



Vilniaus universitetas  
Filosofijos fakultetas  
Psichologijos institutas

Guoda Stepanavičiūtė

**NEPALANKIŲ VAIKYSTĖS PATIRČIŲ, MENTALIZACIJOS IR  
GĖDOS SĄSAJOS VALGYMO SUTRIKIMŲ KONTEKSTE**

Magistrantūros baigiamasis darbas

Klinikinės psichologijos studijų programa

Darbo vadovė: doc. dr. Asta Adler

Vilnius 2023

## Turinys

SANTRAUKA .....	4
SUMMARY .....	5
SVARBIAUSIOS SĄVOKOS .....	6
PRATARMĖ .....	8
1. ĮVADAS .....	9
1.1.1 Valgymo sutrikimų diagnostikos kriterijai ir paplitimas .....	9
1.1.2 Valgymo sutrikimų vertinimas tyrimuose.....	12
1.1.3 Valgymo sutrikimai kontinuume .....	13
1.1.4 Valgymo sutrikimų raidos kelias: mentalizacijos vaidmuo .....	14
1.2 Mentalizacijos samprata.....	15
1.2.1 Valgymo sutrikimų ir mentalizacijos sąsaja .....	17
1.2.2 Mentalizacija valgymo sutrikimuose: žvilgsnis į tyrimus.....	17
1.2.3 Mentalizacijos vertinimas tyrimuose .....	18
1.3 Nepalankių vaikystės patirčių samprata.....	20
1.3.1 Nepalankios vaikystės patirtys ir jų vertinimas valgymo sutrikimų kontekste.....	22
1.4 Gėdos samprata .....	25
1.4.1 Teorinis gėdos vaidmuo valgymo sutrikimų kontekste .....	27
1.4.2 Gėda ir jos vertinimas valgymų sutrikimų tyrimuose .....	29
1.5 Gėda ir mentalizacija kaip trauminės patirties ir valgymo sutrikimų ryšio mediatorius .....	31
1.6 Tyrimo tikslas ir uždaviniai .....	33
2. METODAI.....	34
2.1 Tyrimo dalyvės .....	34
2.2 Tyrimo eiga .....	35
2.3 Instrumentai .....	35
2.4 Duomenų analizės metodai .....	40
3. REZULTATAI .....	42
3.1 Valgymo sutrikimų elgesio palyginimas tarp grupių .....	42
3.2 Mentalizacijos veiksnių palyginimas tarp grupių .....	45
3.3 Nepalankios vaikystės patirčių palyginimas tarp grupių .....	46
3.3.1 Nepalankių vaikystės patirčių paplitimas.....	46
3.3.2 Nepalankių vaikystės patirčių rūšių paplitimas.....	47
3.4 Gėdos palyginimas tarp grupių .....	49
3.5 Nepalankių vaikystės patirčių, gėdos, mentalizacijos ir valgymo sutrikimų sąsajos.....	49
3.6 Mentalizacijos ir gėdos, kaip mediatoriai tarp nepalankių vaikystės patirčių ir valgymo sutrikimų.....	52

4.	REZULTATŲ APTARIMAS.....	54
4.1	Valgymo sutrikimų, mentalizacijos, nepalankių vaikystės patirčių ir gėdos palyginimas tarp normalaus valgymo elgesio, sutrikusio valgymo ir valgymo sutrikimų grupės moterų.....	54
4.2	Valgymo sutrikimų, mentalizacijos, nepalankių vaikystės patirčių ir gėdos sąsajos.....	58
4.3	Gėdos ir mentalizacijos, kaip mediatorių, vaidmuo tarp nepalankių vaikystės patirčių ir valgymo sutrikimų.....	58
4.4	Praktinės rekomendacijos.....	59
4.5	Tyrimo ribotumai.....	61
5.	IŠVADOS.....	62
6.	LITERATŪRA.....	63
	Priedai.....	73
	1 priedas. Socialinių – demografinių duomenų lentelė.....	73
	2 priedas. Informuotas sutikimas.....	75
	3 priedas. Socialinių – demografinių klausimų anketa.....	77

„Nepalankių vaikystės patirčių, mentalizacijos ir gėdos sąsajos valgymo sutrikimų kontekste“,  
Guoda Stepanavičiūtė, Vilnius, Vilniaus universitetas, 2023, 78 psl.

## SANTRAUKA

Nepalankios vaikystės patirtys dažnai paplitusios tarp įvairių valgymo problemų turinčių žmonių. Šios patirtys nebūtinai yra traumuojančios, bet didina psichikos sutrikimų, tokių kaip valgymo sutrikimai, riziką. Nepalankios vaikystės patirtys siejasi su gėda ir žemesniais mentalizacijos gebėjimais, tačiau jų tarpusavio ryšiai yra dar mažai nagrinėti. Šio darbo tikslas – ištirti valgymo sutrikimų, mentalizacijos, nepalankių vaikystės patirčių ir gėdos sąsajas tarp normalaus valgymo elgesio, sutrikusio valgymo ir valgymo sutrikimų moterų grupėse. Tyrime dalyvavo 470 moterų nuo 18 iki 66 metų amžiaus. Tiriamosios buvo apklaustos elektroniniu būdu. Naudoti instrumentai: Valgymo sutrikimų ištyrimo klausimynas (Fairburn & Beglin, 2008), Mentalizacijos skalė (Dimitrijević et al., 2018), Sutrumpina – emocijų mentalizacijos skalė (Greenberg et al., 2021), Vaikystės patirčių klausimynas (Dube et al., 2001), Gėdos patyrimo skalė (Andrews et al., 2002). Pagrindiniai rezultatai atskleidė, kad nepalankios vaikystės patirtys per gėdos ir į save nukreiptos mentalizacijos gebėjimų mediatorius prognozuoja valgymo psichopatologijos problemas. Šis darbas gali tapti tolimesnių tyrimų pagrindu ir prisidėti prie pagalbos su valgymo problemomis susiduriančioms moterims.

Raktiniai žodžiai: valgymo sutrikimai; mentalizacija; nepalankios vaikystės patirtys; gėda

“Relationships between adverse childhood experiences, mentalization and shame in the context of eating disorders “, Guoda Stepanavičiūtė, Vilnius, Vilniaus universitetas, 2023, 78 p.

## **SUMMARY**

Adverse childhood experiences are often prevalent among individuals with various eating disorders. These experiences may not necessarily be traumatic, but they increase the risk of mental disorders such as eating disorders. Adverse childhood experiences are associated with shame and lower levels of mentalization, yet their interrelationships are still underexplored. The aim of this study is to investigate the associations between eating disorders, mentalization, adverse childhood experiences, and shame among groups of women with normal eating behavior, disordered eating, and eating disorders. The study involved 470 women aged 18 to 66 years who were surveyed electronically. The following instruments were used: Eating Disorders Examination Questionnaire (Fairburn & Beglin, 2008), Mentalization Scale (Dimitrijević et al., 2018), Brief Emotional Mentalization Scale (Greenberg et al., 2021), Adverse Childhood Experience Questionnaire (Dube et al., 2001), and Experience of Shame Scale (Andrews et al., 2002). The main results revealed that adverse childhood experiences mediated through shame and self-directed mentalization abilities predict eating psychopathology issues. This study can serve as a basis for further research and contribute to the assistance provided to women facing eating problems.

Key words: eating disorders; mentalization; adverse childhood experiences; shame.

## SVARBIAUSIOS SĄVOKOS

**Valgymo sutrikimai** (angl. eating disorders) yra apibūdinami kaip sutrikimai, susiję su valgymu, dėl kurių pasikeičia valgymo elgesys, o tai veikia maisto vartojimą ir įsisavinimą, kas prastina fizinę sveikatą ir psichosocialinį funkcionavimą. Simptomai negali būti paaiškinami kita sveikatos būkle bei nėra sukelti tam tikrų medikamentų ar kitų medžiagų vartojimo. Būdingi reikšmingi pokyčiai asmeniniame, šeimos, socialiniame, švietimo, profesiniame gyvenime ar kitose svarbiose gyvenimo srityse (WHO, 2023).

Perdėtas susirūpinimas kūno svoriu ar forma, kas apibūdinama **kūno svorio ar formos patyrimo sutrikimu** (angl. preoccupied with body shape or weight) (APA, 2013). Mažas kūno svoris yra pervertinamas, interpretuojamas netiksliai ir tampa pagrindine savęs vertinimo priežastimi. Pervertinimas gali pasireikšti kaip nuolatinis svėrimasis, savo kūno formų matavimas, savęs stebėjimas veidrodyje, sekamas maisto kaloringumas, domimasi, kaip numesti svorio, pasireiškia vengiantis elgesys, pavyzdžiui atsisakymas žiūrėti į veidrodį, dėvėti aptemptus drabužius, žinoti savo svorį, drabužių dydį (WHO, 2023).

**Mentalizacija** (angl. mentalization) yra plačios teorijos pavadinimas, kurioje nagrinėjami veiksniai, prisidedantys prie gebėjimo suprasti savo tikrąsias psichikos būsenas. Teorija apibūdina savo ir kitų psichinių būsenų suvokimą: savo ir kitų žmonių jausmų, minčių, įsitikinimų ir norų suvokimą, aiškinimą ir interpretavimą, o tam svarbu suprasti aplinkybes, elgesio modelius ir patirtį (Bateman & Fonagy, 2019). Mentalizaciją yra gebėjimas tinkamai suprasti žmogaus ketinimus ir elgesio priežastis (Robinson et al., 2019). Vidinės būsenos gali būti sunkiai suprantamos, kintančios ir vertinamos kiekvieno žmogaus skirtingai, o tai reiškia, kad bandymas įprasminti savo psichikos būsenas yra lengvai pažeidžiamas klaidoms ir netikslumams (Bateman & Fonagy, 2019).

**Nepalankios vaikystės patirtys** yra potencialiai traumuojantys gyvenimo įvykiai, pasireiškę vaikystėje ar paauglystėje (Chizimba, 2021). Tokių patirčių pavyzdžiai: įvairių rūšių smurto patyrimas ar/ir buvimas smurto liudininku, apleistumas, kartu gyvenančių artimųjų priklausomybės nuo psichoaktyviosių medžiagų, tėvų skyrybos, tėvų psichikos ligos, tėvų įkalinimas ir nusikaltimai, vieno ar abiejų tėvų mirtis (Asmussen et al., 2019).

**Gėda** – su savęs vertinimu susijusi emocija, kuri randasi, kai didėja vaiko savimonė ir standartų suvokimas. Gėda nurodo, kad socialinių taisyklių ir moralinių normų laužymas, gali būti skausmingas,

dėl to verčia iš naujo įvertinti pirminį impulsą ir savo ketinimus. Gėda išryškina moralinius ir socialinius standartus bei skatina savęs pažinimą (Abe & Izard, 1999).

**Normalus valgymo elgesys** (angl. normal eating behavior) yra laikoma asimptomine valgymo sutrikimų būseną. Šiuo atveju būdingi sveiki valgymo įpročiai, jaučiami realūs alkio ir sotumo signalai, valgymas teikia malonumą ir džiaugsmą, būdingas teigiamas kūno vaizdas, maistas yra skirtas patenkinti fiziologinius poreikius, o ne emocijoms reguliuoti (Mintz et al., 1997).

**Sutrikęs valgymas** (angl. disordered eating) laikoma simptomine valgymo sutrikimų būseną, tačiau nesiekiančia klinikinio lygio. Šiai būsenai priskiriamas maisto ribojimas, kompulsyvus valgymas, persivalgymas, neigiamas kūno vaizdas, kompensacinis valgymo elgesys, savo kūno ir svorio lyginimas su kitais, žema savivertė ir per maistą reguliuojamos emocijos (Mintz et al., 1997).

## PRATARMĖ

Gebėjimas suprasti savo tikruosius jausmus ir su jais išbūti priklauso nuo įvairių veiksnių. Dažnai sunkumus tolesniame gyvenime kelia skaudinančios ankstyvosios patirtys. Tačiau gyvenimas nėra matematika, vienas išgyvenimas nebūtinai veda prie vienos konkrečios pasekmės. Vis tik, skaudinančios patirtys pasėja mumyse sėklą, iš kurios gali vėliau išaugti didesni ar mažesni sunkumai. Dažnai psichikos sutrikimai atskleidžia savitą tvarkymąsi su skausmu.

Valgymo sutrikimai, kaip ir bet kurie kitus psichikos sutrikimus, suformuoja įvairių veiksnių kombinacija. Nors tyrimų, nagrinėjančių valgymo sutrikimus, mokslinėje literatūroje yra nemažai, tačiau su laiku atsiranda vis naujesnių konstrukčių, kurie tampa svarbūs psichopatologijos raidai, suteikia naują požiūrį į sutrikimą. valgymo sutrikimų temoje svarbu nagrinėti sutrikusį valgymą, nors grupė yra dažnai neįtraukiama į tyrimus, tačiau turi potencialią riziką susirgti. Sutrikusio valgymo grupės įtraukimas į tyrimus gali atskleisti, kas atskiria sutrikusį valgymą nuo valgymo sutrikimų. Žinios svarbios sutrikimų etiologijai, kurių stokojama, tačiau gali nurodyti rekomendacijas intervencinėms ir gydymo programoms.

Mentalizacija yra vienas iš naujesnių konstrukčių valgymo sutrikimų temoje. Remiantis mentalizacijos teorija, gali būti paaiškinami sutrikimai, jų raida ir siūlomi nauji gydymo būdai (Robinson et al., 2019). Mentalizacijos gebėjimai empiriškai vertinami tyrimuose įvairių instrumentų pagalba, tačiau stebima tyrimų stoka, nes konstruktas yra platus, vertinamas pagal įvairius tos pačios teorijos požiūrius. Tyrėjai pastebi, kad trūksta tyrimų, kurie vertintų valgymo sutrikimus ir mentalizaciją, o ne mentalizacijai artimus konstruktus. Siekiant geriau suprasti mentalizaciją valgymo sutrikimų kontekste, svarbu naudoti kuo įvairesnius instrumentus, kurių pagalba galima nustatyti, konkrečius mentalizacijos sunkumus valgymo sutrikimų fenomenologijoje (Simonsen et al., 2020). Valgymo sutrikimai, jų etiologija ir gydymas turėtų atkreipti tyrėjų dėmesį dėl sutrikimo keliamo pavojaus – valgymo sutrikimai pasižymi didesniu mirtingumu, lyginant su kitais psichikos sutrikimais (Hoang et al., 2014).

Šis tyrimas yra didesnio projekto „Suaugusių moterų valgymo sutrikimų rizikos ir apsauginiai veiksniai“ dalis. Projektas buvo finansuotas Lietuvos mokslo tarybos kaip studentų mokslinė praktika semestro metu, finansavimo sutarties nr. S-ST-22-111, registracijos nr. P-ST-22-142. Projektui atlikti buvo gautas Vilniaus universiteto Psichologijos instituto Psichologinių tyrimų etikos komiteto leidimas, protokolo nr.35/ (1.3 E) 250000-KP-5. Tyrimo autorė, supervizuojant tyrimo vadovei, dalyvavo visose šio tyrimo vykdymo etapuose: etikos leidimo rengimo, projekto teikimo ir vykdymo, duomenų rinkimo ir analizės



# 1. ĮVADAS

## 1.1.1 Valgymo sutrikimų diagnostikos kriterijai ir paplitimas

Valgymo sutrikimų diagnostikos kriterijų ir paplitimo skyrelyje bus aptariamos klinikinį lygį siekiančios valgymo problemos ir jų paplitimas. Tarptautinėje ligų klasifikacijoje – 10 (TLK – 10), tarptautinėje ligų klasifikacijoje – 11 (TLK – 11) ir psichikos sutrikimų diagnostiniame ir statistiniame vadove (DSM – 5) yra apibrėžiami pagrindiniai trys valgymo sutrikimai: nervinė anoreksija, nervinė bulimija ir persivalgymo sutrikimas.

Nervinė anoreksija yra sutrikimas, kai pacientas pats siekia sumažinti savo kūno svorį ir vėliau tokį svorį palaikyti (PSO, 2015) Pagrindinis NA simptomas yra per mažas maisto suvartojimas nei reikėtų, atsižvelgiant į amžių, lytį, raidą ir fizinę sveikatą (APA, 2013). Dėl per mažo suvartojamo maisto kiekio, sumažėja svoris, kuris per mažu laikomas, atsižvelgiant į kūno masės indeksą. Toks svoris pasiekiamas ne dėl medicininių priežasčių ar maisto nepritekliaus (WHO, 2023).

Pagal TLK – 11 nervinė anoreksija, atsižvelgiant į kūno masės indeksą, skirstoma į penkis tipus (reikšmingai per mažas svoris, pavojingai per mažas svoris, normalus svoris sveikstant, kita ir nepatikslinta NA), o pagal DSM – 5, kūno masės indeksas nurodo nervinės anoreksijos sunkumą (lengva, vidutinė, sunki ar labai sunki). Tačiau duomenys nuolat tikslinami, pastaruoju metu kalbama, kad kūno masės indeksas nėra toks svarbus. Tyrėjai teigia, kad skirstyti sutrikimą pagal sunkumo lygį, pradėjo nuo idėjos, kad kuo sunkesnė būklė, tuo didesnė rizika sveikatai, ilgesnis gydymo laikas, pacientai turi daugiau sunkumų reflektuoti savo simptomus, daugėja funkcinų sunkumų, prireikia daugiau pagalbos specialistams (APA, 2013). Pritariama, kad mažas kūno masės indeksas yra rizikos veiksnys fizinėms komplikacijoms, didėja mirties rizika, prastesnės gydymo prognozės (WHO, 2023). Tačiau tyrėjai ne viską patvirtina: Toppino ir kiti (2022) nustatė, kad ligos skirstymas pagal kūno masės indeksą stokoja validumo. Dauguma nervinės anoreksijos atvejų reikalauja hospitalizacijos, mažesnis kūno masės indeksas nenurodo labiau išreikštos psichopatologijos, mat kuo mažesnis svoris, tuo didesnė tikimybė subjektyviai sumažinti savo sunkumą (Toppino et al., 2022), ligos sunkumas, vertinant pagal adaptuotus klausimynus, tarp skirtingų kūno masės indekso grupių, nesiskiria (Machado et al., 2017). Dar nervinės anoreksijos atveju, svoris gali būti vertinamas mažiau griežtai – pagal procentinę kūno masės netekimo dalį. TLK – 11 nurodo, kad jeigu per 6 mėnesius ar trumpesnę laiką kūno svoris sumažėjo 20%, tai tampa nervinės anoreksijos kriterijumi, net jeigu kūno masės indeksas nėra mažiau normos ribos (WHO, 2023).

Tačiau tyrėjai pastebi, kad klinikiniai valgymo sutrikimų simptomai atsiranda tada, kada svoris sumažėja bent 5% (Forney et al., 2017).

Prie nervinės anoreksijos simptomų, susijusių su svoriu, aprašoma baimė priaugti svorio, sustorėti, suglebti, kuri apibūdinama pervertinimo idėja (PSO, 2015). Pasireiškia nuolatinis maisto ribojimas ar kitoks elgesio modelis, kuriuo norima pasiekti ar išlaikyti mažą kūno svorį, kas nurodo baimę priaugti svorio. Dedama daug pastangų, trukdančių priaugti svorio, net ir sveriant per mažai: mažinamas suvalgomo maisto kiekis badaujant, valgoma mažai kalorijų turinčio maisto, valgoma lėtai ir mažais kiekiais, maistas slepiamas ar išmetamas. Gali pasireikšti kompensacinis valgymo elgesys (WHO, 2023). Būdingas perdėtas susirūpinimas kūno svoriu ar forma, kuris apibūdinama kūno svorio ar formos patyrimo sutrikimu (APA, 2013). Greta psichologinių simptomų dar pasireiškia fiziologiniai sunkumai: mitybos nepakankamumas bei antriniai endokriniai ir metaboliniai pakitimai (PSO, 2015). Vieni iš pakitimų yra menstruacijų sutrikimai, raumenų ir riebalų dalies sumažėjimas, raumenų silpnumas, šalančios galūnės, plaukų slinkimas, gyvaplaukių ant kūno padidėjimas, edema. Tačiau duomenys nuolat keičiasi, fiziologiniai sunkumai diagnostikai naujausiuose klasifikacijose DSM – 5 ir TLK – 11 yra laikomi papildomais, bet ne pagrindiniais simptomais.

Atsižvelgiant į šiuos sunkumas, šiomis dienomis yra diagnozuojamas nervinės anoreksijos sutrikimas. Toliau bus apibrėžiamas kitas valgymo sutrikimas – nervinė bulimija. Pagal TLK – 11 ir DSM – 5, pagrindinis nervinės bulimijos simptomas yra pasikartojantis kompensacinis valgymo elgesys po persivalgymo epizodų, siekiant išvengti svorio augimo. Kompensacinis valgymo elgesys dažniausiai prasideda pirmąją valandą po persivalgymo. Siekiama sumažinti maisto įsisavinimą, padidinti energijos sąnaudas, tačiau dėl dažnų persivalgymo epizodų, svoris palaipsniui auga (WHO, 2023).

Nervinei bulimijai būdingas persivalgymas, kuris apibūdinami kaip persivalgymo epizodai – per tam tikrą laiką (pavyzdžiui per 2 valandas) suvalgomas maisto kiekis, kuris yra žymiai didesnis, negu dauguma žmonių suvalgytų per tokį patį laiką, esant tokioms pačioms aplinkybėms (pavyzdžiui, kai kurių švenčių metu ar esant tam tikroms būsenoms, persivalgymas laikomas norma, nes būdingas daugeliui žmonių, nesiskaitytų). Persivalgymo epizodai apibūdinami kaip **objektyvūs** – suvalgomas maisto kiekis yra didesnis negu dauguma žmonių suvalgytų tokiomis pačiomis aplinkybėmis ir **subjektyvūs** – kai suvalgomas maisto kiekis objektyviai neatrodo per didelis, bet pats žmogus vertina, kad suvalgė per daug. Persivalgymo epizodų metu pasireiškia kontrolės praradimo jausmas valgymo atžvilgiu, nepavyksta sustabdyti valgymo ar riboti suvalgomo maisto kiekio, tipo. Net jeigu pajaučiama kontrolė, jos nėra laikomasi, nes suprantama, kad bus persivalgoma. Prieš persivalgymą nejaučiamas alkis. Persivalgymo metu valgoma greičiau nei įprastai iki kol pajaučiamas nemalonus pilnumas. Dėl gėdos,

valgoma vienatvėje. Po persivalgymo jaučiama gėda, kaltė, pasišlykštėjimas savimi ir depresiška nuotaika (APA, 2013; WHO, 2023).

Po persivalgymo epizodų, pasireiškia kompensacinis valgymo – sau sukeliamas vėmimas, laisvinamųjų ar diuretikų vartojimas, naudojamos klizmos, insulino dozių praleidinėjimas, sergant diabetu. Dar pasireiškia elgesys, kuriuo siekiama išnaudoti daugiau energijos: intensyviai sportuojama, pasireiškia raumenų hyperaktyvumas, tyčinis savo kūno dalių šaldymas, naudojami specialūs medikamentai (pavyzdžiui stimulantai, svorį mažinantys vaistai, kitos medžiagos svoriui mažinti ir skyd liaukės hormonai) (APA, 2013; WHO, 2023).

Kompensacinio valgymo dažnis gali nurodyti ligos sunkumą (lengva, vidutinė, sunki, labai sunki) (APA, 2013). Nervinės bulimijos sunkumas nurodo didesnę priklausomybių, savižudybės, fizinių sveikatos problemų, išankstinės mirties riziką (WHO, 2023) bei sunkumus reflektuoti savo simptomus ar funkcinis sutrikimus (APA, 2013). Tačiau tyrėjai vėl kelia klausimus, apie tokio skirstymo validumą, nes rezultatai yra nevienareikšmiški – nervinės bulimijos sunkumas nesisieja su valgymo sutrikimo patologijos sunkumu ir kitomis psichopatologijomis ar fizine sveikata (Smith et al., 2017). Kiti tyrėjai nustatė, kad kompensacinis valgymo elgesys siejasi su kontrolės praradimu ir valgymo sutrikimo simptomais. Šie rezultatai gali nurodyti, kad ne elgesio stereotipo dažnis nurodo nervinės bulimijos sunkumą, bet kontrolės praradimo stiprumas (Forney et al., 2016), tačiau jį sunkiau pamatuoti. Pasireiškia nerimas dėl elgesio stereotipo, nes toks elgesys kelia gėdos, kaltės, pasišlykštėjimo jausmus, kurie neigiamai veikia savęs vertinimą, o jis stipriai susijęs su savo kūno svoriu ir forma.

Galiausiai bus aptariamas trečiasis valgymo sutrikimas – persivalgymo sutrikimas. Pagal TLK – 11 ir DSM – 5, išskiriami pagrindiniai persivalgymo sutrikimo simptomai yra dažni, pasikartojantys persivalgymo epizodai (bent kartą per savaitę per paskutinius tris mėnesius). Persivalgant kyla stresas, tačiau po persivalgymo nenaudojami jokie kompensacinio elgesio būdai. Dažnas persivalgymas sąlygoja svorio augimą iki antsvorio lygio. Savęs vertinimas susijęs su savo kūno įvaizdžiu, pasireiškia savo svorio ir kūno formos pervertinimas. Persivalgymo sutrikimas gali skirtis savo sunkumu, atsižvelgiant į persivalgymo epizodų kiekį (lengvas, vidutinis, sunkus, labai sunkus) (APA, 2013). Šio sunkumo vertinimas tyrimuose kol kas mažai nagrinėtas, reikšmingų skirtumų nenustatyta.

Valgymo sutrikimų sisteminėse apžvalgose, kuriuose analizuojami epidemiologiniai tyrimai, nustatyta, kad naujai diagnozuotų valgymo sutrikimų per metus (sergamumas) moterims yra 2,2%-3,6% (Galmiche et al., 2019; Micali et al., 2017). Nervinės anoreksijos vidutiniškai apie 1%, nervinės bulimijos apie 1%, persivalgymo sutrikimo iki 1,5% (Galmiche et al., 2019; Hay et al., 2023). Bendras valgymo

sutrikimų ligotumas (bent kartą gyvenime diagnozuotas sutrikimas) svyruoja 8%-15%, nervinė anoreksija – 1% - 5%, nervinė bulimija – 3%, persivalgymo sutrikimas – 2% - 4% (Galmiche et al., 2019; Micali et al., 2017).

Aptariant valgymo sutrikimų epidemiologiją, apžvelgus paprastesnius nei epidemiologinius pastarųjų metų tyrimus, kuriuose buvo vertinamas atitikimas valgymo sutrikimo diagnozei, pastebėta, kad 4% - 40% žmonių atitinka valgymo sutrikimo diagnozės kriterijus (Cheah et al., 2020; Kambanis et al., 2021). Nervinės anoreksijos – 3% - 12% (Cheng et al., 2019; Dahlgren et al., 2018; Kambanis et al., 2021), nervinės bulimijos – 1% - 14%, (Appolinario et al., 2022; Kambanis et al., 2021), persivalgymo sutrikimo nuo 1% - 38% (Appolinario et al., 2022; Silén et al., 2020; Tellez et al., 2022).

Apžvelgus diagnostikos kriterijus pastebėta, kad kūno svorio ar formos patyrimo sutrikimai yra būdingi visiems valgymo sutrikimams, tačiau šiuos sutrikimus skiria kiti simptomai – nervinėje anoreksijoje pasireiškia svorio sumažėjimas, daugiau maisto ribojimo, nervinėje bulimijoje – persivalgymo epizodai ir kompensacinio valgymo elgesys, persivalgymo sutrikime – persivalgymo epizodai. Kliniškai diagnozuotus valgymo sutrikimus turi iki 15% žmonių, bet valgymo sutrikimo diagnozę gali atitikti iki 40% žmonių.

### **1.1.2 Valgymo sutrikimų vertinimas tyrimuose**

Visų pirma, klinikinėje praktikoje, valgymo sutrikimai buvo identifikuojami naudojant bendros psichopatologijos vertinimo interviu. Šis vertinimo metodas turėjo rimtą trūkumą – nebuvo valgymo sutrikimų vertinimo specifiškumo. Toks vertinimas buvo paplitęs iki 1987m., kol buvo sukurtas pirmasis interviu, skirtas tik valgymo sutrikimų vertinimui. Per artimiausius kelis metus, buvo sukurti kiti valgymo sutrikimus vertinantys interviu. Šiuo metu yra platus įvairių interviu pasirinkimas, atsižvelgiant į klinicisto patirtį, vertinamojo amžių, interviu trukmę, sutrikimą. Interviu yra laikomas auksiniu vertinimo standartu. Norint ištirti didesnę grupę žmonių skirtingose kontekstuose, svarbūs klausimynai (Walsh et al., 2016).

Valgymo sutrikimų vertinimui dažniausiai yra naudojami subjektyvaus vertinimo klausimynai. Vienas iš dažnai pasitaikančių valgymo sutrikimų klausimynų yra valgymo sutrikimų inventorių (angl. Eating Disorder Inventory) sukurtas Garner (1991). Šis klausimynas vertina simptomus, būdingus nervinei anoreksijai, nervinei bulimijai, valgymo sutrikimo riziką, komorbidiškus sutrikimus. Pastebėta kad valgymo sutrikimų vertinimui, mokslinėje literatūroje, daugiausiai dėmesio skiriama valgymo

sutrikimų ištyrimo klausimynui (angl. Eating Disorders Examination – Questionnaire), kuris tinkamas abejoms lytims, suaugusiems ir paaugliams. Šis klausimynas yra plačiai naudojamas valgymo sutrikimų empiriniuose tyrimuose. Klausimynas yra parengtas pagal pusiau struktūruotą interviu, skirtą vertinti specifinį valgymo sutrikimų elgesį ir psichopatologiją, atsižvelgiant į DSM – 5 kriterijus. Šis klausimynas yra tinkamas vertinti valgymo sutrikimus, nes vertina valgymo sutrikimų elgesį ir kognityvinius valgymo sutrikimų ypatumus (Fairburn & Beglin, 2008).

Valgymo sutrikimų ištyrimo klausimynas yra tinkamas naudoti, nes atitinka patikimumo ir validumo standartus, remiasi kognityvinės elgesio terapijos prielaidomis, jog noras sulieknėti ir skirti savo dėmesį bei laiką galvojimui apie kūną, maistą, svorį nurodo valgymo psichopatologiją. Nustatomi tam tikri valgymo sutrikimų ištyrimo klausimyno ribotumai: faktorių struktūra nurodo, kad poskalės išskirtos pagal racionalų o ne empirinį pagrindą, šis klausimynas daugiausiai patikrintas ir naudojamas jaunų suaugusių moterų imtyse (Jenkins & Rienecke, 2022), pagal klausimyno rezultatus, negalima kelti prielaidų apie konkrečias diagnozes (Walsh et al., 2016).

Apibendrinant valgymo sutrikimų vertinimą, kategorinis požiūris į sutrikimus suteikia vertinimo pagrindą. Tačiau svarbūs ne tik konkretūs sutrikimai, bet pagrindiniai simptomai, kurie nulemia elgesį ir kognityvines ypatybes. Neskiriant valgymo problemų pagal konkrečias diagnozes, atsiveria platesnis požiūris į valgymo problemas. Valgymo sutrikimų simptomai ir elgesys yra būdingas ne tik valgymo sutrikimo diagnozę turintiems žmonėms.

### **1.1.3 Valgymo sutrikimai kontinuumu**

Valgymo sutrikimai kaip ir bet kurie kiti sutrikimai – nesusiformuoja per dieną, dėl to tyrinėjant valgymo elgesį, svarbu atkreipti dėmesį į kitas valgymo problemų grupes, kurios dar nedaug analizuotos. Siauresne prasme, yra skiriamos dvi diagnostškai reikšmingos būsenos – normalus valgymo elgesys ir valgymo sutrikimai. Normalaus valgymo elgesiui buvo priskiriamos asimptominės ir simptominės būsenos, tačiau nesiekiančios valgymo sutrikimo lygio. Išryškėjo sutrikęs valgymas, kuris laikomas simptominiu, tačiau sutrikimo nesiekiančia būsena. Sutrikęs valgymas ir valgymo sutrikimai yra skirtingos sąvokos, dėl to atsirado poreikis klasifikuoti valgymo elgesį. Prie to daugiausiai prisidėjo Mintz ir kolegos (1997) sukūrę valgymo sutrikimų diagnostinį klausimyną, kurio rezultatus suklasifikavo į tris kategorijas (1 pav).

1 pav. Valgymo sutrikimų kontinuumas.



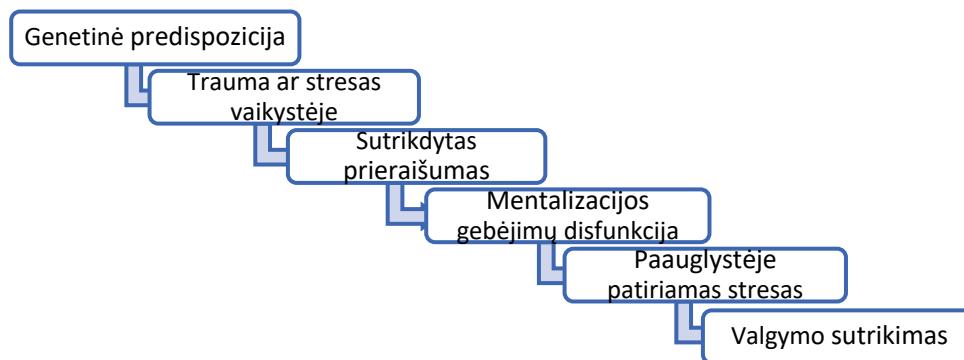
Sutrikusio valgymo paplitimas 7% - 44% (Burton et al., 2022; Yao et al., 2021). Iš dažniausiai pasireiškiančių simptomų yra nepasitenkinimas kūnu 76% (Yesildemir & Tek, 2022), persivalgymas bent kartą per savaitę 30% - 58% (Burton et al., 2022; Gaviria & Ammerman, 2022), maisto ribojimas 25% – 42% (Gaviria & Ammerman, 2022; Yao et al., 2021). Rečiau, tačiau taip pat būdingas intensyvus mankštinimasis kasdien 15% - 20% (Hoteit et al., 2022; Tie et al., 2022), laisvinamųjų, diuretikų ar liekninančių vaistų vartojimas 9% - 23% (Gaviria & Ammerman, 2022; Hoteit et al., 2022).

Sutrikimo lygio nesiekianti grupė gali nurodyti rizikos veiksnius valgymo problemoms rasti, dėl kurių svarbi pagalba. Ši grupė yra dažnai tyrėjų pamirštama, tačiau sutrikusio valgymo grupės tyrimai gali parodyti, kuo skiriasi valgymo sutrikimų ir sutrikusio valgymo grupių rizikos veiksniai, taip gali atsiskleisti, kurie veiksniai gali nurodyti klinikinio, o kurie neklinikinio lygio problemas.

#### 1.1.4 Valgymo sutrikimų raidos kelias: mentalizacijos vaidmuo

Valgymo sutrikimai, kaip ir kiti sutrikimai dažnai būna įvairių problemų rinkinys, kurios akumuliuojasi nuo pat ankstyvos vaikystės. Siekiant į valgymo sutrikimus žiūrėti kaip į sunkumus, susiformavusius per laiką, svarbu nagrinėti valgymo sutrikimo raidos kelius. Vienas iš tokių kelių, kuriuo formuojasi valgymo sutrikimai yra pagrįstas mentalizacijos ir prierašumo teorijomis, nurodytas paveikslėlyje (2 pav).

2pav. Mentalizacijos – prierašumo teorija valgymo sutrikimams.



Šiame modelyje nurodoma, kad valgymo sutrikimai formuojasi dėl genetikos ir psichologinių veiksnių. Į šį modelį svarbiau žiūrėti kaip į tęstinį, o ne priežastinį. Genetinė predispozicija, nors ir prisideda prie valgymo sutrikimų susirgimo, tačiau nėra traumos priežastis. Patirta trauma gali padidinti pažeidžiamumą ir sukelti didesnę jautrumą stresui. Tikima, kad ankstyvoji trauma gali vesti į sutrikdytą mentalizaciją, o žemi mentalizacijos gebėjimai, kartu su paauglystėje atsirandančiu didesniu stresu, gali vesti į valgymo sutrikimus, tačiau šis kelias dar nėra pakankamai empiriškai patikrintas (Robinson et al., 2019). Šis modelis leidžia kelti prielaidas apie valgymo sutrikimų raidai svarbius veiksnius, kuriuos galima tikrinti empiriškai. Kitame skyrelyje bus aptariami šiam modeliui ir tyrimui svarbus veiksnys – mentalizacija.

## 1.2 Mentalizacijos samprata

Geram mentalizacijos gebėjimui yra svarbūs savirefleksijos ir tarpasmeniniai komponentai, kurių pagalba galima atskirti vidinę tikrovę nuo išorinės, fizinę patirtį nuo minčių ir vidinius psichinius bei emocinius procesus nuo tarpasmeninio bendravimo (Robinson et al., 2019). Savęs patyrimas kaip mąstančio organizmo, nėra duotas savaime. Tai yra struktūra, kuri plėtojasi nuo kūdikystės, o jos kritinė raida pasiekama ryšyje su labiau subrendusiais žmonėmis, kurie yra atspindintys ir geranoriški (Fonagy et al., 2002). Mentalizacija prisideda prie savo emocijų reguliacijos, svarbi identitetui, suprantant save ne tik kaip kieno nors dalį, vidiniam subjektyvumui ir sveikiems santykiams su kitais (Robinson et al., 2019).

Teorijoje minima reflektyviosios funkcijos sąvoka, kuri nurodo psichinių funkcijų galimybes panaudoti mentalizacijos gebėjimus. Reflektyviosios funkcijos sąvoka naudojama psichinių gebėjimų tikslesniam apibrėžimui, nurodyti tai, kas sukuria mentalizacijos gebėjimą (Fonagy et al., 2002). Praktiniame pritaikyme, mentalizacijos teorija yra skirta stiprinti simbolinį supratimą, kuris neleidžia toliau aktyviai naudoti konkretaus mąstymo (Pearlman, 2018).

Mentalizacijos gebėjimas formuojasi nuo ankstyvųjų patirčių su pagrindiniu globėju. Dėl mentalizacijos teorijos platumo, autoriai labiau orientuojasi į vienus ar kitus mentalizacijos teorijos konstruktus, pavyzdžiui vienas tokių yra emocijų mentalizacija.

Mentalizaciją atskleidžia, kad emocijų raida prasideda, kai emocijos yra „aptinkamos“ per santykius su pirminiu objektu. Reguliacija, gebėjimas moduluoti emocines būsenas yra susiję su

mentalizacija užima pagrindinį vaidmenį atskleidžiant savastį. Emocijų reguliacija yra mentalizacijos preliudija, nes tikima, kad susiformavus mentalizacijos gebėjimas, emocijų reguliacijos esmė pasikeičia (Fonagy et al., 2002) Nors abiejose konstruktuose paliečiamas emocijų apdorojimo aspektas, tačiau emocijų mentalizacijos požiūriu į emocijas yra gilinamasi labiau nei emocijų reguliacijoje (Jurist, 2018). Taip atsiskiria emocijų reguliacija kaip prisitaikymas prie emocinių būsenų į labiau sudėtingą, kai emocijos naudojamos savireguliacijai (Fonagy et al., 2002). Emocijų mentalizacijos teorijoje kalbama, kad emocijų reguliacija priklauso nuo asmenybės, vertybių, įsitikinimų, o svarbiausia, nuo pačio emocijų mentalizacijos gebėjimo. Pagrindinis emocijų mentalizacijos tikslas yra iš naujo įvertinti emocijas, vėl jas patiriant, tačiau įtraukiant skirtingas perspektyvas (Jurist, 2018).

Emocijų mentalizacija akcentuoja pagrindinius emocijų patyrimo aspektus – atpažinimą, apdorojimą ir išreiškimą. Svarbus ne tik dabartinis emocinis patyrimas, bet ir ankstesnis (Jurist, 2018). Tai yra brandesnis gebėjimas reguliuoti emocijas ir atrasti savo paties emocinės būsenos subjektyvią prasmę (Fonagy et al., 2002)

Kitu požiūriu, mentalizacija laikoma multidimensiniu konstruktui, kurie apibūdina skirtingus socialinius ir kognityvinius konstruktus. Yra skiriamos keturios mentalizacijos dimensijos (Fonagy & Bateman, 2019):

1. Automatinė arba kontroliuojama mentalizacija – pagrindinė mentalizacijos dimensija. Kontroliuojama mentalizacija yra nuoseklus, tačiau lėtas procesas, kuris reikalauja dėmesio, apmąstymų, sąmoningumo, ketinimo ir pastangų. Priešingas polius veikia priešingai yra greitas, refleksyvus, tačiau reikalauja mažai dėmesio, ketinimų, sąmoningumo ir pastangų. Šiomis dienomis dažniau pasitaiko automatinė mentalizacija, nes esame įpratę, kad kasdienė komunikacija iš mūsų nereikalauja daug dėmesio ir pastangų.
2. Į save arba į kitus nukreipta mentalizacija – šioje dimensijoje akcentuojamos žmogaus galimybės mentalizuoti tikrąsias psichikos būsenas. Jie yra glaudžiai susiję, nes balanso trūkumas nurodo pažeidžiamumą mentalizuojant apie save ir kitus. Sunkumų patiriantys žmonės dažniausiai susikoncentruoja į vieną iš polių. Jeigu žmogus negeba mentalizuoti savo psichinių būsenų, nereiškia, kad negeba mentalizuoti kitų, tačiau – nepakankama mentalizacija.
3. Vidinė arba išorinė mentalizacija. Išorinė mentalizacija – žmogaus išoriškai parodomos psichinės būsenos. Vidinė mentalizacija – vidinė patirtis aiškinama, pagal tai, kas yra žinoma apie asmenį ir jo situaciją. Nors pagrindinis skirtumas nurodo, kad tai žmogaus psichikos būsenos, kurios yra arba išoriškai nurodomos, arba ne, tačiau yra ir kitų skirtumų. Prie to prisideda ir žmogaus mąstymas apie save ir savo vidines bei išorines būsenas. Susikoncentravimas tik išorinę



mentalizaciją, gali sukelti pažeidžiamumą kitų elgesio stebėjimui. Nepasitikėjimas savo vidiniu pasauliu kelia užuominas apie kitų žmonių reakcijas ar jų troškimą. Sunkumai prasideda, kai trūksta balanso tarp vidinės ir išorinės mentalizacijos.

4. Kognityvinė arba emocinė mentalizacija. Kognityvinė apima gebėjimą įvardinti, atpažinti, suprasti savo psichikos būsenų priežastis. Emocinė apima gebėjimą suprasti emocinę psichikos būsenos pusę, kuri būtina empatijai ir savęs supratimui.

### **1.2.1 Valgymo sutrikimų ir mentalizacijos sąsaja**

Mentalizacijos kontekste, valgymo sutrikimų pagrindinės problemos apibūdinamos kaip savireguliacijos ir afekto reguliacijos procesų nepakankamumas. Mentalizacijos modelis aiškina kaip atsiradę pokyčiai padeda suprasti simbolines proto būsenas (Robinson, et. al., 2019). Sergantieji yra įstrigę konkrečiame mąstyme, o savo jausmus išreiškia manipuliuodami maistu ar norėdami padaryti įtaką savo kūno svoriui ar formai. Susiduriant su stresiniais gyvenimo įvykiais, sergantieji su tuo dorojasi simptomų išraiška, tačiau nekvestionuoja, savo besikeičiančios emocinės būsenos ir jos priežasčių. Pavyzdžiui, nutraukus santykius su svarbiu žmogumi, simboliu požiūriu suprantama, kad dėl išsiskyrimo kyla stresas, nerimas, žmogus gali pasijausti tuščias ir paliktas, tačiau konkrečiu požiūriu, tuštumas gali pasijausti tiesiogiai, lyg būvimas tuščiu savo viduje. Kyla noras šią būseną panaikinti konkrečiu ir apčiuopiamu būdu – persivalgyti. Kita situacija, kurioje konfliktuojama su svarbiu žmogumi, simboline prasme suprantama, kad dėl šios situacijos jaučiamas pyktis, pavydas, liūdesys, tačiau konkrečiu požiūriu, šie jausmai yra kūne ir siekiant juos pakeisti, badaujama arba imamas kompensacinio valgymo elgesio būdų (Pearlman, 2018). Simptomai perteikia simbolinę prasmę, nes jie yra sukelti dėl atsirandančio poreikio užgožti skausmingas savo būsenas. Į simptomus yra žiūrima kaip į potencialius bandymus atkurti sąryšį, gyvybiškumą ir savireguliaciją (Robinson, et. al., 2019). Teorinės žinios nurodo, kad nepakankamą mentalizaciją prisideda prie sunkumų raidos.

### **1.2.2 Mentalizacija valgymo sutrikimuose: žvilgsnis į tyrimus**

Buvo apžvelgiami tyrimai, kurie nagrinėjo mentalizaciją ar jai svarbius aspektus valgymo sutrikimų kontekste. Emocijų mentalizacijos komponentai: emocijų atpažinimas, apdorojimas ir išreiškimas statistiškai reikšmingai nesiskiria tarp sergančių ir nesergančių (Greenberg et al., 2017).

Reflektyvioji funkcija yra aukštesnė pas valgymo sutrikimais nesergančius, lyginant su sergančiais (Kuipers et al., 2016; Rothschild-Yakar et al., 2010; Simonsen et al., 2020). Bendroje populiacijoje, reflektyvioji funkcija yra žemesnė pas tas moteris, kurios turi norą sulieknėti. Tiek nervine bulimija, tiek nervine anoreksija sergantieji pasižymi prastesniais mentalizacijos gebėjimais, labiau išreikšta aleksetimija, sunkumais įvardinti savo jausmus, yra susikoncentravę į išorę (Rothschild-Yakar et al., 2019; Simonsen et al., 2020). Mentalizacijos gebėjimai, nervinės anoreksijos atveju, siejasi su didėjančiu svoriu gydymo metu (Sonntag & Russell, 2022).

Vertinant klinikinę grupę, reflektyvioji funkcija yra aukštesnė pas moteris, kurios turi nervinės bulimijos simptomų, o ne norą sulieknėti (Pedersen et al., 2012). Tyrimais pastebėta, kad nervine bulimija sergantieji pasižymi geresniais mentalizacijos gebėjimais: Kordyńska ir kolegų (2019) sisteminė apžvalga nurodo, jog daugiau tyrimų nustato prastesnius mentalizacijos gebėjimus tarp nervine anoreksija, negu nervine bulimija, sergančiųjų. Tačiau pastarieji pasižymi žemesniais mentalizacijos gebėjimais negu nesergantieji (Sacchetti et al., 2019). Pedersen ir kiti (2012) nustatė, kad reflektyviosios funkcijos skirtumo tarp nesergančių ir nervine bulimija sergančių nėra, tačiau skirstant pagal grupes, nustatyta, kad nervine bulimija sergančiųjų daugiau priklausė žemai reflektyviosios funkcijos grupei, o nesergančių – vidutinei reflektyviajai funkcijai. Nervine bulimija sergančiųjų mentalizacija yra naivi, supaprastinta ir nekristalizuotos tikrosios psichikos būsenos (Pedersen et al., 2012), mentalizacijos gebėjimai yra išlikę, tačiau sergantieji naudoja neadaptivias emocijų reguliacijos strategijas (Kordyńska et al., 2019).

Valgymo sutrikimai siejasi su aleksetimija ir sunkumais atpažinti savo emocijas (Rothschild-Yakar et al., 2019). Nervine anoreksija, kartu su aleksetimija prognozuoja amžius, žemas tėvo išsilavinimas, depresija. Žema reflektyvioji funkcija, kartu su nekokybiškais santykiais tarp motinos ir dukros, prognozuoja norą sulieknėti ir nervinės bulimijos simptomus. Mediacinis modelis nustatė, kad aleksetimija yra pirminis veiksnys, kuris per mediatorius: emocinį reaktyvumą, emocijų slopinimą, veikia depresijos simptomus, kurie nuveda link valgymo sutrikimo (Rothschild-Yakar et al., 2019).

### **1.2.3 Mentalizacijos vertinimas tyrimuose**

Mentalizacijos vertinimas yra svarbus, nes suteikia diagnostinės informacijos, kuri gali būti naudojama konkrečiam gydymo metodui pritaikyti. Klinikinėje praktikoje, mentalizacijos vertinimas yra sudėtingas, nes svarbu įvertinti mentalizacijos gebėjimus skirtingose situacijose, sukurti kliento

mentalizacijos profilį. Siekiant gauti tokius mentalizacijos vertinimo rezultatus, naudojami įvairūs vertinimo metodai – struktūruoti ir nestruktūruoti. Empiriniuose tyrimuose yra paplitę struktūruoti vertinimo metodai (Luyten & Fonagy, 2019).

Mentalizacijos tyrinėjimas klausimynų formatu sulaukia kritikos – mentalizacijos gebėjimą sunku iširti, nes klausimynai matuoja daugiau kognityvinius mentalizacijos aspektus, o ne emocinius mentalizacijos gebėjimus. Klausimynai stokoja validumo, o pats mentalizacijos konceptas yra platus ir sunkiai aprėpiamas viena ar kelios skalėmis (Choi-Kain et al., 2008).

Klausimynai yra tinkami išmatuoti mentalizacijos gebėjimus trumpalaikiame laikotarpyje, tačiau nefiksuoja fluidinio ir nuoseklaus mentalizacijos pobūdžio įvairiose kontekstuose. Geriausias mentalizacijos gebėjimų vertinimas vyksta naudojant interviu, o klausimynus – kaip papildomą medžiagą (Shaw et al., 2020). Nors interviu yra geriausias metodas mentalizacijos gebėjimams vertinti, bet jį sunku pritaikyti, norint apklausti didesnę grupę žmonių bei turint ribotus resursus. Interviu turėtų būti pusiau struktūruotas, tačiau tokie klausimynai reikalauja specifiškumo, vertinant skirtingus sutrikimus. Yra keli adaptuoti pusiau struktūruoti interviu, skirti vertinti mentalizacijos gebėjimus obsesinio kompulsinio, panikos, potrauminio streso, depresijos ir ribinio tipo asmenybės sutrikimams (Ulvestad et al., 2022). Tačiau nėra interviu, skirta vertinti mentalizacijos gebėjimus specifiskai valgymo sutrikimams, o mentalizacijos gebėjimai vertinami kartu su prieraišumo stiliumi – suaugusiųjų prieraišumo interviu būdu (Kuipers & Bekker, 2012). Kritika klausimynams veda į kelis galimus pasiūlymus – apsibrėžti mentalizaciją kaip mažiau platų konstrukta arba ieškoti kitų analizės metodų, pavyzdžiui kurti latentinius profilius, siekiant suprasti, kurie mentalizacijos aspektai yra svarbūs konkrečiai problemai.

Mentalizacija yra pakankamai naujas konstruktas, dėl to nuolat kuriami instrumentai, skirti matuoti mentalizacijos gebėjimą iš skirtingų perspektyvų. Seniausi ir psichometriškai tvarkingi instrumentai, skirti matuoti mentalizaciją, yra: emocijų reguliacijos sunkumų klausimynas (angl. Difficulties in Emotional Regulation), reflektyviosios funkcijos klausimynas (angl. Reflective Functioning Questionnaire), Toronto aleksetimijos skalė (angl. The Toronto Alexithymia rating scale) (Robinson et al., 2019).

Atsiranda vis naujesnių klausimynų, kadangi mentalizacija yra platus konstruktas. Tyrėjai, analizuodami mentalizaciją, kaip ir bet kurį kitą psichologinį konstrukta, siekia turėti psichometriškai tvarkingus ir kuo trumpesnius klausimynus. Vieni iš naujesnių mentalizacijos vertinimo instrumentų yra mentalizacijos skalė (angl. Mentalization Scale) 2018m. sukurta Dimitrijevič ir kitų. Šis klausimynas vertina vieną iš mentalizacijos dimensijų – į save ar į kitą nukreipta mentalizaciją, motyvaciją

mentalizuoti. Kadangi šis vertinimo instrumentas, dar yra pakankamai naujas, tačiau jau naudotas tyrimuose, vertinant bendros populiacijos, studentų lyginami mentalizacijos gebėjimų skirtumai tarp ribinio asmenybės sutrikimo klinikinės ir kontrolinės grupės (Dimitrijević et al., 2018), psichiatrijos skyriaus pacientų mentalizacijos gebėjimus (Richter et al., 2021). Nors ši skalė nėra daug tyrinėta, tačiau pasižymi gerais vidinio suderinamumo kriterijais.

Kitas, vienas iš naujesnių mentalizacijos vertinimo instrumentų yra emocijų mentalizacijos skalė (angl. Mentalized Affectivity Scale) 2017m. sukurta Greenberg ir Jurist. Klausimynas yra tinkamas naudoti siekiant įvertinti bendros populiacijos žmonių emocijų mentalizacijos gebėjimus (Greenberg et al., 2017; Saeidi et al., 2021), įvairių psichikos ligomis sergančiųjų emocijų mentalizacijos gebėjimus (Greenberg et al., 2017; Richter et al., 2021), globėjų tyrimuose (Dunn et al., 2021), tyrinėjant psichoterapeutų mentalizacijos gebėjimus (Bhola & Mehrotra, 2021).

Atsižvelgiant į mentalizacijos konstrukto naujumą ir platumą, tyrėjams, naudojantiems mentalizaciją matuojančius klausimynus, rekomenduojama naudoti kelis panašius klausimynus, siekiant didesnio tikslumo. Taip pat svarbu atsižvelgti į mentalizacijos matavimo tikslą. Jei tyrimas yra bendresnis, aiškinamasi, kuriuos mentalizacijos aspektus norima tyrinėti pagal tyrimo klausimą. Siekiant didžiausio tikslumo, rekomenduojama sudaryti mentalizacijos profilius (Luyten & Fonagy, 2019)

Apibendrinant galima teigti, kad mentalizacijos teorija yra plėtojama, tačiau trūksta empirinių tyrimų, kurie galėtų pagrįsti konkrečius mentalizacijos konstruktus valgymo problemų išsivystymui. Kiekviena iš mentalizacijos perspektyvų atneša ką nors naujo ir papildo teoriją. Kaip jau buvo nurodyta, mentalizacija ir prieraišumu grįstas formavimosi kelias, mentalizacijos sunkumai yra vieni iš veiksnių formuojantys valgymo sutrikimus. Kiti veiksniai paveikia mentalizaciją, pavyzdžiui nepalankūs išgyvenimai ar prieraišumo ryšys.

### **1.3 Nepalankių vaikystės patirčių samprata**

Svarbu atskirti nepalankias vaikystės patirtis nuo traumos, nes skirtingos patirtys, gali vesti prie skirtingų pasekmių (Trottier & MacDonald, 2017). Trauma yra vienas iš galimų nepalankių vaikystės patirčių pasekmių (Bartlett & Sacks, 2019), kuri apibūdinama kaip intensyvi emocinė patirtis. Žmogus atsiduria situacijoje, kurioje yra reali grėsmė gyvybei, rimtam sužalojimui ar prievartai. Tokios situacijos traumuojančia patirtimi laikomos, kai pats žmogus yra tokios patirties centre, liudininkas ar sužino apie tokią artimo žmogaus patirtį (APA, 2013). Dar vertinimui svarbios žmogaus interpretacijos į įvykį, nes

tada, kai pats žmogus suvokia įvykį ir aplinkybes, kaip bauginančias, žalingas ir grėsmingas tiek fiziškai, tiek emociškai. Traumos metu išgyvenamas siaubas ir bejėgiškumas bei fiziniai simptomai – pagreitėjęs širdies plakimas, apsišlapinimas, skausmai, kurie gali pasireikšti traumos patyrimo metu ir po jos (Bartlett & Sacks, 2019).

Kai kurios nepalankios vaikystės patirtys gali sukelti tokius išgyvenimus: vieno iš šeimos nario netektis, stiprūs sužalojimai dėl smurto, prievarta, tačiau ne visos. Pavyzdžiui į apleistumą, tėvų skyrybas vaikas gali reaguoti įvairiai, šie įvykiai nebūtinai siejasi su galima mirtimi, rimtu sužalojimu tiek savo, tiek kitų. Kartais priešingai, šios patirtys gali sumažinti traumos riziką. Tie patys išgyvenimai gali paveikti kiekvieną vaiką skirtingai, priklausomai nuo vaiko individualių savybių, šeimos, aplinkos, rizikos ir apsauginių veiksnių. Vienam vaikui ta pati patirtis nesukels didelio streso, kitam gali formuotis potrauminio streso sutrikimo simptomai (Bartlett & Sacks, 2019).

Nepalankios vaikystės patirtys gali būti tiek pavieniai įvykiai, tiek ilgalaikiai ir daugybini, kurie veikia saugumą ir pasitikėjimą, o tai veikia mentalizavimą nes (Fonagy et al., 2002):

1. Vaikas, patyręs nepalankias vaikystės patirtis, dėl to kaltina ne tėvus, bet save. Pasikeičia savęs vertinimas – vaikas jaučiasi nevertingu, nemylimu. Nuolatinio pavojaus jausmas nurodo saugumo trūkumą, tačiau vaikas dažnai gina ir racionalizuoja pagrindinių globėjų elgesį, nuvertindamas save. Taip dažniausiai būna tuo atveju, kai gebėjimas mentalizuoti buvo prastas nuo pat pradžių.
2. Tėvų sakomi žodžiai ir veiksmai neatitinka vieni kitų.
3. Tai kas vyksta prieraišumo ryšyje negali būti atskleista kitiems.
4. Sunkumai atsiranda ne tik dėl smurto ar apleistumo, bet supančios namų atmosferos po šių įvykių, pavyzdžiui palaikomas autoritarinis auklėjimas. Dažnai tokie vaikai santykiuose su tėvais, stokoja žaismingumo, o taip nesusidaro pagrindas mentalizacijai vystytis. Mažai tikėtina, kad taip auginamas vaikas gebės išsiugdyti gerus mentalizacijos gebėjimus.

Išgyvenus nepalankių vaikystės patirčių, pradeda formuotis disfunkcinis ir iškraipytas savo ir kitų psichinių būsenų supratimas, ypač jei tai įvyko ankstyvoje vaikystėje. Vaiko subjektyvumas yra sumenkintas, trūksta emociškai ir fiziškai saugios aplinkos, kurioje būtų atspindimi tikrieji vaiko jausmai (Fonagy et al., 2002). Dėl nepalankių vaikystės patirčių, vaiko poreikiai nėra atliepiami, nes aplinka neatliepia į vaiko gerovę (Bateman & Fonagy, 2019). Tikrieji vaiko jausmai lieka nepasiekiami ir nesąmoningi, vaikas gali jaustis tuščias, dezorganizuotas, impulsyvus. Nepalankios vaikystės patirtys veikia akumuliatyviai, darydamos įtaką savasčiai ir mentalizacijos gebėjimams. Nepakankamai prižiūrėti

vaikai pasižymi reflektyviosios funkcijos patologija, kuri su amžiumi, dar labiau prastėja. Žema reflektyvioji funkcija gali sąlygoti dar didesnes problemas kituose kontekstuose. Tokie žmonės geba rūpintis kitais, tačiau tik tam tikrose santykiuose, kurie gali suaktyvinti tą pačią schemą. Prasta mentalizacija siejasi su netinkamu elgesiu, kančia, aktyvuota prieraišumo sistema (Fonagy et al., 2002)

Įvairūs internalūs ir eksternalūs sunkumai gali būti laikomi viena iš susidorojimo, su nepalankiomis vaikystės patirtimis, formų (Chizimba, 2021). Tyrimais įrodyta, kad smurtas ir apleistumas gali vesti prie psichikos sveikatos problemų – neigiamos įtakos raidai, psichikos sutrikimų, perdėto psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo, romantinio partnerio smurto, savižalos, savižudybės (Asmussen et al., 2019). Žmogus įvairiais būdais stengiasi susigrąžinti saugumą, kontrolę, surasti prasmę ir tapatumą (Chizimba, 2021). Nepalankios vaikystės patirtys į psichopatologiją veda per sunkumus socialinėje aplinkoje ir savastyje. Smurtą ir apleistumą patyrę žmonės turi sunkumų atpažinti emocijas, dėl to pradeda perdėtai reaguoti į emociškai įkrautą situaciją, pavyzdžiui, jaučia grėsmę, sustingsta, atsiriboja, supyksta. Toks elgesys greičiausiai ves prie automatinio mentalizavimo, kuris bus paremtas bendrai priimtais šablonais, o ne savo autentiškumo atskleidimu.

Smurtas veda prie mentalizacijos slopinimo, nepakankamo mentalizacijos gebėjimo ir traumos prieraišumo sistemoje. Jausmai ir išgyvenimai nebus išsakyti tiesiai, bet pasireikš užsisklendimas, susitaikymas ar nepaklusnumas (Bateman & Fonagy, 2019). Vieni iš galimų nepalankių vaikystės patirčių pasekmių yra psichikos sutrikimai, kai savais būdais bandoma tvarkytis su sudėtingomis patirtimis.

### **1.3.1 Nepalankios vaikystės patirtys ir jų vertinimas valgymo sutrikimų kontekste**

Patyrus smurtą, tikimybė sirgti valgymo sutrikimais padidėja trimis kartais, o patirtas smurtas (ypač seksualinis) prognozuoja simptomus ankstesniame amžiuje, sunkesnę sutrikimą, dažnesnį persivalgymą ir kompensacinį valgymo elgesį (Trottier & MacDonald, 2017) bei ankstesnę mirtį (Brewerton, 2022). Nepalankios vaikystės patirtys prognozuoja prastesnius gydymo rezultatus (Rienecke et al., 2022).

Vaikystėje patirtas smurtas labiau susijęs su valgymo, negu nuotaikos sutrikimais ar priklausomybėmis (Trottier & MacDonald, 2017). Tyrimais pastebėta, kad nepalankių vaikystės patirčių yra patyrę dauguma (54%-71%) valgymo sutrikimų simptomų turinčių žmonių (Brewerton, 2022; Forrest et al., 2021; Rienecke et al., 2022) Tačiau rezultatai bendroje populiacijoje panašūs – vidutiniškai 62%

išgyveno bent vieną nepalankią vaikystės patirtį (Nelson et al., 2023). Kiti tyrėjai nustatė, kad dauguma sergančiųjų įvardina patyrę mažiau negu 4 nepalankias vaikystės patirtis (Rienecke et al., 2022)

Dažniau nepalankias vaikystės patirtis yra išgyvenusios moterys (Masheb et al., 2021; Rienecke et al., 2022; Quilliot et al., 2019). Moterys, patyrusios nepalankių vaikystę patirčių, dažniau nerimauja dėl maisto, riboja ir persivalgo (Quilliot et al., 2019), taip pat dažniau praleidinėja valgytus, įsitraukia į lieknėjimo programas, naudoja kompensacinę valgymo elgesį – laisvinamuosius, diuretikus ar liekninančius vaistus (Fuemmeler et al., 2009). Nepalankios vaikystės patirtys siejasi su valgymo sutrikimų simptomais (Bakalar et al., 2018; Brewerton, 2022; Trottier & MacDonald, 2017), persivalgymu (Tabone et al., 2022). Tačiau rezultatai nevienareikšmiški, nes kiti tyrimai nurodo kad sąsaja, tarp nepalankių vaikystės patirčių ir persivalgymo, nenustatyta (Masheb et al., 2021; Rienecke et al., 2022).

Nepalankios vaikystės patirtys prognozuoja valgymo sutrikimų simptomus (Brewerton, 2022) – kompensacinę valgymo elgesį, badavimą ir persivalgymą (Rienecke et al., 2022), neigiamai siejasi su fiziniu aktyvumu, jeigu tai nėra svorio kontroliavimo strategija (Masheb et al., 2021). Pastebėta, kad nepalankios vaikystės patirtys siejasi su vaikystėje patirtu maisto trūkumu, o tai patvirtina evoliucinį požiūrį į maisto ribojimo pasekmes (Coffino et al., 2020).

Valgymo sutrikimų simptomai medijuoja ryšį tarp nepalankių vaikystės patirčių ir kūno masės indekso (Bakalar et al., 2018). Ryšį tarp nepalankių vaikystės patirčių ir valgymo sutrikimo dar medijuoja: emocijų disreguliacija, pyktis, disociacija (Trottier & MacDonald, 2017). Duomenys apie nepalankių vaikystės patirčių kiekį tarp skirtingų valgymo sutrikimų yra nevienareikšmiškas. Rienecke ir kiti (2022) nurodo, kad nepalankių vaikystės patirčių dažnis yra panašus tarp visų valgymo sutrikimų. Trottier ir MacDonald (2017) apžvalgoje nurodo, kad tam tikros nepalankios vaikystės patirtys siejasi su skirtingais valgymo sutrikimais, tačiau rezultatai tarp tyrimų skiriasi. Kadangi duomenys nėra vienareikšmiški, tyrėjai kelia klausimą, kodėl nepalankių vaikystės patirčių įtaka kartais randama vieniems simptomams, o vėliau kitiems. Iš to, kas jau nustatyta, keliama prielaida, kad nepalankios vaikystės patirtys yra stipriai paliečiantis veiksnys, dėl to sunku prognozuoti, kokius konkrečius sunkumus gali sukelti (Rienecke et al., 2022).

Mokslinėje literatūroje randami duomenys apie šių nepalankių vaikystės patirčių įtaką valgymo sutrikimams:

*Emocinis smurtas* – viena iš dažniausiai pasitaikančių nepalankių vaikystės patirčių (Nelson et al., 2023). Tyrėjai nurodo, kad emocinis smurtas turi stipriausią efektą valgymo sutrikimo simptomams,

lyginant su kitomis smurto rūšimis, dažniau šio smurto rūšies būna patyrę valgymo sutrikimais, nei bipoliniu – afektiniu sutrikimu ar priklausomybės ligomis, sergantieji. Tyrėjai kelia prielaidą, kad galimai emocinis smurtas yra ta smurto rūšis, kuri labiausiai veikia emocijų reguliaciją, o emocijų disreguliacija (Guillaume et al., 2016), savikritiškumas, neadaptyvūs įsitikinimai, nepasitikėjimas, pyktis disociacija, impulsyvumas, kompulsyvumas (Trottier & MacDonald, 2017) skatina valgymo sutrikimo raidą. Tačiau patvirtinimui yra reikalingi tolesni tyrimai. Atsižvelgiant į skerspjuvio tipo tyrimus, galima teigti, kad emocinis smurtas turėtų būti dažniau įtraukiamas į valgymo sutrikimų tyrimus, nes dabar didesnis dėmesys skiriamas seksualiniam smurtui. Vertinant emocinio smurto pasireiškimą tarp valgymo sutrikimų, rezultatai nevienareikšmiški. Vieni nurodo, kad nervine anoreksija sergantieji yra patyrę mažiau emocinio smurto (Guillaume ir kiti 2016), tačiau kiti tyrėjai nustato, kad emocinis smurtas nesisieja su nervinės anoreksijos simptomais, o kiti nustato reikšmingą sąsają (Trottier & MacDonald 2017), jog emocinis smurtas padidina norą kontroliuoti maistą (Yoon et al., 2022). Gali būti, jog tai priklauso nuo anoreksijos tipo. Griežtai ribojantys galimai buvo patyrę mažiau emocinio smurto (Trottier & MacDonald 2017).

*Fizinis smurtas* – dažniau būdingas moterims (Rienecke et al., 2022); Quilliot et al., 2019). Kai kuriuose tyrimuose pastebima, kad fizinis smurtas prognozuoja nervinės anoreksijos simptomus, sutrikusį valgymą: ribojimą, susikoncentravimą į valgymą, kūno formą (Trottier & MacDonald, 2017). Patirtas fizinis smurtas, kaip ir emocinis smurtas, padidino perdėtą maisto kontroliavimą (Yoon et al., 2022).

*Seksualinis smurtas* – kaip ir fizinis smurtas, dažniau būdingas moterims (Rienecke et al., 2022); Quilliot et al., 2019). Norvegijoje atliktas tyrimas parodė, kad 27% seksualinę prievartą išgyvenusių žmonių, patyrė simptomus, atitinkančius valgymo psichopatologiją (Schou-Bredal et al., 2022). Seksualinio smurto, labiau nei fizinio smurto, patyrimas prognozuoja sutrikusį valgymą: ribojimą, susikoncentravimą į valgymą, kūno formą ir kasdienio funkcionavimo sunkumus (Guillaume et al., 2016; Trottier & MacDonald, 2017). Seksualinis smurtas siejasi su kompensaciniu valgymo elgesiu ir persivalgymu. Pastebėta, kad ryšį tarp seksualinio smurto ir valgymo sutrikimų, kaip ir emocinio smurto atveju, medijuoja emocijų disreguliacija, pyktis, disociacija, impulsyvumas, kompulsyvumas ir neadaptyvūs įsitikinimai (Trottier & MacDonald, 2017).

*Emocinis apleistumas* – kartu su emociniu smurtu, taip pat yra viena iš dažniausiai patiriamų nepalankių vaikystės patirčių (Guillaume et al., 2016 Nelson et al., 2023). Kaip ir fizinį, ir seksualinį smurtą, taip ir emocinį apleistumą, dažniau patiria moterys (Rienecke et al., 2022; Quilliot et al., 2019). Vieni tyrimai nurodo, kad ši nepalanki vaikystės patirtis yra mažiausiai būdinga nervinei anoreksijai,



lyginant su kitais sutrikimais (Guillaume ir kiti 2016). Patirtas emocinis apleistumas padidino perdėtą maisto kontroliavimą (Yoon et al., 2022).

*Fizinis apleistumas* - prognozavo ne tik didesnę riziką maisto kontroliavimui, bet nerimą dėl maisto, svorio kontrolę, persivalgymą (Yoon et al., 2022).

Nors nepalankios vaikystės patirčių pasekmės gali būti įvairios ir individualios, tačiau pagal tyrimus, daugiausiai įtakos valgymo sutrikimams turi emocinis ir seksualinis smurtas, nes apie šias nepalankias vaikystes patirtis randama daugiausiai literatūros, kuri pagrindžių šių nepalankių vaikystės patirčių svarbą sutrikimo raidai. Mažiau – fizinis smurtas ir fizinis apleistumas.

Rabito-Alcón ir kitų (2021) sisteminė apžvalga nurodo, kad daugiau negu pusėje tyrimų, analizuojančių, nepalankias vaikystes patirtis valgymo sutrikimų kontekste, naudojamas vaikystės traumų klausimynas (angl. Childhood Trauma Questionnaire). Šiame klausimyne vertinamos pagrindinės nepalankios vaikystės patirtys. Pignatelli ir kitų (2017) sisteminėje apžvalgoje aptarti tyrimai taip pat nurodo, kad šis klausimynas buvo dažniausiai naudotas. Klausimynas gali būti įvairiai modifikuotas, pilnos klausimyno versijos sudarytos iš 70 klausimų, trumpesnes versijas sudaro 10 – 25 klausimų. Kitas dažniausias instrumentas yra vaikystės prievartos ir traumų skalė (angl. Child Abuse and Trauma Scale). Retesniais atvejais tyrimuose pasitaiko traumos patyrimo aiškinimasis tyrėjų užduodamais dichotominiais klausimais, naudojami interviu arba pačių tyrėjų sukurti klausimynai (Rabito-Alcón et al., 2021).

Empiriškai įrodyta, kad nepalankios vaikystės patirtys, ypač emocinis ir seksualinis smurtas yra svarbūs rizikos veiksniai psichologinėms valgymo problemoms formuotis. Tačiau nepalankios vaikystės patirtys savaime nesukelia valgymo problemų. Svarbūs kiti mechanizmai, kurių pagalba susiformuoja klinikinio lygio problemos. Kaip jau buvo minėta, valgymo problemoms svarbus savo ir kitų psichikos būsenų supratimas, taip pat Madowitz ir kiti (2015) nurodo, kad kitas kelias veda link valgymo sutrikimų per nepasitenkinimą savo kūnu, traumos baimę, gėdą. Toliau šioje apžvalgoje bus aptariamas kitas šiame tyrime analizuotinas veiksnys – gėda.

## **1.4 Gėdos samprata**

Gėda yra skirta pykčio reguliacijai, daro įtaką autonomiškumo ir sąmonės raidai, didina adaptyvų elgesį, nes gėda pajaučiama, kada pažeidžiamos socialinės normos, lūkesčiai, elgiamasi netinkamai ar

nepriimtina. Kartais, ypač paauglystės laikotarpiu, gėda gali būti nepripažinta ir pasireiškia pykčio pavidalu, kaip gynybinė reakcija nuo pirminės emocijos (Abe & Izard, 1999). Dar gėda skirta reguliuoti susidomėjimą ir pasitenkinimą, nes dėl gėdos ar jos grėsmės, žmogus susilaiko nuo tam tikrų veiksmų ar poreikių, kurie nepriimtini tam tikroje socialinėje situacijoje (Lee & Wheler, 1996). Toks supratimas motyvuoja žmogų keistis, kad būtų patiriama mažiau gėdos (Abe & Izard, 1999; ).

Gėda gali būti vadinama su savęs vertinimu susijusi (Abe & Izard, 1999) ar į save nukreipta (Gilbert, 2003) emocija. Nors gėda yra į save orientuotas jausmas, tačiau elgesys, kuris kelia gėdą, gali nurodyti žmogaus nekompetenciją, kelia nepriėmimo baimę. Gėdos jausmas padeda suprasti save per simbolines prasmes, o ši jausmą reguliuoja grėsmė ir automatinė apsauga nuo galimų grėsmių. Gėdos jausmas nusako galimą ar patiriamą grėsmę, iššūkius sau, dėl to atsiranda impulsas atsitraukti iš situacijos, keisti savo elgesio būdus ar pergaltoti situaciją iš skirtingų perspektyvų – konceptualizuoti (Abe & Izard, 1999; Gilbert, 2003).

Gėda leidžia į save pažvelgti kito akimis. Dėl gėdos atsitraukiama nuo savo pirminio patyrimo, kad būtų galima iš naujo save įvertinti. Su savęs vertinimu susijusios emocijos suformuoja ryšį tarp veiksmų, minčių ir elgesio pasekmių. Tokiu būdu, moraliniai standartai tampa internalizuoti, pasireiškia su savęs vertinimu susijusios emocijos (Abe & Izard, 1999). Gėdos jausmas dažnai sukelia norą pabėgti ar atsitraukti nuo tos situacijos, kurioje šis jausmas išgyventas. Impulsas atsitraukti sukuria paradoksą – žmogus, atsitraukdamas nuo situacijos, negali jos pakeisti, t.y atsitraukdamas jis negali pasiekti pirminio tikslo. Viena iš priežasčių, dėl ko kyla noras atsitraukti, jaučiant gėdą, yra suprastėjęs socialinis pripažinimas, atsiranda rizika sugadinti socialinius santykius (Gilbert, 2003).

Gėda yra vadinama socialiniu jausmu, nes kyla socialiniuose santykiuose (Zbarauskaitė, 2008). Gėdos jausmas didina savęs supratimą, savęs ir kitų palyginimą bei daro įtaką santykiams (Abe & Izard, 1999). Gėdos jausmas susijęs su skausminga patirtimi ir gali kelti sunkumų palaikyti santykius (Zbarauskaitė, 2008). Su laiku, daugėja taisyklių, standartų ir normų, kurias žmogus turi atitikti. Žmonės, neatitinkantys elgesio normų, dažnai būna atstumiami, kaltinami ir sulaukia smerkimo. Pagal gautas taisykles, standartus ir normas formuojasi sėkmės bei nesėkmės išgyvenimas, o viena po šių išgyvenimų atsirandanti emocija – gėda.

Kaltė turi panašumų su gėda – pasižymi į save orientuotomis emocijomis, neigiamu savęs vertinimu ir jausmais, keliančiais stresą, kuris kyla dėl savo nesėkmių ar netinkamo elgesio (Miceli & Castelfranchi, 2018). Kaltė pasireiškia, kai pažeidžiamos sau keliamos normos. Esminis skirtumas tarp gėdos ir kaltės, kuris naudojamas psichologinėse teorijose, yra savęs vertinimo skirtumas. Gėda kyla

tada, kai žmogus save vertina neigiamai, galvodamas arba patirdamas kitų neigiamą vertinimą sau. Kaltė kyla tada, kai pats žmogus save neigiamai vertina dėl savo elgesio ar sprendimų, neatsižvelgiant į kitų reakcijas. Tiek gėda, tiek kaltė yra natūralūs ir priimtini jausmai, jeigu jie yra išgyvenami lengvai ar vidutiniškai. Tokiu atveju šie jausmai skatina adaptyvų funkcionavimą, altruizmą, svarbūs moralės raidai, silpnina agresyvumą ir asocialius impulsus. Jeigu gėda yra stipri, gali pasireikšti psichopatologija (Tangney, 1990).

#### **1.4.1 Teorinis gėdos vaidmuo valgymo sutrikimų kontekste**

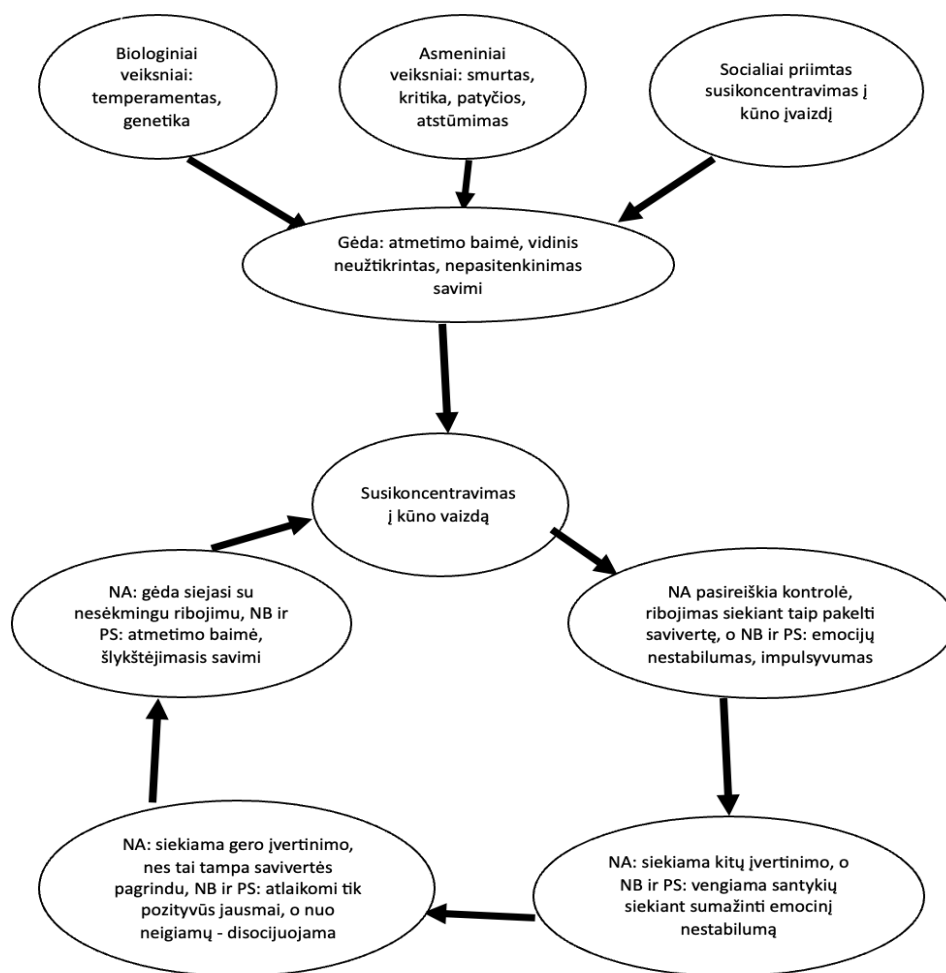
Dažnas gėdos išgyvenimas gali vesti į valgymo sutrikimus. Gėda sulaukia tyrėjų žvilgsnio, kuriant įvairius modelius, kurie paaiškina gėdą valgymo sutrikimų kontekste. Šiame skyrelyje apžvelgiama Goss ir Gilbert (2002) teorija, kuri paremta kognityvine elgesio terapija.

Teorija atkreipia dėmesį į du konstruktus – gėdą ir emocijų reguliaciją. Ribojimo atveju, kuris būdingas nervinei anoreksijai, dažniau pasireiškia gėda dėl išvaizdos. Ligos pradžia yra gėdos išgyvenimas, dėl kurios sergantieji tampa pažeidžiami gavę neigiamą įvertinimą iš aplinkos. Gėda formuojasi dėl nesaugaus prieraišumo ir patirto smurto. Norint apsiginti nuo galimo nuvertinimo, susikuriamas kūno vaizdo idealas, kurio siekiama. Gėda nėra pripažįstama, nes kelia skausmą, vietoj to, pradedama kontroliuoti kūno svorį ir formas, taip bandant įrodyti, kad sergantieji kontroliuoja gėdą, o ne gėda kontroliuoja juos. Gėda kelia skausmą, sergantieji dėl to jaučiasi susirūpinę, norintys nuneigti neigiamą vertinimą. Nervine anoreksija sergantieji tikisi pagerinti savo socialinį statusą, keisdami savo kūno svorį ir formas. Noras įveikti gėdą, veda link ribojimo, pradeda ryškėti nervinės anoreksijos simptomai. Ribojant ir mankštinantis, sumažėja gėdos jausmo patyrimas, pasiekiamas trumpalaikis pasididžiavimas savimi, sulaukiamas kitų susižavėjimas. Tačiau ilginiui, pasireiškia nesėkmis, kurios vėl sugrąžina prie gėdos išgyvenimo. Sergantieji, suvokdami, kas suteikia jiems pasididžiavimą, tačiau negalėdami to nuolat palaikyti, pradeda atsiriboti (Goss & Gilbert, 2002).

Kitas šioje teorijoje svarbus konstruktas yra emocijų reguliacija. Nervinės bulimijos ir persivalgymo sutrikimo atveju, sergantieji pradeda gėdytis savo emocijų kontrolės stokos ir bijo juos atskleisti kitiems, sulaukti nuvertinimo. Persivalgymas ir kompensacinis valgymo elgesys formuoja spiralę nuo vienos gėdos link kitos. Valgymo sutrikimo atveju, elgesys tampa konkretus ir kontroliuojamas, kuriuo siekiama nuneigti savo beviltiškumą. Kontroliuojant savo svorį ir kūno formas, atsiranda pasididžiavimo savimi jausmas, tačiau nesėkmės atveju – kaltė (Goss & Gilbert, 2002).

Valgymo sutrikimų simptomai yra skirti reguliuoti emocijas, nes nervinėje anoreksijoje, dėmesys sutelkiamas į išorinį vertinimą, savivertė ir jausmai tampa priklausomi nuo išorinio vertinimo, o nervinės bulimijos – į savo emocijų reguliavimo sunkumus, kurie kyla dėl gėdos. Gėda sumažėja per simptomus, tačiau po nesėkmių, šie jausmai vėl sugrįžta, dėl to segančiosios toliau pasirenka valgymo sutrikimų elgesį, siekdamas kontroliuoti savo kūno svorį ir formas (Ma & Kelly, 2020). Teorijos pagrindinių veiksnių grafinis vaizdavimas pateikiamas paveikslėlyje (3 paveikslėlis) (Goss & Gilbert, 2002).

3 pav. Gėdos ciklas nervinės anoreksijos, nervinės bulimijos ir persivalgymo sutrikimo atveju.



Pastaba: NA – nervinė anoreksija, NB- nervinė bulimija, PS – persivalgymo sutrikimas.

Apžvelgus Goss ir Gilbert (2002) teoriją, galima teigti, kad gėda svarbi valgymo problemoms rasti, nes ji skatina simptomus, bandant neigti gėdą. Gėda gali turėti įvairių išraiškų, pavyzdžiui nervinės anoreksijos atveju tai veda į kontrolę ir ribojimą, nervinės bulimijos atveju į impulsyvumą, emocijų kontrolės disbalansą, o nesėkmės vėl kelia gėdą.

### 1.4.2 Gėda ir jos vertinimas valgymų sutrikimų tyrimuose

Daugiausiai gėdos išgyvena valgymo sutrikimais sergantieji, lyginant su kitais psichikos sutrikimais (nuotaikos, fobiniai ir nerimo, adaptacijos ir streso, somatoforminiai ir asmenybės sutrikimai). Vertinant pagal skirtingus gėdos tipus, valgymo sutrikimais sergantieji išgyvena daugiau charakterologinės ir kūniškos, o elgsenos gėdos – asmenybės sutrikimais sergantieji (Rockenberger & Brauchle, 2011). Tačiau rezultatų generalizavimui reikėtų daugiau tyrimų.

Valgymo sutrikimais sergančios moterys pasižymi aukštais gėdos išreikštumo rodikliais (Keith et al., 2009), nes nepriklausomai nuo valgymo sutrikimų gydymosi etapo – sergančiosios, tiek šiuo metu besigydančios, tiek baigusios gydymą – išgyvena daugiau kūniškos gėdos negu nesergančios, nes baigus gydymą, sumažėja tik charakterologinė gėda (Doran & Lewis, 2012; Swan & Andrews, 2003). Atsižvelgus į rezultatus, kad kūniška gėda nepasikeičia po gydymo, galima teigti, kad gėda nėra taip stipriai susijusi su asmenybės bruožais, kaip su kūnu. Tačiau tam svarbūs tolesni, ypač longitudinaliniai tyrimai. Rezultatai parodo, kad gėda yra ilgalaikė ir atspari pokyčiams, dėl to kūniška gėda yra rimtas valgymo sutrikimų rizikos veiksnys (Doran & Lewis, 2012).

Tie, kurie patiria patyčias dėl išvaizdos, išgyvena daugiau gėdos (Sweetingham & Waller, 2008). Lyginant tarp sutrikimų, daugiau gėdos patiria nervine bulimija ir kitais, neklasifikuotais valgymo sutrikimais sergantieji nei nervine anoreksija sergantieji. Dar gėdos išgyvenimas reikšmingai skiriasi tarp aleksetimiškų ir nealeksetimiškų pacientų. Nervinės bulimijos atveju yra didesnė nepalankių vaikystės patirčių rizika, kuri gali sąlygoti stipresnę gėdos išgyvenimą. Vyksta akumuliacinis procesas: pacientai dėl traumos išgyvena daugiau gėdos, o dėl gėdos tampa labiau aleksetimiški (Franzoni et al., 2013).

Gėda siejasi su valgymo sutrikimais. Didėjant gėdai, intensyvėja valgymo sutrikimų simptomai (Doran & Lewis, 2012; Keith et al., 2009; Kelly & Carter, 2013; Kelly & Tasca, 2016; Simonds & Spokes, 2017). Su visomis gėdos rūšimis siejasi dietos laikymasis, bulimijos simptomai, susikoncentravimas į valgymą. Gėda dėl kūno ir svorio susijusi su charakterologine, elgsenos ir kūniška gėda (Vizin et al., 2022) bei bendra gėda (Ma & Kelly, 2020). Dar gėda susijusi su emociniu valgymu (Salemi et al., 2022). Kūno masės indeksas siejasi su gėda (Rockenberger & Brauchle, 2011), su elgsenos ir kūno gėda, bet ne su charakterologine gėda (Vizin et al., 2022). Vertinant sąsajas tarp gėdos ir kitų, valgymo sutrikimui svarbių veiksnių, nustatyta, kad visos gėdos rūšys neigiamai siejasi su atsiskleidimu (Simonds & Spokes, 2017), saviverte, teigiamai su neadaptviu perfekcionizmu (Cella et al., 2017). Dalinė koreliacija, kontroliuojant gėdą, nurodė, kad ryšys tarp depresijos ir nepasitenkinimo kūnu

stipresnis nei nekontroliuojant. Pagal šiuos duomenis galima teigti, kad gėda sustiprina depresiją ir nepasitenkinimą kūnu (Franzoni et al., 2013). Pirminis veiksnys, sukeliantis gėdą, yra neigiamos ankstyvosios patirtys, o antrinis veiksnys, kuris vėliau pradeda kelti gėdą yra valgymo sutrikimas (Keith et al., 2009).

Gėda prognozuoja valgymo sutrikimus (Doran & Lewis, 2012; Keith et al., 2009; Kelly & Tasca, 2016) kartu su neadaptiviu perfekcionizmu ir žemu saugumu (Cella et al., 2017). Padidėjus gėdai ir savikritiškumui, pasireiškėdavo sunkesnis valgymo sutrikimas, mažesnė atjauta sau (Kelly & Tasca, 2016). Dar gėdą prognozuoja socialinė izoliacija, žema motiniška globa (Keith et al., 2009). Nervinės anoreksijos atveju, nepasitenkinimą kūnu 53% paaiškino gėda, o nervinės bulimijos – 58%. Mažesnę įtaką šiems kintamiesiems turėjo aleksetimija (apie 33%) – nervinės anoreksijos atveju, depresija (apie 30%) ir disociacija (apie 8%) – nervinės bulimijos atveju. Pagrindinė aleksetimijos dalis, paaiškinanti valgymo sutrikimas, yra sunkumai atpažinti savo emocijas, o tai gali vesti į vakuumą, kada skiriamas perdėtas dėmesys fizinėms kūno detalėms. Kitų valgymo sutrikimų nepasitenkinimą kūnu labiausiai paaiškino trauma (69%). Dėl traumos pasireiškusių depresijos simptomus 51% paaiškina gėda ir nepasitenkinimas kūnu. Tačiau vis tik trauma gali būti pagrindinis veiksnys, dėl ko vėliau formuojasi aleksetimija ir disociacija (Franzoni et al., 2013).

Gėda yra mediatorius tarp savikritiškumo, neigiamų ir teigiamų emocijų, depresijos simptomų ir valgymo sutrikimų (Kelly & Carter, 2013). Gėda medijuoja ryšį tarp jautrumo kritikai ir emocinio valgymo bei valgymo sutrikimų (Brockdorf et al., 2018; Salemi et al., 2022). Taip pat gėda buvo vienas iš mediatorių kartu su pergalvojimu tarp jautrumo kritikai ir emocinio valgymo (Salemi et al., 2022). Gėda yra mediatorius tarp patyčių ir nepasitenkinimo kūnu (Sweetingham & Waller, 2008).

Literatūros apžvalgos Blythin ir kiti (2020), Nechita ir kiti (2021) O’Loghlen ir kiti (2022) nurodo, kad gėda VS kontekste dažniausiai vertinama Gėdos patyrimo skale (org. Experience of Shame Scale). Skalė, sudaryta iš 25 teiginių ir skirta matuoti skirtingų tipų gėdą: charakterologinę, elgsenos ir kūnišką. Charakterologinė gėda apibūdinama kaip gėda, susijusi su asmeniniais įpročiais, bendravimo manieros su kitais, savo asmenybe ir asmeninėmis galimybėmis. Elgesio gėda apibūdina gėdą dėl netinkamų veiksmų ir žodžių bei nesėkmėmis kompetencijos reikalaujančiose situacijose. Kūniška gėda, kai gėdinamasi savo kūno ar tam tikrų jo dalių (Swan et al., 2003). Kitas, taip pat dažnai naudojamas instrumentas yra sudaiktinto kūno sąmoningumo skale (org. Objectified Body Consciousness Scale), kurią sudaro 2 subskalės apie kūno sekimą ir gėdą, kurią sudaro 24 teiginiai. Abu klausimynai yra psichometriškai tvarkingi, jog būtų naudojami tyrimuose.

Apibendrinant galima teigti, kad pagal tyrimus gėda pripažįstamas kaip svarbus rizikos ir apsauginis veiksnys valgymo psichopatologijai formuotis. Gėda yra priimtinas jausmas, kol jis nėra pakankamai stiprus, nes skatina adaptyvų elgesį. Tačiau stiprus ir nuolatinis gėdos jausmas didina psichopatologijos riziką, o valgymo sutrikimų atveju tai yra atsparus jausmas, kuris išlieka net ir po gydymo.

## **1.5 Gėda ir mentalizacija kaip trauminės patirties ir valgymo sutrikimų ryšio mediatorius**

Nepalankios vaikystės patirtys siejasi su gėda (Garbutt et al., 2022), jų kiekiu (Wojcik et al., 2019), o tiek gėda (Doran & Lewis, 2012; Keith et al., 2009; Kelly & Carter, 2013; Kelly & Tasca, 2016; Simonds & Spokes, 2017), tiek nepalankios vaikystės patirtys siejasi su valgymo sutrikimais (Bakalar et al., 2018; Brewerton, 2022; Trottier & MacDonald, 2017). Vertinant gėdos ir mentalizacijos vaidmenį, ryšiui tarp nepalankių vaikystės patirčių ir valgymo sutrikimų, tyrimų, kuriuose būtų nagrinėjami visi šie veiksniai kartu, nepavyko rasti.

Vienas iš mentalizacijos teorijoje aptariamų konstrukčių – aleksetimija, kartu su distresu, medijuoja ryšį tarp emocinio smurto ir valgymo sutrikimų (Hund & Espelage, 2006). Kitas konstruktas, kuris yra netoli mentalizacijos – emocijų reguliacija keliose tyrimuose medijavo ryšį tarp nepalankių vaikystės patirčių ir valgymo sutrikimų. Ryšį tarp nepalankių vaikystės patirčių (tiek bendrai, tiek emocinio, tiek seksualinio smurto) ir valgymo sutrikimų medijuoja emocijų disreguliacija (Mills et al., 2015; Moulton et al., 2015; Racine & Wildes, 2015). Gėda taip pat svarbi emocijų reguliacijai, nes ji yra mediatorius tarp neigiamų ir teigiamų emocijų ir valgymo sutrikimų (Kelly & Carter, 2013).

Madowitz ir kiti (2015) literatūros apžvalgoje nagrinėja straipsnius apie seksualinį smurtą. Pastebima, kad patirta seksualinė prievarta turi du kelius link valgymo sutrikimų:

1. Pirmasis kelias veda per negatyvų kūno vertinimą: nepasitenkinimą kūnu, gėdą, seksualinę disfunkciją ir baimę, dėl kitos seksualinės prievartos.
2. Antrasis kelias veda per emocijų reguliaciją, komorbidiškų sutrikimų simptomus (depresiją, nerimą), kontrolės poreikį ir perfekcionizmą.

Pagal atliktą Madowitz ir kitų (2015) apžvalgą ir Goss ir Gilbert (2002) teoriją yra du keliai, vedantys link valgymo sutrikimo: pirmajam keliui priklauso gėda, o antrajam – emocijų reguliacija. Pagal

pirmąjį kelią, randami tyrimai nustato, kad gėda gali prisidėti prie neapykantos savo kūnui, o noras riboti maistą gali kilti dėl gėdingų minčių apie kūną (Madowitz et al., 2015). Gėda yra mediatorius tarp patirtos seksualinės prievartos nuo šeimos nario ir nervinės bulimijos (Murray & Waller, 2002), taip pat gėda medijuoja ryšį tarp vaikystėje patirto smurto ir valgymo sutrikimų (Andrews, 1997).

Nors emocijų reguliacija nėra tapatu mentalizacijai, kuris yra platesnis konstruktas, tačiau panašumų randama. Emocijų reguliacija yra gebėjimas paveikti savo būseną, o tai yra glaudu mentalizacijai, kuri vaidina svarbų vaidmenį reguliuojant emocijas, atskleidžiant save. Tačiau emocijų reguliacija yra tik mentalizacijos preliudija, o kada išsivysto mentalizacijos gebėjimas, tada pasikeičia emocijų reguliavimas (Fonagy et al., 2002).

Atsižvelgiant į emocijų reguliaciją, kaip į mentalizacijos pradžia, galima kelti prielaidą, kad mentalizacija tarpininkauja tarp nepalankių vaikystės patirčių ir valgymo sutrikimų. Mentalizacijos gebėjimai neigiamai ir reikšmingai siejasi su nepalankiomis vaikystės patirtimis ir traumomis (Katzman & Papouchis, 2023; Peters, 2021; Wagner-Skacel et al., 2022), o traumas neigiamai su užtikrintumu savo psichinėmis būsenomis bei teigiamai su neužtikrintumu savo psichinėmis būsenomis (Berthelot et al., 2022). Mentalizacijos gebėjimas moderuoja ryšį tarp traumas ir bendros psichopatologijos (Karaca Dinç et al., 2021).

Tyrimų apie gėdą ir mentalizaciją valgymo sutrikimų kontekste rasti nepavyko, tačiau tyrimai apie gėdą ir emocijų reguliaciją nurodo, kad emocijų reguliacija medijuoja ryšį tarp gėdos ir valgymo sutrikimų (Gupta et al., 2008). O gėda, per neigiamų ir teigiamų emocijų mediatorius prognozuoja valgymo sutrikimus (Kelly & Carter, 2013). Atsižvelgiant į literatūrą, analizuojant ryšį tarp nepalankių vaikystės patirčių ir valgymo sutrikimų, gėda ir mentalizacija yra galimi tarpininkai ryšiui tarp nepalankių vaikystės patirčių ir valgymo sutrikimų. Tačiau, mokslinės literatūros trūkumo išgryninimas skatina jos papildymą ir dar gilesnę šių veiksnių analizę.

Randamos sąsajos ir teoriniai modeliai nurodo, kad nepalankios vaikystės patirtys veda link valgymo psichopatologijos. Šiame skyrelyje minėta, kad autoriai nurodo, jog nepalankios vaikystės patirtys siejasi su valgymo problemomis. Tačiau, nėra vienos priežasties psichikos problemoms rastis – sunkumams formuoti svarbūs ir kiti veiksniai. Tyrimais nustatyta, kad gėdą dažniau išgyvena valgymo problemų turintys žmonės. Šie žmonės prasčiau supranta tikrąsias savo psichikos būsenas. Vis tik, nors visi šie konstruktai yra tyrinėjami valgymo sutrikimų kontekste, tačiau dar trūksta tyrimų kurie nurodytų, kaip dėl įvairių sunkumų formuojasi valgymo problemos.



## 1.6 Tyrimo tikslas ir uždaviniai

Tyrimo tikslas: ištirti valgymo sutrikimų, mentalizacijos, nepalankių vaikystės patirčių ir gėdos sąsajas tarp normalaus valgymo elgesio, sutrikusio valgymo ir valgymo sutrikimų moterų grupėse.

Tyrimo uždaviniai:

1. Palyginti valgymo sutrikimų, mentalizacijos, nepalankių vaikystės patirčių ir gėdos tarp normalaus valgymo elgesio, sutrikusio valgymo, valgymo sutrikimų grupės moterų.
2. Išsiaiškinti valgymo sutrikimų, mentalizacijos, nepalankių vaikystės patirčių ir gėdos sąsajas, kontroliuojant normalaus valgymo elgesio, sutrikusio valgymo, valgymo sutrikimų grupes.
3. Nustatyti gėdos ir mentalizacijos, kaip mediatorių, vaidmenį tarp nepalankių vaikystės patirčių ir valgymo sutrikimų.

## 2. METODAI

### 2.1 Tyrimo dalyvės

Šiame tyrime dalyvavo 470 suaugusių moterų. Tiriamosios, pagal gautus atsakymus, suskirstytos į tris grupes: normalaus valgymo elgesio, sutrikusio valgymo ir valgymo sutrikimų. Normalaus valgymo elgesio grupei priskirtos tos moterys, kurios pažymėjo neturinčios problemų su valgymu. Sutrikusio valgymo grupei priskirtos tos moterys, kurios pažymėjo turinčios problemų su valgymu, tačiau neturi diagnozuoto valgymo sutrikimo. Valgymo sutrikimų grupei priskirtos tos moterys, kurios įvardino turinčios valgymo sutrikimų diagnozę. Klinikinėje valgymo sutrikimų grupėje, daugiausiai moterys pažymėjo sergančios nervine anoreksija ( $n = 27$ ), nervine bulimija ( $n = 17$ ) ir keliais valgymo sutrikimais ( $n = 12$ ). Persivalgymo sutrikimu sirgo šešios moterys, netipine nervine bulimija ir nepatiksliu valgymo sutrikimu po tris kiekvienoje grupėje.

Tiriamųjų amžius nuo 18 iki 66 metų ( $M = 26,1$ ;  $SD = 9,3$ ): normalaus valgymo elgesio grupėje  $M = 28,4$  ( $SD = 12$ ), sutrikusio valgymo grupėje  $M = 25,7$  ( $SD = 8,4$ ), valgymo sutrikimų grupėje  $M = 27$  ( $SD = 7$ ). Pagal socialinius – demografinius rodiklius, dauguma tiriamųjų 87,7% gyveno mieste, 59,6% buvo netekėjusios, 27,9% gyveno su partneriais / sutuoktiniais arba 22,3% vienos. 41,9% buvo įgijusios aukštąjį universitetinį, 33,2% pagrindinį, vidurinį ar profesinį išsilavinimą. Dauguma tiriamųjų 40,2% mokėsi / studijavo ir 30,0% studijavo / mokėsi ir kartu dirbo. Tiriamosios vertino savo pasitenkinimą kūnu, kuris vidutiniškai buvo apie 5,8 ( $SD = 2,2$ ). Statistiškai reikšmingi skirtumai tarp grupių pastebėti lyginant amžių ir pasitenkinimą kūnu – daugiau vyresnių respondenčių buvo valgymo sutrikimų grupėje lyginant su sutrikusio valgymo grupe, o valgymo sutrikimų ir sutrikusio valgymo grupės moterys savo pasitenkinimą kūnu vertino žemiau negu normalaus valgymo elgesio grupės moterys. Normalaus valgymo elgesio moterys vidutiniškai pasitenkinimą kūnu įvertino 7,1 ( $SD = 1,9$ ), sutrikusio valgymo 5,5 ( $SD = 2,1$ ), valgymo sutrikimų 5 ( $SD = 2,3$ ). Visi tiriamųjų socialiniai – demografiniai rodikliai pateikti prieduose (1 priedas).

## 2.2 Tyrimo eiga

Ryšiams tarp kintamųjų nustatyti pasirinkta skerspjūvio tyrimo strategija. Duomenys tyrimui buvo renkami elektroniniu būdu „Survey Monkey“ platformoje. Anketa buvo platinama kartu su kvietimo plakatu socialiniuose tinkluose, įvairiose grupėse, kurių dauguma dalyvių buvo moterys. Taip pat anketa su kvietimu buvo platinama įvairiuose forumuose, siunčiami laiškai organizacijoms, kuriose buvo prašoma pasidalinti tyrimo anketa su darbuotojomis, studentėmis. Tyrimo anketos preambulėje pateiktas informuotas sutikimas, nurodant tyrimo tikslą, informaciją apie konfidencialumą, anonimišką, savanorišką dalyvavimą tyrime bei pagalbos galimybes, siekiant sumažinti galimą žalą. Informuotas sutikimas pateikiamas prieduose (2 priedas) Pasirinktas patogiosios atrankos būdas, nes taip norėta greičiau pasiekti didesnę tyrimo dalyvių dalį turint ribotus resursus, tačiau šis būdas stokoja reprezentatyvumo ir patikimumo. Visą tyrimo dalyvių paieškos etapą šio darbo autorė vykdė savarankiškai.

Kvietimas dalyvauti tyrime ir tyrimo anketa buvo platinama kelis mėnesius – nuo 2022 spalio iki gruodžio. Anketos pildymo laikas svyravo nuo 20 iki 50 minučių. Kadangi tai buvo didesnis projektas, anketoje buvo pateikiama daugiau klausimynų nei naudojama šiame darbe. Dar moterys užpildė klausimynus, vertinančius prieraišumą, perfekcionizmą, depresijos simptomus. Tyrimo dalyvėms buvo keliami šie kriterijai:

1. Tyrimo dalyvės save identifikavo su moteriška lytimi, tą nurodė anketoje.
2. Tiriamosios ne jaunesnės, nei 18m. amžiaus.

## 2.3 Instrumentai

**Socialinių – demografinių klausimų anketa** – tyrimo dalyvių buvo prašoma nurodyti savo amžių, gyvenamąją vietą, šeiminių padėčių, artimuosius, su kuo šiuo metu kartu gyvena, išsilavinimas, darbinę veiklą, įvertinti pasitenkinimą savo kūnu ir nurodyti, ar susiduria su valgymo problemomis, ar turi valgymo sutrikimų diagnozę. Ši anketa pateikiama prieduose (3 priedas).

**Valgymo sutrikimų ištyrimo klausimynas – 6.0** (angl. *Eating Disorder Examination Questionnaire* – 6.0, EDEQ – 6.0, lietuviška klausimyno versija sutrumpintai vadinama LT-EDEQ). Klausimyno autoriai yra Fairburn ir Beglin (2008). Klausimyno naudojimui yra suteikiamas viešas

autorių leidimas. Lietuvišką klausimyno versiją (LT – EDEQ 6.0) validavo Bacevičienė ir kiti (2020) kurie šį klausimyną išvertė ir naudojo savo tyrime. Dr. M. Bacevičienė suteikė leidimą naudoti lietuvišką šio klausimyno versiją.

Klausimyną sudaro 31 klausimas ir 4 subskalės. Pirmoji subskalė vertina ribojimą, klausimais apie sąmoningą bandymą riboti maisto kiekį, patinkančių maisto produktų atsisakymą, griežtų taisyklių mitybai laikymąsi, siekiant padaryti įtaką svoriui ir figūrai. Likusios trys subskalės skirtos susikoncentravimui: antroji į valgymą, kuris vertinamas šiais klausimais – trikdančių minčių apie maistą ir valgymą pasireiškimas, baimė prarasti kontrolę valgant, valgymas paslapčia. Klausimai apie norą turėti plokščią pilvą, sunkumai sutelkti dėmesį dėl minčių apie maistą, baimė priaugti svorio, vertino trečiąją subskalę – susikoncentravimą į kūno formą. Ketvirtoji subskalė, susikoncentravimas į svorį, buvo vertinama klausimais apie stiprų norą mesti svorį, svorio sąsaja su savęs vertinimu, svėrimosi dažnį. Visus teiginius, kurie priklauso subskalėms, reikia įvertinti nuo 0 (nei vienos dienos) iki 6 (kiekvieną dieną), pasirenkant, kaip dažnai, per pastarąsias 28 dienas, pasireškė valgymo sutrikimams būdingas elgesys. Aukštesni rezultatai nurodo valgymo sutrikimo riziką, tačiau diagnostikai svarbus papildomas ištyrimas.

Šiame tyrime klausimyno bendros skalės ir poskalių vidinis suderinamumas buvo geras. Bendros skalės Cronbach  $\alpha = 0,952$ , poskalių: ribojimo  $\alpha = 0,861$ , susikoncentravimo į valgymą  $\alpha = 0,838$ , susikoncentravimo į kūno formą  $\alpha = 0,911$ , susikoncentravimas į svorį  $\alpha = 0,836$ . Pritaikius faktorinę analizę, Kaiser – Meyer – Olkin kriterijus buvo labai geras – KMO = 0,944. Bartleto dispersija  $\chi^2(231) = 8107,0$  ( $p = 0,000$ ), 4 faktorių modelis tiko duomenims. Bendrai klausimynas paaiškino 70,1% kintamojo – kiekvienas kintamasis po 51,1%, 9,4%, 5,8%, 3,8%. Patvirtinančioji faktorinė analizė (CFA) nepatvirtino faktorių struktūros, nes modelis netiko duomenims. Šiam klausimynui skirta Jenkins ir Rienecke (2022) sisteminės apžvalga nurodo, kad nevisuose tyrimuose patvirtinami keturi faktoriai.

Klausimyne yra papildomi atviri klausimai apie kompensacinį valgymo elgesį. Šie klausimai nepriklauso jokiai subskalei, skaičiuojami atskirai, nurodant pasireiškimo dažnį. Visi šie klausimai buvo analizuojami, suskirstant į tris grupes, pagal elgesį, apie kurį klausiama:

1. Nepasireiškė
2. Buvo pasireiškęs (pasireiškė 1 – 3 kartus per pastarąsias 28 dienas)
3. Pasireiškė reguliariai (pasireiškė 4 ar daugiau kartų per pastarąsias 28 dienas, išskyrus ribojimą, kuris reguliariai laikomas, jei įvyko 13 ar daugiau kartų per pastarąsias 28 dienas ir perdėtas sportavimas – jei įvyko 20 ar daugiau kartų per pastarąsias 28 dienas)

Rezultatų dalyje nurodomos dvi grupės: buvo pasireiškęs ir pasireiškia reguliariai. Sutrikęs valgymas ir kompensacinis valgymo elgesys buvo nustatomas pagal šiuos klausimus: maisto ribojimas reiškė nevalgymą 8 val. ar daugiau, siekiant padaryti įtaką savo figūrai ir svoriui. Objektiviūs persivalgymo epizodai reiškė kartus, kada suvalgytas toks maisto kiekis, kurį kiti laiko nepaprastai dideliu. Persivalgymas, prarandant kontrolės jausmą, buvo apibūdinamas kontrolės praradimu persivalgant. Subjektyviūs persivalgymo epizodai buvo apibūdinami neįprastai dideliu suvalgytu maisto kiekiu ir kontrolės praradimu persivalgymo metu. Dirbtinai sukeltas vėmimas buvo apibūdinamas kaip sau sukeltas vėmimas, siekiant kontroliuoti svorį ir figūrą. Laisvinamųjų vaistų ir / ar diuretikų vartojimas apibūdinamas kaip laisvinamųjų vaistų ir / ar diuretikų vartojimas, siekiant kontroliuoti savo svorį ir figūrą. Perdėtas sportavimas buvo apibūdinamas kaip sportavimas su dideliu užsipyrimu, siekiant padailinti savo figūrą, sumažinti kūno svorį ar sudeginti kalorijas.

Valgymo sutrikimų ištyrimo klausimyne buvo papildomi 3 klausimai apie menstruacijų ciklą - ar menstruacijos vėlavo, kiek kartų, ar buvo vartojami kontraceptiniai vaistai. Klausimas, kiek kartų menstruacijos vėlavo, buvo pateikiamas tik toms moterims, kurios nurodė, kad per pastaruosius kelis mėnesius joms vėlavo menstruacijos. Klausimas, kiek kartų vėlavo menstruacijos, buvo paliktas atviras. Tiriamosios turėjo įrašyti konkretų atsakymą. Kai kurios tiriamosios tiksliai nenurodė, kiek kartų joms vėlavo menstruacijos, tokie atsakymai kaip – „visada vėluoja“, „visada nereguliaros“, „amenorėja“, nebuvo įtraukiamos į analizę dėl tikslumo stokos.

**Mentalizacijos skalė** (angl. *Mentalization Scale (MentS)*) (Dmitrijevič et. al., 2017). Klausimynas skirtas matuoti mentalizaciją klinikiniais tikslais, vertinant individualius skirtumus ir atliekant tyrimus. Klausimyną sudaro 28 teiginiai, kurie skirstomi į tris subskales: su kitais susijusi mentalizacija (sudaro 10 teiginių), su savimi susijusi mentalizacija (sudaro 8 teiginiai) ir mentalizacijos motyvacija (sudaro 10 teiginių). Autorių leidimą gavo ir į lietuvių kalbą klausimyną vertė prof. dr. R. Barkauskienė, dr. L. Gervinskaitė – Paulaitienė ir doc. dr. A. Adler, kurios davė leidimą šią skalę naudoti tyrime.

Klausimais, apie domėjimasi kitų žmonių elgesio priežastimis, supratimą, kaip kitas žmogus jaučiasi, spėjimą, apie kito žmogaus jausmus ir įsitikinimus, buvo siekta nustatyti su kitais susijusią mentalizaciją. Vertinant su savimi susijusią mentalizaciją, buvo užduodami klausimai: ar sunku išreikšti savo jausmus žodžiais, pripažinti tam tikrus savo jausmus, paaiškinti savo elgesio priežastis. Motyvacija mentalizuoti vertinama klausimais apie norą suprasti kito žmogaus elgesį, tam skirti savo dėmesį, galvoti apie kito žmogaus poreikius ir norus. Galimi atsakymo 5 variantai, kurie varijuoja nuo „visiškai netinka“ iki „visiškai tinka“. Sudėjus trijų poskalių rezultatus, skaičiuojamas bendras skalės balas.

Šiame tyrime šio klausimyno vidinis suderinamumas buvo geras: bendros skalės Cronbach  $\alpha = 0,889$ , poskalės: į kitus nukreipta mentalizacija  $\alpha = 0,846$ , į save nukreipta mentalizacija  $\alpha = 0,796$ , motyvacija mentalizuoti  $\alpha = 0,807$ . Pritaikius faktorinę analizę, Kaiser – Meyer – Olkin kriterijus buvo geras – KMO = 0,898. Bartleto dispersija  $\chi^2(378) = 4955,04$  ( $p = 0,000$ ). Bendrai klausimynas paaiškino 45,2% kintamojo – kiekvienas kintamasis po 27,1%, 11,4%, 6,7%. Autoriai validuodami klausimyną nenaudojo patvirtinančios faktorinės analizės (CFA) dėl per mažos imties (Dimitrijević et al., 2018), kiti tyrėjai, validuodami klausimyną, naudojo CFA, tačiau modelis netiko duomenis ir reikalavo kelių klausimų pašalinimo (Törenli-Kaya et al., 2021). Šiame tyrime modelis netiko duomenims, tačiau norėjosi išlaikyti autorių sukurtą klausimyno struktūrą jos nekoreguojant, be to vidinio suderintumo ir faktorinės analizės rezultatai nurodė, kad skalė yra tinkama naudoti tyrime.

**Sutrumpinta – emocijų mentalizacijos skalė** (angl. *Brief - Mentalized Affectivity Scale, B – MAS*), ilgesnio klausimyno autoriai Greenberg ir Jurist (2017) parengė trumpesnę MAS versiją B – MAS, kurią sudaro 12 klausimų, matuojantys 3 poskales – emocijų atpažinimą (4 klausimai), emocijų apdorojimą (4 klausimai) ir emocijų išreiškimą (4 klausimai). Autorių leidimą naudoti klausimyną gavo ir į lietuvių kalbą vertė doc. dr. A. Adler, U. Vilytė ir G. Stepanavičiūtė.

Norint nustatyti emocijų atpažinimą, buvo užduoti klausimai, apie dedamas pastangas suprasti įvairias savo emocijas, naudoti retrospektyvų požiūrį į dabartinę emocinę būseną. Emocijų apdorojimas buvo išsiaiškintas klausimais, apie žinomas savo emocijų priežastis, gebėjimą reguliuoti ir kontroliuoti savo emocijas bei jas atskirti. Emocijų išreiškimo poskalė buvo sudaryta iš klausimų apie tai, jog pavyksta gerai kontroliuoti emocijas, gebama kitiems išsakyti savo jausmus, jų nelaikyti savyje. Galimi 7 atsakymo variantai nuo „visiškai nesutinku“ iki „visiškai sutinku“.

Emocijų mentalizacijos skalės vidinis suderinamumas šiame tyrime buvo pakankamai geras, subskalių: emocijų atpažinimo Cronbach  $\alpha = 0,753$ , emocijų apdorojimo  $\alpha = 0,712$ , emocijų išreiškimo  $\alpha = 0,798$ . Pritaikius faktorinę analizę, Kaiser – Meyer – Olkin kriterijus buvo geras – KMO = 0,807. Bartleto dispersija  $\chi^2(66) = 2049,5$  ( $p = 0,000$ ). Bendrai klausimynas paaiškino 62,8% kintamojo – kiekvienas kintamasis po 34,4%, 15,7%, 12,7%. Dėl klausimyno naujumo, autoriai vietoj CFA analizės siūlo rinktis faktorinę analizę, kuri padeda labiau tyrinėti klausimyną (Greenberg et al., 2021).

**Vaikystės patirčių klausimynas** (adaptuota Barkauskienės ir Gervinskaitės-Paulaitienės, 2015). Klausimynas parengtas remiantis nepalankių vaikystės patirčių klausimynu (angl. *Adverse Childhood Experience Questionnaire ACE*, Dube et al., 2001), kuris buvo naudotas viename didžiausių JAV nepalankių vaikystės patirčių tyrimų (Felitti et al., 1998).

Šis klausimynas vertina skirtingų rūšių smurto ir apleistumo patyrimą: fizinį, emocinį ir seksualinį smurtą bei fizinį ir emocinį apleistumą. Šį klausimyną sudaro 10 klausimų – kiekvienam smurto ir apleistumo tipui skiriami du klausimai. Klausimais norima išsiaiškinti, ar smurtą ir apleistumą patyrė iš žmogaus savo šeimoje, išskyrus seksualinį smurtą, kai klausiama, ar tai patyrė iš bet kokio kito suaugusio žmogaus ar 5 metais vyresnio vaiko. Vertinant emocinį smurtą, klausiama apie patirtą įžeidinėjimą, žeminimą, baimę būti fiziškai sužeistai. Fizinis smurtas vertinamas klausimais: ar buvo susistumdymo, sugriebimo, trenkimo, fizinio sužalojimo. Klausimais apie seksualinį smurtą siekta išsiaiškinti, ar tiriamosios turėjo seksualiai liesti, glamonėtis, turėti lytinius santykius prieš jų valią. Emocinis apleistumas vertinamas klausimais, ar tiriamosios vaikystėje jautėsi nemylimos, nesvarbios, jomis nesirūpino, nepalaikė, nebuvo artimo ryšio tarp šeimos narių. Klausimais apie fizinį apleistumą buvo siekta išsiaiškinti bazinių poreikių nepatenkinimą, tėvų nesirūpinimą vaiko saugumu ir sveikatos būkle. Pateikiami keturi galimi atsakymų variantai – nuo niekada iki labai dažnai, išskyrus klausimui apie seksualinį smurtą, kuriame atsakymo variantai yra dichotominiai – taip / ne. Sudėjus visas poskales, skaičiuojamas bendras balas.

Šiame tyrime vaikystės patirčių klausimyno rezultatai vertinami dviem būdais. Pirmuoju būdu vertinamas nepalankių vaikystės patirčių dažnis. Jis skaičiuojamas, remiantis teigiamais atsakymais, t.y. jeigu tiriamosios pažymėjo bent vieną teigiamą atsakymą (bent kartą išgyvenusios tam tikrą patirtį), buvo laikoma, kad jos yra išgyvenusios šią nepalankią patirtį. Antrasis skaičiavimo būdas pagal vidurkius.

Skaičiuojant gautų poskalių rezultatus, emocijų apleistumo vidinis suderinamumas šiame tyrime buvo ypač žemas ir nesiekė tinkamo tyrime naudoti lygio Cronbach  $\alpha = 0,418$ . Atsižvelgiant į kitų tyrėjų Peng ir kiti (2023) pasirinkimą tokiu atveju, buvo nuspręsta emocinio ir fizinio apleistumo poskales sujungti kartu ir vertinti bendrą apleistumą. Šiame tyrime buvo skaičiuotos keturios poskalės – emocinio smurto, fizinio smurto, seksualinio smurto ir apleistumo. Šio klausimyno vidinis suderinamumas buvo tinkamas naudoti tyrime: bendros skalės Cronbach  $\alpha = 0,845$ , poskalių: emocinio smurto  $\alpha = 0,782$ , fizinio smurto  $\alpha = 0,781$ , seksualinio smurto  $\alpha = 0,627$ , apleistumo  $\alpha = 0,699$ . Pritaikius faktorinę analizę, Kaiser – Meyer – Olkin kriterijus buvo geras – KMO = 0,839. Bartleto dispersija  $\chi^2(45) = 1890,5$  ( $p = 0,000$ ). Bendrai klausimynas paaiškino 75,9% kintamojo – kiekvienas kintamasis po 42,4%, 15,3%, 10,2%, 8,1%. Atlikta patvirtinančioji faktorinė analizė (CFA) su keturiomis poskalėmis, kuri nurodė, kad keturių faktorių modelis gerai tinka duomenims:  $\chi^2(2) = 6,711$ ,  $p = 0,035$ , RMSE = 0,071 [0,016 – 0,133], CFI = 0,993, TLI = 0,979, SRMR = 0,021.

**Gėdos patyrimo skalė** (angl. *Experience of Shame Scale, (ESS)*, Andew & Hunter, 2002) sukurta pagal interviu apie gėdą pagal Andrews ir Hunter (1997). Skalė sudaryta iš 25 teiginių ir skirta matuoti

skirtingų tipų gėdą: charakterologinę, elgsenos ir kūnišką. Autorių leidimą gavo ir į lietuvių kalbą klausimyną vertė doc. dr. D. Čekuolienė ir V. Jurgaitienė.

Vertinant charakterologinę gėdą, klausiama apie gėdos patyrimą dėl savo įpročių, elgesio su kitais, buvimo tikroju savimi. Taip pat aiškinamasi, ar dėl šių dalykų pasireiškia nerimas, vengimas. Vertinant elgsenos gėdą, klausimais siekiama nustatyti, ar gėda kyla, padarius ką nors ne taip, kvailai, patyrus nesėkmę, ar dėl to išgyvenamas nerimas, noras tokį elgesį paslėpti. Kūniškai gėdai atskleisti, buvo užduoti klausimai: ar tiriamosios gėdijasi kurios nors kūno vietos, nerimauja dėl išvaizdos, vengia žiūrėti į veidrodį ir maskuoja tai, kas nepatinka. Galimi keturi atsakymo variantai nuo „visai ne“ iki „labai stipriai“. Sudėjus visų poskalių rezultatus, skaičiuojamas bendras balas.

Šiame tyrime vidinio suderinamumo rezultatai buvo geri – bendros skalės Cronbach  $\alpha = 0,964$ , poskalių: charakterologinės gėdos  $\alpha = 0,940$ , elgsenos gėdos  $\alpha = 0,938$ , kūniškos gėdos  $\alpha = 0,897$ . Pritaikius faktorinę analizę, Kaiser – Meyer – Olkin kriterijus buvo puikus – KMO = 0,948. Bartleto dispersija  $\chi^2(300) = 10497,95$  ( $p = 0,000$ ). Bendrai klausimynas paaiškino 67,5% kintamojo – kiekvienas kintamasis po 54,2%, 7,6%, 5,7%. Kadangi pateikiami panašūs klausimai (apie tą patį veiksma klausiama, ar dėl jo kyla nerimas, gėda, vengimas), jie persidengia, dėl to, skaičiuojant CFA, modelis netiko duomenims. Atsižvelgiant į Vizin ir kitų (2016) straipsnyje nurodomą modelio patvirtinimą, klausimai apie tą patį veiksni buvo apjungti dvigubu ryšiu. Toks modelis pakankamai tiko duomenims:  $\chi^2(251) = 914,2$ ,  $p = 0,000$ , RMSE = 0,075 [0,070-0,080], CFI = 0,936, TLI = 0,924, SRMR = 0,046. Nors TFI duomenys nenurodo, kad modelis gerai tiko duomenims, tačiau atsižvelgiant į kitą straipsnį, Théberge ir kiti (2021), kuriame šis klausimynas buvo adaptuojamas į prancūzų kalbą, nustatyta, kad geriausi modelio rezultatai gaunami naudojant šį apjungimą. Vis tik, šis modelis puikiai netinka duomenims, nes autoriai, kurdami ir validuodami šį klausimyną, dirbo tik su studentų grupe (Théberge et al., 2021).

## 2.4 Duomenų analizės metodai

Surinkti duomenys buvo suvesti ir analizuojami IBM „SPSS“ 27.0 programoje. Aprašomojoje vienmatėje duomenų analizėje buvo skaičiuojamas vidurkis, standartinis nuokrypis (SD). Dažnis aprašomas nurodant tiriamųjų tikslų atsakymų skaičių (n) ir procentinę reikšmę (%). Klausimynų vidinis suderinamumas vertinamas Cronbach alpha ( $\alpha$ ) koeficientu, laikoma, kad jei  $\alpha > 0,6$ , skalė yra pakankamai suderinta ir tinkama naudoti tyrimuose. Vertinamas rezultatų atitikimas normaliajam



skirstiniui: pagal asimetrijos ir ekseso rodiklius ( $<1$ ) bei Shapiro – Wilko kriterijų ( $p > 0,05$ ). Parametriškumo prielaida nebuvo tenkinama, dėl to buvo naudojami neparametriniai kriterijai.

Analitinėje dvimatėje analizėje buvo skaičiuojama  $p$  reikšmė, siekiant palyginti grupes. Statistiškai reikšmingi rezultatai buvo laikomi tada, kai  $p < 0,05$ . Kruskalo – Voliso H ( $\chi^2$ ) kriterijus naudotas rangų palyginimams, kadangi grupių buvo daugiau nei dvi. Siekiant surasti, tarp kurių grupių pasireiškia statistiškai reikšmingi skirtumai, buvo pritaikytas daugkartinio palyginimo testas (post hoc Bonferroni). Pasiskirstymui tarp grupių palyginti taikytas Chi kvadratas ( $\chi^2$ ). Siekiant nustatyti faktorių patvirtinimą, buvo taikytas Kaiser – Meyer – Olkin kriterijus (KMO) ir Bartleto dispersija. KMO buvo laikomas tinkamu, jei buvo 0,8 ar daugiau.

Tolydžiųjų kintamųjų ryšiams įvertinti buvo naudojamas Spirmeno koreliacijos koeficientas ( $\rho$ ), taikant dalinę koreliaciją. Koreliacijos rezultatai buvo interpretuojami pagal Cohen (1988), kuris nurodo socialiniams tyrimams tinkamą skirstymą – 0,1 koeficiento dydis reiškia silpną koreliaciją, apie 0,3 – vidutinę, nuo 0,5 ir daugiau – stiprią koreliaciją.

Skaičiuota patvirtinančioji faktorinė analizė (CFA) ir struktūrinio lygčių modeliavimo (SEM) modeliai Mplus programoje. Modeliai buvo tvirtinami, jei gerai tiko duomenims – CFI  $> 0,90$ , TLI  $> 0,95$ , RMSEA  $< 0,08$ , SRMR  $< 0,08$ ,  $\chi^2$  buvo nevertinas dėl didelės imties, kadangi tai nėra kertinis rodiklis modelio patikimumui.

### 3. REZULTATAI

Šioje dalyje rezultatai nagrinėjami vadovaujantis tyrimo tikslu ir išsikeltais uždaviniais. Iš pradžių lyginami normalaus valgymo elgesio, sutrikusio valgymo ir valgymo sutrikimų grupių įverčiai pagal valgymo sutrikimų elgesį, mentalizaciją, nepalankias vaikystės patirtis ir gėdą. Antrame šios dalies skyrelyje pateikiamos sąsajos tarp nagrinėjamų reiškinių, o paskutiniame – struktūrinių lygčių modeliavimo modelis.

#### 3.1 Valgymo sutrikimų elgesio palyginimas tarp grupių

Vertinant valgymo sutrikimams būdingą elgesį – ribojimą, susikoncentravimą į valgymą, susikoncentravimą į kūno formą, susikoncentravimą į svorį bei bendrą valgymo sutrikimų elgesio skalę, nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai lyginant NVE grupę su SV ir VS grupėmis. Gauti duomenys pateikiami 1 lentelėje.

1 lentelė. *Valgymo sutrikimų elgesio palyginimas tiriamose grupėse.*

EDE – Q 6.0 poskalės ir bendra skalė	NVE	SV	VS	$\chi^2$	df	p	Reikšmingi skirtumai tarp grupių	
								p
	M (SD)							
<b>Ribojimas</b>	0,7 (1)	2,2	2,2	84,6	2	<0,001	VS > NVE	<0,001
		(1,7)	(1,9)				SV > NVE	<0,001
<b>Susikoncentravimas i valgymą</b>	0,5 (0,8)	1,9	2,31	137,5	2	<0,001	VS > NVE	<0,001
		(1,4)	(1,7)				SV > NVE	<0,001
<b>Susikoncentravimas į kūno formą</b>	1,7 (1,3)	3,5	3,72	109,5	2	<0,001	VS > NVE	<0,001
		(1,5)	(1,8)				SV > NVE	<0,001
<b>Susikoncentravimas į svorį</b>	1,2 (1,2)	3,1	3,45	127,8	2	<0,001	VS > NVE	<0,001
		(1,5)	(1,8)				SV > NVE	<0,001
<b>Bendra skalė</b>	1,1 (1)	2,8	3,06	131,0	2	<0,001	VS > NVE	<0,001
		(1,3)	(1,6)				SV > NVE	<0,001

Pastaba: EDE – Q 6.0 – valgymo sutrikimų elgesio klausimynas, NVE – normalus valgymo elgesys, SV – sutrikęs valgymas, VS – valgymo sutrikimai. p statistiškai reikšminga kai  $p < 0.05$ . Sutrikusio valgymo ir kompensacinio elgesio dažnis.

Valgymo sutrikimų elgesį statistiškai reikšmingai dažniau nurodo SV ir VS grupės moterys, lyginant su NVE grupės moterimis (1 lentelė). Kitais klausimais buvo siekiama išsiaiškinti tyrimo dalyvėms būdingą sutrikusio valgymo ir kompensacinio valgymo elgesio dažnį. Sutrikęs valgymas šiuo atveju buvo ribojimas ir persivalgymas, o kompensacinis valgymo elgesys – dirbtinis vėmimo sukėlimas, laisvinamųjų vaistų ir/ar diuretikų vartojimas ir perdėtas sportavimas. Pateikiami atsakymai pagal tikslingai į klausimus atsakiusiųjų rezultatus. Gauti duomenys pateikiami 2 lentelėje.

2 lentelė. *Sutrikusio valgymo ir kompensacinio valgymo elgesio dažnumas tiriamose grupėse.*

EDE – Q 6.0 klausimai	NVE		SV		VS	
	BP % (n)	RP % (n)	BP % (n)	RP % (n)	BP % (n)	RP % (n)
<b>Maisto ribojimas</b>	15,6 (19)	10,7 (13)	27,5 (77)	32,9 (92)	44,1 (30)	22,1(15)
<b>Objektyvūs persivalgymo epizodai</b>	24,6 (30)	14,8 (18)	27,1 (76)	36,8 (103)	19,1 (13)	45,5 (31)
<b>Persivalgant prarandamas kontrolės pojūtis</b>	18,9 (23)	5,7 (7)	29,3 (82)	34,6 (97)	11,8 (8)	47,1 (32)
<b>Subjektyvūs persivalgymo epizodai</b>	23,8 (29)	8,2 (10)	29,3 (82)	35,4 (99)	14,7 (10)	44,1 (30)
<b>Dirbtinis vėmimo sukėlimas</b>	0	0	4,6 (13)	4,6 (13)	11, 8 (8)	19,1 (13)
<b>Laisvinamųjų vaistų ar / ir diuretikų vartojimas</b>	0	0	1,8 (5)	4,6 (13)	10,3 (7)	8,8 (6)
<b>Perdėtas sportavimas</b>	21,3 (26)	0,8 (1)	42,1 (118)	4,3 (12)	38,2 (26)	7,4 (5)

Pastaba: EDE – Q 6.0 – valgymo sutrikimų elgesio klausimynas, NVE – normalus valgymo elgesys, SV – sutrikęs valgymas, VS – valgymo sutrikimai. BP – buvo pasireiškęs, PR – pasireiškia reguliariai.

Pastebėta, kad normalaus valgymo elgesio ir sutrikusio valgymo grupėse dažniausias sutrikęs valgymas buvo objektyvūs ir subjektyvūs persivalgymo epizodai, o valgymo sutrikimų – maisto ribojimas. Reguliarus sutrikęs valgymas normalaus valgymo elgesio ir sutrikusio valgymo grupėse buvo objektyvūs persivalgymo epizodai, o valgymo sutrikimų – persivalgymas prarandant kontrolės pojūtį. Kompensacinis valgymo elgesys visose grupėse dažniausiai buvo perdėtas sportavimas. Sutrikusio valgymo grupėje reguliariai pasireiškė visi kompensacinio valgymo elgesio būdai panašiu dažnumu, o valgymo sutrikimų grupėje dažniausias reguliarus kompensacinis valgymo elgesys – dirbtinis vėmimo sukėlimas.

Duomenys, kuriuose nurodomas menstruacijų vėlavimas ir nevėlavimas tarp skirtingų tiriamų grupių, nurodomi lentelėje (3 lentelė).

3 lentelė. *Menstruacijų vėlavimo ir nevėlavimo palyginimas tarp tiriamų grupių.*

	NVE	SV	VS	$\chi^2$	df	p
Menstruacijų:	n (%)					
<b>Vėlavimas</b>	54 (44,3)	138 (49,3)	48 (41,2)	1,9	2	0,392
<b>Nevėlavimas</b>	68 (55,7)	142 (50,7)	40 (58,8)			

Pastaba: NVE – normalus valgymo elgesys, SV – sutrikęs valgymas, VS – valgymo sutrikimai. p statistiškai reikšminga kai  $p < 0.05$ .

Nenustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai pagal menstruacijų vėlavimo dažnį skirtingose tiriamose grupėse. Menstruacijų vėlavimas ir nevėlavimas buvo panašus visose grupėse. Moterys, teigiamai atsakiusios į klausimą apie menstruacijų vėlavimą, sulaukė klausimo, kiek kartų su tuo susidūrė. Atsakymai pateikti 4 – oje lentelėje.

4 lentelė. Menstruacijų vėlavimo kartų palyginimas tarp tiriamų grupių.

	NVE	SV	VS	$\chi^2$	df	p	Reikšmingi skirtumai tarp grupių
	n (%)						
<b>1 kartą</b>	16 (29,6)	39 (32,5)	7 (30,4)				
<b>2 kartus</b>	30 (55,6)	51 (42,5)	5 (21,7)	11,5	4	0,022	NVE > VS
<b>3 ar daugiau kartų</b>	8 (14,8)	30 (25)	11 (47,8)				VS > NVE

Pastaba: NVE – normalus valgymo elgesys, SV – sutrikęs valgymas, VS – valgymo sutrikimai. p statistiškai reikšminga kai  $p < 0.05$ .

Palyginus menstruacijų vėlavimo kartus tarp grupių, nustatyta, kad per pastaruosius kelis mėnesius 2 kartus statistiškai reikšmingai dažniau menstruacijos vėlavo NVE grupės moterims nei VS grupės moterims. 3 ar daugiau kartų menstruacijos statistiškai reikšmingai dažniau vėlavo VS grupei, lyginant su NVE grupe.

Vertinant kontraceptinių vaistų vartojimo paplitimą tarp grupių, nebuvo nustatyta jokių statistiškai reikšmingų skirtumų. Rezultatai pateikiami 5 – oje lentelėje.

5 lentelė. Kontraceptinių vaistų vartojimo ir nevartojimo palyginimas tarp tiriamų grupių.

Kontraceptinių vaistų:	NVE	SV	VS	$\chi^2$	df	p
	n (%)					
<b>Vartojimas</b>	14 (11,5)	31 (6,6)	8 (11,8)			
<b>Nevartojimas</b>	108 (88,5)	249 (88,9)	60 (80,2)	0,03	2	0,984

Pastaba: NVE – normalus valgymo elgesys, SV – sutrikęs valgymas, VS – valgymo sutrikimai. p statistiškai reikšminga kai  $p < 0.05$ .

Taigi, apskaičiavus valgymo sutrikimų elgesio rezultatus, galima teigti, kad sutrikusio valgymo ir valgymo sutrikimo grupės moterims labiau būdingas valgymo sutrikimams priskiriamas elgesys. Vertinant gretutinius valgymo sutrikimų simptomus – menstruacijų vėlavimą, nustatyta, kad valgymo sutrikimus turinčioms moterims menstruacijos vėluoja dažniau nei normalaus valgymo elgesio grupės moterims.

### 3.2 Mentalizacijos veiksnių palyginimas tarp grupių

Įvertinus mentalizacijos skalės rezultatus buvo nustatyta, kad NVE grupė pasižymėjo geresne su savimi susijusia mentalizacija (vidurkinis rangas = 278,2), lyginant su SV (vidurkinis rangas = 220,2) grupe ( $\chi^2(2) = 11,1$ ,  $p = 0,004$ ). Kitų statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta. Visi rezultatai pateikti 3 lentelėje.

Išanalizavus emocijų mentalizacijos rodiklius buvo nustatyta, kad dažniau su sunkumais apdoroti savo emocijas susiduria VS (vidurkinis rangas = 199,3) grupės moterys, lyginant su NVE grupe (vidurkinis rangas = 274,2),  $\chi^2(2) = 15,8$ ,  $p < 0,001$ . Statistiškai reikšmingų skirtumų pagal kitus emocijų mentalizacijos komponentus nenustatyta. Rezultatai pateikti 6 lentelėje.

6 lentelė. *Mentalizacijos kintamųjų palyginimas tarp tiriamų grupių.*

MentS poskalės ir bendra skalė	NVE	SV	VS	$\chi^2$	df	p	Reikšmingi skirtumai tarp grupių	p
	M (SD)							
<b>Į kitą nukreipta mentalizacija</b>	39,5 (5,6)	39,2 (5,9)	40,2 (5,3)	3,7	2	0,157		
<b>Į save nukreipta mentalizacija</b>	27,5 (6,1)	25,4 (5,8)	25,7 (5,8)	11,1	2	<b>0,004</b>	NVE > SV	0,003
<b>Motyvacija mentalizuoti</b>	38,9 (6,7)	39,4 (6,0)	39,7 (5,6)	0,6	2	0,740		
<b>Mentalizacijos bendra skalė</b>	105,0 (13,8)	104,0 (14,8)	105,5 (13,7)	22,8	2	0,759		
<b>B – MAS poskalės</b>								
<b>Emocijų atpažinimas</b>	5,6 (1,2)	5,6 (1,1)	5,7 (1,3)	0,825	2	0,662		
<b>Emocijų apdorojimas</b>	5,0 (1,2)	4,5 (1,2)	4,3 (1,0)	15,8	2	<b>&lt;0,001</b>	NVE > VS	0,001
<b>Emocijų išreiškimas</b>	4,2 (1,4)	3,9 (1,5)	4,0 (1,5)	2,1	2	0,349		

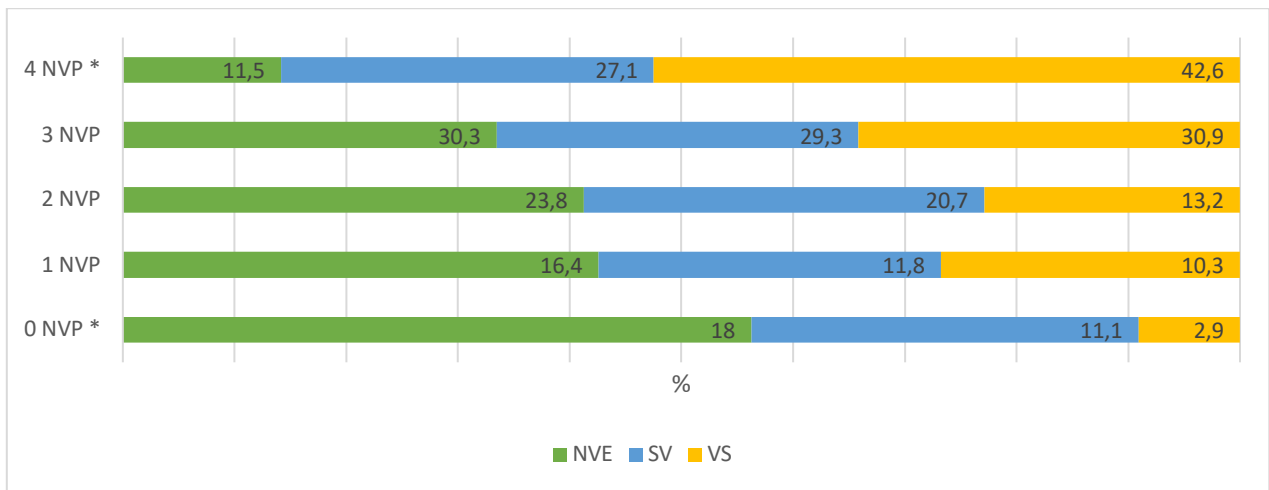
Pastaba: NVE – normalus valgymo elgesys, SV – sutrikęs valgymas, VS – valgymo sutrikimai, MentsS – mentalizacijos skalė, B-MAS – emocijų mentalizacija skalė, p statistiškai reikšminga kai  $p < 0,05$ .

### 3.3 Nepalankios vaikystės patirčių palyginimas tarp grupių

#### 3.3.1 Nepalankių vaikystės patirčių paplitimas

Siekiant detaliai išanalizuoti nepalankias vaikystės patirtys, pirmiausia buvo skaičiuojamas nepalankių vaikystės patirčių kiekis ir jo palyginimas tarp grupių. Nepalankių vaikystės patirčių kiekis buvo skaičiuojamas atsižvelgiant į tai, kiek tiriamosios nurodė patyrusios skirtingų nepalankių vaikystės patirčių. 0 šiuo atveju reiškia, kad tiriamosios nebuvo nei vienos nepalankios vaikystės patirties, 1 – reišė, kad tiriamosios patyrusios vieną nepalankios vaikystės patirties rūšį, 2 – tiriamosios patyrusios dvi nepalankių vaikystės patirčių rūšis, 3 – tiriamosios patyrusios tris nepalankias vaikystės patirčių rūšis, 4 – patyrusios keturias nepalankių vaikystės patirčių rūšis. Nepalankių vaikystės patirčių kiekio palyginimas tarp grupių nurodomas 4 paveikslėlyje.

4 pav. nepalankių vaikystės patirčių kiekio palyginimas tarp tiriamų grupių.



Pastaba: NVE – normalus valgymo elgesys, SV – sutrikęs valgymas, VS – valgymo sutrikimai, NVP – nepalankios vaikystės patirtys. \* kai  $p < 0,05$ .

Dauguma moterų ( $n = 415$ , 88,3%) nurodė patyrusios bent vieną NVP. 100 (82%) NVE, 249 (88,9%) SV ir 66 (97,1%) VS grupės moterų pažymėjo patyrusios bent vieną NVP. VS grupėje esančios moterys, statistiškai reikšmingai dažniau buvo patyrusios bent vieną NVP, lyginant su NVE grupe,  $\chi^2(2) = 7,9$ ,  $p = 0,019$ . VS grupei priklausančios moterys dažniau buvo patyrusios 4 NVP, lyginant su NVE grupe  $\chi^2(6) = 20,7$ ,  $p = 0,002$ .

Gilesnėje analizėje buvo nustatyta, kad dauguma moterų ( $n = 351$ , 74,7%) buvo patyrusios 3 ar mažiau NVP, tačiau ketvirtadalis ( $n = 119$ , 25,3%) buvo patyrusios 4 NVP. Dėl to dar lyginama, kurios

moterys buvo patyrusios 3 ar mažiau NVP. Buvo vertinama, kiek vidutiniškai NVP buvo išgyvenusios kiekvienos grupės moterys. Skaičiavimai pateikiami lentelėje (7 lentelė).

7 lentelė. *Nepalankių vaikystės patirčių vidurkis ir paplitimas pagal skirtingas tiriamas grupes.*

NVP	NVE	SV	VS	$\chi^2$	df	p
<b>M (SD)</b>	2 (1,2)	2,4 (1,3)	3 (1,1)			
<b>Reikšmingi skirtumai tarp grupių</b>	NVE < SV (p=0,001)	SV < VS (p=0,010)	NVE < VS (p<0,001)	27,8	2	<0,001
<b>NVP ≤ 3</b>	<b>NVE</b>	<b>SV</b>	<b>VS</b>			
<b>n (%)</b>	108 (88,5)	204 (72,9)	39 (57,4)	23,7	2	<0,001
<b>Reikšmingi skirtumai tarp grupių</b>	NVE > VS					

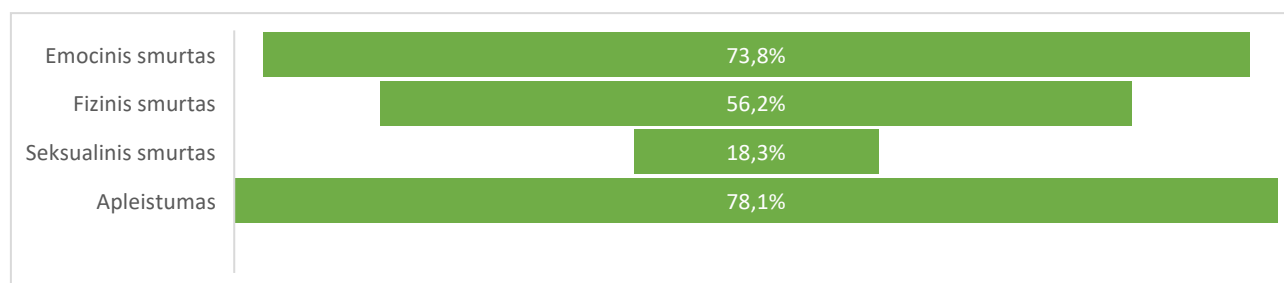
Pastaba: Pastaba: NVE – normalus valgymo elgesys, SV – sutrikęs valgymas, VS – valgymo sutrikimai, NVP – nepalankios vaikystės patirtys. p statistiškai reikšminga, kai  $p < 0,05$ .

Vidutiniškai moterys buvo patyrusios 2,4 (SD = 1,3) NVP. VS (M = 3, SD = 1,1) ir SV (M = 2,4, SD = 1,3) grupės pasižymėjo aukštesniu išgyventų NVP kiekio vidurkiu nei NVE grupės moterys (M = 2, SD = 1,2),  $\chi^2(2) = 27,8$ ,  $p < 0,001$ . Lyginant, kurios grupės moterys buvo patyrusios tris ar mažiau NVP, buvo nustatyta, kad didesnė dalis NVE grupei priklausančių moterų buvo patyrusios 3 ar mažiau NVP, lyginant su VS grupe.

### 3.3.2 Nepalankių vaikystės patirčių rūšių paplitimas

Apleistumas ir emocinis smurtas buvo dažniausiai (78,1% - 73,8%) moterų išgyventos nepalankios vaikystės patirtys. Mažiausiai paplitęs – seksualinio smurto patyrimas (18,3%). Visi nepalankių vaikystės patirčių rūšių procentai pateikiami paveikslėlyje (5 pav.)

5 pav. *Nepalankių vaikystės patirčių paplitimas pagal rūšį.*



Įvertinus skirtingų rūšių NVP dažnį tarp grupių, buvo nustatyta, kad visų rūšių NVP dažniau patyrė valgymo sutrikimų turinčios moterys. VS turinčios moterys (vidurkinis rangas = 285,9), lyginant

su NVE moterimis (vidurkinis rangas = 204,8), statistiškai reikšmingai dažniau patyrė fizinį smurtą  $\chi^2(2) = 17,5$ ,  $p < 0,001$ . Daugiau apleistumo patyrė SV (vidurkinis rangas = 246) ir VS (vidurkinis rangas = 279,6) grupės moterys lyginant su NVE grupe (vidurkinis rangas = 186,8)  $\chi^2(2) = 22,8$ ,  $p < 0,001$ . Likusias nepalankias vaikystės patirtis – emocinį ir seksualinį smurtą dažniau patyrė VS grupės moterys lyginant su NVE. Visi skaičiavimai pateikti 8 lentelėje.

8 lentelė. Visų nepalankių vaikystės patirčių rūšių dažnis tarp grupių.

VPK poskalės	NVE	SV	VS	$\chi^2$	Df	p	Reikšmingi skirtumai tarp grupių
	% (n)						
Emocinis smurtas	70,5 (86)	72,1 (202)	86,8 (59)	7,0	2	<b>0,30</b>	VS > NVE
Fizinis smurtas	45,1 (55)	56,1 (157)	76,5 (52)	17,5	2	<b>&lt;0,001</b>	VS > NVE
Seksualinis smurtas	11,5 (14)	19,6 (55)	25,0 (17)	6,2	2	<b>0,045</b>	VS > NVE
Apleistumas	63,1 (77)	82,1 (230)	88,2 (60)	22,8	2	<b>&lt;0,001</b>	SV > NVE; VS > NVE

Pastaba: NVE – normalus valgymo elgesys, SV – sutrikęs valgymas, VS – valgymo sutrikimai, VPK – vaikystės patirčių klausimynas. p statistiškai reikšminga, kai  $p < 0,05$ .

Skirtingų NVP rezultatai tarp grupių buvo palyginti ne tik pagal dažnį, bet ir pagal vidurkį. Palyginus pagal vidurkius, dar išryškėjo papildomi skirtumai – VS grupės moterys (vidurkinis rangas = 276,3) buvo patyrusios daugiau fizinio smurto lyginant ne tik su NVE (vidurkinis rangas = 186,8), bet ir SV grupe (vidurkinis rangas = 246)  $\chi^2(2) = 17,3$ ,  $p < 0,001$ . Vertinant bendros NVP skalės rezultatą išryškėjo, kad daugiau NVP patyrusios SV (vidurkinis rangas = 241,6) ir VS grupės moterys (vidurkinis rangas = 293) lyginant su NVE (vidurkinis rangas = 189,6) ir VS grupės moterys daugiau nei SV  $\chi^2(2) = 26,7$ ,  $p < 0,001$ . Duomenys pateikiami 9 lentelėje.

9 lentelė. Nepalankių vaikystės patirčių vidurkių palyginimas tarp tiriamų grupių.

VPK	NVE	SV	VS	$\chi^2$	Df	p	Reikšmingi skirtumai tarp grupių	p
	M (SD)							
Emocinis smurtas	2,2 (2,1)	2,7 (2,4)	3,3 (2,2)	12,6	2	<b>0,002</b>	VS > NVE	<0,001
Fizinis smurtas	1,1 (1,7)	1,5 (1,8)	2,0 (1,8)	17,3	2	<b>&lt;0,001</b>	VS > SV	<0,001
Seksualinis smurtas	0,2 (0,4)	0,3 (0,5)	0,4 (0,7)	6,7	2	<b>0,035</b>	VS > NVE	0,040
Apleistumas	2,5 (2,9)	3,7 (3)	4,4 (3)	25,0	2	<b>&lt;0,001</b>	SV > NVE	<0,001
							VS > NVE	<0,001
Bendra skalė	5,9 (6,0)	8,0 (6,3)	10,1 (6)	26,7	2	<b>&lt;0,001</b>	VS > NVE	<0,001
							VS > SV	0,015

Pastaba: NVE – normalus valgymo elgesys, SV – sutrikęs valgymas, VS – valgymo sutrikimai, VPK – vaikystės patirčių klausimynas. p statistiškai reikšminga, kai  $p < 0,05$ .



Taigi, apžvelgus nepalankių vaikystės patirčių klausimyno rezultatus, pastebima, kad dauguma tyrime dalyvavusių moterų buvo patyrusios kelias nepalankias vaikystės patirtis. Dažniausios jų – emocinis smurtas ir apleistumas. Valgymo sutrikimų ir sutrikusio valgymo grupę vieną nuo kitos skiria išgyventų nepalankių vaikystės patirčių kiekis ir fizinio smurto patyrimas – daugiau to buvo patyrusios valgymo sutrikimų grupės moterys. Sutrikusio valgymo, daugiau nei normalaus valgymo elgesio, grupės moterys buvo išgyvenusios apleistumo ir dažniau patyrusios įvairių nepalankių vaikystės patirčių.

### 3.4 Gėdos palyginimas tarp grupių

Išanalizavus visų rūšių gėdą, buvo nustatyta, kad gėda reikšmingai skyrėsi tarp grupių: daugiau visų rūšių gėdos išgyveno SV ir VS grupės moterys lyginant su NVE grupe. SV ir VS grupės moterys pasižymėjo labiau išreikšta visų rūšių ir bendra gėda, lyginant su NVE grupe. Skaičiavimai pateikti 10 lentelėje.

10 lentelė. *Gėdos patyrimo skalės poskalių ir bendros skalės vidurkių palyginimas tarp tiriamų grupių.*

ESS klausimyno poskalės ir bendra skalė	NVE	SV	VS	Ribos	$\chi^2$	Df	P	Reikšmingi skirtumai tarp grupių	
								M (SD)	P
Charakterologinė gėda	24,9	32,0	34,2	12-48	53,4	2	<0,001	VS>NVE	<0,001
	(9,7)	(9,2)	(9,1)					SV>NVE	<0,001
Elgsenos gėda	21,4	25,2	27,0	9-32	28,7	2	<0,001	VS>NVE	<0,001
	(8,1)	(7,0)	(7,0)					SV>NVE	<0,001
Kūniška gėda	8,3	12,1	12,8	4-16	96,6	2	<0,001	VS>NVE	<0,001
	(3,4)	(3,2)	(3,6)					SV>NVE	<0,001
Bendra skalė	54,5	69,3	73,9	25-100	59,0	2	<0,001	VS>NVE	<0,001
	(19,4)	(17,2)	(18,0)					SV>NVE	<0,001

Pastaba: NVE – normalus valgymo elgesys, SV – sutrikęs valgymas, VS – valgymo sutrikimai, ESS – gėdos patyrimo skalė. p statistiškai reikšminga, kai  $p < 0,05$ .

### 3.5 Nepalankių vaikystės patirčių, gėdos, mentalizacijos ir valgymo sutrikimų sąsajos

Koreliacijos skaičiuotos pagal Spearman koreliacijos koeficientų tarp tiriamų konstrukto, kontroliuojant tiriamųjų grupes (normalus valgymo elgesys, sutrikęs valgymas, valgymo sutrikimai). Dauguma koreliacijų buvo statistiškai reikšmingos, silpno ar vidutinio stiprumo. Nepalankių vaikystės patirčių sąsajos su kitais konstruktais pateikiamos lentelėje (11 lentelė).

11 lentelė. Nepalankių vaikystės patirčių poskalių ir bendros skalės koreliacijos su kitais tyrimo konstruktais, kontroliuojant tiriamųjų grupes.

	<b>Emocinis smurtas</b>	<b>Fizinis smurtas</b>	<b>Seksualinis smurtas</b>	<b>Apleistumas</b>	<b>Bendra smurto skalė</b>
<b>Charakterologinė gėda</b>	0,199 ***	-0,111 *	0,087	0,270 ***	0,241 ***
<b>Elgsenos gėda</b>	0,133 **	-0,029	0,079	0,211 ***	0,165 ***
<b>Kūniška gėda</b>	0,115 *	0,053	0,120 **	0,142 **	0,138 **
<b>Gėdos bendra skalė</b>	0,181 ***	0,079	0,101 *	0,254 ***	0,219 ***
<b>Į kitus nukreipta mentalizacija</b>	0,072	-0,069	-0,090 *	-0,029	-0,027
<b>Į save nukreipta mentalizacija</b>	-0,055	-0,000	-0,135 **	0,152 ***	-0,106 **
<b>Motyvacija mentalizuoti</b>	0,084	0,020	-0,037	0,018	0,043
<b>Bendra mentalizacijos skalė</b>	0,027	0,015	-0,103*	-0,075	-0,030
<b>Emocijų atpažinimas</b>	0,118 *	0,062	-0,067	0,043 *	0,070
<b>Emocijų apdorojimas</b>	-0,051	-0,059	-0,162 ***	-0,215 ***	-0,157 ***
<b>Emocijų išreiškimas</b>	0,030	0,050	-0,077	-0,115 *	-0,043
<b>Ribojimas</b>	0,009	0,074	0,012	0,022	0,034
<b>Susikoncentravimas į valgymą</b>	0,097	0,101 *	0,046	0,133 **	0,128 **
<b>Susikoncentravimas į kūno formą</b>	0,102 *	0,099 *	0,133 **	0,144 **	0,148 **
<b>Susikoncentravimas į kūno svorį</b>	0,113 *	0,120 **	0,104 *	0,140 **	0,152 ***
<b>Bendra valgymo sutrikimų skalė</b>	0,090	0,110 *	0,098 *	0,126 **	0,132 **

Pastaba: \* -  $p < 0,05$ , \*\* -  $p < 0,01$ , \*\*\* -  $p < 0,001$ .

Įvertinus nepalankių vaikystės patirčių sąsajas su kitais konstruktais, nustatyta, kad visos nepalankios vaikystės patirčių rūšys siejasi su gėda, ryšiai – silpno stiprumo ( $\rho = 0,110 - 0,270$ ,  $p < 0,05$ ). Su emociniu smurtu ir apleistumu siejasi visų rūšių gėda. Su fiziniu smurtu – tik charakterologinė gėda ( $\rho = 0,111$ ,  $p = 0,016$ ), o su seksualiniu – tik kūniška gėda ( $\rho = 0,120$ ,  $p = 0,009$ ). Vertinant nepalankias vaikystės patirčių sąsajas su mentalizacija, nustatomi ryšiai yra silpno stiprumo ( $\rho = - 0,090 - - 0,215$ ,  $p < 0,05$ ), rezultatai skiriasi tarp skirtingų nepalankių vaikystės patirčių rūšių. Emocinis smurtas siejasi tik su emocijų atpažinimu ( $\rho = - 0,118$ ,  $p = 0,011$ ), seksualinis smurtas su beveik visais tyrinėjamais mentalizacijos konstruktais, išskyrus motyvaciją mentalizuoti ir emocijų atpažinimą. Apleistumas siejasi su į save nukreipta mentalizacija ( $\rho = - 0,152$ ,  $p < 0,001$ ), emocijų apdorojimu ( $\rho = - 0,215$ ,  $p < 0,001$ ) ir išreiškimu ( $\rho = - 0,115$ ,  $p = 0,013$ ), o bendra nepalankių vaikystės patirčių skalė siejasi su į save nukreipta mentalizacija ( $\rho = - 0,106$ ,  $p = 0,22$ ) ir emocijų apdorojimu ( $\rho = 0,157$ ,  $p < 0,001$ ). Nenustatytos statistiškai reikšmingos sąsajos tarp fizinio smurto ir mentalizacijos ( $p > 0,05$ ). Vertinant nepalankių vaikystės patirčių sąsajas su valgymo sutrikimų elgesiu, nustatyta, kad visos nepalankios vaikystės patirtys siejasi su valgymo sutrikimų būdingu elgesiu, ryšiai silpno stiprumo ( $\rho = 0,097 - 0,148$ ,  $p > 0,05$ ).

Buvo analizuoti gėdos bendros skalės ir jos poskalių sąsajos su kitais tiriamais konstruktais. Rezultatai pateikti 12 lentelėje.

12 lentelė. *Gėdos poskalių ir bendros skalės koreliacijos su mentalizacijos ir valgymo sutrikimų konstrukty poskalėmis ir bendromis skalėmis.*

	<b>Charakterologinė gėda</b>	<b>Elgsenos gėda</b>	<b>Kūniška gėda</b>	<b>Gėdos bendra skalė</b>
<b>Į kitus nukreipta mentalizacija</b>	-0,086	-0,064	-0,070	-0,080
<b>Į save nukreipta mentalizacija</b>	-0,475 ***	-0,429 ***	-0,314 ***	0,485 ***
<b>Motyvacija mentalizuoti</b>	0,010	0,026	-0,078	0,003
<b>Bendra mentalizacijos skalė</b>	-0,225 ***	- 0,197 ***	-0,203 ***	-0,235 ***
<b>Emocijų atpažinimas</b>	-0,031	-0,015	-0,128**	-0,049
<b>Emocijų apdorojimas</b>	-0,374 ***	-0,357 ***	-0,240 ***	- 0,386 ***
<b>Emocijų išreiškimas</b>	- 0,326 ***	-0,327 ***	-0,278 ***	-0,356 ***
<b>Ribojimas</b>	0,192 ***	0,123 **	0,366***	0,218 ***
<b>Susikoncentravimas į valgymą</b>	0,450 ***	0,379 ***	0,568 ***	0,492 ***
<b>Susikoncentravimas į kūno formą</b>	0,420 ***	0,369 ***	0,719 ***	0,499 ***
<b>Susikoncentravimas į kūno svorį</b>	0,390 ***	0,335 ***	0,642 ***	0,454 ***
<b>Bendra valgymo sutrikimų skalė</b>	0,406 ***	0,341 ***	0,659 ***	0,470 ***

Pastaba: \* -  $p < 0,05$ , \*\* -  $p < 0,01$ , \*\*\* -  $p < 0,001$ .

Įvertinus sąsajas tarp gėdos ir kitų tiriamų konstrukty, nustatyta, kad charakterologinė, elgsenos ir bendra gėda neigiamai siejasi su dauguma mentalizacijos konstrukty, išskyrus į kitus nukreiptą mentalizaciją, motyvaciją mentalizuoti ir emocijų atpažinimą. Kūniška gėda neigiamai siejosi su visais emocijų mentalizacijos konstruktais – emocijų atpažinimu ( $\rho = - 0,128$ ,  $p = 0,005$ ), apdorojimu ( $\rho = - 0,240$ ,  $p < 0,001$ ) ir išreiškimu ( $\rho = - 0,278$ ,  $p < 0,001$ ). Visų nustatytų ryšių stiprumas yra nuo silpnų iki vidutinių ( $\rho = - 0,128$  –  $- 0,485$ ,  $p < 0,05$ ). Visos gėdos rūšys ir bendra gėda siejasi su visais valgymo sutrikimams priskiriamo elgesio tipais, ryšių stiprumas – nuo silpnų iki stiprių ( $\rho = 0,123$  –  $0,719$ ,  $p < 0,05$ ).

Dar buvo nagrinėti valgymo sutrikimų poskalių ir bendros skalės sąsajos su mentalizacijos skalių poskalėmis ir bendra skale. Rezultatai pateikti lentelėje (13 lentelė).

13 lentelė. Valgymo sutrikimų poskalių ir bendros skalės sąsajos su mentalizacijos skalės poskalėmis ir bendra skale.

	Ribojimas	Susikontcentravimas į valgymą	Susikontcentravimas į kūno formą	Susikontcentravimas į kūno svorį	Bendra valgymo sutrikimų skalė
Į kitus nukreipta mentalizacija	-0,038	0,031	-0,048	0,011	-0,023
Į save nukreipta mentalizacija	-0,215 ***	-0,325 ***	-0,330 ***	-0,319 ***	-0,334 ***
Motyvacija mentalizuoti	-0,124 **	-0,054	-0,143 **	-0,089	-0,127 **
Bendra mentalizacijos skalė	0,174 ***	-0,147 **	-0,227 ***	-0,182 ***	-0,215 ***
Emocijų atpažinimas	-0,180 ***	-0,118 *	-0,230 ***	-0,196 ***	-0,219 ***
Emocijų apdorojimas	-0,130 **	0,193 ***	-0,234 ***	-0,204 ***	-0,212 ***
Emocijų išreiškimas	-0,108 *	-0,209 ***	-0,207 ***	-0,156 ***	-0,189 ***

Pastaba: \* -  $p < 0,05$ , \*\* -  $p < 0,01$ , \*\*\* -  $p < 0,001$ .

Visi mentalizacijos konstruktai siejasi su valgymo sutrikimams būdingu elgesiu, išskyrus į kitus nukreiptą mentalizaciją, kuri nesisieja su jokių valgymo sutrikimams būdingu elgesiu, o motyvacija mentalizuoti nesisieja su susikontcentravimu į valgymą. Nustatomų ryšių stiprumas – nuo silpno iki vidutinio ( $\rho = -0,118 - -0,334$ ,  $p < 0,05$ ).

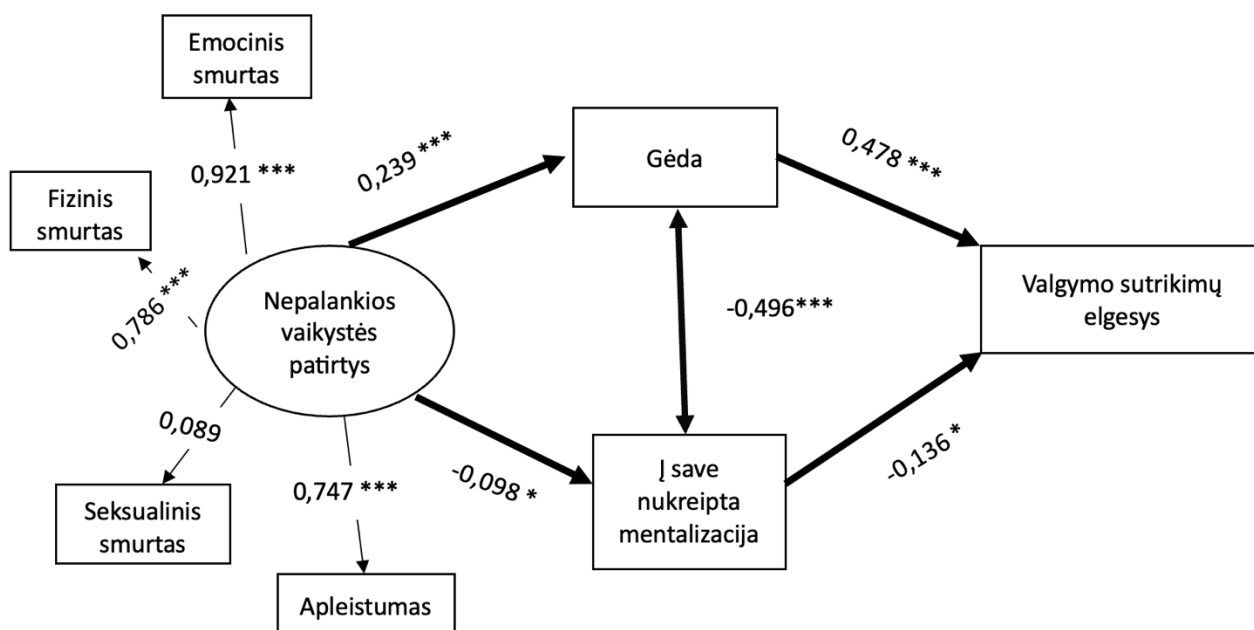
### 3.6 Mentalizacijos ir gėdos, kaip mediatoriai tarp nepalankių vaikystės patirčių ir valgymo sutrikimų

Šiame tyrime nuspręsta apskaičiuoti SEM modelį, kuriame iš nepalankių vaikystės patirčių į valgymo sutrikimus veda du skirtingi mediatoriai, kurie taip pat veikia vienas kitą dvipusiu ryšiu. Vienas mediatorius gėda, o kitas – mentalizacija.

Pagal literatūros duomenis, šiam tyrimui buvo sudėliotas SEM modelis, kelių analizė, kurioje iš nepalankių vaikystės patirčių (latentinis faktorius) išsiskyrė du keliai – vienas per gėda (bendra gėdos skalė) link valgymo sutrikimų (bendra skalė), o kitas – per į save nukreipta mentalizacija (mentalizacijos

klausimyno poskalė) link valgymo sutrikimų. Paveikslėlyje (6 pav.) pateikiama SEM modelio vizualizacija.

6 pav. SEM modelis: ryšis tarp nepalankių vaikystės patirčių ir valgymo sutrikimų elgesio per gėdos ir į save nukreiptos mentalizacijos gebėjimą.



Pastaba: \* - kai  $p < 0,05$ , \*\* - kai  $p < 0,01$ , \*\*\* - kai  $p < 0,001$ . Skaičiais pateikiami regresinių kelių beta standartizuoti koeficientai.

Šis modelis atskleidė, kad gėda medijavo ryšį tarp nepalankių vaikystės patirčių ir valgymo sutrikimų. Į save nukreipta mentalizacija taip pat medijavo ryšį tarp nepalankių vaikystės patirčių ir valgymo sutrikimų. Gėda ir į save nukreipta mentalizacija taip pat veikė viena kitą. Visi ryšiai tarp nepalankių vaikystės patirčių, gėdos, mentalizacijos, valgymo sutrikimų buvo statistiškai reikšmingi. SEM modelis gerai tiko duomenims:  $\chi^2(12) = 43,97$   $p = 0,000$ . RMSEA = 0,07 [0,05 – 0,1], CFI = 0,96, TLI = 0,94, SRMR = 0,05. Modelis atskleidžia, kad nepalankios vaikystės patirtys prognozuoja gėdą ir žemesnę į save nukreiptos mentalizacijos gebėjimą, o tiek į save nukreiptas mentalizacijos gebėjimas veikia gėdą, tiek priešingai – gėda veikia į save nukreipta mentalizacijos gebėjimą.

## 4. REZULTATŲ APITARIMAS

Šio tyrimo rezultatai patvirtino, kad valgymo problemos nėra susijusios tik su valgymu. Moterys, susiduriančios su valgymo problemomis, kartu yra patyrusios daugiau nepalankių patirčių vaikystėje, kurios gali tapti vienu, iš dažniau išgyvenamu gėdos bei prastesnio gebėjimo suprasti tikrąsias psichikos būsenas, šaltiniu. Nepalankios vaikystės patirtys, gėda, savęs nesupratimas tampa šaknimis, kurios maitina valgymo problemas. Šiame tyrime buvo atskleista, kad nepalankios vaikystės patirtys prognozuoja valgymo problemas per patiriamą gėdą ir žemą gebėjimą suprasti tikrąsias savo psichikos būsenas. Rezultatų aptarimo skyreliuose bus aptariami pagrindiniai šio tyrimo rezultatai.

### **4.1 Valgymo sutrikimų, mentalizacijos, nepalankių vaikystės patirčių ir gėdos palyginimas tarp normalaus valgymo elgesio, sutrikusio valgymo ir valgymo sutrikimų grupės moterų**

Šiame tyrime gauti rezultatai atskleidžia, kad sutrikusio valgymo ir valgymo sutrikimų grupės moterims labiau būdingas valgymo sutrikimams priskiriamas elgesys, lyginant su normalaus valgymo elgesio moterų grupe. Skirtumų, tarp valgymo sutrikimų ir sutrikusio valgymo grupių tarpusavyje nenustatyta. Valgymo sutrikimams priskiriamo elgesio palyginimo, tarp valgymo sutrikimų ir sutrikusio valgymo grupių, kitose tyrimuose rasti nepavyko. Gali būti, kad šių grupių palyginimas neatkreipia tyrėjų dėmesio dėl iš anksto aiškių rezultatų – abiejose grupėse susiduriama su valgymo problemomis, tik sutrikusio valgymo grupėje problemos galimai yra trumpiau trunkančios, ne tokios sunkios.

Skirtumus tarp grupių padėjo nustatyti kitas tyrime nagrinėtas konstruktas – mentalizacija. Pagal šio tyrimo rezultatus nustatyta, kad vienas iš emocijų mentalizacijos komponentų, emocijų apdorojimas, reikšmingai skiriasi tarp valgymo sutrikimų ir normalaus valgymo elgesio grupių. Emocijų apdorojimas yra žemesnis tarp valgymo sutrikimų grupės moterų. Mokslinėje literatūroje randami rezultatai dalinai sutampa su šio tyrimo rezultatais. Tyrėjai atskleidžia, kad valgymo sutrikimais sergantieji, pagal emocijų mentalizacijos gebėjimus, reikšmingai nesiskiria nuo nesergančiųjų. Tačiau įvertinus kitais psichikos sutrikimais sergančius žmones ir lyginant juos su kontroline grupe nustatyta, kad nėra reikšmingo skirtumo tarp grupių pagal emocijų atpažinimą, bet yra pagal emocijų apdorojimą (Greenberg et al., 2017). Tokie rezultatai aiškinami psichopatologijos profiliu, kuris atsiskleidžia, kai sergantieji surenka

daugiau balų emocijų atpažinime ir mažiau emocijų apdorojime. Mechanizmas, vedantis į geresnius emocijų atpažinimo ir prastesnius apdorojimo gebėjimus, yra neaiškus. Galimai, emocijų atpažinimo rezultatai reikšmingai nesiskiria tarp grupių, nes emocijų atpažinimą sergantieji naudoja kaip adaptyvią sunkumų įveikimo strategiją (Greenberg et al., 2017; Pedersen et al., 2012).

Šiame tyrime buvo nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp normalaus valgymo elgesio ir valgymo sutrikimų grupių, vertinant emocijų apdorojimą, o Greenberg ir kitų (2017) tyrime – ne. Galima kelti prielaidą, kad šio tyrimo rezultatai yra reprezentatyvesni, nes visų grupių tiriamosios buvo tik moterys, priešingai negu Greenberg ir kitų (2017) tyrime. Šiame tyrime gauti rezultatai patvirtina, kad valgymo sutrikimų, kaip ir kitų psichikos sutrikimų atveju, psichopatologijos profilis atsiskleidžia, kai rezultatai, tarp normalaus valgymo elgesio ir valgymo sutrikimų grupių, nesiskiria emocijų atpažinime, bet skiriasi apdorojime.

Žemesni mentalizacijos gebėjimai atsiskleidžia ir sutrikusio valgymo grupėje. Vertinant mentalizacijos gebėjimus pagal mentalizacijos skalę, šio tyrimo rezultatai atskleidžia, kad reikšmingi skirtumai nustatyti, vertinant į save nukreiptą mentalizacijos gebėjimą. Jis buvo žemesnis tarp sutrikusio valgymo grupės moterų, lyginant su normalaus valgymo elgesio grupe. Mentalizacijos teorija nurodo, kad į save ir į kitą nukreipta mentalizacija yra dimensija, kuri aiškina, kad nepakankamas mentalizacijos gebėjimas pasireiškia, kai sunku mentalizuoti bent viename iš šių dviejų polių (Fonagy & Bateman, 2019). Galima daryti prielaidą, kad su valgymo problemomis susiduriančios moterys geba geriau suprasti kitų, bet ne savo psichikos būsenas. Šio tyrimo rezultatai dalinai patvirtina kitus mokslinėje literatūroje nustatomus ryšius: Pedersen ir kiti (2012) nurodo, kad valgymo sutrikimais sergantieji geba geriau mentalizuoti kitų, bet ne savo psichikos būsenas, o tai nurodo, kad sergančiųjų mentalizacijos gebėjimai nėra visiškai prasti, tačiau nepakankami.

Nors tyrimai nurodo, kad klinikinė grupė pasižymi prastesne į save nukreipta mentalizacija, tačiau šiame tyrime nenustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai, pagal mentalizacijos skalę, tarp normalaus valgymo elgesio ir valgymo sutrikimų grupių. Šiame tyrime nebuvo analizuojama, kuriame gydymosi taške yra valgymo sutrikimais sergančios moterys. Gali būti, kad anketą užpildyti sutiko tos valgymo sutrikimais sergančios moterys, kurios nėra linkusios neigti savo problemų. Tie sergantieji, kurie neneigia savo valgymo sutrikimų simptomų, patiria ne tokią sunkią valgymo psichopatologiją (Couturier & Lock, 2006). Diagnozės turėjimas nurodo, kad valgymo sutrikimų grupės moterys specialistui atskleidė savo valgymo problemas. Tarp sutrikusio valgymo grupės moterų galėjo būti valgymo sutrikimais sergančių moterų, kurios linkusios mažinti savo sunkumus, o tai gali veikti jų gebėjimą

suprasti tikrąsias savo psichikos būsenas. Sutrikimą turinčios moterys greičiausiai buvo gavusios koki nors gydymą, kuris galėjo padidinti jų mentalizacijos gebėjimus (Kuipers et al., 2017).

Sutrikusio valgymo grupės, o ne valgymo sutrikimų grupės moterys pasižymi žemesne į save nukreipta mentalizacija, tai gali būti vienas iš mentalizacijos vertinimo klausimynais trūkumų. Pagal mentalizacijos teoriją, valgymo sutrikimais sergantiesiems yra būdingas prementalistinis įsivaizduojamo psichinio funkcionavimo etapas (angl. pretend mode), dėl kurio sergančiosios geba intelektualiai paaiškinti, kas su jomis vyksta, tačiau jų suvokimas ne visada atitinka realybę. Pasireiškia nepakankama mentalizacija – psuedomentalizacija (Robinson et al., 2019). Tokios prielaidos patvirtinimas galėtų nurodyti, kad sergančiosios pasižymi kur kas prastesniu gebėjimu mentalizuoti. Tikslesniam mentalizacijos vertinimui turėtų būti naudojamas interviu.

Kita keliama prielaida, pagal gautus mentalizacijos skalės rezultatus, yra galimas psichopatologijos profilis. Kaip emocijų mentalizacijos atveju, taip ir į save bei į kitą nukreiptos mentalizacijos dimensijoje, atsiskleidžia psichopatologijos profilis. Tyrimai nurodo, kad ribinio asmenybės sutrikimo atveju, į save nukreipta mentalizacija ir bendra skalė, statistiškai reikšmingai skiriasi tarp klinikinės ir kontrolinės grupės, o šie rezultatai laikomi sutrikimo paseka (Dimitrijevič et al., 2018). Kiti tyrėjai, apklausę psichiatrijos ligoninės pacientus, nustatė, kad ligoniai žemiausiu balu pasižymėjo į save nukreiptos mentalizacijos poliuje (Richter et al., 2021). Tai leidžia kelti prielaidas, kad žemesnis į save nukreiptos mentalizacijos ir aukštesnis į kitus nukreiptos mentalizacijos gebėjimas, galimai yra psichopatologijos profilio indikatorius, tačiau tam svarbūs tolesni tyrimai.

Žemesni mentalizacijos gebėjimai gali rasti dėl nepalankių vaikystės patirčių. Šias patirtis nagrinėjančio klausimyno naudojimas buvo apsunkintas dėl per mažo emocinio apleistumo poskalės vidinio suderinamumo. Autorių nurodoma 5 poskalių struktūra nebuvo patvirtina, nes emocinis apleistumas neatitiko pakankamo vidinio suderinamumo. Kinai, adaptuodami klausimyną, taip pat gavo žemus emocinio ir fizinio apleistumo vidinio suderintumo rezultatus, dėl to išskyrė vieną bendrą – apleistumo poskalę, kuri pasižymėjo geresnėmis psichometrinėmis savybėmis (Peng et al., 2023). Atsižvelgiant į tokius rezultatus, galima kelti prielaidą, kad šios bėdos kyla dėl klausimyne nesuderinto apleistumo konstrukto. Gali būti, kad kelių klausimų yra per mažai, siekiant nustatyti emocinį ir fizinį apleistumą, kaip atskirus konstruktus, nes jie persidengia. Abiem atvejais pasireiškia tėvų ar kitų artimųjų dėmesio stoka. Jeigu nepasirūpinta fiziniu saugumu, greičiausiai nepasirūpinta ir emociju. Abu apleistumo tipai yra nepriežiūros konstrukto dalis (Peng et al., 2023).



Nepalankių vaikystės patirčių skalės rezultatai šiame tyrime atskleidė, kad daugiau tokių patirčių yra išgyvenusios valgymo sutrikimais sergančios moterys, lyginant su normalaus valgymo elgesio grupe. Labiausiai išsiskyrė fizinio smurto ir bendras nepalankių vaikystės patirčių patyrimas, kurių daugiau buvo patyrusios valgymo sutrikimų grupės moterys, lyginant tiek su normalaus valgymo elgesio, tiek su sutrikusio valgymo grupe. Dar nustatyta, kad sutrikusio valgymo moterų grupė pasižymi didesniais, išgyventų apleistumo ir bendrų nepalankių vaikystės patirčių, rodikliais, lyginant su normalaus valgymo elgesio grupe.

Šiame tyrime gauti nepalankių vaikystės patirčių rezultatai panašūs į kito atlikto tyrimo rezultatus. Vertinant nepalankių vaikystės patirčių dažnį, jis nedaug skiriasi nuo kito, Lietuvoje atlikto, Laurinaitytės ir kitų (2022) tyrimo, kuriame buvo apklausti studentai. Nepalankių vaikystės patirčių dažnis yra panašus į gautus šiame tyrime. Nors šiame tyrime skaičiai yra didesni, galimai dėl to, kad imtis buvo didesnė, labiau heterogeniška amžiaus atžvilgiu, įtraukta klinikinė grupė. Šiame tyrime, kitaip negu Laurinaitytės ir kitų (2022), buvo apklaustos tik moterys, kurios dažniau patiria nepalankias vaikystės patirtis (Rienecke et al., 2022; Masheb et al., 2021; Quilliot et al., 2019).

Valgymo sutrikimais sergančios moterys yra išgyvenusios daugiau nepalankių vaikystės patirčių (Brewerton, 2022; Forrest et al., 2021; Rienecke et al., 2022). Sunkumai, susidoroti su nepalankiomis vaikystės patirtimis, gali būti veiksnys, dėl kurio formuojasi valgymo sutrikimai. Kuo daugiau nepalankių vaikystės patirčių ir fizinio smurto, tuo sunkiau save sureguliuoti. Patirtas smurtas prognozuoja prastesnę emocijų reguliaciją, o tai veda į neadaptyvius įsitikinimus, kas sąlygoja valgymo sutrikimus. Sunkumai, susidoroti su nepalankiomis vaikystės patirtimis, gali būti veiksnys, dėl kurio formuojasi valgymo sutrikimai. Tačiau tam trūksta longitudinalių tyrimų (Trottier & MacDonald, 2017).

Valgymo sutrikimais sergančios moterys patyrė ne tik daugiau nepalankių vaikystės patirčių, bet išgyvena daugiau gėdos. Šio tyrimo rezultatai atskleidė, kad visų tipų gėdą (charakterologinę, elgsenos, kūnišką) dažniau patiria su valgymo problemomis susiduriančios moterys – tiek valgymo sutrikimų, tiek sutrikusio valgymo. Šie radiniai sutampa su literatūra – daugiau gėdos išgyvena moterys, susiduriančios su valgymo problemomis (Doran & Lewis, 2012; Keith et al., 2009; Swan & Andrews, 2003). Šie rezultatai mokslinėje literatūroje analizuojami, ieškant metodų praktiniam darbui (Kelly et al., 2017; Kelly & Waring, 2018; Ma & Kelly, 2020; Simonds & Spokes, 2017).

## **4.2 Valgymo sutrikimų, mentalizacijos, nepalankių vaikystės patirčių ir gėdos sąsajos**

Įvertinus sąsajas, buvo atskleisti keli svarbūs ryšiai. Šioje dalyje bus aptartos kelios pagrindinės sąsajos. Šiame tyrime nustatyta, kad nepalankios vaikystės patirtys nesisieja su ribojimu, kontroliuojant tiriamųjų grupes. Mokslinėje literatūroje taip pat nėra nustatytų reikšmingų koreliacijų. Iš to gali kilti prielaida, kad nepalankios vaikystės patirtys labiau būdingos impulsyviai elgesiui, o ne griežtam ribojimui. Kai kurie tyrimai nustato, kad visų rūšių smurtas siejasi su nervine bulimija ir persivalgymo sutrikimu, bet ne su nervine anoreksija, kuriai būdingas griežtas ribojimas (Trottier & MacDonald, 2017).

Šiame tyrime nustatyta emocinio ir fizinio smurto sąsaja su charakterologine gėda. Šie ryšiai literatūroje yra mažai nagrinėti. Tačiau iš to, kas nagrinėta, šio tyrimo rezultatai sutampa su Andrews ir kitų (2002) tyrimu. Keliamos prielaidos, kad fizinis smurtas siejasi su charakterologine gėda, nes dėl fizinio smurto, vaikas pasijaučia blogas ir nemylimas. Šis požiūris į save tampa internalizuotas ir kaltė dėl smurto yra verčiama savo charakterio bruožams (Andrews, 2002).

Dar šiame tyrime nustatyta seksualinio smurto sąsaja su kūniška gėda. Mokslinėje literatūroje keliamos prielaidos, kad seksualinis smurtas siejasi su kūniška gėda, nes dėl seksualinės prievartos, didėja neapykanta įvairioms savo kūno dalims. Taip formuojasi noras keisti savo kūną, ypač tas vietas, kurios siejasi su seksualumu – krūtinę, sėdmenis, pilvą, kojas, tačiau ir tokias vietas kaip plaukus, veidą. Stiprus nepasitenkinimas savo kūnu, dėl gėdos, gali vesti į norą keisti savo išvaizdą už socialiai priimtinių normos ribų (Andrews, 2002). Šiame tyrime nustatytos koreliacijos tarp gėdos ir valgymo sutrikimų sutampa su literatūra (Doran & Lewis, 2012; Keith et al., 2009; Kelly & Carter, 2013; Kelly & Tasca, 2016; Simonds & Spokes, 2017). Tai leidžia tvirtinti prielaidą, jog kuo daugiau gėdos išgyvenama, tuo didesnė tikimybė patirti valgymo problemas.

## **4.3 Gėdos ir mentalizacijos, kaip mediatorių, vaidmuo tarp nepalankių vaikystės patirčių ir valgymo sutrikimų**

Šiame tyrime tikrintas SEM modelis atskleidė vieną iš galimų valgymo sutrikimo kelių. Nepalankios vaikystės patirtys per gėdą ir į save nukreiptą mentalizaciją, kurios dar veikia viena kita, veda link valgymo sutrikimų elgesio. Modelis sukurtas atsižvelgiant tiek į teorinius samprotavimus, tiek

empirinius rezultatus bei papildomas interpretacijas. Pagal šio tyrimo rezultatus, valgymo sutrikimų tyrimuose atsiranda naujas mediatorius – į save nukreipta mentalizacija. Kol kas, vienas iš galimų mediatorių, kuris nurodytų emocinius sunkumus, tarp nepalankių vaikystės patirčių ir valgymo sutrikimų, buvo emocijų reguliacija. Šiame tyrime buvo patvirtinta, kad mediatorius gali būti mentalizacijos gebėjimai. Modelis turėtų būti toliau analizuojamas, tvirtinamas, formuluojami nauji pastebėjimai. Į save nukreiptą mentalizacijos konstrukta gali keisti kitas mentalizacijos veiksnys. Šiuo tyrimu patvirtinama, kad į save nukreipta mentalizacija, kartu su gėda, yra svarbūs mediatoriai kelyje tarp nepalankių vaikystės patirčių ir valgymo sutrikimų. Tam, kad šį kelią būtų galima laikyti patikrintu valgymo sutrikimų formavimosi keliu, svarbūs tolesni, o ypač, longitudinaliniai tyrimai.

#### **4.4 Praktinės rekomendacijos**

Valgymo sutrikimų gydyme daugiausiai dėmesio skiriama tiems konstruktsams, kurie šio tyrimo SEM modelyje buvo mediatoriai – mentalizacijai ir gėdai. Vis dažniau valgymo sutrikimų gydymui taikoma mentalizacija grįsta terapija. Tačiau tyrimų rezultatai nevienareikšmiški. Vieni tyrėjai nurodo, kad po metų laiko mentalizacija grįsto gydymo, pacientų mentalizacijos gebėjimai statistiškai reikšmingai padidėja, pacientai nebeatitinka klinikinio lygio diagnozės kriterijų (Kuipers et al., 2017). Kiti tyrimai reikšmingo skirtumo nenustato (Zeeck et al., 2021).

Mentalizacija yra dinamiškas procesas, kurį veikia įvairūs veiksniai, dėl to pokyčiai nėra ilgalaikiai, nes netaikant mentalizacijos terapija grįsto gydymo, simptomai vėl atsinaujina (Kuipers et al., 2017; Zeeck et al., 2021). Kadangi ne visi tyrėjai nustato reikšmingus pokyčius po mentalizacija grįstos terapijos, keliama prielaida apie aleksetimijos vaidmenį, kuriai koreguotis reikia daugiau laiko (Kuipers et al., 2018). Pastebėta, kad mentalizacija grįstas gydymas, labiau negu įprastas gydymas, pagerina mentalizacijos gebėjimus, tačiau statistiškai reikšmingi skirtumai tarp depresijos, valgymo sutrikimų simptomų, nerimo ir streso, lyginant prieš ir po gydymo, nenustatyti (Zeeck et al., 2021). Pastebima, kad gydymo metu, didėjant mentalizacijos gebėjimams, kartu mažėja noras sulieknėti, nerimas, neurotiškumas, valgymo sutrikimų simptomai, didėja pasitenkinimas kūnu, emocijų reguliacija ir tarpasmeninis funkcionavimas (Kuipers et al., 2018; Zeeck et al., 2021). Siekiant pagerinti sergančiųjų mentalizacijos gebėjimus, naudinga taikyti mentalizacija grįstą gydymą.

Darbas su kitu mediatoriumi – gėda yra labai svarbi praktinio darbo dalis. Darbas su gėda neturėtų aplenkti psichoterapeuto kabineto. Dirbant su valgymo problemų turinčias žmonėmis, ypač svarbus

geranoriškas priėmimas, tam, kad darbas su specialistu netaptų dar vienu gėdos šaltiniu. Tyrėjai nustatė, kad pasireiškus naudingam terapeuto atsiskleidimui, formuojasi stipresnis aljansas. Kuo stipresnis aljansas, tuo didesnis paciento savęs atskleidimas. Tai veda į mažesnę gėdos išgyvenimą, kas atsiliepia lengvėjančiais simptomais (Simonds & Spokes, 2017). Terapiniame, kaip ir bet kokiame kitame darbe, yra nesėkmės tikimybė, kurias sunku sukontroliuoti, o tai gali paaiškinti mažėjančią motyvaciją lankytis psichoterapijoje (Ma & Kelly, 2020). Prevencijai galima taikyti edukaciją, apie galimus jausmus, kurie kils dėl terapijos.

Tyrėjai taip pat analizavo, kas trukdo atsiskleisti terapijos metu. Sulaukta atsakymų, kad kalbėti apie tam tikrus dalykus yra per daug gėda, kyla kaltė. Per daug skausminga liesti tam tikras temas, nes kyla neigiamo įvertinimo baimė. Pastebėta, kad sunkumų atsiskleisti daugiausiai patyrė tos moterys, kurios buvo išgyvenusios seksualinį, fizinį, emocinį smurtą bei turėjo prieštarų įsitikinimų terapijos atžvilgiu (Simonds & Spokes, 2017). Atsiskleisti padėdavo terapeuto išreikšiami pozityvūs jausmai klientams, terapinio pagrindo turėjimas, kuriuo remiamasi terapiniame darbe, sukaupta paties terapeuto gyvenimiška patirtis (Simonds & Spokes, 2017). Galvojant apie konkrečius metodus, skirtus darbui su valgymo sutrikimais sergančiais, pastebėta, kad gėdos išgyvenimas mažėja taikant dailės terapiją (Griffin et al., 2023), atjautos sau terapiją (Kelly et al., 2017), kurios pagrindu sukurtas laiškų rašymo metodas padeda sumažinti išgyvenamą gėdą nervinės anoreksijos atveju (Kelly & Waring, 2018).

Nors mokslinėje literatūroje nemažai dėmesio skiriama mentalizacija grįstos terapijos taikymui ir metodikų, skirtų gėdos mažinimui valgymo sutrikimų kontekste, bet pirminis veiksnys, dėl kurio gali formotis valgymo problemos, yra nepalankios vaikystės patirtys. Trottier ir MacDonald (2017) apžvalgoje, kurioje apibendrinami kitų tyrimų rezultatai, nurodoma, kad dėl nepalankių patirčių susiformavusios problemos yra sunkiai koreguojamos, tačiau dėl to turėtų sulaukti daugiausiai klinikistų dėmesio. Apibendrinus tyrimus pastebima, kad moksliskai pagrįstos yra kognityvinės elgesio terapijos metodikos, skirtos mažinti susikoncentravimą į kūno įvaizdį, maistą ir neadaptyvius įsitikimus, kurie kyla dėl nepalankių vaikystės patirčių. Taip pat tinkama dialektinė elgesio terapija, kognityvinio apdorojimo terapija darbui su nepalankias vaikystės patirtis ir traumas išgyvenusiems pacientams (Trottier & MacDonald, 2017).

Šiame tyrime rezultatai buvo lyginami tarp skirtingų valgymo problemų grupių. Nustatyta, jog gėda, prastesnė mentalizacija, nepalankios vaikystės patirtys ir valgymo sutrikimų elgesys būdingi ir iki klinikinio lygio valgymo problemoms. Praktiniame darbe svarbu orientuotis ne tik į klinikinę grupę, tačiau atkreipti dėmesį į sutrikusio valgymo grupę, taikyti panašius metodus, kaip ir valgymo sutrikimų atveju, siekiant apdirbti nepalankias vaikystės patirtis, mažinti gėdą ir gerinti mentalizacijos gebėjimus.

## 4.5 Tyrimo ribotumai

Šio tyrimo trūkumai yra duomenų rinkimo būdas. Apklausta nereprezentatyvi tyrimo imtis – nebuvo užtikrinama, kad tyrimo dalyvės tikrai atitinka valgymo problemų grupę, kurią pasirenka pildydamos anketą. Pagal kitus tyrimus, bendroje populiacijoje gali būti apie 44% sutrikusio valgymo moterų (Burton et al., 2022; Yao et al., 2021), o šiame tyrime jų buvo kur kas daugiau. Siekiant reprezentatyvumo, trūko didesnio kiekio normalaus valgymo elgesio grupės, nes šie grupių kiekiai neatspindi visos populiacijos. Tiriamų grupių paskirstymas pagal gautus atsakymus nėra objektyvus. Prie reprezentatyvumo stokos galėjo prisidėti didesnis jaunų moterų dalyvavimas tyrime. Ateities tyrimuose, siekiant reprezentatyvumo, reikėtų apsvarstyti duomenų rinkimo būdus.

Be duomenų rinkimo būdo, dar svarbu apsvarstyti naudojamus instrumentus – vaikystės patirčių klausimyno pirminė struktūra šiame tyrime nebuvo patvirtina. Buvo prarastos dvi atskiros poskalės, kuriomis matuotas skirtingų rūšių apleistumas. Siekiant išmatuoti skirtingų rūšių apleistumą, svarbu nuspręsti dėl labiau psichometriškai patikimų vertinimo klausimynų. Mentalizacija empiriškai tyrinėti pradėta neseniai, dėl to tinkami vertinimo metodai yra tik pradedami adaptuoti. Dėl šių priežasčių, gautus rezultatus, reikėtų vertinti atsargiai.

Šis tyrimas buvo skerspjūvio tipo tyrimas, tačiau siekiant gauti labiau pagrįstų duomenų dėl valgymo sutrikimų formavimosi kelio, svarbu atlikti longitudinalių tyrimų. Tokio tipo tyrimų stokojama mokslinėje literatūroje, tačiau šiais tyrimais gauti rezultatai turi tvirtesnę empirinę pagrindą.

## 5. IŠVADOS

1. Valgymo sutrikimams priskiriamą elgesį dažniau nurodo sutrikusio valgymo ir valgymo sutrikimų grupė moterys.
2. Sutrikusio valgymo grupės moterys pasižymi žemesne į save nukreipta mentalizacija, lyginant su normalaus valgymo elgesio grupe. Valgymo sutrikimų grupės moterys pasižymėjo prastesniu emocijų apdorojimu lyginant su normalaus valgymo elgesio grupės moterimis.
3. Daugiau nepalankių vaikystės patirčių buvo išgyvenusios valgymo sutrikimų grupės moterys, lyginant su normalaus valgymo elgesio grupės moterimis. Valgymo sutrikimų grupės moterys buvo išgyvenusios daugiau fizinio smurto ir bendro smurto nei sutrikusio valgymo elgesio moterys. Sutrikusio valgymo grupės moterys buvo išgyvenusios daugiau apleistumo, lyginant su normalaus valgymo elgesio moterimis.
4. Valgymo sutrikimų ir sutrikusio valgymo grupės moterys nurodo patiriančios daugiau visų tipų gėdos lyginant su normalaus valgymo elgesio grupės moterimis.
5. Kuo daugiau nepalankių vaikystės patirčių moterys turėjo, tuo daugiau gėdos išgyveno, prasčiau suprato savo ir kitų psichikos būsenas bei apdorojo emocijas, patyrė daugiau valgymo sutrikimams būdingo elgesio.
6. Į save nukreipta mentalizacija ir gėda medijuoja ryšį tarp nepalankių vaikystės patirčių ir valgymo sutrikimų.

## 6. LITERATŪRA

- Abe, J. A. A., & Izard, C. E. (1999). The developmental functions of emotions: An analysis in terms of differential emotions theory. *Cognition and Emotion*, *13*(5), 523–549.  
<https://doi.org/10.1080/026999399379177>
- American Psychiatric Association. (2013). Feeding and Eating Disorders. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- Andrews, B. (1997). Bodily shame in relation to abuse in childhood and bulimia: A preliminary investigation. *British Journal of Clinical Psychology*, *36*(1), 41–49.  
<https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1997.tb01229.x>
- Andrews, B. (2002). Body shame and abuse in childhood. In P. Gilbert & J. Miles (Eds.), *Body shame* (1st ed.).
- Andrews, B., Qian, M., & Valentine, J. D. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. In *British Journal of Clinical Psychology* (Vol. 41).  
[www.bps.org.uk](http://www.bps.org.uk)
- Asmussen, K., McBride, T., & Waddell, S. (2019). The Potential of Early Intervention for Preventing and Reducing ACE-Related Trauma. *Social Policy and Society*, *18*(3), 425–434.  
<https://doi.org/10.1017/S1474746419000071>
- Baceviciene, M., Balciuniene, V., & Jankauskiene, R. (2020). Validation of the Lithuanian version of the Eating Disorder Examination Questionnaire 6.0 in a student sample. *Brain and Behavior*, *10*(3). <https://doi.org/10.1002/brb3.1555>
- Bakalar, J. L., Barmine, M., Druskin, L., Olsen, C. H., Quinlan, J., Sbrocco, T., & Tanofsky-Kraff, M. (2018). Childhood adverse life events, disordered eating, and body mass index in US Military service members. *International Journal of Eating Disorders*, *51*(5), 465–469.  
<https://doi.org/10.1002/eat.22851>
- Bartlett, J. D., & Sacks, V. H. (2019). *Adverse childhood experiences are different than child trauma and its critical understand why*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.18206.89921>
- Berthelot, N., Savard, C., Lemieux, R., Garon-Bissonnette, J., Ensink, K., & Godbout, N. (2022). Development and validation of a self-report measure assessing failures in the mentalization of trauma and adverse relationships. *Child Abuse and Neglect*, *128*.  
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105017>
- Bhola, P., & Mehrotra, K. (2021). Associations between countertransference reactions towards patients with borderline personality disorder and therapist experience levels and mentalization ability. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, *43*(2), 116–125. <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2020-0025>
- Blythin, S. P. M., Nicholson, H. L., Macintyre, V. G., Dickson, J. M., Fox, J. R. E., & Taylor, P. J. (2020). Experiences of shame and guilt in anorexia and bulimia nervosa: A systematic review. In

*Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* (Vol. 93, Issue 1, pp. 134–159). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1111/papt.12198>

- Brewerton, T. D. (2022). Mechanisms by which adverse childhood experiences, other traumas and PTSD influence the health and well-being of individuals with eating disorders throughout the life span. In *Journal of Eating Disorders* (Vol. 10, Issue 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00696-6>
- Burton, A. L., Hamilton, B., Iorfino, F., La Monica, H. M., Scott, E. M., & Hickie, I. B. (2022). Examining the prevalence of disordered eating in a cohort of young Australians presenting for mental health care at a headspace centre: results from a cross-sectional clinical survey study. *BMJ Open*, 12(8), e061734. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-061734>
- Cella, S., Cipriano, A., Iannaccone, M., & Cotrufo, P. (2017). Identifying predictors associated with the severity of eating concerns in females with eating disorders. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 20(1), 91–99. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2017.199>
- Chizimba, B. (2021). Assessing the knowledge and skills gap for Adverse Childhood Experiences (ACEs) and trauma-informed practice in children and young people’s services across the education, health, care and voluntary sector. *Adoption and Fostering*, 45(1), 105–111. <https://doi.org/10.1177/0308575921995439>
- Choi-Kain, L. W., John, M. E., & Gunderson, G. (2008). Reviews and Overviews Mentalization: Ontogeny, Assessment, and Application in the Treatment of Borderline Personality Disorder. In *Am J Psychiatry* (Vol. 165, Issue 9).
- Coffino, J. A., Grilo, C. M., & Udo, T. (2020). Childhood food neglect and adverse experiences associated with DSM-5 eating disorders in U.S. National Sample. *Journal of Psychiatric Research*, 127, 75–79. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.05.011>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences Second Edition*. (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Couturier, J. L., & Lock, J. (2006). Denial and minimization in adolescents with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39(3), 212–216. <https://doi.org/10.1002/eat.20241>
- Dimitrijević, A., Hanak, N., Altaras Dimitrijević, A., & Jolić Marjanović, Z. (2018). The Mentalization Scale (MentS): A Self-Report Measure for the Assessment of Mentalizing Capacity. *Journal of Personality Assessment*, 100(3), 268–280. <https://doi.org/10.1080/00223891.2017.1310730>
- Doran, J., & Lewis, C. A. (2012). Components of shame and eating disturbance among clinical and non-clinical populations. In *European Eating Disorders Review* (Vol. 20, Issue 4, pp. 265–270). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/erv.1142>
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., & Giles, W. H. (2001). *Childhood Abuse, Household Dysfunction, and the Risk of Attempted Suicide Throughout the Life Span Findings From the Adverse Childhood Experiences Study*. <https://jamanetwork.com/>



- Dunn, H., Rudenstine, S., Tuber, S., & Jurist, E. (2021). Examining the Relationship between Caregiver Mentalized Affectivity and Childhood Defense Mechanisms. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 20(4), 386–394. <https://doi.org/10.1080/15289168.2021.1999193>
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (2008). Eating disorder examination questionnaire (EDE-Q 6.0). In *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 309–313).
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2019). Introduction. In *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (2 ed).
- Fonagy, P., Gergely, Jurist, & Target. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.
- Forney, K. J., Bodell, L. P., Haedt-Matt, A. A., & Keel, P. K. (2016). Incremental validity of the episode size criterion in binge-eating definitions: An examination in women with purging syndromes. *International Journal of Eating Disorders*, 49(7), 651–662. <https://doi.org/10.1002/eat.22508>
- Forney, K. J., Brown, T. A., Holland-Carter, L. A., Kennedy, G. A., & Keel, P. K. (2017). Defining “significant weight loss” in atypical anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 50(8), 952–962. <https://doi.org/10.1002/eat.22717>
- Forrest, L. N., Grilo, C. M., & Udo, T. (2021). Suicide attempts among people with eating disorders and adverse childhood experiences: Results from a nationally representative sample of adults. *International Journal of Eating Disorders*, 54(3), 326–335. <https://doi.org/10.1002/eat.23457>
- Franzoni, E., Gualandi, S., Caretti, V., Schimmenti, A., Di Pietro, E., Pellegrini, G., Craparo, G., Franchi, A., Verrotti, A., & Pellicciari, A. (2013). The relationship between alexithymia, shame, trauma, and body image disorders: Investigation over a large clinical sample. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 185–193. <https://doi.org/10.2147/NDT.S34822>
- Fuemmeler, B. F., Dedert, E., McClernon, F. J., & Beckham, J. C. (2009). Adverse childhood events are associated with obesity and disordered eating: Results from a U.S. population-based survey of young adults. *Journal of Traumatic Stress*, 22(4), 329–333. <https://doi.org/10.1002/jts.20421>
- 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>
- Garbutt, K., Rennoldson, M., & Gregson, M. (2022). Shame and Self-Compassion Connect Childhood Experience of Adversity With Harm Inflicted on the Self and Others. *Journal of Interpersonal Violence*. <https://doi.org/10.1177/08862605221141866>
- Garner, D. M. (1991). Eating Disorder Inventory2: Professional manual. *Psychological Assessment Resources*. [www.parinc.com](http://www.parinc.com)
- Gilbert, P. (2003). Evolution, Social Roles, and the Differences in Shame and Guilt. In *Source: Social Research* (Vol. 70, Issue 4). <https://www.jstor.org/stable/40971967?seq=1&cid=pdf->

- Goss, K., & Gilbert, P. (2002). Eating Disorders, Shame, and Pride. Body Shame: Conceptualisation, Research, and Treatment. In *Body shame* (pp. 219–256).
- Greenberg, D. M., Kolasi, J., Hegsted, C. P., Berkowitz, Y., & Jurist, E. L. (2017). Mentalized affectivity: A new model and assessment of emotion regulation. *PLoS ONE*, *12*(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185264>
- Greenberg, D. M., Rudenstine, S., Alaluf, R., & Jurist, E. L. (2021). Development and validation of the Brief-Mentalized Affectivity Scale: Evidence from cross-sectional online data and an urban community-based mental health clinic. *Journal of Clinical Psychology*, *77*(11), 2638–2652. <https://doi.org/10.1002/jclp.23203>
- Griffin, C., Fenner, P., Landorf, K. B., & Cotchett, M. (2023). Art therapy and eating disorders: A mixed methods feasibility study. *Arts in Psychotherapy*, *82*. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2023.101994>
- Guillaume, S., Jaussent, I., Maimoun, L., Ryst, A., Seneque, M., Villain, L., Hamroun, D., Lefebvre, P., Renard, E., & Courtet, P. (2016). Associations between adverse childhood experiences and clinical characteristics of eating disorders. *Scientific Reports*, *6*. <https://doi.org/10.1038/srep35761>
- Gupta, S., Rosenthal, M. Z., Mancini, A. D., Cheavens, J. S., & Lynch, T. R. (2008). Emotion regulation skills mediate the effects of shame on eating disorder symptoms in women. *Eating Disorders*, *16*(5), 405–417. <https://doi.org/10.1080/10640260802370572>
- Hoang, U., Goldacre, M., & James, A. (2014). Mortality following hospital discharge with a diagnosis of eating disorder: National record linkage study, England, 2001–2009. *International Journal of Eating Disorders*, *47*(5), 507–515. <https://doi.org/10.1002/eat.22249>
- Hund, A. R., & Espelage, D. L. (2006). Childhood emotional abuse and disordered eating among undergraduate females: Mediating influence of alexithymia and distress. *Child Abuse and Neglect*, *30*(4), 393–407. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.11.003>
- Yao, S., Zhang, R., Thornton, L. M., Peat, C. M., Qi, B., Du, S., Wang, H., Zhang, B., & Bulik, C. M. (2021). Screen-detected disordered eating and related traits in a large population sample of females in mainland China: China Health and Nutrition Survey. *International Journal of Eating Disorders*, *54*(1), 24–35. <https://doi.org/10.1002/eat.23409>
- Yesildemir, O., & Tek, N. A. (2022). RISK OF EATING DISORDERS AND BODY DISSATISFACTION AMONG GYM-GOERS IN ANKARA, TURKEY. *Revista Brasileira de Medicina Do Esporte*, *28*(4), 291–294. [https://doi.org/10.1590/1517-8692202228042021\\_0316](https://doi.org/10.1590/1517-8692202228042021_0316)
- Yoon, C. Y., Mason, S. M., Loth, K., & Jacobs, D. R. (2022). Adverse childhood experiences and disordered eating among middle-aged adults: Findings from the coronary artery risk development in young adults study. *Preventive Medicine*, *162*. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2022.107124>
- Jenkins, P. E., & Rienecke, R. D. (2022). Structural validity of the eating disorder examination—Questionnaire: A systematic review. In *International Journal of Eating Disorders*. John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/eat.23721>
- Jurist, E. (2018). *Minding emotions: Cultivating mentalization in psychotherapy*. Guilford Publications.

- Kambanis, P. E., Bottera, A. R., & de Young, K. P. (2021). Eating disorder prevalence among Amazon MTurk workers assessed using a rigorous online, self-report anthropometric assessment. *Eating Behaviors, 41*. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2021.101481>
- Karaca Dinç, P., Oktay, S., & Durak Batıgün, A. (2021). Mediation role of alexithymia, sensory processing sensitivity and emotional-mental processes between childhood trauma and adult psychopathology: a self-report study. *BMC Psychiatry, 21*(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03532-4>
- Keith, L., Gillanders, D., & Simpson, S. (2009). An exploration of the main sources of shame in an eating-disordered population. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 16*(4), 317–327. <https://doi.org/10.1002/cpp.629>
- Kelly, A. C., & Carter, J. C. (2013). Why self-critical patients present with more severe eating disorder pathology: The mediating role of shame. *British Journal of Clinical Psychology, 52*(2), 148–161. <https://doi.org/10.1111/bjc.12006>
- Kelly, A. C., & Tasca, G. A. (2016). Within-persons predictors of change during eating disorders treatment: An examination of self-compassion, self-criticism, shame, and eating disorder symptoms. *International Journal of Eating Disorders, 49*(7), 716–722. <https://doi.org/10.1002/eat.22527>
- Kelly, A. C., & Waring, S. V. (2018). A feasibility study of a 2-week self-compassionate letter-writing intervention for nontreatment seeking individuals with typical and atypical anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 51*(8), 1005–1009. <https://doi.org/10.1002/eat.22930>
- Kelly, A. C., Wisniewski, L., Martin-Wagar, C., & Hoffman, E. (2017). Group-Based Compassion-Focused Therapy as an Adjunct to Outpatient Treatment for Eating Disorders: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 24*(2), 475–487. <https://doi.org/10.1002/cpp.2018>
- Kordyńska, K. K., Kostecka, B., & Kucharska, K. (2019). “Walk a mile in my shoes”. Mentalising ability in patients with eating disorders - Literature review. In *Neuropsychiatria i Neuropsychologia* (Vol. 14, Issues 1–2, pp. 24–31). Termedia Publishing House Ltd. <https://doi.org/10.5114/nan.2019.87728>
- Kuipers, G. S., Hollander, S., van der Ark, L. A., & Bekker, M. H. J. (2017). Recovery from eating disorder 1 year after start of treatment is related to better mentalization and strong reduction of sensitivity to others. *Eating and Weight Disorders, 22*(3), 535–547. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0405-x>
- Lee, R.G., & Wheeler, G. (Eds.). (1997). *The Voice of Shame: Silence and Connection in Psychotherapy* (1st ed.). Gestalt Press. <https://doi.org/10.4324/9780203766842>
- Lie, S., Bulik, C. M., Andreassen, O. A., Rø, Ø., & Bang, L. (2021). Stressful life events among individuals with a history of eating disorders: a case-control comparison. *BMC Psychiatry, 21*(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03499-2>

- Luyten, & Fonagy. (2019). Mentalizing and Trauma. In *Handbook Of Mentalizing in Mental Health Practice*.
- Ma, R., & Kelly, A. C. (2020). The fragility of perceived social rank following exercise in anorexia nervosa: an ecological momentary assessment study of shame and pride. *Eating and Weight Disorders*, 25(6), 1601–1607. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00797-3>
- Machado, P. P. P., Grilo, C. M., & Crosby, R. D. (2017). Evaluation of the DSM-5 Severity Indicator for Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 25(3), 221–223. <https://doi.org/10.1002/erv.2508>
- Madowitz, J., Matheson, B. E., & Liang, J. (2015). The relationship between eating disorders and sexual trauma. In *Eating and Weight Disorders* (Vol. 20, Issue 3, pp. 281–293). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/s40519-015-0195-y>
- Masheb, R. M., Sala, M., Marsh, A. G., Snow, J. L., Kutz, A. M., & Ruser, C. B. (2021). Associations between adverse childhood experiences and weight, weight control behaviors and quality of life in Veterans seeking weight management services. *Eating Behaviors*, 40. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101461>
- Miceli, M., & Castelfranchi, C. (2018). Reconsidering the differences between shame and guilt. *Europe's Journal of Psychology*, 14(3), 710–733. <https://doi.org/10.5964/ejop.v14i3.1564>
- Mills, P., Newman, E. F., Cossar, J., & Murray, G. (2015). Emotional maltreatment and disordered eating in adolescents: Testing the mediating role of emotion regulation. *Child Abuse and Neglect*, 39, 156–166. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.05.011>
- Mintz, L. B., Sean, M. O., Mulholland, A. M., Schneider, P. A., Aulbur, C., Breidenbach, A., Dorward, D., Malone, M., LeBeau, A., Sims, G., Allen, M., Brammer, S., Tintori, E., Binen, L., Brock, K., Carrubba, M., Doxsee, D., Humphrey, C., Beth Llorens, M., ... Zook, C. (1997). Questionnaire for Eating Disorder Diagnoses: Reliability and Validity of Operationalizing DSM-IV Criteria Into a Self-Report Format We would also like to thank the following people for scoring Q-EDDs and for rating tapes: We thank the following people for conducting clinical interviews. In *Journal of Counseling Psychology* (Vol. 44, Issue 1).
- Murray C, & Waller G. (2002). Reported Sexual Abuse and Bulimic Psychopathology Among Nonclinical Women: Mediating Role of Shame. *International Journal of Eating Disorders*, 186–191.
- Nechita, D. M., Bud, S., & David, D. (2021). Shame and eating disorders symptoms: A meta-analysis. In *International Journal of Eating Disorders* (Vol. 54, Issue 11, pp. 1899–1945). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/eat.23583>
- Nelson, J. D., Martin, L. N., Izquierdo, A., Kornienko, O., Cuellar, A. E., Cheskin, L. J., & Fischer, S. (2023). The role of discrimination and adverse childhood experiences in disordered eating. *Journal of Eating Disorders*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00753-8>
- Pasaulio sveikatos organizacija. (2015). *Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtasys pataisytas ir papildytas leidimas „Sisteminis ligų sąrašas (Australijos*

*modifikacija, TLK-10-AM)*“ (10th ed.). Žiūrėta:  
<http://ebook.vlk.lt/e.vadovas/index.jsp?topic=/lt.webmedia.vlk.drg.icd.ebook.content/html/icd/ivadas.html>

- Pearlman B. (2018). *Re-Thinking Eating Disorders: Language, Emotion, and the Brain* (1st ed). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429460838>
- Pedersen, S. H., Lunn, S., Katznelson, H., & Poulsen, S. (2012). Reflective functioning in 70 patients suffering from bulimia nervosa. In *European Eating Disorders Review* (Vol. 20, Issue 4, pp. 303–310). <https://doi.org/10.1002/erv.2158>
- Peng, C., Cheng, J., Rong, F., Wang, Y., & Yu, Y. (2023). Psychometric properties and normative data of the childhood trauma questionnaire-short form in Chinese adolescents. *Frontiers in Psychology*, *14*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1130683>
- Peters, M. (2021). Trauma and Mentalization Ability in Older Patients: An Empirical Contribution to the Effect of Trauma in Old Age. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, *34*(4), 189–199. <https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000267>
- Pignatelli, A. M., Wampers, M., Loredi, C., Biondi, M., & Vanderlinden, J. (2017). Childhood neglect in eating disorders: A systematic review and meta-analysis. In *Journal of Trauma and Dissociation* (Vol. 18, Issue 1, pp. 100–115). Routledge. <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1198951>
- Quilliot, D., Brunaud, L., Mathieu, J., Quenot, C., Sirveaux, M. A., Kahn, J. P., Ziegler, O., & Witkowski, P. (2019). Links between traumatic experiences in childhood or early adulthood and lifetime binge eating disorder. *Psychiatry Research*, *276*, 134–141. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.05.008>
- Rabito-Alcón, M. F., Baile, J. I., & Vanderlinden, J. (2021). Mediating factors between childhood traumatic experiences and eating disorders development: A systematic review. In *Children* (Vol. 8, Issue 2). MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/children8020114>
- Richter, F., Steinmair, D., & Löffler-Stastka, H. (2021). Construct Validity of the Mentalization Scale (MentS) Within a Mixed Psychiatric Sample. *Frontiers in Psychology*, *12*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.608214>
- Rienecke, R. D., Johnson, C., Le Grange, D., Manwaring, J., Mehler, P. S., Duffy, A., McClanahan, S., & Blalock, D. V. (2022). Adverse childhood experiences among adults with eating disorders: comparison to a nationally representative sample and identification of trauma. *Journal of Eating Disorders*, *10*(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00594-x>
- Rienecke, R. D., Johnson, C., Mehler, P. S., Le Grange, D., Manwaring, J., Duffy, A., McClanahan, S., & Blalock, D. V. (2022). Adverse childhood experiences among a treatment-seeking sample of adults with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, *30*(2), 156–167. <https://doi.org/10.1002/erv.2880>
- Robinson, Skårderud, & Sommerfeldt. (2019). *Mentalization-based Treatments for Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-95121-8>

- Rockenberger, W., & Brauchle, G. (2011). Die Bedeutung des Schamempfindens in einzelnen Diagnosegruppen unter Berücksichtigung der Körperscham. *Verhaltenstherapie*, *21*(3), 163–169. <https://doi.org/10.1159/000330732>
- Rothschild-Yakar, L., Stein, D., Goshen, D., Shoval, G., Yacobi, A., Eger, G., Kartir, B., & Gur, E. (2019). Mentalizing Self and Other and Affect Regulation Patterns in Anorexia and Depression. *Frontiers in Psychology*, *10*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02223>
- Sacchetti, S., Robinson, P., Bogaardt, A., Clare, A., Ouellet-Courtois, C., Luyten, P., Bateman, A., & Fonagy, P. (2019). Reduced mentalizing in patients with bulimia nervosa and features of borderline personality disorder: A case-control study. *BMC Psychiatry*, *19*(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2112-9>
- Salemi, E., Mirzazade, Z., Dehshiri, G., & Zahraei, S. (2022). Sensitivity to punishment and emotional eating: The mediating role of shame and rumination. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *95*(4), 875–887. <https://doi.org/10.1111/papt.12407>
- Schou-Bredal, I., Bonsaksen, T., Ekeberg, Ø., Skogstad, L., Grimholt, T. K., Lerdal, A., & Heir, T. (2022). Sexual Assault and the Association With Health, Quality of Life, and Self-Efficacy in the General Norwegian Population. *Journal of Interpersonal Violence*, *37*(3–4), 1878–1901. <https://doi.org/10.1177/0886260520926307>
- Sharma, P., Kumari, A., & Al-sheyab, N. A. (n.d.). *OPEN ACCESS EDITED BY REVIEWED BY*.
- Shaw, C., Lo, C., Lanceley, A., Hales, S., & Rodin, G. (2020). The Assessment of Mentalization: Measures for the Patient, the Therapist and the Interaction. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *50*(1), 57–65. <https://doi.org/10.1007/s10879-019-09420-z>
- Simonds, L. M., & Spokes, N. (2017). Therapist self-disclosure and the therapeutic alliance in the treatment of eating problems. *Eating Disorders*, *25*(2), 151–164. <https://doi.org/10.1080/10640266.2016.1269557>
- Simonsen, C. B., Jakobsen, A. G., Grøntved, S., & Kjaersdam Tellés, G. (2020). The mentalization profile in patients with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. In *Nordic Journal of Psychiatry* (Vol. 74, Issue 5, pp. 311–322). Taylor and Francis Ltd. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1707869>
- Smith, K. E., Ellison, J. M., Crosby, R. D., Engel, S. G., Mitchell, J. E., Crow, S. J., Peterson, C. B., Le Grange, D., & Wonderlich, S. A. (2017). The validity of DSM-5 severity specifiers for anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, *50*(9), 1109–1113. <https://doi.org/10.1002/eat.22739>
- Swan, S., & Andrews, B. (2003). The relationship between shame, eating disorders and disclosure in treatment. *British Journal of Clinical Psychology*, *42*(4), 367–378. <https://doi.org/10.1348/014466503322528919>
- Sweetingham, R., & Waller, G. (2008). Childhood experiences of being bullied and teased in the eating disorders. *European Eating Disorders Review*, *16*(5), 401–407. <https://doi.org/10.1002/erv.839>

- Tabone, J. K., Cox, S., Aylward, L., Abunnaja, S., Szoka, N., & Tabone, L. E. (2022). The Roles of Depression and Binge Eating in the Relationship Between Adverse Childhood Experiences (ACEs) and Obesity. *Obesity Surgery*, 32(9), 3034–3040. <https://doi.org/10.1007/s11695-022-06192-9>
- Tangney, J. P. (1990). Assessing Individual Differences in Proneness to Shame and Guilt: Development of the Self-Conscious Affect and Attribution Inventory. In *Journal of Personality and Social Psychology* (Vol. 59, Issue 1).
- Théberge, Gamache, Andrews, & Savard. (2021). Supplemental Material for French Adaptation of the Experience of Shame Scale: Validation in a French-Canadian Sample. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*. <https://doi.org/10.1037/cbs0000272.supp>
- Tie, B., Tang, C., Zhu, C., & He, J. (2022). Body dissatisfaction and non-suicidal self-injury among Chinese young adults: a moderated mediation analysis. *Eating and Weight Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01340-z>
- Toppino, F., Longo, P., Martini, M., Abbate-daga, G., & Marzola, E. (2022). Body Mass Index Specifiers in Anorexia Nervosa: Anything below the “Extreme”? *Journal of Clinical Medicine*, 11(3). <https://doi.org/10.3390/jcm11030542>
- Törenli-Kaya, Z., Alpay, E. H., Türkkal, Ş., & Özçürümez, G. (2021). Validity and Reliability of the Turkish Version of the Mentalization Scale (MentS). *Turkish Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.5080/u25692>
- Trottier, K., & MacDonald, D. E. (2017). Update on Psychological Trauma, Other Severe Adverse Experiences and Eating Disorders: State of the Research and Future Research Directions. In *Current Psychiatry Reports* (Vol. 19, Issue 8). Current Medicine Group LLC 1. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0806-6>
- Ulvestad, D. A., Selsbakk Johansen, M., Hartveit Kvarstein, E., Pedersen, G., & Wilberg, T. (2022). A borderline focused Reflective Functioning measure—Interrater reliability of the Mentalization Breakdown Interview. *Nordic Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1080/08039488.2022.2123040>
- Vizin, G., Horváth, Z., Vankó, T., & Urbán, R. (2022). Body-related shame or guilt? Dominant factors in maladaptive eating behaviors among Hungarian and Norwegian university students. *Heliyon*, 8(2). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e08817>
- Vizin, G., Urbán, R., & Unoka, Z. (2016). Shame, trauma, temperament and psychopathology: Construct validity of the Experience of Shame Scale. *Psychiatry Research*, 246, 62–69. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.09.017>
- Walsh, B. T., Attia, E., Glasofer, D. R., & Sysko, R. (2016). *Assessment and treatment of eating disorders*. American Psychiatric Publishing, Inc.

- Wojcik, K. D., Cox, D. W., & Kealy, D. (2019). Adverse childhood experiences and shame- and guilt-proneness: Examining the mediating roles of interpersonal problems in a community sample. *Child Abuse and Neglect*, 98. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104233>
- Wong, M., & Qian, M. (2016). The role of shame in emotional eat. *Eating Behaviors*, 23, 41–47. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.07.004>
- World Health Organization. (2022). *ICD-11: International classification of diseases* (11th revision). <https://icd.who.int/>
- Zbarauskaitė, A. (2008). *Globojamų paauglių mergaičių gėdos jausmo išgyvenimas psichoterapinėje grupėje* (Sud. G. Gudaitė). Vilniaus universiteto leidykla.
- Zeeck, A., Endorf, K., Euler, S., Schaefer, L., Lau, I., Flösser, K., Geiger, V., Meier, A. F., Walcher, P., Lahmann, C., & Hartmann, A. (2021). Implementation of mentalization-based treatment in a day hospital program for eating disorders—A pilot study. *European Eating Disorders Review*, 29(5), 783–801. <https://doi.org/10.1002/erv.2853>



## Priedai

### 1 priedas. Socialinių – demografinių duomenų lentelė

	NVE (n=122)	SV (n=280)	VS (n=68)	$\chi^2$	df	P
<b>Amžiaus grupė:</b>						
<b>Jaunesnioji suaugystė (18- 29)</b>	91 (74,6)	221 (78,9)	44 (64,7)	6,1	2	<b>0,046</b>
<b>Vidurinioji ir vėlesnioji suaugystė (30- 66)</b>	31 (25,4)	59 (21,1)	24 (35,3)			
<b>Gyvenamoji vieta:</b>						
<b>Miestas</b>	105 (86,1)	249 (88,9)	58 (85,3)	2,7	4	0,609
<b>Miestelis</b>	8 (6,6)	20 (7,1)	5 (7,4)			
<b>Kaimas</b>	9 (7,4)	11 (3,9)	5 (7,4)			
<b>Šeimninė padėtis</b>						
<b>Netekėjusi</b>	74 (60,7)	168 (60,0)	38 (55,9)	6,6	6	0,360
<b>Ištekėjusi</b>	20 (16,4)	46 (16,4)	10 (14,7)			
<b>Gyvena partnerystėje</b>	23 (18,9)	57 (20,4)	13 (19,1)			
<b>Išsiskyrusi</b>	5 (4,1)	9 (3,2)	7 (10,3)			
<b>Gyvena su:</b>						
<b>Tėvais (vienu iš tėvų)</b>	26 (21,3)	61 (21,8)	12 (17,6)	5,8	8	0,666
<b>Sutuoktiniu / partneriu</b>	39 (32,0)	71 (25,4)	21 (30,9)			

<b>Viena</b>	27 (22,1)	64 (22,9)	14 (20,6)			
<b>Sutuoktinis ir vaikai</b>	10 (8,2)	29 (10,4)	11 (16,2)			
<b>Kita (su vaikais, kambariokais, draugais, tėvais ir partneriu ir pan.)</b>	20 (16,4)	55 (19,6)	10, (14,7)			
<b>Išsilavinimas:</b>						
<b>Pagrindinis, vidurinis ar profesinis</b>	39 (32,0)	100 (35,7)	17 (25,0)			
<b>Aukštasis neuniversitetinis</b>	11 (9,0)	12 (4,3)	7 (10,3)	11,6	6	0,072
<b>Aukštasis universitetinis</b>	57 (46,7)	112 (40,0)	28 (41,2)			
<b>Nebaigtas aukštasis</b>	15 (12,3)	56 (20,0)	16 (23,5)			
<b>Darbinė veikla:</b>						
<b>Dirba</b>	26 (21,3)	69 (24,6)	24 (35,3)			
<b>Nedirba ar kita (vaiko priežiūros atostogos, pensija)</b>	3 (2,5)	11 (3,9)	4 (5,9)	6,9	6	0,328
<b>Mokosi / studijuoja</b>	53 (43,4)	117 (41,8)	22 (32,4)			
<b>Studijuoja ir dirba</b>	40 (32,8)	83 (29,6)	18 (26,5)			
<b>Amžius metais vidurkis (SD)</b>	28,4 (12)	25,7 (8,3)	27 (7)	6,6	2	0,035
<b>Pasitenkinimas kūnu balai, vidurkis (SD)</b>	7,1 (1,9)	5,5 (2,1)	5,0 (2,3)	63,5	2	<0,001

Pastaba: statistiškai reikšminga, kai  $p < 0,05$ .

## 2 priedas. Informuotas sutikimas



Lietuvos  
mokslo  
taryba



### Suaugusių moterų valgymo sutrikimų rizikos ir apsauginiai veiksniai

Kreipiamės į Jus kviesdami dalyvauti Vilniaus universiteto (VU) Filosofijos fakuleto Psichologijos Insituto Raidos psichopatologijos centro psichologų tyrėjų grupės moksliniame tyrime, kuriame siekiama įvertinti suaugusių moterų valgymo sutrikimų rizikos ir apsauginius veiksnius. Leidimas atlikti tyrimą yra gautas VU Psichologinių tyrimų etikos komitete, o tai reiškia, kad jis yra atliekamas laikantis aukštų tyrimo etikos standartų. Tyrimą finansuoja Lietuvos mokslo taryba pagal sutartį P-ST-22-142.

Šiame tyrime mes kviečiame dalyvauti suaugusias moteris, tiek turinčias valgymo sutrikimų (pvz., nervinė anoreksija, nervinė bulimija, persivalgymo sutrikimas ir kt.), tiek ir neturinčias valgymo sutrikimų. Tyrime Jums bus pateikiami psichologiniai klausimynai, kuriuos prašysime užpildyti. Anketos pildymo trukmė apie 20 minučių.

Tyrime Jūs galėsite dalyvauti tik kai pasirinksite, kad sutinkate. Taip pat, pradėjus tyrimą, Jūs galėsite bet kuriuo metu nutraukti anketos pildymą, nenurodant pasitraukimo priežasties. Visi tyrimo duomenys bus konfidencialūs ir naudojami tik mokslinio tyrimo tikslais bei rekomendacijų specialistams kūrimui.

Kodėl moterims svarbu dalyvauti šiame tyrime?

Valgymo sutrikimai tampa vis aktualesne problema. Norint užtikrinti sutrikimų prevenciją ir pagalbos būdus, svarbu gerai suprasti sunkumus išgyvenančių žmonių patirtis. Todėl itin reikalingi tyrimai, kurių metu tyrimo dalyviai atvirai dalinasi savo sunkumais. Remiantis atlikto tyrimo duomenimis, siūlysime rekomendacijas įstaigoms ar įstaigose su valgymo problemas turinčiais žmonėmis dirbantiems specialistams. Be to, dalyvavimas tyrimuose paskatina domėtis savimi, atsiranda galimybė saugioje aplinkoje pasidalinti savo patirtimi anonimiškai bei leidžia pajauti, kad padedama kitiems.

## Jūsų saugumo užtikrinimas

Siekiant užtikrinti, jog tiriamosioms nebus padaryta žala dalyvaujant vykdomame tyrime, organizuojant tyrimą laikysimės griežtų konfidencialumo reikalavimų: kiekvienai tiriamajai bus suteiktas skaitinis kodas, o klausimai, kuriuos gausite, neprašys nurodyti jokių asmeninių duomenų, kurie leistų Jus identifikuoti. Gerbiant Jūsų privatumą, negalėsime supažindinti su konkrečiais Jūsų rezultatais. Surinkta informacija bus koduojama ir saugoma remiantis Lietuvos Respublikos teisės aktais ir VU patvirtintomis mokslinių tyrimų duomenų valdymo taisyklėmis, o mokslinėse publikacijose ir ataskaitose bus skelbiama tik apibendrinta ir nuasmeninta informacija. Su privatumo politika ir ją reglamentuojančiomis procedūromis bei teisės aktais galima susipažinti čia: <https://www.vu.lt/teises-aktai>.

Jeigu kiltų neaiškumų ar norėtumėte gauti daugiau informacijos apie tyrimą, maloniai prašome kreiptis į tyrėjų grupę:

Doc. Dr. Asta Adler - el. p. [asta.zbarauskaite@fsf.vu.lt](mailto:asta.zbarauskaite@fsf.vu.lt). Darbo telf. 8 (5) 2667600

Klinikinės psichologijos magistrantūros studentė:

Guoda Stepanavičiūtė – el. p. [guoda.stepanaviciute@fsf.stud.vu.lt](mailto:guoda.stepanaviciute@fsf.stud.vu.lt)

Kilus emocinėms problemoms, susijusioms su valgymu, galite kreiptis čia:

- Valgymo sutrikimų linijos telefonu 8 631 22 777 arba 8 631 55 777, pokalbio laiką galite suderinti iš anksto el. paštu: [vslinija@vpnamai.lt](mailto:vslinija@vpnamai.lt).
- Nemokamu Jaunimo linijos telefonu 8 800 28888 ar pokalbiu internetu, suvedus [www.jaunimolinija.lt](http://www.jaunimolinija.lt) ir pasirinkus norimą skiltį.

Išsami informacija, apie specializuotos pagalbos galimybes, bus pateikta užpildžius anketą.

### 3 priedas. Socialinių – demografinių klausimų anketa

Prašome atsakyti į keletą klausimų apie Jus. Tinkamus variantus pažymėkite

1. Jūsų amžius (*įrašykite*):

2. Jūs gyvenate: miestas , miestelis , kaimas

3. Jūsų lytis  Moteris  Vyras  Kita

4. Jūsų šeiminei padėtis:

- Netekėjusi  Kita  
 Ištekėjusi (įrašykite) \_\_\_\_\_  
 Gyvenu partnerystėje  
 Išsiskyrusi  
 Našlė

5. Su kuo šiuo metu gyvenate? (*pažymėkite Jums tinkamus atsakymus*)

- Tėvais (ar vienu iš tėvų)  Globėjais  
 Sutuoktiniu  Viena  
 Vaikais (*kiek vaikų?*,  Kita (*įrašykite*): \_\_\_\_\_  
*įrašykite*) \_\_\_\_\_  Sutuoktinis ir vaikai

6. Jūsų išsilavinimas:

- Pagrindinis  
 Vidurinis  
 Profesinis  
 Aukštesnysis  
 Aukštasis  
neuniversitetinis  
 Aukštasis  
universitetinis  
 Nebaigtas aukštasis

**7. Jūsų dabartinė veikla (pažymėkite Jums tinkamus atsakymus)**

- Dirbu
- Nedirbu
- Studijuoju universitete
- Studijuoju kolegijoje
- Mokausi profesinio rengimo mokykloje Kita (įrašykite): \_\_\_\_\_
- Dirbu ir studijuoju

**8. Įvertinkite, kiek esate patenkinti savo kūnu (apibraukite vieną skaičių skalėje nuo 1 iki 10, kur 1 reiškia mažiausią pasitenkinimą, 10 - didžiausią):**

Nepatenkinta                      1   2   3   4   5   6   7   8   9   10                      Patenkinta

**9. Ar turite, esate turėjusi valgymo problemų (pav. maisto ribojimas, persivalgymas, vėmimo sau sukėlimas pavalgius, laisvinamųjų vartojimas siekiant numesti svorio ir pan.)?**

- Taip
- Ne (pereikite prie 12 klausimo)

**10. Jei turite ar esate turėjusi valgymo problemų, pažymėkite Jums tinkantį atsakymą:**

- Man diagnozuota (psichikos sveikatos specialisto):
  - Nervinė anoreksija
  - Nervinė bulimija
  - Persivalgymas
  - Kita (įrašykite): \_\_\_\_\_
- Manau, kad turiu valgymo problemų, bet nebuvo nustatyta specialistų