, kokia esu“ – teigiamos valgymo sutrikimų gydymo patirtys; „šalia tokių kaip aš“ – bendrystės jausmas.

3.3.1 Neigiamos valgymo sutrikimų gydymo patirtys

Šioje potemėje atskleidžiau tyrimo dalyvių nesėkmingas patirtis stengiantis gauti gydymą, gydytojų atsainumą, atsisakymą priimti sutrikimo egzistavimo faktą, kategorišką atsisakymą dirbti su valgymo sutrikimais, po kurių tyrimo dalyvės jautėsi nesuprastos, nuvertintos, įtikinamos, jog išsigalvoja savo valgymo sutrikimus.

Kai kurios tyrimo dalyvės teigė, kad susidūrė su išankstinėmis neigiamomis specialistų nuomonėmis apie dalyvių savijautą, valgymo sutrikimus. Manė, kad nebuvo atsižvelgiama į kiekvienos individualumą, ligos sunkumą ir trukmę. Agnė minėjo: „...*psichologė bandė mane pakreipti ta linkme, kad aš pamatyčiau iš kitų žmonių perspektyvos, o ne iš savo perspektyvos, tai nežinau, kokia čia ta metodika slypėjo, bet tuo metu iš kitų žmonių perspektyvos matyti aš nenorėjau, (...) jei dabar reiktų atsukti laiką atgal ir būčiau turėjusi finansinių resursų pakankamai, aš nebūčiau kreipusis į valgymo sutrikimų centrą.*“ Vilma dalinosi, kad Valgymų sutrikimų centre specialistai galėjo falsifikuoti jos tyrimų duomenis, norėdami jog ji atsisakytų veganizmo ir rimčiau žvelgtų į savo sutrikimą bei bandytų rimtai iškart gydytis: „*Man buvo labai buvo keista, nes nesijaučiau tokia ligonė, kokia mane lyg bandė paversti esantys daktarai ir tas mano pasitikėjimas tai psichiatrais, kitais specialistais ten sumažėjo ir šiaip gal įvyko nusivylimas Valgymų sutrikimų centru...*“ Vilmai atsisakius tęsti gydymą Valgymo sutrikimų centro specialistai naudojo prieš ją jos išsakytą asmeninę informaciją: „...*nu man labai buvo nemalonu kalbėtis, jaučiausi spaudžiama, aš sakiau informaciją per konsultacijas ir jos ją naudojo prieš mane. Aš atsivėriau, o jos naudojo tokią taktiką...*“ Laura irgi susidūrė su išankstiniu nuvertinimu ir nemalonia fraze iš specialistės Valgymų sutrikimų centre: „*Bet jinai pasakė vieną frazę, kad aš niekada nepasveiksiu, nes per ilgai sergu ir per didelė žala padaryta, tai vat aš tada atsimenu pagalvojau, kad specialiai pasveiksiu*“. Laurai tokie žodžiai buvo nors ir labai nemalonūs, įžeidžiantys ir tuo pat metu motyvuojantys. Ji teigė, kad vis dėlto, tokius

žodžius ne visi valgymo sutrikimų turintys asmenys norėtų išgirsti. Agnei atrodė, jog jos psichologė nepakankamai ją palaikydavo: „*man atrodydavo, kad ji neskaito mano pildomų dienoraščių (...) tai aš išgyvenau labai daug tokios bejėgystės. Nejaučiau palaikymo, jaučiau nuolatos iš psichologės kaltinimus, bet čia neatmetu ir tokios galimybės, kad čia tiesiog tada man taip atrodė.*“ Agnė manė, kad psichologė labiau domėjosi jos santykiais su kitais asmenimis, pavyzdžiui, vaikinui: „*...labai gerai atsimenu vieną tokį jos klausimą, o kaip tau atrodytų, jei būtum to vaikino vietoje, nu kaip pasielgtum, man atrodė, kad toks klausimas nekorektiškas ir ..nes aš iš psichologo visada tikėdavausi palaikymo. Tokio tiesioginio, ar netiesioginio. Bet aš nesijaučiau, kad gaunu palaikymą lankydama tuos psichologo užsiėmimus.*“ Su šia psichologė Agnė nerado abipusio ryšio. Ji vis labiau jautė, kad šios konsultacijos jai labiau kenkė, gilino emocinį skausmą: „*...aš tiesiog supratau, kad aš nebeišversiu šito skausmo.*“

Kamilė savo santykius su specialistais apibūdinimo kaip „amerikietiškus kalnelius“ bei priduria, kad nuo specialisto ir jo teikiamų konsultacijų priklauso terapinis santykis. Ji šį teiginį patvirtina gydytojų palyginimu: „*...sakykime, nežinau, su pirmąja psichiatre ir dabartiniu psichiatru, tai yra labai didelis kontrastas iš tikrųjų.*“ Vilma taip pat akcentuoja: „*...ta patirtis išties dvejojama buvo, buvo ir teigiamų dalykų, buvo ir neigiamų.*“ Kamilė atkreipia dėmesį, jog net ir psichikos sveikatos specialistai dirbdami su valgymo sutrikimų turinčiais žmonėmis geba „dviprasmiškai elgtis“: vieną kartą išklauso, palaiko, o kitą – nuvertina patirtis, jausmus, „nepriima rimtai“, pavyzdžiui, liepia ragauti. Tas pastebima Kamilės pasakojimuose: „*...su ta psichiatre buvo taip, kad ummm jinai labai dviprasmiškai žiūrėdavo į mano valgymo sutrikimą, (...) kartais tiesiog išklaudydavo, o kartais, tai būdavo tu tiesiog paragauk ką nors. Čia tipo nėra sunku ir panašiai. Tai pakankamai toks atmestinas (...) tipo kas čia tau sunkaus (...) Tiesiog tas pasakymas, tu tiesiog paragauk. Man visą laiką asocijuodavosi su tuo, tai nu čia tiesiog asociacija, kai nežinau esi liūdnas, ir tau kažkas pasako, tu nusišypsok, geriau pasidarys. Toks pat man būdavo jausmas, tai...*“ Jai atrodė, kad specialistė neobjektyviai įvertino jos valgymo sutrikimą.

Viena iš Vilma konsultavusių psichologų dažnai siūlė, kaip gyventi, ką veikti. Tai neatitiko Vilmos lūkesčių valgymo sutrikimų gydymui. Tiriamoji teigė, kad net buvo parenkamos temos, kuriomis bus kalbama konsultacijose. Vilma pasakojo: „*...man nepatiko, kad toks labai stiprus siūlymas, ką man daryti su gyvenimu, nu per stipriai jinai gilinosi, ne ten kur reikia ir tie jos pasiūlymai per daug stipriai mane spaudė ir tiesiog. (...) Aš pradėjau pasakoti apie savo valgymo sutrikimą, (...) tam tikros jos, nežinau, replikos ar pasakymai, kurie suglumino, (...) man buvo momentai, kad paūmėjo mintys apie maistą, noras persivalgyti, (...) jinai taip ne kad užjaustų ar kažkaip dėl ko tau tarkime [vardas], bet jinai ėjo prie vienintelės problemos, aš esu bakalaurą baigusi, bet nedirbau pagal specialybę. (...) Ji sakė [vardas] tu turi išeiti iš to darbo, susirasti pilnu etatu darbą, pagal specialybę ir pamatyti gyvenimą. Tau reikia darbo, tu nustosi mąstyti apie maistą,*

jei susirasi darbą pilnu etatu ir ji labiau užsifokusavo ties ta idėja.“ Vilma jautėsi ne tik, jog jos jausmai buvo nuvertinami, bet ir manė, kad psichologė laikosi savo nuomonės ir bando “skaudžiais” būdais įpiršti patarimus, kurie neatitinka Vilmos gyvenimo būdo: „...[vardas], ko tu tikiesi, tave supa pastoviai bandelės, sausainiai ir aš visą dieną stovėdama prie bandelių, norėčiau pastoviai valgyti tas bandeles, (...) ką tu sakytum apie tai savo draugei, (...) sakytum, kad ji durnelė.“

Patricija taip pat išskyrė, jog iš buvusios terapeutės neįjautė palaikymo, buvo per stipriai ir greitai spaudžiama spręsti iškilusius savo sunkumus: „...ne visai padėjo ta terapeutė, nes neįjaučiau palaikymo, kai jau buvau ant perdegimo ribos, kai paskutinį kartąėjau, sakiau kad bijau jums sakyti, nes man reikia palaikymo ir aš išėjau vėl visokia apsiverkusi ir nesupratusi. (...) Bet mes kažkaip manau neatradome ryšio, kurio man reikėjo. O man paskutiniu metu reikėjo, labai reikėjo, kurio aš negavau.“ Kitas atvejis, kai Patricija patyrė neigiamus jausmus, tai įvyko susidūrus su Valgymo sutrikimų centre dirbančia gydytoja, kuri pasakė Patricijai tiek ir skaudžių, ir tiek teigiamų dalykų apie ją. Po šios patirties Patricija pradėjo nerimauti, kad peržengus ligoninės ribas ji visai sugriaus savo santykius su vaikinui, mitybą: „...nu ta prasme jaučiausi nu atsiprašant taip negražiai pasakant, šūdo gabalas, (...) nu taip nelabai supratau, kodėl taip reikėjo daryti, nes ten atvažiavau sustiprėti, o ne kad mane nudaužytų.“ Liepa pasakodama ypač akcentavo, kad jos santykiai su ja gydančiais specialistais buvo ganėtinai šalti, gal dėl to, kad nesutapo temperamentai: „...man jie labai nepatiko, tiesiog mane jų toks šaltumas labai erzino, flegmatiškumas labai mane trikdė, (...) aš bent jau sugebėjau jas kažkaip toleruoti.“

Motyvacija gydytis taip pat mažėjo, kai dalyvės negaudavo tam tikro ir joms skirto valgymo sutrikimų gydymo. Pavyzdžiui, Vilmai atsigulus į Valgymo sutrikimų centrą buvo atšaukiami užsiėmimai su specialiste, kurių ji laukė, galvodama, kad tai bus pirmieji žingsniai sveikimo ir gijimo link: „...labai dažnai, susitikimai, mūsų užsiėmimai buvo atšaukiami ir mes tiesiog nieko neveikdavome, laukdavome kada ateis valgymo metas, nes mums pasivaikščioti į lauką nebuvo galima, kad tyčia nedegintume kalorijų, tai mane tiesiog tas nuvylė, kad su dietologe susitikau labai vėlai, o aš maniau, kad tai iš ties yra svarbu, nes atvykau gydytis savo problemas su maistu.“ Dėl šios neigiamos patirties Vilma išėjo iš Valgymo sutrikimų centro nebaigusi gydymo.

Tyrimo dalyvės akcentavo, kad motyvacijai gydytis trukdė negebėjimas pasitikėti, atvirauti specialistui, užmegzti vienas kitą suprantančius terapinius santykius, t.y. bendros kalbos neradimas, labai griežta kontrolė: „...ta prasme nelabai bendros kalbos randame ir nelabai suprato mane ir aš nelabai suprasdavau, ką norėdavo pasakyti ar ko paklausdavo ir šiaip dažniausiai neįjaukioje tyloje sėdėjome, tai dar neįjaukiau buvo dėl visos situacijos buvo.“ (Gabija); „...tada man būdavo noras tiesiog neiti pas ją, tiesiog vengimo reakcija man įsijungdavo ir tiesiog aš su ja kalbėdama apie maistą negalėdavau tarsi atvira būti, jausdavau, kad, žymiai labiau suvaržyta ir tiesiog tas nesupratimo jausmas labai dažnai būdavo ir tarsi tada atrodydavo baugu ją pasitikėti. Jeigu jinai

kažkokią mano dalį, tarsi, man atrodo, nežinau, smerkia ir teisia...“ (Kamilė); „...čia dar jaučiausi uždaryti, mane visi globojo, aš niekur negalėjau išeiti.“ (Liepa)

Dvi tyrimo dalyvės minėjo, kad joms buvo sunku priimti psichoterapinės grupės konsultacijas dėl baimės, nejaukumo atvirauti prieš kitus. Tad šias konsultacijas nutraukė: *„...nu kaiėjau psichoterapinę grupę, supratau, kad negaliu išbūti grupėje ilgai, jie mane pradėjo labai stipriai erzinti, nes reikėjo būti savimi, o aš bijojau parodyti savo pažeistos dalies, pripratau būti stipri, mane matė vieną, visą laiką laimingą, besišypsančią, geriausia drauge, o ten reikėjo būti savimi, apginti, nustatyti ribas, kurių aš nemokėjau.“ (Emilija); „...bijojau būti teisiama.“ (Kamilė)*

Gabija dalinosi savo nuolatiniais bandymais paauglystėje atkreipti psichologų ir psichiatrės dėmesį į valgymo sutrikimų temą, sunkėjančius simptomus, blogėjančią savijautą, tačiau jos neigė ligos egzistavimą tokiaame jauname amžiuje: *„...atsisuka į mane tokiu šaltu veidu, ir jinai sako, kokį valgymo sutrikimą, tau 12 metų, tiesiog grįši namo, pavalgyk ir viskas bus gerai ir neišsigalvok, (...) valgymo sutrikimai vaikams nebūna, (...) gaslighting, neįsivaizduoju kaip lietuviškai, bet vat tiesiog, kad ne, tu nejauti, tu dar vaikas, tu negali šito turėti.“* Gabijai atrodo, kad jos pamiršo tą faktą, kad jos pačios jai ir diagnozavo tuos valgymo sutrikimus: *„...ummm bet kažkaip jisai buvo taip pašluotas kažkur į šoną ir kadangi nebuvo pavojingas gyvybei tuo metu, nu niekada jis nebuvo pavojingas gyvybei...“* Gabija atskleidė, jog toks specialistų elgesys, bandymas ją įtikinti, kad ji išsigalvoja, galimai dėl pasaulyje vyraujančio požiūrio, kad moterys daug ką išsigalvoja, per daug jausmingos, vertė jaustis pažemintai, neišklaustyta, nesuprastai, nuvertintai. Nesuteiktas būtinas gydymas, negebėjimas palaikyti terapinius santykius, iniciatyvos nerodymas bei atsainumas tik pablogino Gabijos savijautą: *„...nu psichiatrė tai iš viso kalbėdavo tik tai apie tai, ką psichologė perduodavo užrašuose, (...) ji nesileisdavo į jokiais diskusijas, kaip tu jautiesi, kas ten yra, ji pasižiūrėdavo į užrašus, pamatydavo tarkime depresija, nu tai šiandien labai liūdna ir tokie klausimai, nu kažkaip darželio lygio“, o tuo metu psichologė „...sakydavo, tokią kaip klišė frazę, kažką panašaus, nu tai tiesiog pamatyk, kad tu graži ir viskas bus okey, susitvarkys tau tavo valgymas. Niekada negavau tikro uuu... gydymo savo valgymo sutrikimui ir net niekada negavau, tokio kaip palaikymo, kad aš suprantu, kad tu turi, kad čia tikra, kad galbūt tą ir tą daryk, kad būtų geriau. Visą laiką būdavo, kad tu vaikas, tu dar nesupranti, ką, ko tu nori, nesupranti, kaip tu atrodai...“* Kamilė taip pat atsidūrė panašioje situacijoje: *„Kartais iš viso būdavo tokia atmosfera, mes apie tai žinome, bet mes apie tai nekalbėsime šiandien, tai jooo tiesiog, tarsi dramblis kambaryje, apie kurį mes tiesiog nešnekėdavom.“* Kotryna taip pat atskleidė, kad negavo tikro gydymo susijusio su valgymo sutrikimais, bet dėl kitos priežasties nei Gabija, t.y. dėl tuo metu svarbesnių, rimtesnių sveikatą sunkinančių psichikos sutrikimų: *„Aš manau, kad to gydymo ir nelabai išvis ir buvo, nes net jeigu ir žinojo, tiek mano gydytojai ir psichologai, kad aš turiu tuos valgymo sutrikimus, bet kažkaip labiau aš turiu ir kitų psichologinių sutrikimų, tai labiau koncentravosi ant kitų psichologinių sutrikimų nei*

valgymų sutrikimų, (...) psichiatrei atrodo, kažkur trečiame plane ar ketvirtame, buvo visas šitas, (...) jai kiti dalykai labiau rūpėjo, ji ties kitais dalykais labiau koncentravosi, gal dėl to, nes galvojo, kad šitas irgi kyla iš kitų dalykų, jeigu tuos kitus dalykus susitvarkysime tada ir šito nebebus. (...) Ir kažkaip nebuvo tokio konkretaus gydymo, labiau turėjau pati aiškintis, kaip, ką daryti...“ Taip pat abi tiriamosios atkreipė dėmesį į savo esamą svorį, kaip priežastį negauti gydymo susijusio su jų valgymo sutrikimu. Jos galvojo, kad galimai dėl mažo svorio, specialistai nedėjo didesnių pastangų gilintis į valgymo sutrikimus. Kaip Kotryna sakė: „...kadangi pas mane niekada nebuvo to labai minimal svorio, (...) ir šiaip nuo vaikystės būdavau over weight, tai niekada nebūdavo taip, kad turėčiau labai mažą svorį tai, gal dėl to nelabai kreipia dėmesį į tai...“

Abi jaunos moterys atskleidė, jog jeigu psichikos sveikatos specialistai būtų skyrę daugiau dėmesį jų valgymo sutrikimui arba nukreipę pas kitus toje srityje besispecializuojančius specialistus, jos būtų gavusios valgymo sutrikimams gydyti skirtą gydymą. Gabija pasakojo, jog jeigu specialistės būtų davusios kitų valgymo sutrikimus gydančių specialistų kontaktus, tai galimai tyrimo dalyvės gyvenimas būtų kitoks: „...jos tame nematė problemos, jeigu jos man būtų pasakiusi, kad nežinau, kaip su tavimi tvarkytis, arba paieškosiu, arba tu paieškok kontakto, net jeigu man jos pačios nebūtų padėjusios, man jos būtų tiesiog pasakiusios susirask tokį ir tokį specialistą, tai būtų visiškai kita istorija, bet tas nenoras priimti fakto, kad problema egzistuoja.“ Taip galvojo ir Kotryna, pridurdama, kad perėmė specialistų požiūrį/nuostatas į valgymo sutrikimus: „...atrodo, kad jei daugiau dėmesio tam būtų skirta, tai gal kažkas būtų pasikeitę, nes nežinau aš irgi išmokau galvoti, kad čia tiesiog kaip side dalykas ir čia viskas normalu ir galiu toliau normaliai gyventi su tuo, kad tai yra tiesiog šone kažkur, o ne tai, kad čia irgi kažkas, į ką reikia dėmesį kreipti, ir ką reikia gydyti, nors pati tą suprantu.“

Apibendrinant galima teigti, jog valgymo sutrikimus turinčios jaunos suaugusios moterys yra patyrusios nesėkmingas patirtis gaunamo gydymo metu, susidūrusios su psichikos sveikatos specialistų atsainumu, t.y. nesuteikiamo būtino gydymo, negebėjimo palaikyti terapinius santykius, gydymo atmetimu. Šios neigiamos patirtys paskatino tyrimo dalyves jaustis nuvertintomis, nesuprastomis, neišklaustomis, pažemintomis. Neigiamos patirtys kai kurias tyrimo dalyves paskatino nutraukti gydymą, tai atitinka (Darcy et al., 2010) pastebėjimus, jog dažniausia gydymo nutraukimo priežastis buvo bendro terapinio ryšio nebuvimas. Clinton ir kitų (2004) teigė, kad nepatenkintiems pacientams būdingas gerokai aukštesnis valgymo sutrikimų psichopatologijos ir psichiatrijos simptomų lygis, taip pat neigiami tarpasmeniniai santykiai. Nepatenkinti pacientai buvo mažiau pasirengę keisti mitybos įpročius. Kai kurios šio tyrimo dalyvės nutraukė gydymą, dėl patirto nuvertinimo. Tad nebeprisitiki psichikos sveikatos specialistais, taip apsaugodamos save nuo neigiamų, skausmingų patirčių. Ir tai patvirtina (Goel et al., 2023) tyrimą, kuriame akcentuojama, kad anksčiau patirta gydymo stigma vaidina pagrindinį vaidmenį užkertant kelią ankstyvam valgymo

sutrikimų gydymui. Šio tyrimo dalyvių neigiamos patirtys, gydymo nutraukimų priežastys atitinka (Andersen et al., 2021) tyrimą, kuriame išsakomos nutraukimo priežastys: gydymo nelankstumas, neatsižvelgimas į individualias situacijas ir poreikius, negalėjimus užmegzti santykių su terapeutais, kurie, anot pacientų, nepripažįsta pacientų požiūrio, nepalaiko. Taigi, tyrimo dalyvėms pasitikėjimo specialistais trūkumas turėjo neigiamą poveikį tolimesnei motyvacijai sveikti, gilintis į savo valgymo sutrikimus. Atsižvelgiat į tai, jog valgymo sutrikimus turintys asmenys stokoja motyvacijos gydytis, yra anksčiau patyrę stigmą dėl savo valgymo sutrikimų jautriai reaguoja į nepalaikančius, nesigilinančius į jų valgymo sutrikimų problemas specialistus. Dėl prastų santykių gali sužlugti tolimesnis asmenų sveikimas, gydymo procesas.

3.3.2 „Padėjo priimti save tokią, kokia esu“: – teigiamos valgymo sutrikimų gydymo patirtys

Teigiamam gydymui, motyvacijai tolimesniam gydymo ir sveikimo procesui poveikį turi palaikantys, būnantys šalia specialistai.

Inga dalindamasi apie savo gydymo patirtį akcentavo specialistų supratingumą, palaikymą, kurie ją, nepaisant jaučiamos gėdos, motyvuoja toliau sau padėti, gydytis: „...svarbu, kad jie supranta, kad taip gali, nu ta prasme, kad elgiesi, kaip elgiesi. (...) kurie nesutinka, kad čia išsidirbinėjimas, kad tiesiog to kontroliuoti negali, kad neteisìa, kad gali priimti tai... Kas mane motyvuoja turbūt, kad yra tie specialistai, kurie palaiko, kurie ten nepaisant, kad man atrodo, kad neteisingai aš kažką darau arba kažkas negerai, paskatina tęsti, (...) ir sako nu gal čia nėra taip blogai, ir galiu dar pagerinti, tas pakelia motyvaciją.“ Saulė įsiminė specialistų rodomą rūpestį: „labai faina tuo metu buvo, kad manim rūpinasi tiek daug skirtingų specialistų ir kad jie žino, ką daryti, ką daro ir žino, kaip man padėti. Ir viskas, ko man reikia, kad tiesiog klausyt jų ir nu vėlgi, laikytis kažkokių taisyklių.“

Emilijos teigiamam santykiui su specialiste įtakos turėjo specialistės asmeninė patirtis sergant valgymo sutrikimu: „...dabar mano terapeutė tą žino, pati praėjo, tai man lengviau, nes mes ant vienos bangos, o taip negalėčiau, nes jaučiu, kad mane nesupranta ir kiek dirbu su psichologais, savo kolegomis, tai mes iš skirtingo pasaulio atrodo, aš dėl to nenoriu, plius mano kolegė, kuri nusižudė, pasakojo, kaip ant jos rėkė gydytojai, kai jie nesuprasdavo, tai aš galvoju, kad nenorėčiau to paties.“ Kamilė teigė, kad rado profesionaliausią psichiatrą, kuris specializuojasi ARFID sutrikime ir būna šalia jos, „priima“, palaiko, nespaudžia, kai jai kyla stipri baimė paspringti: „...tiesiog man gydytojas būna kartoja, kad tu nepaspringsi, tu nuo šito maisto produkto nenumirsi, (...) tarsi neutralizuoja tą požiūrį į tą maistą, kad jis nėra pavojingas ir tiesiog reikia išbūti su tais kūniškais pojūčiais.“ Su dietologe: „...suprasdavo mano valgymo sutrikimo specifiką, mes tiesiog stengdavomės tada ieškoti būdų, kaip juos arba apeiti arba juos konfrontuoti tai tiesiog buvo labai palaikantis aspektas, (...)“

tiesiog atsisėdavo su manimi ir galvodavo, kaip mes galime sakykime padaryti, kad įtraukti tam tikrus dalykus, tiesiog išeičių ieškojimas, (...) mes imamės veiksmų.” Kamilei svarbu, kad jai nebūtų primetama gydančių specialistų nuomonė: „...kažkokios išankstinės nuomonės man neprimetimas ir ummm nevertinimas (...) svarbiausia išklausymas, subjektyvumas.“ Vilma atskleidė, kad viena psichologų jai padėjo save priimti tokią, kokia yra: „...aš pradėjau labiau stengtis orientuotis ne į maistą, bet į savo gyvenimą, kad aš turiu gyvenime kažką daugiau nei svoris ir valgymas. Aš po truputėlį pradėjau leisti sau atsipalaiduoti, (...) po truputėlį pradėjau save priimti“. Jai taip pat buvo svarbu: „...jaustis laisvai prie terapeuto ir kokio gydytojo, nes nu galop tas valgymo problemos tai yra psichologinės problemos, gal toks labai asmeninis ir jautrus dalykas ir manau svarbu jaustis saugiai ir atvirai su gydytoju, terapeutu, (...) kaip iš paciento pusės, nu reikia tokio atviro ryšio su gydytojais, jeigu nori pagyti ir gal ne visada iš pirmo karto pavyks rasti artimą terapeutą, kuriam galėsi atsiverti, bet nu reikia nepasiduoti, (...) jeigu terapeutas kažką pasako, kas tave įskaudina ar numenkina ta tavo motyvaciją gydytis, tai nu tiesiog nekreipti dėmesio ir eiti ieškoti kitur pagalbos, (...) mūsų bangos ar mąstymas nesutapo ir nereikia savęs dėl to smerkti.“ Saulė džiaugėsi, jog Valgymų sutrikimų centre specialistai elgėsi globėjiškai: „nu jiems ir rūpi, ir jie nori padėti ir jie supranta, jei tu negali kažko pasakoti, bet jie vis tiek kažkaip bando, kad tu prisileistum.“

Emilija pasakodama apie savo valgymo sutrikimų gydymo patirtį akcentavo, jog jos psichoterapeutė nevaidino „visažinės“: „...nu ką supratau iš savo santykių su mano psichoterapeute, tai yra tas žmogiškumas, (...) kai aš su ja, aš jaučiuosi vienam lygyje, aš jaučiuosi, kad esu žmogus ir kad ta prasme, kad ji nevaidina iš savęs visažinančio žmogaus ir man patinka, tas geštaltas, kad tu gali būti savimi, kad žmogus priešais tave sėdi, kuris sėdi ir rodo jausmus, o ne taip kai popieriaus lapas be jausmų, (...) mes kūrėme tą santykį tarpusavyje, kad du žmonės sutinka ir kalbasi, (...) buvau nustebusi, man buvo neįprasta, kai pasakodavau, kokia aš bloga, nevykėlė, arba vat aš tą padariau, visą laiką skaitydavau, kad aš blogietė, o ji kažkaip reaguodavo, kad tai natūralu, normalu, (...) va gal aš ne tokia bloga, kaip aš galvoju.“ Emilija jaučia, kad terapija ir taikomos gydymo technikos yra priimtinos: „... man patinka technikos ir geštalt terapija labai puiki, aš matau save, aš prisimenu pirmą susitikimą, kai ji pradėjo kalbėti, kaip aš, daryti, kaip aš ir viską kalbėti, kaip aš.“

Šioje potemėje aptariama tyrimo dalyvių teigiama patirtis su jas gydančiais, konsultuojančiais psichikos sveikatos specialistais. Dauguma jaunų suaugusių moterų akcentuoja palaikymo, rūpinimosi, supratingumo ir specialistų buvimo šalia svarbą. Terapinis aljansas vaidina svarbų vaidmenį, jų gydymo proceso metu. Tik dviem tyrimo dalyvėm per visą savo gydymo laikotarpį, nepavyko sukurti šiltus, palaikančius santykius su terapeutu. Jos jaučia, jog yra neišklaustos, nesuprastos bei patiria visišką demotyvaciją kreiptis daugiau pas kokį nors kitą specialistą. Šio tyrimo rezultatai sutampa su (Mital et al., 2022) kiekybinio tyrimo rezultatais, kad suvokiamas gydymo naudingumas priklauso nuo terapeuto gebėjimo įkvėpti vilties jausmą pacientams bei pacientai yra

labiau linkę vertinti savo gydymą kaip teigiamą, kai savo terapeutą mato kaip supratingą, empatišką asmenį. Svarbus gydymo kokybės aspektas yra teigiamas terapinis aljansas su terapeutu (De La Rie et al., 2008; Stiles-Shields et al., 2013). Kitos tyrimo dalyvės akcentavo, jog jautėsi priimtos, suprastos tokios, kokios yra. Jos taip pat akcentavo, jog specialistai palaikydavo jas, kai jos pervertindavo, nuvertindavo savo pasiektus rezultatus, jausmus, skatindavo toliau stengtis sau padėti ir keisti požiūrį, nenusiminti, jeigu būdavo atkryčių, nesėkmių. Tokie santykiai su psichikos sveikatos specialistais paskatina gydymosi motyvaciją, turi įtakos teigiamam požiūriui į gydymą. Šie rezultatai yra panašūs į (Gulliksen et al., 2015; Venturo-Conerly et al., 2020) tyrimus, kur teigiama, kad terapinis aljansas, personalo empatiškumas, nesmerkiantis požiūris į pacientą ar jo išreiškiamas mintis, jausmus turi įtakos teigiamam paciento požiūriui į gydymą. Patterson ir kiti (2018) taip pat išskiria teigiamų santykių su gydymą teikiančiais personalo nariais. Teigiamam požiūriui tiek į specialistą, tiek į gydymą, turi įtakos specialisto dėmesys ne valgymui, o psichologinei paciento savijautai (Rance et al., 2017). Tai patvirtina ir šis tyrimas, kai dalyvės paminėdavo, jog buvo svarbu kalbėti užsiėmimuose ne tik apie maistą, bet ir savijautą, kitus gyvenimo aspektus, t.y. inkorporuojant visus tyrimo dalyvei svarbius dalykus, neišskiriant tik valgymo sutrikimų. Tyrimo dalyvės akcentavo, jog joms gyti nuo valgymo sutrikimų labai padėjo specialistų palaikymas, raginimas tęsti gydymą, kartu ieškant naujų būdų, kurie galėtų padėti. Tai atitinka (Schaumberg et al., 2017) apibūdinimą, kad su valgymo sutrikimais dirbantys specialistai turi turėti lankstų požiūrį į pacientus ir gydymo procesą.

3.3.3 „Šalia tokių kaip aš“ – bendrystės jausmas

Gilinantį į tyrime dalyvavusių jaunų suaugusių valgymo sutrikimais sergančių moterų gydymo patirtis, pastebėta, kad dauguma iš jų minėjo, jog gydymo patirtis priklauso ne tik nuo gydymo, santykių su gydančiais specialistais, bet ir nuo kartu ten besigydančių merginų bendrystės.

Savo pasakojime Laura minėjo, kad priverstinai paguldyta į Valgymo sutrikimų centrą, kur buvo gydoma medikamentais, nuo kurių nuolat miegojo, jautė priešišumą gydymui, aplinkai, kurioje yra ir joje besigydančioms merginoms, kol nerado bendraminčių: „...o paskui ummm... susidraugavau, įsiliejau ir tada viskas atrodė kitaip. (...) nu tas Vilniuje valgymo sutrikimų centras, nu man jis daug davė iš tikrųjų, negaliu sakyti, kad jis padarė stebuklą, man galbūt labiau padėjo tai, kad buvo apie 20 merginų, kurios turi tokią pačią patirtį ir pokalbius su tomis merginomis.“ Laura teigė, kad yra ganėtinai pozityvi, todėl dažnai būdavo merginų pokalbių iniciatore, kuriuose buvo juokaujama ir valgymo temomis: „... tai mes maždaug netgi iki ašarų juokėmės, pasakodamos istorijas, maždaug nu papasakokite, kas daugiausiai, kiek esate suvalgiusi per valgymo priepuolį, (...) tai iš tikrųjų išverkėme, išjuokėme ir panašiai.“ Patricija taip pat akcentavo, jog centre labiausiai padėjo ne užsiėmimai, o galimybė su kitais pacientais suburti bendraminčių ratelius: „...kai susirenki

spalvinti ar piešti, laisvas laikas ir visi susėda ir pradeda dalintis, (...) kai gali pasijuokti, kai žinai, kai šneka, tave supranta, tai ten buvo geriausia psichoterapija, kai esi tarp tokių pačių žmonių ir kai supranti vienas kitą. Aš visada sakydavau, kad ten viena iš geriausių psichoterapijų, neoficialių.“ Keletą tyrimo dalyvių minėjo, kad Valgymų sutrikimų centre atrado draugius: „...jo tiesiog, ten per tą laiką susipažinau su tikrai su labai fainom moterim, merginom ir su kai kuriom mes ten draugystę tęsiam ir išėjusios iš to centro.“ (Saulė); su kuriomis dalindavosi savo valgymo patirtimis, palaikymu: „...mes ten vienoje valtyje buvome. Tai tiesiog pasirodė, palaikymo jausmas ten yra didesnis, negu bet koks kitas teisimas, tai tiesiog iš to bendrystės jausmą išsinešėme, (...) tenais susipažinau su kita mergina, kuri tokį patį valgymo sutrikimą turėjo kaip aš, tiesiog mes su ja turėjome bendrų patirčių ir galėjome dalintis jomis.“ (Kamilė); jautėsi suprastos ir tokios pat, kaip ir kitos: „...labai buvo gera būti aplinkoje su merginomis, kurios suprato, ką aš išgyvenu, žino koks jausmas, kai tu negali nevalgyti, kai tu smerki save, (...) jaučiausi priimta ten, (...) atradau tą bendruomenę ir pamačiau, kad aš nesu kažkokia nenormali, kad dauguma žmonių išties turi problemų, (...) radau tą savo bendruomenę ir nesijaučiu tokia vieniša.“ (Vilma); „...kad aš ne viena su visu tuo, (...) nors ir aš jaučiuosi labai nenormalia, kad ne viskas yra gerai su manimi, umm.... čia visai normalūs žmonės, bet jiems irgi kyla tokių sunkumų, tai tokio bendrumo tas jausmas visai padėjo.“ (Inga)

Viena iš tyrimo dalyvių Patricija išskyrė tai, kad yra svarbu su kuo kartu gydausi. Tai turi teigiamą ar neigiamą įtaką gydymo ir sveikimo efektyvumui. Ji teigė, jei šalia yra žmogus, kuris atsigula gydytis ir neigia savo ligą, neturi motyvacijos sveikti: „...tai aišku, kad ir tau nelabai motyvacijos yra.“ Praeitais metais, kai antrą kartą Patricija gydėsi Valgymo sutrikimų centre, ji jau žinojo, ko ji siekia, ką jau yra išmokus. Ji buvo tarsi tas teigiamas, motyvuojantis kitus pacientus gydytis, pavyzdys: „...man daug kas sakė, matėsi, kad čia tiesiog atėjau ir vat ką aš išmokau, (...) nu tu čia dėl savęs tu turi suvokti, kad ten eini dėl savęs, o ne dėl kažko.“

Bendrumo jausmą, teigiamas emocijas ir gydymą valgymo sutrikimų centre viena iš tyrimo dalyvių apibūdina tarsi poilsį stovykloje gerų draugų būryje: „...nu ant tiek buvo geras vaibas, kad aš verkiau išeidama, (...) man buvo liūdna, aš nenorėjau namo, nes ant tiek žmonės nu faini buvo visi, sutapo, kad mes ten dainuodavome vakarais, atrodė, kaip vasaros stovykla kažkokia, atvažiavę, kad mes pailsėtume.“ (Patricija) Tačiau Saulė akcentavo, kad svarbu ne tik bendrystė, palaikymas, supratimas bet svarbu būti atvira, nebijoti būti pažeidžiama: „...labai svarbu apskritai grupėje apie tai kalbėtis, nes visų pirma tu gali išgirsti kitus žmones, kitų žmonių istorijas, atrodo dažniausiai, kad tavo istorija yra kažkokia tragiškiausia, bet tu išgirsti kitus ir supranti, kad bliama nu ir pas kitus yra, (...) kiekvienam tos situacijos sudėtingos, (...) žodžiu mokaisi būt pažeidžiamas, mokaisi būt atviras ir mokaisi papasakoti kitiems, ir suprasti, kad okey, kiti žmonės tave priima su tuo, kas tau nutiko ir tavęs nesmerkia, iš tavęs nesišaipto, ir tada pasidalini savo istorija, na tiesiog kažkokie kaip mainai gaunasi.“ Dvi tyrimo dalyvės ypač akcentavo pasakodamos, kad joms gydytis padėjo

Valgymo sutrikimų centre besigydančios moterys, kurios buvo kartu ir padrašindavo: „...*tu po mažą gabaliuką ryk, (...) sakė, kad ir man taip buvo ir aš čia verkiau negalėdama suvalgyti.*“ (Agnė); „...*čia vieni kitus palaiko, stengiasi padėtis gydymo procese.*“ (Liepa)

Taigi, tyrimo dalyvės išskyrė, jog gydymo patirtyje svarbią dalį sudaro ir santykiai su kartu ten besigydančiomis merginomis, jų bendryste. Jaunos suaugusios moterys išskiria, jog susikurta bendruomenė nesmerkia, palaiko, padrašina, teigiamu savo pavyzdžiu skatina bandyti žingsnis po žingsnio eiti sveikimo link. Keletas tyrime dalyvavusių moterų, dar iki šiol palaiko glaudžius ryšius su Valgymų sutrikimų centre susipažintomis pacientėmis. Tokioje bendruomenėje dažnai jos jaučiasi išgirstos, suprastos, dažniausiai tai būna vienintelės arba pirmosios vietos, kur valgymo sutrikimus turintys asmenys sulaukia palaikymo, priimtino jausmus. Tai tarsi savotiškas socialinis ratas, kuriame galima būti savimi (Venturo-Conerly et al., 2020). Thapliyal ir Hay (2014) kokybinio tyrime dalyvavę asmenys teigė, jog jiems gydantis buvo svarbus palaikymas iš šalia esančių valgymo sutrikimus turinčių asmenų. Suvokimas, kad jie ne vieni šiame gydymo procese, su šiais sutrikimais, suteikia pasitikėjimo, motyvacijos gydytis.

3.4 Sveikimas, tai nuolatinė kova su savo valgymo sutrikimais

Šią temą sudaro dvi potėmės: „tai juodas darbas ir manęs lauks dar daug iššūkių, pakilimų, nukritimų, ašarų ir panašiai, bet ir to verta, nes aš pradėdau matyti gyvenimą“ – nuolatinė kova; išlikęs ambivalentiškas santykis į esamus valgymo sutrikimus.

3.4.1 „Tai juodas darbas ir manęs lauks dar daug iššūkių, pakilimų, nukritimų, ašarų ir panašiai, bet ir to verta, nes aš pradėdau matyti gyvenimą“ – Nuolatinė kova

Kaip tyrimo dalyvės teigė, jos turėjo „nerealistiškų pasveikimo lūkesčių“: „*Lūkestis aišku naivus, bet pačioje, (...) gydymo pradžioje, kad aš visai sakykime nebeturėsiu to valgymo sutrikimo, galbūt atrodė, kad aš galiu visiškai nuo jo pasveikti.*“ (Kamilė); „...*bet vėlgi čia gal mano pačios problema, norėjau labai greitai sutvarkyti savo valgymo problemas, (...) kvailas lūkestis, kad specialistas, kažką magiško gali padaryti ir tu ten pagysi.*“ (Vilma)

Tyrimo dalyvės savo valgymo sutrikimų gydymą laiko nuolatiniu procesu, nes ligos simptomai nors ne tokie stiprūs kaip anksčiau, tačiau dar karts nuo karto pasireiškia. Visos dalyvės gydymo pradžioje turėjo lūkesčių, kuo greičiau pasveikti, pabūti vienoje ar keliose konsultacijose, greitai atrasti atsakymus ir toliau judėti, kad jau antrą kartą gydytis nebegriš, nes viskas aišku ir suprantama, tačiau nei viena tyrimo dalyvė greitai nepasveiko. Jos yra dar gijimo procese. Detaliai ir plačiai apie savo neišpildytus lūkesčius, gydymo ir sveikimo proceso trukmę, pasiektus rezultatus,

motyvacijos nepasiduoti, bandyti atrasti naujus veiksmingus būdus, padedančius nepakliūti į tą patį valgymo sutrikimų „liūną“ kalbėjo: „...tada atrodė, kaip čia man viskas aišku, kaip čia gerai, kaip čia lengvai įveiksiu šitą valgymo sutrikimą, ir nei velnio.“ (Dovilė); „...aš galvojau, kad čia viskas greičiau baigsis, galvojau čia ateisiu pašnekėsime, palaikys psichoterapijoje ir išsigydysiu, iškart atrasiu atsakymus į klausimus ir mano santykiai su maistu pasikeis, (...) bet supratau, kad ne, čia ilgas procesas, plius, kiek aš su valgymo sutrikimais, čia tiek daug metų, ir jų atsikratyti per taip greitai, nepavyks, (...) iliuzijos nukrito, tai juodas darbas, (...) bet to verta, nes aš pradėdau matyti gyvenimą.“ (Emilija); „...kartais labai sunku suprasti, ką pasiekei, nes tu to negali paliesti, pamatyti ir dėl to kartais būna neviltis, kad tu stovi vietoje, bet tiesiog reikia pagalvoti, kokia buvau prieš metus, kokia buvo savijauta, ir tu suvokti, kaip tu geriau jautiesi, (...) tai lėtas procesas, bet aš manau, kad tai išties normalu, (...) kartais aš dvejojau, nes tiesiog pavargdavau, nes atrodo stengdavausi ir nėra tokio kažkokio apčiuopiamo dalyko ir dvejoji, bet nebuvo niekada, kad aš kažkaip pasiduočiau visiškai, aš vis tiek galvojau aš stengsiuosi ir galop kažkas pavyks.“ (Vilma)

Savo pasakojime Patricija akcentavo, jog gydyme, jai buvo svarbu neabejoti, nesiginčyti su gydydymą teikiančiais specialistais, nors jai tas ir buvo sunku: „...kad aš nekvestionuosiu, stengsiuosi nesiginčyti, nėra lengva nesiginčyti, kai tau liepia valgyti, kai tu nenori, aš atsimenu stengiausi nu realiai nesiginčyti, galvoju aš atvažiavau į profesionalų rankas, (...) žinojau, kad jie yra matę ir baisesnių atvejų, kad jie žino, ką jie daro.“ Kamilė savo pasakojime mini, kad būna momentų, kai motyvacija nukrenta, kartais apima beviltiškumo jausmas, kuris yra tarsi stabdis neleidžiantis gydytis ir sveikti: „...atrodo mano pastangos, gydantis ir sveikstant nėra atsiperkančios ir tiesiog taaaa tokia truputi motyvacinę duobę padaro.“ Tačiau su psichiatro pagalba iš tų „motyvacijos duobių“ išlipa. Savo sveikimo procesą apibūdina kaip: „...tie amerikietiški kalneliai, jie tiesiog būdavo tokie, vieną dieną atrodo, va aš paragausiu, man pasiseks, nežinau, aš pasaulio viršuje ir viskas gerai einasi ir panašiai, o kitą dieną, (...) kad kam aš čia iš viso gydausi, jeigu čia yra užburtas ratas, įvyks atkryčiai aš iš jų neišlipsiu.“

Tyrimo dalyvės minėjo, kad ir iki dabar patiria atkryčius, kurie kyla dėl patiriamo nerimo ir abejonių, tarsi jose kovoja dvi jėgos, mano, kad atkryčiai gali kartotis, gali nuklysti nuo suteiktų gydymo rekomendacijų: „...nors būdavo tų momentų, kai aš pavargstu, neištveriu ir aš persivalgau, bet tie mano persivalgymai žymiai sumažėjo. Tai jei persivalgau, kitą dieną gyvenu normalu gyvenimą, valgau, sportuoju, kiek būčiau sportavusi ir tas man labai padėjo, (...) persivalgymai neišnyko jie sumažėjo (...) bet mano santykis su kūnu, mano kūno dismorfija, nesu tikra kaip čia tai vadina, jinai dar išliko.“ (Vilma); „...pradėdau nerimauti dėl savo visiškai su valgymu nesusijusiu aspektu gyvenime, (...) ir jaučiuosi prastai ir mano kūnas tampa blogu dalyku, storu, negražiu, visokiu, (...) nu tiesiog susiimi ir vėl laikaisi iki kito atkryčio, kaip ir su visomis priklausomybėmis.“ (Laura); „...atrodo neverta, vis tiek nesusitvarkysiu, aš šlykšti, (...) ir man, mano tie kūno pokyčiai,

kurie mano supratimu, vis tiek eina ne į gerą ir aš turiu su tuo kažkaip tvarkytis.“ (Inga); *„...lygtais nesinori grįžti į tą būseną ir vienu momentu, dvi jėgos kovoja manyje, ir erzina, kad norėčiau mažesnio svorio iš tiesų, bet tuo pačiu ir nenoriu, (...) ir vis tiek aš žinau, kad gali būti ir atkrytis, kad visko gali būti, nereikia savęs plakti, kažkaip pradėjau labiau priimti savo kūną, aišku, kad dar erzina.*“ (Emilija); *„...maitinuosi pagal rekomendacijas, bet jei matau, kad aš kažkur nuklystu, tai patiriu daug streso, gėdos, tokio nepilnavertiškumo, liūdesio, kad kažkaip čia man vėl čia nepavyksta, (...) labai mažai palaikymo turiu savyje viduj.*“ (Agnė)

Dauguma tyrimo dalyvių atskleidė stiprų nenorą grįžti į ankstesnius valgymo sutrikimų potyrius, savo elgesį iki gydymo. Nors jos jau ir priėmė šiuos valgymo sutrikimus, kaip savo dalį, to nelinkėtų patirti kitiems žmonėms: *„Niekam nelinkėčiau patirt to, ką aš patiriu, aš žinau, kad nebegaliu grįžti prie to, kas buvo anksčiau ir aš negrįšiu, bet tada turiu save saugoti nuo tam tikrų šaltinių ir tiesiog savęs netriggerinti ir panašiai, (...) aš ir iki dabar save matau ten tą septintokę mergaitę, kuri svėrė daugiau nei 100 kilogramų.*“ (Saulė); *„...pasiekiau dugną ir supratau, kad nebenoriu grįžti.*“ (Patricija); *„...valgymo sutrikimas, ta kelionė tikrai nebuvo maloni, nelinkėčiau niekam turėti tokių problemų, bet tuo pačiu aš dabar priimu, kaip savo dalį, tai mano dalis, aš turiu tokių problemų ir viskas tvarkoje, (...) man atrodo, kad aš negaliu iki galo būti sveikame santykiyje su maistu, savo kūnu ir panašiai, aš esu dėkinga, nes realiai jeigu ne mano valgymo sutrikimai, ne tie persivalgymai, aš nebūčiau supratusi, kad viskas gerai, būti tokiai, kokia esu.*“ (Vilma)

Gydant valgymo sutrikimus keitėsi ir dalyvių požiūris į maistą ir savo kūno vaizdą. Vienos teigė, kad dabar nereikia galvoti kiek ir kada suvalgyti kokio maisto, nuo dar vis neįjaučiamo sotumo jausmo, baimės susijusios su reguliaria mityba: *„...leidimas sau, kad tu gali šokoladuką suvalgyti ar ten kažką, kad tam nereikia progos ir kažkieno leidimo, labai keičia visą tą, nežinau, tą procesą valgymo. Tau net nereikia jo viso suvalgyti. Tu galėsi ir rytoj suvalgyti. Nebus uždrausta. Sau nebedraudi.*“ (Saulė); *„...nėra sotumo jausmo, negaliu pajauti, kur aš soti, kur aš alkana ir nesuprantu, būna iki šiol.*“ (Emilija); *„...nes tik ten turėjau reguliarią mitybą.*“ (Inga) Gydymą Valgymo sutrikimų centre šios tyrimo dalyvės apibūdina, kaip geriausią patirtį, suteiktą naudą, jaučia pažangą ir dėkingumą: *„... aš tai po šiai dienai ir visą likusį gyvenimą vadinsiu geriausia patirtim, nu kokią aš turėjau ir geriausiu būdu, kaip, po kurio iš tiesų labai daug kas pasikeitė.*“ (Saulė); *„...tai buvo nu grynai nukreiptas gydymas į mano problemą ir buvo jiems pažįstami mano sutrikimai, nes tarkim dauguma psichiatrų, kiek teko apskritai susidurti, nelabai supranta, kas tai yra.*“ (Laura); *“į racioną pavyko įtraukti įvairius produktus, sumažinti nerimo, kas sieja su sakykime valgymu.*“ (Kamilė). Kaip vien tyrimo dalyvė Vilma mini, kad: *„...tai aš išties esu dėkinga už tai, kad aš perlipau iliuziją, jeigu būsiu lieka, būsiu laiminga, aš supratau, kad ne tame esmė.*“

Saulės jausmai ir mintys išėjus po gydymo Valgymo sutrikimų centre keitėsi. Ji teigia, kad: *„...aš tuo metu buvau tikrai su tokiu nusiteikimu, kad jo, kad aš noriu pasveikti ir kai išėjau iš to*

centro, aš niekada prie kažkokių tokių dietų, labai didelių ribojimų negrižau, tai tikrai kažkas pasikeitė smegenyse, (...) dietinės mintys, ten kažkoks noras kažkaip kitaip atrodyti ir šiai dienai yra, jis turbūt niekur nedings, bet dabar atsirado kažkoks vidinis balsas, kuris mane sustabdo, kai aš pradėdu daryti kažkokias nesąmones.“ Dovilė pasakoja, kad jaučia artimųjų atitolimą, nes po dviejų nesėkmingų gydymo kartų jaučia, kad kartais nesupranta, kaip iš sąmoningo pereina į nesąmoningą valgymą: „...išsisukinėji nuo valgymo, nesakai tiesos, tie melai, jie automatiškai, natūraliai gaunasi ir tu pati nebesupranti, kaip tu manipuliuoji, kaip tu meluoji, tiesiog atstumi visus ir renkiesi ligą, (...) vakar įkritau į tą būseną, extrime hunger, suvalgiau daug saldainių, tiesiog nebesupratau, kaip pati atsidūriau tualete su pirštais burnoje.“ (Dovilė) Kaip ir kitos tyrimo dalyvės jaučiančios gydymo naudą Kamilė įvardija, kad gydymo metu patyrė ir sėkmę, ir nesėkmę, turėjo didelį atkrytį, iš kurio pakilti jai padėjo gydytojas. Ši nesėkmė jau yra įveikta: „...dabar bandau pasakyti, kad tu leisk sau valgyti, kiek tu nori iki sotumo, gal tu nenorėsi taip dažnai tų bandelių ir tau nekils to liūdesio, o kartais suvalgyti tą bandelę nieko tokio.“ Kamilė minėjo, kad pasikeitė savęs suvokimas, požiūris į savo kūno vaizdą, ji stengiasi riboti socialinių medijų naudojimą: „...nuo žmonių, kurie sako, kad reikia valgyti, ką nori ir mylėti save.“ Tyrimo dalyvė teigia: „...mano kūnas gražus, (...) išgyvenau vat, tą savęs priėmimą, kad gal per naują save pažinau.“

Tyrimo dalyvių pasakojimuose išryškėjo nuolatinis darbas su valgymo sutrikimais. Schaumberg ir kiti (2017) akcentavo, jog yra įmanoma pasveikti nuo valgymo sutrikimų, tačiau tai yra ilgas darbas. Tyrimo dalyvės gijimo procesą apibūdino, kaip nuolatinę „kovą“, panašiai apie tai rašė ir (Wetzler et al., 2020), jog dauguma valgymo sutrikimais sergančių apibūdina sveikimą kaip aktyvią „kovą“, susidedančią iš etapų ar fazių, t.y. kaip sunkų, varginantį ir visa apimantį procesą dėl jo nuolatinio ir kintančio pobūdžio. Savęs atskyrimas nuo valgymo sutrikimo ir tikslo ieškojimas už valgymo sutrikimų ribų yra specifiniai sveikimo nuo valgymo sutrikimų aspektai. Kaip daugumoje tyrimų, taip ir šitame tyrime pastebima, kad dauguma asmenų turinčių valgymo sutrikimus, nori greito sprendimo, o susidūrę su sunkumais yra linkę grįžti prie savo valgymo sutrikimų. Tas pastebima ir šitame tyrime, kad jaunos suaugusios moterys, kai supykdamo ar kokia nors gyvenime atsiranda problema, sunkumas, jos iškart grįždavo prie įprastų pykčio, streso malšinimo būdų, tai yra persivalgymo epizodų, badavimų. Šiuos duomenis patvirtina ir (Brewerton, 2007) atkreipęs dėmesį, kad pacientai patirdami traumuojantį įvykį yra linkę grįžti prie neadaptivių įveikos strategijų, kai terapeutai nepakankamai išmoko pacientus nerimo arba streso mažinimo įgūdžių. Iš dalies tai atitinka šio tyrimo duomenis, nes kai kurios tyrimo dalyvės negavo su valgymo sutrikimų susijusio gydymo, tad neturėjo ir strategijų, kaip sau padėti. Tačiau net ir tos dalyvės, kurios turėjo įgūdžių, didelio streso metu nesugebėdavo jų panaudoti ir įvykdavo persivalgymo epizodai. Žinant, kad tai bus ilgas ir sunkus kelias, kai kurios tyrimo dalyvės išsityrynė internetines platformas, kurias anksčiau sekė, domėjosi. Tai atliko, jog mažintų nerimą, nestiprintų valgymo sutrikimų simptomus. Tą patvirtina ir

(Branley-Bell & Talbot, 2020; Turner & Lefevre, 2017; Weissman & Hay, 2022) tyrę internetinę, socialinę žiniasklaidą. Valgymo sutrikimų gydymą apsunkina ir „vidinis balsas“, kuris kontroliuoja asmenį, neleidžia jam pasveikti (Tierney & Fox, 2010). Kaip tyrimo dalyvė akcentavo, balsas tampa vis garsesnis, jei jam tik tai leidi. Tikėtina, kad dėl „vidinio balso“ egzistuoja ambivalentiški santykiai į valgymo sutrikimus, kai pradedama nebematyti savęs be jo.

3.4.2 Išlikęs ambivalentiškas santykis į esamus valgymo sutrikimus

Tyrimo dalyvės valgymo sutrikimų gydymo pradžioje turėjo ambivalentiškus santykius savo sutrikimų atžvilgiu. Dauguma jaunų suaugusių moterų savo galimybes kontroliuoti maisto ribojimus, badavimus, laikė stiprybėmis. Viena iš jų Emilija minėjo: „...mačiau kaip stiprybę, galiu kontroliuoti...“ Nors Emilija jautė pasipriešinimą savo valgymo sutrikimams, bet tuo pačiu ji jais didžiavosi, pranešdama apie juos, jautėsi pranašesnė už kitus: „...man buvo, kaip įrankis, kaip fainiai sakyti, kur beateinu, mano valgymo sutrikimai buvo kaip vizitinė kortelė ir aš supratau, atrodo pradėjau tuo didžiuliu, ale pripažįstu, kad aš turiu problemų, o kiti nepripažįsta, einu kovoju, o kiti nekokie.“ Jos kovojimas su valgymo sutrikimais buvo nekalbėjimas apie juos. Pasakodama Emilija įvardija, kad suprato lyg ir norinti atsikratyti valgymo sutrikimų, tačiau „...kada jų nėra, aišku, kažkoks trūkumas.“ ir kai užėina nerimas ir esi pripratusi tai „užvalgyti“ tada: „...dabar supranti nėra kur slėptis, bandau priprasti, kad netekau draugo kažkokio.“ Kotryna pasakodama apie savo valgymo sutrikimą minėjo: „...kai iš tikrųjų pradėdavo kristi svoris, galiausiai dar labiau užsimotyvuodavau nevalgyti ir daugiau sportuoti, negu kad kažką tvarkytis“, bet tuo pačiu ji sakė: „...aš nenoriu tęsti to valgymo sutrikimo, bet noriu tiesiog kitaip atrodyti.“ Patricija: „...ilgą laiką sergi, tas valgymo sutrikimas yra šioks toks, nu ta prasme, jis tau vis tiek kažkokią naudą teikia, tai tokio saugumo, kontrolės, asmeniškai man. Kaip ir daug kam, kas turi valgymo sutrikimus.“

Atliekant interviu su jaunomis suaugusiomis moterimis pastebima, kad kartais pokalbiuose jos paminėdavo ambivalentiškus santykius į esamus valgymo sutrikimus. Nors dauguma mato savo valgymo sutrikimuose tik neigiamus aspektus, tačiau kita dalis pamini, kad valgymo sutrikimų paleisti dar nėra pasiruošusios, jog neįsivaizduoja savęs be jų, jie yra atnešę ir naudos joms. Tą patvirtina ir (Keski-Rahkonen & Tozzi, 2005; Voswinkel et al., 2021) kalbėdami apie prieštaringų jausmų patyrimus valgymo sutrikimų gydymo metu.

3.5 Darbo ribotumai, įžvalgos tolimesniems tyrimams ir praktinės rekomendacijos

Tyrimo ribotumas gali būti individualios tyrimo dalyvių patirties duomenų praradimas, siekiant apibendrinti gautus rezultatus. Siekiant to išvengti, reikėtų rinktis kitokią kokybinio tyrimo

analizę, kur detaliai būti išanalizuotos tyrimo dalyvių istorijos arba pasirinktos siauresnės analizuojamos temos.

Vienas iš tyrimo ribotumų gali būti, jog surinkta imtis yra nehomogeniška. T.y. tyrime dalyvaujančios jaunos moterys yra skirtingos amžiumi, diagnozėmis, gydymosi patirtimis. Jeigu bus atliekami panašaus pobūdžio tyrimai, būtų svarbu analizuoti ne tik moteris, tačiau ir vyrus turinčius valgymo sutrikimus.

Nors šis tyrimas turi ribotumų, tačiau atskleistos jaunų suaugusių moterų patirtys gali būti naudojamos valgymo sutrikimų gydymo specialistų darbe kuriant glaudžius, abipusiu pasitikėjimu grindžiamus santykius. Rekomenduojama specialistams daugiau dėmesio skirti valgymo sutrikimų turinčių asmenų sutrikimo simptomams, psichinei savijautai, įsiklausyti į teikiamą pacientų informaciją, neturėti išankstinės nuostatos. Kai pacientas jaučia, kad specialistas jį supranta, didėja valgymo sutrikimų gydymo motyvacija. Šis tyrimas gali suteikti naudos šeimos gydytojams, visuomenės sveikatos, psichikos sveikatos specialistams dirbantiems ir valgymo sutrikimais turinčiais asmenimis. Svarbu yra atsižvelgti į individualias pacientų patirtis, sutrikimo trukmę, atkryčius. Į gydymo programą nuo valgymo sutrikimų rekomenduojama įtraukti, turinčius gyvenimiškos patirties asmenis, kurie yra gydęsi valgymo sutrikimus ir pasiekę teigiamų rezultatų.

IŠVADOS

1. Valgymo sutrikimų turinčių jaunų suaugusių moterų patirtys ir išgyvenimai valgymo sutrikimų gydymo metu atskleisti per keturias temas: (1) *Požiūrio kaita į ligą: nuo neigimo iki pripažinimo*; (2) *„Ilgos paieškos“ – gydymo pagalbos radimas*; (3) *Valgymo sutrikimų gydymo priėmimas ar atmetimas*; (4) *Sveikimas, tai nuolatinė kova su savo valgymo sutrikimais*.
2. Valgymo sutrikimų turinčių jaunų suaugusių moterų požiūrio kaitos į ligą analizė atskleidė, kad:
 - 2.1 Tyrimo dalyvių pasakojimuose atskleista ligos pripažinimo svarba. Moterys minėjo, kad nuo pripažinimo, jog sergi prasidėjo jų valgymo sutrikimų gydymo procesas: tai tarsi „lūžis“ leidęs suprasti, kas vyksta su jomis, atnešęs struktūros į jų gyvenimą, padėjęs atrasti naujų būdų, kaip tolimesnį gydymą paversti kuo efektyvesniu judant žingsnis po žingsnio, sveikimo link.
 - 2.2 Tyrimo dalyvės atskleidė, kad vienas iš svarbių gydymo veiksnių vidinė motyvacija keistis, ieškoti profesionalios pagalbos, išbandyti naujus gydymo būdus, terapijas. Dauguma dalyvių teigė, kad jų motyvaciją gydytis priklausė tik nuo jų pačių, ji kilo iš vidaus (savęs), o ne iš kitų, nes tam būtų priešinamasi, gydymas panašėtų į savęs kankinimą.
3. Gydymo pagalbos radimo proceso analizė atskleidė, kad tyrimo dalyvės patyrė, jog nėra lengva rasti profesionalių psichikos sveikatos specialistų, dirbančių su valgymo sutrikimais ir gydymo prieinamumo trukmė.
4. Valgymo sutrikimų turinčių jaunų suaugusių moterų valgymo sutrikimų gydymo priėmimo / atmetimo analizė atskleidė, kad:
 - 4.1 Tyrimo dalyvių pasakojimuose atskleista, jog valgymo sutrikimus turinčios jaunos suaugusios moterys yra patyrusios gydymą teikiančių specialistų atsainumą, atsisakymą priimti sutrikimo egzistavimo faktą, kategorišką atsisakymą dirbti su valgymo sutrikimais, po kurių tyrimo dalyvės jautėsi nesuprastos, nuvertintos, neišklaustos, įtikinamos, jog išsigalvoja savo valgymo sutrikimus.
 - 4.2 Tyrimo dalyvių pasakojimuose atkleistos teigiamos valgymo sutrikimų gydymo patirtys: palaikymas, rūpinimasis, supratingumas ir specialistų buvimo šalia svarba motyvacijai tolimesniam gydymo ir sveikimo procesui.
 - 4.3 Buvo atskleista, jog teigiama gydymo patirtis priklauso ne tik nuo gaunamo gydymo, santykių su gydančiais specialistais, bet ir nuo kartu besigydančių merginų bendrystės, palaikymo, atvirumo.
5. Sveikimo – nuolatinės kovos su savo valgymo sutrikimais analizė atskleidė, kad:
 - 5.1 Tyrimo dalyvės savo valgymo sutrikimų gydymą laiko nuolatinio darbu, kuris reikalaus daug valios, pastangų, kad nesikartotų atkryčiai ir nepablogėtų fizinė ir psichinė sveikata. Gijimo procesas priklauso nuo jų pačių motyvacijos nepasiduoti, bandyti atrasti naujus veiksmingus

būdus, padedančius nepakliūti į tą patį valgymo sutrikimų „liūną“ ir suvokti, kad rezultatai nebus pasiekti greitai.

- 5.2 Tyrimo dalyvių pasakojimuose atskleidžiami prieštaringi jausmai savo valgymo sutrikimams: noras kuo greičiau pasveikti ir negalėjimas savęs neišsivaizdavimas be jų.

LITERATŪRA

- Aardoom, J. J., Dingemans, A. E., & Van Furth, E. F. (2016). E-Health Interventions for Eating Disorders: Emerging Findings, Issues, and Opportunities. In *Current Psychiatry Reports*, 18(4), 1–8. Current Medicine Group LLC 1. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0673-6>
- Ackard, D. M., Richter, S., Egan, A., Engel, S., & Cronemeyer, C. L. (2014). The meaning of (quality of) life in patients with eating disorders: A comparison of generic and disease-specific measures across diagnosis and outcome. *International Journal of Eating Disorders*, 47(3), 259–267. <https://doi.org/10.1002/eat.22193>
- Ali, K., Farrer, L., Fassnacht, D. B., Gulliver, A., Bauer, S., & Griffiths, K. M. (2017). Perceived barriers and facilitators towards help-seeking for eating disorders: A systematic review. In *International Journal of Eating Disorders*, 50(1), 9–21. John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/eat.22598>
- Allison, K. C., Spaeth, A., & Hopkins, C. M. (2016). Sleep and Eating Disorders. In *Current Psychiatry Reports*, 18(10), 1–8. Current Medicine Group LLC 1. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0728-8>
- American Psychiatric Association, & American Psychiatric Association (Eds.). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed). Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Andersen, S. T., Linkhorst, T., Gildberg, F. A., & Sjögren, M. (2021). Why Do Women with Eating Disorders Decline Treatment? A Qualitative Study of Barriers to Specialized Eating Disorder Treatment. *Nutrients*, 13(11), 1–13. <https://doi.org/10.3390/nu13114033>
- Areemit, R. S., Katzman, D. K., Pinhas, L., & Kaufman, M. E. (2010). The Experience of Siblings of Adolescents With Eating Disorders. *Journal of Adolescent Health*, 46(6), 569–576. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.12.011>
- Backholm, K., Isomaa, R., & Birgegård, A. (2013). The prevalence and impact of trauma history in eating disorder patients. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 1–8. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.22482>
- Bagdonas, A. ir Bliumas, R. (2019). *Aiškinamasis psichologijos terminų žodynas*. Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidybos centras.
- Bamford, B., Barras, C., Sly, R., Stiles-Shields, C., Touyz, S., Le Grange, D., Hay, P., Crosby, R., & Lacey, H. (2015). Eating disorder symptoms and quality of life: Where should clinicians place their focus in severe and enduring anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 48(1), 133–138. <https://doi.org/10.1002/eat.22327>

- Bardone-Cone, A. M., Thompson, K. A., & Miller, A. J. (2020). The self and eating disorders. *Journal of Personality*, 88(1), 59–75. <https://doi.org/10.1111/jopy.12448>
- Bitinas, B., Rupšienė, L. ir Žydzžiūnaitė, V. (2008). *Kokybinių tyrimų metodologija: Vadovėlis vadybos ir administravimo studentams I dalis*. Socialinių mokslų kolegija.
- Blodgett Salafia, E. H., Jones, M. E., Haugen, E. C., & Schaefer, M. K. (2015). Perceptions of the causes of eating disorders: A comparison of individuals with and without eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 3(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0069-8>
- Bluett, E. J., Lee, E. B., Simone, M., Lockhart, G., Twohig, M. P., Lensegrav-Benson, T., & Quakenbush-Roberts, B. (2016). The role of body image psychological flexibility on the treatment of eating disorders in a residential facility. *Eating Behaviors*, 23, 150–155. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.10.002>
- Branley-Bell, D., & Talbot, C. V. (2020). Exploring the impact of the COVID-19 pandemic and UK lockdown on individuals with experience of eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 8(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00319-y>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bravender, T., Elkus, H., & Lange, H. (2017). Inpatient medical stabilization for adolescents with eating disorders: patient and parent perspectives. *Eating and Weight Disorders*, 22(3), 483–489. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0270-z>
- Brewerton, T. D. (2007). Eating disorders, trauma, and comorbidity: Focus on PTSD. In *Eating Disorders*, 15(4), 285–304). <https://doi.org/10.1080/10640260701454311>
- Catalan-Matamoros, D., Helvik-Skjaerven, L., Labajos-Manzanares, M. T., Martínez-De-Salazar-Arboleas, A., & Sánchez-Guerrero, E. (2011). A pilot study on the effect of Basic Body Awareness Therapy in patients with eating disorders: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 25(7), 617–626. <https://doi.org/10.1177/0269215510394223>
- Christensen, K. A., Forbush, K. T., Richson, B. N., Thomeczek, M. L., Perko, V. L., Bjorlie, K., Christian, K., Ayres, J., Wildes, J. E., & Mildrum Chana, S. (2021). Food insecurity associated with elevated eating disorder symptoms, impairment, and eating disorder diagnoses in an American University student sample before and during the beginning of the COVID-19 pandemic. *International Journal of Eating Disorders*, 54(7), 1213–1223. <https://doi.org/10.1002/eat.23517>
- Clarke, V., & Braun, V. (2013). *Successful Qualitative Research: A Practical Guide for Beginners*. <https://www.researchgate.net/publication/256089360>

- Clinton, D., Björck, C., Sohlberg, S., & Norring, C. (2004). Patient satisfaction with treatment in eating disorders: Cause for complacency or concern? *European Eating Disorders Review*, *12*(4), 240–246. <https://doi.org/10.1002/erv.582>
- Coelho, J. S., Suen, J., Marshall, S., Zaid-Alkailani, H., Geller, J., & Lam, P. Y. (2022). Treatment experiences of male and female youths with eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, *61*(4), 1119–1133. <https://doi.org/10.1111/bjc.12384>
- Cook, B. J., Wonderlich, S. A., Mitchell, J. E., Thompson, R., Sherman, R., & McCallum, K. (2016). Exercise in Eating Disorders Treatment: Systematic Review and Proposal of Guidelines. In *Medicine and Science in Sports and Exercise* (Vol. 48, Issue 7, pp. 1408–1414). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000000912>
- Costa, M. B., & Melnik, T. (2016). Effectiveness of psychosocial interventions in eating disorders: an overview of Cochrane systematic reviews. In *Einstein (Sao Paulo, Brazil)* (Vol. 14, Issue 2, pp. 235–277). <https://doi.org/10.1590/S1679-45082016RW3120>
- da Luz, F. Q., Hay, P., Touyz, S., & Sainsbury, A. (2018). Obesity with comorbid eating disorders: Associated health risks and treatment approaches. In *Nutrients* (Vol. 10, Issue 7, pp. 1–9). MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/nu10070829>
- Danielsen, M., Rø, Ø., & Bjørnelv, S. (2018). How to integrate physical activity and exercise approaches into inpatient treatment for eating disorders: Fifteen years of clinical experience and research. *Journal of Eating Disorders*, *6*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0203-5>
- Darcy, A. M., Katz, S., Fitzpatrick, K. K., Forsberg, S., Utzinger, L., & Lock, J. (2010). All better? How former anorexia nervosa patients define recovery and engaged in treatment. *European Eating Disorders Review*, *18*(4), 260–270. <https://doi.org/10.1002/erv.1020>
- De Jong, M., Schoorl, M., & Hoek, H. W. (2018). Enhanced cognitive behavioural therapy for patients with eating disorders: A systematic review. In *Current Opinion in Psychiatry* (Vol. 31, Issue 6, pp. 436–444). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000452>
- De La Rie, S., Noordenbos, G., Donker, M., & Van Furth, E. (2008). The quality of treatment of eating disorders: A comparison of the therapists' and the patients' perspective. *International Journal of Eating Disorders*, *41*(4), 307–317. <https://doi.org/10.1002/eat.20494>
- DiCicco-Bloom, B., & Crabtree, B. F. (2006). The qualitative research interview. In *Medical Education* (Vol. 40, Issue 4, pp. 314–321). <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x>
- Dittmer, N., Jacobi, C., & Voderholzer, U. (2018). Compulsive exercise in eating disorders: Proposal for a definition and a clinical assessment. *Journal of Eating Disorders*, *6*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0219-x>

- Dufour, R., Novack, K., Picard, L., Chadi, N., & Booi, L. (2022). The use of technology in the treatment of youth with eating disorders: A scoping review. In *Journal of Eating Disorders* (Vol. 10, Issue 1, pp. 1–35). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00697-5>
- Erdur, L., Kallenbach-Dermutz, B., Lehmann, V., Zimmermann-Viehoff, F., Köpp, W., Weber, C., & Deter, H. C. (2012). Somatic comorbidity in anorexia nervosa: First results of a 21-year follow-up study on female inpatients. *BioPsychoSocial Medicine*, 6(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/1751-0759-6-4>
- Faija, C. L., Tierney, S., Gooding, P. A., Peters, S., & Fox, J. R. E. (2017). The role of pride in women with anorexia nervosa: A grounded theory study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(4), 567–585. <https://doi.org/10.1111/papt.12125>
- Fossey, E., Harvey, C., Mcdermott, F., & Davidson, L. (2002). *Understanding and evaluating qualitative research**.
- Frayn, M., Fojtu, C., & Juarascio, A. (2021). COVID-19 and binge eating: Patient perceptions of eating disorder symptoms, tele-therapy, and treatment implications. *Current Psychology*, 40(12), 6249–6258. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01494-0>
- Gaižauskaitė, I., & Valavičienė, N. (2016). *SOCIALINIŲ TYRIMŲ METODAI: KOKYBINIS INTERVIU*.
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: A systematic literature review. In *American Journal of Clinical Nutrition* (Vol. 109, Issue 5, pp. 1402–1413). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>
- Gianini, L. M., White, M. A., & Masheb, R. M. (2013). Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. *Eating Behaviors*, 14(3), 309–313. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.05.008>
- Goel, N. J., Thomas, B., Boutté, R. L., Kaur, B., & Mazzeo, S. E. (2023). “What Will People Say?": Mental Health Stigmatization as a Barrier to Eating Disorder Treatment-Seeking for South Asian American Women. *Asian American Journal of Psychology*, 14(1), 96–113. <https://doi.org/10.1037/aap0000271>
- Gudaitė, G. (2007). *Klinikinis psichologinis vertinimas*. Vilnius: Vilniaus Universiteto leidykla.
- Grenon, R., Schwartze, D., Hammond, N., Ivanova, I., Mcquaid, N., Proulx, G., & Tasca, G. A. (2017). Group psychotherapy for eating disorders: A meta-analysis. In *International Journal of Eating Disorders* (Vol. 50, Issue 9, pp. 997–1013). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/eat.22744>

- Griffin, C., Fenner, P., Landorf, K. B., & Cotchett, M. (2021). Effectiveness of art therapy for people with eating disorders: A mixed methods systematic review. *Arts in Psychotherapy, 76*, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2021.101859>
- Griffin, C., Fenner, P., Landorf, K. B., & Cotchett, M. (2023). Art therapy and eating disorders: A mixed methods feasibility study. *Arts in Psychotherapy, 82*, 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2023.101994>
- Griffiths, S., Mond, J. M., Li, Z., Gunatilake, S., Murray, S. B., Sheffield, J., & Touyz, S. (2015). Self-stigma of seeking treatment and being male predict an increased likelihood of having an undiagnosed eating disorder. In *International Journal of Eating Disorders* (Vol. 48, Issue 6, pp. 775–778). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/eat.22413>
- Gulliksen, K. S., Nordbø, R. H. S., Espeset, E. M. S., Skårderud, F., & Holte, A. (2015). The Process of Help-Seeking in Anorexia Nervosa: Patients' Perspective of First Contact With Health Services. *Eating Disorders, 23*(3), 206–222. <https://doi.org/10.1080/10640266.2014.981429>
- Hail, L., & Le Grange, D. (2018). Bulimia nervosa in adolescents: prevalence and treatment challenges. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics, Volume 9*, 11–16. <https://doi.org/10.2147/ahmt.s135326>
- Hamilton, A., Mitchison, D., Basten, C., Byrne, S., Goldstein, M., Hay, P., Heruc, G., Thornton, C., & Touyz, S. (2022). Understanding treatment delay: Perceived barriers preventing treatment-seeking for eating disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 56*(3), 248–259. <https://doi.org/10.1177/00048674211020102>
- Hay, P. (2020). Current approach to eating disorders: a clinical update. *Internal Medicine Journal, 50*(1), 24–29. <https://doi.org/10.1111/imj.14691>
- Herle, M., Stavola, B. De, Hübel, C., Abdulkadir, M., Ferreira, Di. S., Loos, R. J. F., Bryant-Waugh, R., Bulik, C. M., & Micali, N. (2020). A longitudinal study of eating behaviours in childhood and later eating disorder behaviours and diagnoses. *British Journal of Psychiatry, 216*(2), 113–119. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.174>
- Hicks White, A. A., Pratt, K. J., & Cottrill, C. (2018). The relationship between trauma and weight status among adolescents in eating disorder treatment. *Appetite, 129*, 62–69. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.06.034>
- Hilker, I., Sánchez, I., Steward, T., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Gearhardt, A. N., Rodríguez-Muñoz, R. C., Dieguez, C., Crujeiras, A. B., Tolosa-Sola, I., Casanueva, F. F., Menchón, J. M., & Fernández-Aranda, F. (2016). Food Addiction in Bulimia Nervosa: Clinical Correlates and Association with Response to a Brief Psychoeducational Intervention. *European Eating Disorders Review, 24*(6), 482–488. <https://doi.org/10.1002/erv.2473>

- Hinojo-Lucena, F. J., Aznar-Díaz, I., Cáceres-Reche, M. P., Trujillo-Torres, J. M., & Romero-Rodríguez, J. M. (2019). Problematic Internet use as a predictor of eating disorders in students: A systematic review and meta-analysis study. In *Nutrients* (Vol. 11, Issue 9, pp. 1–11). MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/nu11092151>
- J. Devoe, D., Han, A., Anderson, A., Katzman, D. K., Patten, S. B., Soumbasis, A., Flanagan, J., Paslakis, G., Vyver, E., Marcoux, G., & Dimitropoulos, G. (2023). The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders: A systematic review. In *International Journal of Eating Disorders* (Vol. 56, Issue 1, pp. 5–25). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/eat.23704>
- Jackson, R. L., Drummond, D. K., & Camara, S. (2007). What is qualitative research? *Qualitative Research Reports in Communication*, 8(1), 21–28. <https://doi.org/10.1080/17459430701617879>
- Jaite, C., Schneider, N., Hilbert, A., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U., & Salbach-Andrae, H. (2012). Etiological role of childhood emotional trauma and neglect in adolescent anorexia nervosa: A cross-sectional questionnaire analysis. *Psychopathology*, 45(1), 61–66. <https://doi.org/10.1159/000328580>
- Jenkins, P. E., Hoste, R. R., Doyle, A. C., Eddy, K., Crosby, R. D., Hill, L., Powers, P., Mitchell, J. E., & Le Grange, D. (2014). Health-related quality of life among adolescents with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 76(1), 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.11.006>
- Jenkins, P. E., Hoste, R. R., Meyer, C., & Blissett, J. M. (2011). Eating disorders and quality of life: A review of the literature. In *Clinical Psychology Review* (Vol. 31, Issue 1, pp. 113–121). <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.08.003>
- Joshua, P. R., Lewis, V., Kelty, S. F., & Boer, D. P. (2023). Is schema therapy effective for adults with eating disorders? A systematic review into the evidence. In *Cognitive Behaviour Therapy* (Vol. 52, Issue 3, pp. 213–231). Routledge. <https://doi.org/10.1080/16506073.2022.2158926>
- Kaidesoja, M., Cooper, Z., & Fordham, B. (2023). Cognitive behavioral therapy for eating disorders: A map of the systematic review evidence base. In *International Journal of Eating Disorders* (Vol. 56, Issue 2, pp. 295–313). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/eat.23831>
- Kalu, F. A. (2017). What makes qualitative research good research? An exploratory analysis of critical elements. *International Journal of Social Science Research*, 5(2), 43–56. <https://doi.org/10.5296/ijssr.v5i2.10711>
- Keel, P. K., Kennedy, G. A., & Wick, M. R. (2018). Eating disorders in children: Is avoidant-restrictive food intake disorder a feeding disorder or an eating disorder and what are the implications for treatment? In *F1000Research* (Vol. 7, pp. 1–7). Faculty of 1000 Ltd. <https://doi.org/10.12688/f1000research.13110.1>

- Kelly, A. C., Carter, J. C., & Borairi, S. (2014). Are improvements in shame and self-compassion early in eating disorders treatment associated with better patient outcomes? *International Journal of Eating Disorders*, *47*(1), 54–64. <https://doi.org/10.1002/eat.22196>
- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: Prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. In *Current Opinion in Psychiatry* (Vol. 29, Issue 6, pp. 340–345). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000278>
- Keski-Rahkonen, A., & Tozzi, F. (2005). The process of recovery in eating disorder sufferers' own words: An internet-based study. *International Journal of Eating Disorders*, *37*(1), 80–86. <https://doi.org/10.1002/eat.20123>
- Koller, K. A., Thompson, K. A., Miller, A. J., Walsh, E. C., & Bardone-Cone, A. M. (2020). Body appreciation and intuitive eating in eating disorder recovery. *International Journal of Eating Disorders*, *53*(8), 1261–1269. <https://doi.org/10.1002/eat.23238>
- Koreshe, E., Paxton, S., Miskovic-Wheatley, J., Bryant, E., Le, A., Maloney, D., Aouad, P., Barakat, S., Boakes, R., Brennan, L., Bryant, E., Byrne, S., Caldwell, B., Calvert, S., Carroll, B., Castle, D., Caterson, I., Chelius, B., Chiem, L., ... Maguire, S. (2023). Prevention and early intervention in eating disorders: findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders*, *11*(1), 1–20. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00758-3>
- Kotilahti, E., West, M., Isomaa, R., Karhunen, L., Rocks, T., & Ruusunen, A. (2020). Treatment interventions for Severe and Enduring Eating Disorders: Systematic review. In *International Journal of Eating Disorders* (Vol. 53, Issue 8, pp. 1280–1302). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/eat.23322>
- Kristeller, J. L., & Wolever, R. Q. (2011). Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: The conceptual foundation. *Eating Disorders*, *19*(1), 49–61. <https://doi.org/10.1080/10640266.2011.533605>
- Lazare, K., Mehak, A., & Telner, D. (2021). Exploring the primary care experiences of adult patients with eating disorders: a qualitative analysis. *Eating Disorders*, *29*(1), 1–16. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1605778>
- Le Grange, D., Doyle, P. M., Swanson, S. A., Ludwig, K., Glunz, C., & Kreipe, R. E. (2012). Calculation of expected body weight in adolescents with eating disorders. *Pediatrics*, *129*(2), 438–446. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-1676>
- Leavey, G., Vallianatou, C., Johnson-Sabine, E., Rae, S., & Gunpath, V. (2011). Psychosocial barriers to engagement with an eating disorder service: A qualitative analysis of failure to attend. *Eating Disorders*, *19*(5), 425–440. <https://doi.org/10.1080/10640266.2011.609096>

- Leonidas, C., & dos Santos, M. A. (2017). Emotional meanings assigned to eating disorders: Narratives of women with anorexia and bulimia nervosa. *Universitas Psychologica*, *16*(4), 1–13. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-4.emae>
- Leung, S. F., Ma, J. L. C., & Russell, J. (2013). Enhancing quality of life in people with disordered eating using an online self-help programme. *Journal of Eating Disorders*, *1*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-9>
- Linardon, J. (2018). Rates of abstinence following psychological or behavioral treatments for binge-eating disorder: Meta-analysis. In *International Journal of Eating Disorders* (Vol. 51, Issue 8, pp. 785–797). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/eat.22897>
- Linardon, J., Hindle, A., & Brennan, L. (2018). Dropout from cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A meta-analysis of randomized, controlled trials. In *International Journal of Eating Disorders* (Vol. 51, Issue 5, pp. 381–391). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/eat.22850>
- Lindgreen, P., Lomborg, K., & Clausen, L. (2018). Patient experiences using a self-monitoring app in eating disorder treatment: Qualitative study. *JMIR MHealth and UHealth*, *6*(6), 1–17. <https://doi.org/10.2196/10253>
- Lindgren, B. M., Enmark, A., Bohman, A., & Lundström, M. (2015). A qualitative study of young women's experiences of recovery from Bulimia Nervosa. *Journal of Advanced Nursing*, *71*(4), 860–869. <https://doi.org/10.1111/jan.12554>
- Lindstedt, K., Neander, K., Kjellin, L., & Gustafsson, S. A. (2015). Being me and being us - Adolescents' experiences of treatment for eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, *3*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0051-5>
- Lutter, M. (2017). Emerging Treatments in Eating Disorders. In *Neurotherapeutics* (Vol. 14, Issue 3, pp. 614–622). Springer New York LLC. <https://doi.org/10.1007/s13311-017-0535-x>
- Martin-Wagar, C. A., Boswell, R. G., Bennett, B. L., Perelman, H., & Forrest, L. N. (2021). Psychological and eating disorder symptoms as predictors of starting eating disorder treatment. *International Journal of Eating Disorders*, *54*(8), 1500–1508. <https://doi.org/10.1002/eat.23538>
- Mayhew, A. J., Pigeyre, M., Couturier, J., & Meyre, D. (2018). An Evolutionary Genetic Perspective of Eating Disorders. *Neuroendocrinology*, *106*(3), 292–306. <https://doi.org/10.1159/000484525>
- Mital, R., Hay, P., Conti, J. E., & Mannan, H. (2022). Associations between therapy experiences and perceived helpfulness of treatment for people with eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, *10*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00601-1>
- Mitchell, K. S., Mazzeo, S. E., Schlesinger, M. R., Brewerton, T. D., & Smith, B. N. (2012). Comorbidity of partial and subthreshold PTSD among men and women with eating disorders in

- the national comorbidity survey-replication study. In *International Journal of Eating Disorders* (Vol. 45, Issue 3, pp. 307–315). <https://doi.org/10.1002/eat.20965>
- Mitrofan, O., Petkova, H., Janssens, A., Kelly, J., Edwards, E., Nicholls, D., McNicholas, F., Simic, M., Eisler, I., Ford, T., & Byford, S. (2019). Care experiences of young people with eating disorders and their parents: qualitative study. *BJPsych Open*, 5(1), 1–8. <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.78>
- Mond, J., Hay, P., Rodgers, B., & Owen, C. (2012). Quality of life impairment in a community sample of women with eating disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(6), 561–568. <https://doi.org/10.1177/0004867411433967>
- Murphy, R., Straebler, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2010). Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 611–627. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.004>
- Paluckaitė, J. (2021). Relationship between perfectionism, self-objectification and risk of eating disorders in young women in Lithuania. *Socialiniai Tyrimai*, 44(2), 8–33. <https://doi.org/10.15388/soctyr.44.2.1>
- Panea-Pizarro, I., Moran, J. M., Lavado-García, J., Beato-Fernández, L., Domínguez-Martin, A. T., Huerta-González, S., Novo, A., Pedrera-Zamorano, J. D., & López-Espuela, F. (2021). Health-related quality of life in spanish women with eating disorders. *Nutrients*, 13(2), 1–17. <https://doi.org/10.3390/nu13020403>
- Patterson, S., Bellair, R., Jeffrey, S., & Ward, W. (2018). Patients' perspective on inpatient treatment for eating disorders: A mixed-methods study of satisfaction, experience of care and perceived helpfulness of components of treatment. *Mental Health and Addiction Research*, 3(1), 1–6. <https://doi.org/10.15761/mhar.1000149>
- Qian, J., Wu, Y., Liu, F., Zhu, Y., Jin, H., Zhang, H., Wan, Y., Li, C., & Yu, D. (2022). An update on the prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review and meta-analysis. In *Eating and Weight Disorders* (Vol. 27, Issue 2, pp. 415–428). Springer Science and Business Media Deutschland GmbH. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01162-z>
- Radunz, M., Ali, K., & Wade, T. D. (2023). Pathways to improve early intervention for eating disorders: Findings from a systematic review and meta-analysis. In *International Journal of Eating Disorders* (Vol. 56, Issue 2, pp. 314–330). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/eat.23845>
- Rance, N., Moller, N. P., & Clarke, V. (2017). “Eating disorders are not about food, they’re about life”: Client perspectives on anorexia nervosa treatment. *Journal of Health Psychology*, 22(5), 582–594. <https://doi.org/10.1177/1359105315609088>

- Rijkers, C., Schoorl, M., Van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2019). Eating disorders and posttraumatic stress disorder. In *Current Opinion in Psychiatry* (Vol. 32, Issue 6, pp. 510–517). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000545>
- Salvia, M. G., Ritholz, M. D., Craigen, K. L. E., & Quatromoni, P. A. (2023). Women’s perceptions of weight stigma and experiences of weight-neutral treatment for binge eating disorder: A qualitative study. *EClinicalMedicine*, *56*, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101811>
- Sander, J., Moessner, M., & Bauer, S. (2021). Depression, anxiety and eating disorder-related impairment: Moderators in female adolescents and young adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(5), 1–12. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052779>
- Sandoz, E. K., Wilson, K. G., Merwin, R. M., & Kate Kellum, K. (2013). Assessment of body image flexibility: The Body Image-Acceptance and Action Questionnaire. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *2*(1–2), 39–48. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.03.002>
- Schag, K., Teufel, M., Junne, F., Preissl, H., Hautzinger, M., Zipfel, S., & Giel, K. E. (2013). Impulsivity in Binge Eating Disorder: Food Cues Elicit Increased Reward Responses and Disinhibition. *PLoS ONE*, *8*(10), 1–8. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0076542>
- Schaumberg, K., Welch, E., Breithaupt, L., Hübel, C., Baker, J. H., Munn-Chernoff, M. A., Yilmaz, Z., Ehrlich, S., Mustelin, L., Ghaderi, A., Hardaway, A. J., Bulik-Sullivan, E. C., Hedman, A. M., Jangmo, A., Nilsson, I. A. K., Wiklund, C., Yao, S., Seidel, M., & Bulik, C. M. (2017). The Science Behind the Academy for Eating Disorders’ Nine Truths About Eating Disorders. In *European Eating Disorders Review* (Vol. 25, Issue 6, pp. 432–450). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/erv.2553>
- Smink, F. R. E., Van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, *14*(4), 406–414. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
- Smith, K. E., Mason, T. B., Leonard, R. C., Wetterneck, C. T., Smith, B. E. R., Farrell, N. R., & Riemann, B. C. (2018). Affective predictors of the severity and change in eating psychopathology in residential eating disorder treatment: The role of social anxiety. *Eating Disorders*, *26*(1), 66–78. <https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1418314>
- Sporild, I. A., & Bonsaksen, T. (2014). Therapeutic factors in expressive art therapy for persons with eating disorders. *Groupwork*, *24*(3), 46–60. <https://doi.org/10.1921/10201240104>
- Stewart, C., Konstantellou, A., Kassamali, F., McLaughlin, N., Cutinha, D., Bryant-Waugh, R., Simic, M., Eisler, I., & Baudinet, J. (2021). Is this the ‘new normal’? A mixed method investigation of young person, parent and clinician experience of online eating disorder

- treatment during the COVID-19 pandemic. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00429-1>
- Stiles-Shields, C., Touyz, S., Hay, P., Lacey, H., Crosby, R. D., Rieger, E., Bamford, B., & Le Grange, D. (2013). Therapeutic alliance in two treatments for adults with severe and enduring anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 46(8), 783–789. <https://doi.org/10.1002/eat.22187>
- Tagay, S., Schlottbohm, E., Reyes-Rodriguez, M. L., Repic, N., & Senf, W. (2014). Eating Disorders, Trauma, PTSD, and Psychosocial Resources. *Eating Disorders*, 22(1), 33–49. <https://doi.org/10.1080/10640266.2014.857517>
- Tavolacci, M. P., Déchelotte, P., & Ladner, J. (2020). Eating disorders among college students in france: characteristics, help-and care-seeking. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 1–11. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165914>
- Thapliyal, P., & Hay, P. J. (2014). Treatment experiences of males with an eating disorder: a systematic review of qualitative studies. *Translational Developmental Psychiatry*, 2(1), 1–9. <https://doi.org/10.3402/tdp.v2.25552>
- Thornton, L. M., Welch, E., Munn-Chernoff, M. A., Lichtenstein, P., & Bulik, C. M. (2016). Anorexia Nervosa, Major Depression, and Suicide Attempts: Shared Genetic Factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(5), 525–534. <https://doi.org/10.1111/sltb.12235>
- Tierney, S., & Fox, J. R. E. (2010). Living with the “anorexic voice”: A thematic analysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(3), 243–254. <https://doi.org/10.1348/147608309X480172>
- Tomba, E., Tecuta, L., Crocetti, E., Squarcio, F., & Tomei, G. (2019). Residual eating disorder symptoms and clinical features in remitted and recovered eating disorder patients: A systematic review with meta-analysis. In *International Journal of Eating Disorders* (Vol. 52, Issue 7, pp. 759–776). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/eat.23095>
- Turner, P. G., & Lefevre, C. E. (2017). Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders*, 22(2), 277–284. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0364-2>
- Venturo-Conerly, K. E., Wasil, A. R., Dreier, M. J., Lipson, S. M., Shingleton, R. M., & Weisz, J. R. (2020). Why I recovered: A qualitative investigation of factors promoting motivation for eating disorder recovery. *International Journal of Eating Disorders*, 53(8), 1244–1251. <https://doi.org/10.1002/eat.23331>
- Vitagliano, J. A., Jhe, G., Milliren, C. E., Lin, J. A., Spigel, R., Freizinger, M., Woods, E. R., Forman, S. F., & Richmond, T. K. (2021). COVID-19 and eating disorder and mental health concerns in

- patients with eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00437-1>
- Von Brachel, R., Hötzel, K., Hirschfeld, G., Rieger, E., Schmidt, U., Kosfelder, J., Hechler, T., Schulte, D., & Vocks, S. (2014). Internet-based motivation program for women with eating disorders: Eating disorder pathology and depressive mood predict dropout. *Journal of Medical Internet Research*, 16(3), 1–14. <https://doi.org/10.2196/jmir.3104>
- Voswinkel, M. M., Rijkers, C., van Delden, J. J. M., & van Elburg, A. A. (2021). Externalizing your eating disorder: a qualitative interview study. *Journal of Eating Disorders*, 128(9), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00486-6>
- Waller, G. (2012). The myths of motivation: Time for a fresh look at some received wisdom in the eating disorders? *International Journal of Eating Disorders*, 45(1), 1–16. <https://doi.org/10.1002/eat.20900>
- Wanden-Berghe, R. G., Sanz-Valero, J., & Wanden-Berghe, C. (2011). The application of mindfulness to eating disorders treatment: A systematic review. In *Eating Disorders* (Vol. 19, Issue 1, 34–48). <https://doi.org/10.1080/10640266.2011.533604>
- Weissman, R. S., & Hay, P. (2022). People’s lived experience with an eating disorder during the COVID-19 pandemic: A joint virtual issue of research published in leading eating disorder journals. In *International Journal of Eating Disorders*, 55(2), 155–160. John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/eat.23653>
- Wetzler, S., Hackmann, C., Peryer, G., Clayman, K., Friedman, D., Saffran, K., Silver, J., Swarbrick, M., Magill, E., van Furth, E. F., & Pike, K. M. (2020). A framework to conceptualize personal recovery from eating disorders: A systematic review and qualitative meta-synthesis of perspectives from individuals with lived experience. In *International Journal of Eating Disorders* 53(8), 1188–1203. John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/eat.23260>
- Williams, K., King, J., & Fox, J. R. E. (2016). Sense of self and anorexia nervosa: A grounded theory. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 89(2), 211–228. <https://doi.org/10.1111/papt.12068>
- Wonderlich, S., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Myers, T. C., Kadlec, K., Lahaise, K., Swan-Kremeier, L., Dokken, J., Lange, M., Dinkel, J., Jorgensen, M., & Schander, L. (2012). Minimizing and treating chronicity in the eating disorders: A clinical overview. In *International Journal of Eating Disorders*, 45(4), 467–475. <https://doi.org/10.1002/eat.20978>

PRIEDAI

1 priedas. Tyrimo dalyvių aprašymai

Vilma (23 m.) būdama pirmame kurse (19 metų) kreipėsi į psichiatrę dėl valgymo problemų. Jai buvo nustatytas emocinis valgymas, suplanuotos gydymo konsultacijos. Tačiau jos buvo nutrauktos, nes mergina išvyko su dėl Erasmus programa į kitą šalį. Valgymo problemos (sutrikimai) dar labiau paūmėjo jai būnant vienai užsienyje. Vilma kreipėsi į ten esantį psichologą, tačiau dėl kalbos barjero ar psichologo lyties šia tema jie nekalbėjo. Grįžusi į Lietuvą ji nusprendė nesilaikyti dietų, išsivalė savo socialinę mediją, nustojo žiūrėti „Instagram“ anketas, „Youtube video“ apie dietas, svorio metimą, nes tai jai sukeldavo paniką. Vilma pradėjo sekti žmones, kurie kalbėjo apie valgymo problemas, pozityvų požiūrį į kūną. Atrado bendruomenę, kurioje ji nesijautė vieniša, kur girdėjo, kad su ja viskas yra „gerai“. Perskaičius knygą apie persivalgymo sutrikimus, suprato iš kur kyla jos persivalgymo problemos. Atliko visus rekomenduojamus pratimus, domėjosi feminizmu, kreipėsi į psichologę, su kuria dirbo 9 mėn. Su psichologe „iššnekėjo“ vieną skaudų įvykį, kai tuometinis jos vaikinaiš pakomentavo, kad jos pilvas didelis ir jai reikėtų mesti svorį, tai šiek tiek sumažėjo fokusavimas į pilvą. Nors santykis su maistu susinormalizavo, bet neigiamas santykis su kūnu išliko. Ji kreipėsi į Valgymo sutrikimų centrą (VSC), kur jautėsi suprasta ir priimta kitų ten esančių moterų, kur suprato, kad valgymo problemos susijusios su „toksiškais“ santykiais su tėvais, aplinkinių spaudimo palaikyti mažą svorį. Iš VSC Vilma išėjo nebaigusi gydymo ciklo dėl to, jog specialistai jai vis kartoję, kad jos veganizmas yra kilęs iš jos valgymo sutrikimų. O noras „išsirašyti“, nes sutrikimas bijo ir ją valdo, verčia išeiti. Ją gąsdino, kad kraujo tyrimai labai prasti, organizmas yra labai nusilpęs, paskatino jaustis kaltai. Nors kaip tik tuo metu kraujo tyrimai ir KMI buvo normos ribose. Įvyko nusivylimas VSC, jame esančiais specialistais, įskaitant ir dietologe, nes šie užsiėmimai buvo vis atšaukiami. Tad nematė prasmės toliau ten būti ir negauti gydymo, ji išsirašė. Grįžo namo. Nematydama tolesnio progreso, pakeitė psichologę, bet ir su nauja ilgai „neišbuvo“, nes ši nuvertino Vilma, jos gyvenimiškus pasirinkimus. Šiuo metu Vilma yra psichologo paieškose, nes yra pasiruošusi „dirbti su savimi.“ Ji jau priėmė savo valgymo sutrikimus ir yra jiems dėkinga, nes jie jai leido perlipti iliuziją „jeigu būsiu liekna, būsiu laiminga.“ Nustojo gėdytis kūno.

Emilija (33 m.) minėjo, kad valgymo sutrikimų tema jai ir dar yra jautri. Prieš 5 metus ji suprato, kad gali turėti valgymo sutrikimus, kai studijų metu kolegė pasakė, kad jos „yra panašios.“ Iš pradžių Emilija to nepripažino, tačiau po kolegės savižudybės suprato, jei nesigydytų, tai jos „lauks ta pati istorija.“ Supratusi, kad psichinė sveikata blogėja, užsirašė į psichoterapinę grupę, tačiau joje „ilgai neišbuvo“, nes suprato, kad „aplinkiniai jos valgymo sutrikimų nesupranta.“ Pradėjo lankyti Geštalt terapiją, kurioje analizuodama vaikystės traumas, geriau susipažino su savimi, keitė santykius į maistą. Taip pat Emilija kreipėsi ir į psichiatrę, kuri jai rekomendavo važiuoti gydytis į Kauną ar Vilnių, tačiau dalyvei tai buvo per toli. Šiuo metu jai nekyla poreikių iškart atsikratyti maisto, persivalgyti. Dabar ji tai gali kontroliuoti, nors prisipažįsta, kad sotumo jausmo nepatiria ir maistas

jai nieko nereiškia, „jo gali būti ar nebūti.“ Taip pat ji yra nutraukusi paskirtą medikamentinį gydymą, nes tai jai trukdė dirbti su klientais. Medikamentai ją „darė nejautria.“

Kamilė (19 m.) pati jauniausia tyrimo dalyvė. Nors nuo 12 metų ji pradėjo lankyti psichoterapiją, tačiau „dėl gėdos, baimės, jog ją teis“, nekalbėjo apie valgymo sutrikimą. 15 metų kreipėsi į psichiatrę dėl kitų psichikos problemų, kurioms gydyti buvo skirtas medikamentinis gydymas. Nors tuo pat metu Kamilė užsimindavo ir apie savo santykį su maistu, tačiau psichiatrė dviprasmiškai žiūrėjo į Kamilės valgymo sutrikimą, t.y. „kartais išklausedavo“, o kartais sakydavo „paragauk ką nors“, tarsi tai nebūtų sunku ir įvykdoma. Dėl tokio požiūrio Kamilė jautė psichiatrės atsainumą. Kamilės mama taip pat skambino į VSC, kur jai buvo pranešta, jog „ne ten reikėjo kreiptis“, mat Kamilė nesirgo bulimija ar anoreksija. Įdomiausia tai, kad Kamilė atsitiktinai rado ARFID aprašymą ir suprato, kad ji jį atitinka. Dėl per mažo KMI, vitaminų ir geležies trūkumo organizme, ji kreipėsi į šeimos gydytoją, kuri vis galvojo, kad „Kamilė išaugs valgymo sutrikimą, nes tai labiau ne sutrikimas, o išrankus valgymas“. Tik vėliau buvo nukreipta pas dietologę ir kaip pati įvardija prasidėjo „neoficialus gydymas.“ Su dietologe Kamilė susitardavo, kokius maisto produktus ragaus. Pildė lapus, valgymo dienoraštį, kuriame rašė apie savo kūno ir emocinius pojūčius, ragaujant vieną ar kitą maisto produktą. Tai buvo „lūžio“ momentas, nes dietologė suprato, kad Kamilei yra ribotas, labai nereguliarus racionas ir jai buvo rekomenduota kreiptis į Vilniaus miesto psichikos sveikatos centro paauglių valgymo sutrikimų dienos stacionaro grupę. Kur vėliau (nuo 2020 metų lapkričio) ji praleido 6 intensyviai gydymosi savaites. Buvo diagnozuotas, kaip ji išsireiškė, netipinis valgymo sutrikimas – F50.8 ARFID. Ir iki dabar ji „dirba“ su gydytoju, kuris konstatavo šį sutrikimą. Jai jis „pats profesionaliausias“, „labiausiai padėjęs žmogus su valgymo sutrikimu.“ Kartu atlieka „food exposure“, t.y. išsirenka maisto produktą, kuris jai atrodo nesaugus, pavyzdžiui, avižinė košė ir siūlo bandyti jį paragauti. Šiuo metu Kamilei vėl yra paastrėjusi baimė nuryti maistą.

Gabija (20 m.), viena iš jaunesnių tyrimo dalyvių. Jai diagnozuoti valgymo sutrikimai jau nuo 12 metų. Nuo 5 metų turėjo sunkumų vertinant savo kūno vaizdą. Kaip pati įvardija, kad turėjo nesveiką požiūrį į kūną, „*kūnas tuo metu atrodė, kaip „nelaimės priežastis.*“ Negalėdjo matyti savo atvaizdo veidrodyje, užsiimdavo savižala (pjaustėsi), visą laiką jausdavosi stora. Tad ekstremaliai, iki išsekimo sportuodavo, mažai miegodavo, nesaikingai valgydavo naktimis. Dėl ko vėliau jausdavo kaltę arba išvis paromis nevalgydavo, galvodama, kad „jeigu bus plonesnė, tai bus laiminga.“ Kai Gabijai buvo 12 metų, mama ją nuvedė pas psichologą ne dėl valgymo sutrikimų, o dėl kitų psichikos sutrikimų (depresijos, nerimo, panikos priepuolių). Nors pokalbio metu jai buvo pranešta, kad ji turi ir valgymo sutrikimus, tačiau tolimesniame gydyme į šiuos sutrikimus nebuvo kreipiamas dėmesys, nesigilinama į sutrikimo tipą, tarsi buvo „pašluotas kažkur į šoną“, kadangi „nebuvo pavojingas gyvybei“. O jos nuolatiniai bandymai atkreipti dėmesį į nuolat blogėjančią savijautą, susijusią su valgymo sutrikimu, buvo ignoruojami teiginiais, kad „ji vaikas“, „o valgymo sutrikimų vaikams

nebūna“, „jog nežino, ko nori“, „reikia pastebėti savo grožį ir valgymas susitvarkys.“ Gabija ne tik liko be reikiamo gydymo, jautė, jog jos jausmai neigiami, kaip pati įvardijo vyko „gaslighting“, jautėsi pažeminta, neišklausyta, nesuprasta. Savijauta blogėjo, nes jai buvo vis kartojama, kad ji išsigalvoja. Gabija pradėjo įtarti, kad į ją taip žiūrima, nes pasaulyje yra supratimas, kad „merginos daug ką išsigalvoja“, „per daug jausmingos“ arba jog „pati psichologė pamiršo“, kad Gabijai diagnozuoti valgymo sutrikimai. Santykius su psichologėmis (jas turėjo kelias) apibūdina, kaip „bendravimą su siena.“ O tuo metu psichiatrė „į nieką kitą nesigilino ir neįsitraukdavo į diskusija“, jeigu tas nebūdavo užrašytas psichologės „užrašuose“. Psichiatrė „tiesiog išrašydavo vaistus“. Gabija jas (specialistes) apibūdina, kaip „neatsakingas specialistes, kurios nenorėjo priimti fakto“, kad šis sutrikimas egzistuoja bei negalėjo nukreipti pas kitus specialistus, dirbančius valgymo sutrikimų temomis. Mano, kad nukreipimas būtų padėjęs pasveikti, nes kito psichologo ir psichiatro finansiškai pati „negalėjo sau leisti.“ Būdama 13 metų, ji kreipėsi į gydytoją, dėl nugaros skausmų, tačiau jis net neišklausė, nesidomėjo jos nusiskundimu pasakė, kad „ji per stora, jai reikia numesti svorio.“ Anot Gabijos, tas įvykis taip įsiminė, kad net „paskatino nesveiką valgymo sutrikimų ciklą.“ Jai buvo nesuvokiama, kaip gydytojas išdrįso taip pasakyti vaikui, ypač kai pats turi atsvorį. Tai po tokių sakinių, „toksiškų“ santykių su specialistais, išgyvenimų motyvacija gydytis bei pasitikėjimas specialistais, sumažėjo. Po šių konsultacijų ji verkdamas ne dėl to, jog „kažką sužinojo naujo apie save“, bet nuo „barimų, niekinimo.“ Žlugo jos iš anksto sukurtas psichologo įvaizdis. Ji tikėjo, kad su ja „bendraus kaip su žmogumi“, o ne kaip su „šiukšle“. Tad nuo 16 metų supratusi, kad jai įpirštas mąstymas „nieko blogo nedarau“, skatinęs ją toliau save alinti, yra netinkamas. Pradėjo „gydytis pati“, naudodama internetinę pagalbą („Youtube“ treniruotės). Dėmesį nukreipė į kitas veiklas: pradėjo skaityti psichologinius žodynus, enciklopedijas, išsiaiškino, kad valgymo sutrikimai atsiranda paauglystėje. Tai tapo persilaužimo tašku, „kad ne ji klydo“, „kad nustojo gydytis pas specialistus.“

Liepa (20 m.) pirmuosius bandymus dalinantis valgymo sutrikimais su psichologe prisimena, kaip nepasisekusius. Ji „nerimtai“ žiūrėjo į Liepos valgymo sutrikimus bei pasiūlė vesti valgymo dienoraštį, į kurį Liepa pildė netikslus duomenis, mintis, nes jai jis greitai atsibodo, tapo gėda, tad nustojo kalbėti apie valgymo sutrikimus. Po kelių metų dėl „gilioji depresijos“, nemigos, badavimų ji atsigulė į VSC. VSC ji jautėsi uždaryta, visas gydymas buvo grįstas griežta kontrole, (gijimas priminė prievolę), nemėgo užsiėmimų, nematė prasmės toliau lankyti, išskyrus kūno terapijos. Jautėsi lyg iš jos atimamas savarankiškumas. Tad po mėnesio nuėjus į VSC dienos stacionarą, ji neišbuvo rekomenduojamo gydymo laikotarpio, išsirašė. Jai tai buvo tarsi laiko švaistymas, nes informacija buvo jau girdėta, nepasikeitę specialistai. Tačiau merginų kolektyvas buvo visiškai kitas. Jos buvo susibendravusios ir Liepa pasijuto vieniša. Jai buvo sunku į pokalbius įsiterpti. Liepos sveikimas nuo valgymo sutrikimų yra chaotiškas, bandymas laikytis griežto gydymo plano, tada atkryčiai. Gulint VSC Liepa jautėsi labai didelis vienišumo jausmas.

Agnė (35 m.) nuo 6 metų turi neigiamą santykį su maistu, kai tėvas ją priverstinai vertė valgyti. Ji valgymo sutrikimų gydymosi procesą pradėjo prieš 9 metus, kai pirmą kartą atsigulė į VSC. Tuo metu ji sveikai maitinosi, buvo veganė. Pradėjo galvoti, jog gyvenime reikėtų kiek įmanoma mažiau valgyti. Tos mintys ją pradėjo gąsdinti, nes suprato, jog taip galvoti nėra normalu. Pradėjo suprasti, jog bijo maisto. Tada kreipėsi į VSC, kur pradėjo lankyti dienos stacionarą. Tuo metu ji patyrė daug nerimo, nežinomybės, ją lydėjo nuolatinė abejonė ar pakankamai jai yra blogai, jog ji būtų centre. Vis dėl to ji pradėjo lankyti centrą, kas kelias savaites lankydavosi pas dietologę, psichologę, psichiatrę, o dienomis dirbdavo, kaip dabar įvardija, tai buvo klaida, nes gydymas buvo intensyvus, išgyveno labai daug sudėtingų jausmų. Psichologės konsultacijose vietoj palaikymo, jautė emocinį skausmą, tad nutraukė gydymą. Anot Agnės, dietologė labiau nei psichologė pradėjo suvokti, jog dalyvė linkusi mažai valgyti. Tai Agnei buvo naujiena, nes ji visą gyvenimą galvojo, jog valgo per daug. Agnė pastebėjo, jog jai buvo baisu valgyti prie kitų, ji bijojo, kad ją smerks dėl jos svorio, jautė gėdą dėl savo mitybos ypatumų. Šiuo metu turi siuntimą į VSC, tačiau dvejoja gydytis, dėl buvusios neigiamos patirties gydantis. Labiau norėtų skrandžio operacijos, nes nepavyko numesti svorio. Agnė žvelgdama atgal teigia, kad jeigu būtų turėjusi pakankamai finansinių resursų būtų nesikreipusi į VSC.

Dovilė (25 m.) įtaria, kad valgymo sutrikimais serga nuo 12 metų, tačiau gydytis pradėjo tik tai būdama 22 metų. Sužinojusi savo diagnozę, suprato, kad gyvenimas gali būti kitoks, be valgymo sutrikimų. Jai tai buvo „euforija“, nes 10 metų gyvendama su jais savo valgymo sutrikimą laikė antrą asmenybę, kurią pavadino „Ana“. Dovilės gijimas tai nuolatinis procesas, kurio metu, jeigu ji pasiduos jiems, jie tampa vis stipresni ir garsesni. Tai patvirtina ir Dovilės antras atsigulimas į VSC, nors ir po pirmo teigė, kad nebegrįš, ji jį įveiks. Iš viso ji gulėjo Valgymo sutrikimų centre 3 kartus. Teigia, kad VSC needukuojama apie „extreme and mental hunger“, o jai šita informacija, rasta straipsniuose, padėjo geriau suvokti savo valgymo sutrikimus. Tai padėjo jau iš naujo atrasti save. Dabar toks momentas, kai Dovilė valgo tada, kada nori, klauso kūno, patenkina jo visus poreikius, tačiau dar pasitaiko persivalgymo priepuolių. Dovilė šiuo metu jaučiasi, jog ja artimieji netiki, bet palaiko. Viena iš stipriausių motyvacijų yra būti mama, tad bando pasveikti nuo valgymo sutrikimų.

Saulė (23 m.) nuo vaikystės neturėjo gero santykio su maistu, buvo linkusi lengvai priaugti svorio, jau 7 klasėje svoris siekė triženklus skaičius. Tad nuo tada ji nusprendė keisti požiūrį į maistą. Jis turėtų būti ne pramoga, o medžiagos reikalingos kūnui. Greitai mažėjant svoriui Saulė jautėsi daugiau pasitikinti savimi (bandė kelti savivertę), dėl to vis drastiškiau metė svorį, nevalgydavo. Džiaugėsi galėdama manipuluoti išvaizda, iš aplinkinių gauti pripažinimą. O persikėlusį studijuoti į Vilnių, 6 mėn. intensyviai sportavo, augino raumenų masę, per parą valgydama suvartodavo mažiau nei 1200 kalorijų. Turėjo „cheat meal“ dienas, kurios virto persivalgymais. Juos slėpė nuo kambariokių. Namie ji negalėjo palikti nesuvalgyto maisto. Jį būtinai turėjo vienu kartu suvalgyti, o

po to bausdavo save intensyviai sportuodama. Tuo pat metu Saulė lankėsi pas terapeutę, su kuria bandė gilintis į esamus valgymo sutrikimus. Nepavykus išspręsti persivalgymo epizodų, buvo rekomenduota kreiptis į VSC. Saulė nesikreipė tol, kol pirmą kartą nepatyrė suicidinių minčių. VSC jai buvo diagnozuota netipinė bulimija. Gydomo pradžioje Saulė norėjo „teoriškai apžaišti VSC sistemą“, jog nereikėtų praktiškai laikytis nustatytų gydymo taisyklių. Vėliau suprato, kad tos taisyklės yra būtinos ligos gydyme. Ėmė pasitikėti gydymą teikiančiais specialistais, jų parengtu gydymo planu. Pastebėjo pokytį santykiuose su savimi, maistu, gyvenimu. Visą gydymosi patirtį VSC ji laiko „geriausiu dalyku“, kur galėjo laisvai dalintis su kitais savo valgymo sutrikimais, palaikyti kitus sergančius asmenis. Ta gydymosi patirtis ją išgelbėjo nuo savižudybės.

Patricija (23 m.) valgymo sutrikimais serga apie 7-8 metus. Ji gydėsi VSC 3 kartus. Paskutinis kartas „skirtas atsistatymui po fizinio perdegimo darbe.“ Pirmą kartą ji atsigulė į VSC 18 m. Tačiau po savaitės ji buvo išrašyta, nes tuomet atrodė, kad valgymo sutrikimų ji neturi. Tačiau 2022 m. dėl suprastėjusios sveikatos, „važiavo stogas“, sumažėjusio svorio ir suvokimo, „jog jos sutrikimas jai trukdo gyventi, funkcionuoti“, ji vėl atsigulė į stacionarą. Tik šį kartą gydėsi 6 savaites. Ir iki dabar šią gydymosi patirtį vertina, kaip geriausią, nes gavo efektyviausią gydymą, kurio metu išmoko slopinti „vidinį kritiką“ (mąstymą, jog ji neverta pagalbos). Išsiaiškino, kad viena iš valgymo sutrikimų priežasčių buvo jos šeimos auklėjimo būdas. VSC Patricija jautė bendrystės jausmą kartu su kitais pacientais. Jai taip patiko ten besigydantys žmonės, jog jai „buvo liūdna“ išvažiuoti namo. Nors Patricija patyrė „juodų dienų“, tačiau ji yra dėkinga savo valgymo sutrikimui, nes ir iki dabar nežinotų jog „užvalgo savo pyktį“, „nebūtų ten, kur dabar yra.“ Šiuo metu Patricija lanko psichoterapiją (KET), jaučia palaikymą, supranta gydymo prasmę.

Kotryna (20 m.), turinti daugiausiai diagnozuotų psichikos sutrikimų (6). Trumpiausiai kalbėjusi, sunkiai atviraujanti tyrimo dalyvė. Anot jos, ji valandą iki susitikimo „moraliskai ruošėsi pokalbiui“, nes jautėsi nerimastingai dėl to, jog nemėgsta kalbėti šia tema. „Nejaukumas“ matomas viso interviu metu iš jos dažno nerimastingo juoko bei šypsojimosi. Gydomo susijusio su valgymo sutrikimais Kotryna nėra gavusi, nes psichologai ir gydytojai koncentravo visą dėmesį į kitus psichikos sutrikimus, jų suintensyvėjimus. Dėl kurių jai vis reikėdavo gerti vaistus, ypač po to, kai buvo paguldyta į ligoninę dėl bandymo nusižudyti. Tam poveikį turėjo ir tas, kad su savo psichologe Kotryna „nelabai sutaria“, dažnai sėdi nejaukioje tyloje, o psichiatrei valgymo „sutrikimai yra trečiame, o gal net ketvirtame plane“, galvojo, jog jie kyla iš kitų dalykų, „juos sutvarkius“ Kotrynai nebeliktų ir valgymo sutrikimų. Tad su valgymo sutrikimais ji turėjo pati sau padėti. Aplinkiniai tik vis tikrindavo ar ji pavalgiusi, arba nusivesdavo valgyti. Kaip pačiai Kotrynai atrodo, specialistai galėjo nekreipti dėmesio į jos valgymo sutrikimus dėl atsvario, nepasiekto labai mažo svorio. Kiek prisimena pati Kotryna, mama „jai ieškojo dietologų, jog dukra numestų svorio“, negu bandytų gydytis ir sveikti nuo to. Kai artimieji, draugai pradėjo klausinėti apie valgymo sutrikimus, jų

diagnozes, Kotrynai buvo labai nemalonu. Ji vis dar kovoja su savo sutrikimu, vis dar jaučiasi prastai. Nemėgsta apie tai kalbėti. Kaip ji valgo prie kitų, pradeda nepatogiai jaustis, kai ji nevalgo, tad valgo mažomis porcijomis, jog kiti negalvotų, „kad atrodo taip, kaip atrodo dėl to, jog valgo daug.“ Gali nevalgyti po 5 dienas, jaučiasi „blogai“. Kai po to persivalgo, ypač kai jai neina atsikratyti suvalgyto maisto (išvemtį), tada jaučia kaltę, kad „išvis valgo ir kai nevalgo prie kitų.“ Kol kas ji nėra motyvuota gydytis, pati motyvacija atsiranda tada, kada pradeda labai silpnai jaustis. Bet tuo pačiu, kai mato, jog svoris krenta, tampa dar labiau motyvuota nevalgyti. Kaip pati sako „nenori tęsti valgymo sutrikimo, bet nori tiesiog kitaip atrodyti.“ Todėl nelabai galvoja apie šiuos sutrikimus, ypač kai juos priskiria fizinei sveikatai (šiuo metu jai rūpi psichologinė sveikata), kai išmoko galvoti, kad tai „šalia esantis normalus dalykas.“ Nors tuo pat metu sako, kad kartais nori, jog gydytojais daugiau dėmesio skirtų jos valgymo sutrikimams, kad „jiems rūpėtų“, tada būtų lengviau pačiai Kotrynai.

Inga (32 m.) įtaria, kad nuo vaikystės jau turėjo valgymo sutrikimą, tačiau iki 30 metų ji nesikreipė dėl šių sutrikimų diagnozavimui ir gydymuisi dėl patiriamos gėdos. Tačiau būdama 23 m. (studijuodama) kreipėsi psichologinės pagalbos ir kalbėjo apie kitus dalykus, sunkumus, kuriuos vienaip ar kitaip bandė išspręsti, dažniausiai per valgymą. Kadangi Kamilė „visada buvo didesnio svorio“ ir nuo 27 m. ji pradėjo lankytis pas gydytoją dietologą, laikytis dietų. Nors dar tuo metu „nebandydavo“ atsikratyti suvalgyto maisto, bet jau turėjo perdėto valgymo, nevalgymo epizodų, sportavimų, taip siekiant kompensuoti persivalgymus. Keletą metų gėrė apetitą slopinančius vaistus. Nepasakojo specialistams, kokius jausmus patiria. Vėliau, būdama 29 metų, po dietologės rekomendacijų, kreipėsi į psichiatrę, kuri specializuojasi valgymo sutrikimų gydyme. Ji Ingai rekomendavo kreiptis į VSC. Tačiau ji to nepadarė dėl gėdos jausmo, mat pažinojo ten esančius gydytojus. Kaip įvardija Inga, vėliau jai prasidėjo depresijos epizodai. Kai pablogėdavo jos emocinė būklė jai kildavo valgymo sutrikimo atkryčiai. Ji persivalgydavo, pradėdavo nekęsti savęs ir atsikratydavo maisto (vemdavo), pradėjo patirti suicidines mintis. Vėliau ji vis dėl to atsigulė į VSC. Šiuo metu vartoja antidepressantus, lanko psichoterapiją (KET), psichiatrę VSC, dietologę, yra įsitikinusi, kad santykis su valgymu, maistu, kūnu niekada nebus sveikas, galvoja, kaip jį vertins kiti. Viso interviu metu Kamilė dažnai nerimastingai juokdavosi.

Laura (28 m.), jauna mama, valgymo sutrikimais susidomėjo gyvendama kartu su „labai charizmatiška“, valgymo sutrikimais sergančia mergina. Mažėjantis kūno svoris Laurai taip pradėjo patikti, jog vėliau apie 2 metus ji turėdavo badavimų ir persivalgymų epizodų. Kol galiausiai gyvenant užsienyje jos svoris sumažėjo iki 35 kg. ir ji buvo parskraidinta atgal į Lietuvą bei paguldyta į VSC. Tai buvo ne pirmas kartas, kai Laura buvo priverstinai paguldyta į psichiatrijos ligoninę, metai prieš tai ji bandė žudyti jau tuo metu gydytojais bandė su ja kalbėtis apie galimus valgymo sutrikimus, tačiau ji juos neigė („bet aš nenorėjau to pripažinti, nes tuo metu buvau veganė, man atrodė, kad maitinuosi super sveikai ir visi nusišneka ir aš net nežinau, ar sau pripažinau tada, kad turiu valgymo

sutrikimus, turbūt, kad ne“). Būdama VSC Laurai truputį palengvėjo, nes tuo metu ji suvokė, kad serga (o tas žinojimas, jai atnešė taip ieškomos struktūros, kurioje ji atrado sau vietą, jai pagerėjo, ji sugebėjo sau atleisti dėl galimo „bardako“ savo gyvenime) ir jog nėra „nenormali“ ir ne viena tokia su liga. Labiausiai jai padėjo pokalbiai su ten esančiomis merginomis, kuriuos ji pati inicijuodavo, vesdavo bei supratinas, kad ten esantys kai kurie darbuotojai, psichiatrė ją supranta. Tačiau grįžusi namo vėl bandė mesti priverstinai ligoninėje atstatytą svorį, o po skaudžių skyrybų vėl atsinaujino badavimo ir valgymo priepuoliai. Laura įvardijo, jog turėjo baimę, kad valgymo priepuolio metu ji nesugebės pasirūpinti savo augintiniu triušiu ir kad jis numirs, ir vieną dieną jis numirė. Po to įvykio Laura nebeturėjo didelių valgymo priepuolių, nes jautė didžiulę kaltę, kad jisai numirė dėl neprižiūrėjimo. Tai su tėvais ji pusiau juokais visą laiką sako, kad jisai išsinešė jos ligą. Nors Laura ir nepatiria „drastiškų“ badavimų, persivalgymų, tačiau vis dar valgymo sutrikimai turi poveikio jos gyvenimui, pavyzdžiui, po vaiko gimimo buvo susižavėjusi nukritusiu svoriu (43 kg.), o obsesinis kompulsinis sutrikimas apsunkina valgymo sutrikimus, pavyzdžiui, negali valgyti kažkokių neaiškių prekinį ženklų maisto, jis turi būti tik vieno prekinio ženklo, jeigu sulaužydavo valgymui sukurtas taisykles (ritualus), tai tai vesdavo prie panikos priepuolio, kurie vedė prie valgymo priepuolio. Laura anksčiau 1,5 metų lankėsi pas psichoterapeutą, o šiuo metu kas mėnesį išsirašo vaistų pas psichiatrę, tai yra vienintelis jos poreikis. Tačiau su psichiatre santykis yra komplikotas (*„kiekvieną kartą vaistų išrašymas, truputį tokio streso sukelia“*), nes ji atšaukia konsultacijas, jeigu Laura neatvažiuoja į VSC, o tą jai yra sunku padaryti, nes ji negyvena Vilniuje. Laura kasdien asmeniškai dirba su savo valgymo ir obsesiniu kompulsiniu sutrikimais ir su asmeninio trenerio pagalba bando atstatyti kūno vaizdą, masę bei šeimos nariai, veiklą gausa, mėgiamas darbas jai padeda atsitraukti nuo valgymo sutrikimų. Laura vienintelė iš visų tyrimo dalyvių intervių metu žiovavusi, nes kaip suprato jos smegenims tapo nuobodu, kalbėti ne pirmą kartą šia tema.

2 priedas. Demografinių klausimų anketa

Klausimai:

1. Jūsų amžius (*įrašykite*):
2. Gyvenamoji vieta:
 1. miestas
 2. miestelis
 3. kaimas
 4. kita (*įrašykite*)
3. Išsilavinimas:
 1. pradinis
 2. vidurinis
 3. profesinis
 4. aukštasis neuniversitetinis
 5. aukštasis universitetinis
4. Kokią profesiją įgyjate, esate įgiję?
5. Šiuo metu:
 1. dirbate
 2. studijuojate
 3. dirbate ir studijuojate
 4. kita (*įrašykite*)
6. Šeiminė padėtis:
 1. ištekėjusi ir gyvenate kartu
 2. ištekėjusi ir gyvenate atskirai
 3. turite partnerį/partnerę
 4. vieniša
 5. išsiskyrusi
 6. kita (*įrašykite*)
7. Diagnozuotas sutrikimas:
 1. nervinė anoreksija
 2. nervinė bulimija
 3. persivalgymo sutrikimas
 4. kitas: (*įrašyti*)
8. Kiek Jums buvo metų, kai diagnozavo valgymo sutrikimą?

9. Kokius ir kaip ilgai patyrėte/patiriate valgymo sutrikimų simptomus?
10. Kur ir kokį gydymą (medikamentinį, psichologinį) gavote? Kiek laiko gaudavote pagalbą?
(Jeigu galite, sužymėkite chronologine tvarka). Kokią pagalbą gaunate šiuo metu?
11. Kas trukdo, o kas padeda susitvarkyti su valgymo sutrikimų simptomų patyrimu?
12. Jeigu be valgymų sutrikimų buvo diagnozuoti ir kiti sutrikimai, tai kokie ir kada? Kaip jie veikia Jūsų gyvenimą?
13. Kokį vaidmenį atlieka valgymo sutrikimai Jūsų dabartiniame gyvenime?

3 priedas. Interviu trukmės ir transkribavimo puslapių skaičius

Vardas (pakeistas)	I interviu dalis (<i>tiriamosios interviu be tyrėjos įsikišimo</i>)	II interviu dalis (<i>pusiau struktūrinis interviu su tyrėjos klausimais</i>)	Iš viso	Transkribavimo puslapių skaičius
Vilma	52 min.	67 min.	119 min.	24
Emilija	30 min.	64 min.	94 min.	17
Kamilė	17 min.	54 min.	71 min.	14
Gabija	7 min.	41 min.	48 min.	10
Liepa	18 min.	62 min.	80 min.	13
Agnė	46 min.	54 min.	100 min.	18
Dovilė	22 min.	58 min.	80 min.	15
Saulė	47 min.	45 min.	92 min.	18
Patricija	12 min.	36 min.	48 min.	11
Kotryna	5 min.	20 min.	25 min.	6
Inga	18 min.	37 min.	55 min.	9
Laura	13 min.	31 min.	44 min.	10
Iš viso	4 val. 47 min.	9 val. 29 min.	14 val. 16 min.	165