

Vilniaus universitetas

Filosofijos fakultetas

Klinikinės psichologijos katedra

Giedrė Šiurkutė

Klinikinės psichologijos studijų programa

Magistro darbas

**Valgymo sutrikimų turinčių merginų prieraišumo, pasibjaurėjimo
savimi ir gėdos išgyvenimo sąsajos**

Darbo vadovė: doc. dr. Danguolė Čekuolienė

Vilnius 2022

Turinys

SANTRAUKA	4
SUMMARY	5
SVARBIAUSIOS SĄVOKOS	6
PRATARMĖ	8
1. ĮVADAS	9
1.1. Valgymo sutrikimų formos ir paplitimas	9
1.2. Valgymo sutrikimų etiologija ir rizikos veiksniai.....	11
1.3. Prieraišumo samprata ir empiriniai tyrimai	12
1.4. Valgymo sutrikimų turinčių asmenų prieraišumas.....	14
1.5. Pasibjaurėjimo savimi samprata ir empiriniai tyrimai	15
1.6. Valgymo sutrikimų turinčių asmenų pasibjaurėjimas savimi	17
1.7. Gėdos samprata ir empiriniai tyrimai	18
1.8. Valgymo sutrikimų turinčių asmenų gėdos jausmas.....	19
1.9. Apibendrinimas ir tyrimo tikslas	20
2. TYRIMO METODIKA	22
2.1. Tyrimo dalyviai	22
2.2. Instrumentai	23
2.3. Tyrimo eiga	25
2.4. Duomenų analizė	26
3. REZULTATAI	27
3.1. Valgymo sutrikimų turinčių moterų prieraišumo raiška.....	27
3.2. Valgymo sutrikimų turinčių moterų gėdos raiška	28
3.3. Valgymo sutrikimų turinčių moterų pasibjaurėjimo savimi raiška.....	29
4. REZULTATŲ APTARIMAS	31
4.1. Esminiai gauti duomenys ir sąsajos su literatūra.....	31
4.1.1. Valgymo sutrikimų sąsajos su prieraišumo tipais	31
4.1.2. Valgymo sutrikimų sąsajos su pasibjaurėjimu savimi	32
4.1.3. Valgymo sutrikimų sąsajos su gėdos jausmu	32
4.1.4. Valgymo sutrikimų turinčių moterų prieraišumo tipų sąsajos su pasibjaurėjimu savimi ir gėdos jausmu	33

4.2. Tyrimo ribotumai ir rekomendacijos	34
4.3. Tyrimo apibendrinimas	35
IŠVADOS	36
LITERATŪRA	37

Santrauka

Ankstesni valgymo sutrikimų (VS) tyrimai identifikavo jų sąsajas su nesaugiu prieraišumu, labiau išreikštu pasibjaurėjimu savimi ir didesniu polinkiu jausti gėdą. Nepaisant ankstesnių empirinių duomenų, vis dar išlieka klausimų apie šias sąsajas, įskaitant tai, ar ir kaip pastarieji veiksniai (prieraišumas, gėda, pasibjaurėjimas savimi) pasireiškia tarp skirtingų VS formų – ribojančio tipo nervinės anoreksijos (AN), kompensuojančio tipo nervinės anoreksijos, nervinės bulimijos (BN), persivalgymo sutrikimo (BED), bei netipinių valgymo sutrikimų (OSFED). Su tikslu pabandyti išdiferencijuoti minėtas tendencijas, šiame tyrime buvo analizuoti 167 pilnamečių moterų duomenys (vidutinis amžius – 26.11) iš įvairių pasaulio šalių: 70 iš jų nurodė turinčios ženklių mitybos problemų, o 97 nurodė ženklių problemų neturinčios. Pagal nurodytą oficialią VS diagnozę bei dominuojančią simptomatiką atspindinčią VS vertinimo instrumente, respondentės buvo suskirstytos į minėtas VS diagnostines grupes. Rezultatai patvirtino ankstesnių tyrimų išvadas, jog VS (bendrai) turinčios moterys dažniau pasižymi nesaugiu prieraišumo tipu, bei pasižymi didesniu polinkiu į gėdos ir pasibjaurėjimo savimi jausmus nei šių sutrikimų neturinčiosios. Taip pat, rezultatai atskleidė skirtumus tarp VS grupių: (1) ribojančio tipo AN bei BN atvejais dažniausiai pasireiškia nerimastingas prieraišumo tipas, o kitų VS formų atvejais – vengiantis prieraišumo tipas; (2) pasibjaurėjimo savimi lygis reikšmingai nesiskiria tarp skirtingų VS formų, tačiau skiriasi tarp prieraišumo tipų VS kontekste, kur nerimastingas prieraišumas susijęs su stipriausiai išreikštu pasibjaurėjimu savimi; (3) gėdos išgyvenimas ženkliai stipresnis ribojančio tipo AN, kompensuojančio tipo AN bei BN atvejais lyginant su kitomis VS formomis, bei ženkliai stipresnis nerimastingo prieraišumo atveju VS kontekste, lyginant su kitais prieraišumo stiliais. Šie rezultatai patvirtina mūsų pagrindinę hipotezę apie prieraišumo, gėdos ir pasibjaurėjimo savimi raiškos skirtumus tarp VS formų. Viliamės, kad tai paskatins ateities tyrėjus bei klinacistus atkreipti didesnę dėmesį į šių fenomenų svarbą VS etiologijos, eigos ir, galiausiai, gydymo kontekstuose.

Summary

Earlier research in the area of eating disorder (VS) have identified their ties with insecure attachment, heightened sense of self-disgust and higher propensity to experience the feelings of shame. Despite the earlier empirical evidence, there remain questions regarding these associations, including one of whether and how the said phenomena (attachment, shame, self-disgust) present themselves differently depending on the specific type of VS – restricting type anorexia nervosa (AN), binge-purge type anorexia nervosa, bulimia nervosa (BN), binge-eating disorder (BED), and eating disorders not otherwise specified (OSFED). Aiming to differentiate the potential presentations, this research analyzed the data from 167 adult women (average age – 26.11) from around the world: 70 of them reported having significant eating problems, while 97 reported not having them. Based on the official VS diagnosis reported as well as the dominant symptomatology reflected in the VS-evaluating questionnaire, the participants were assigned to the said VS subtype groups. Our results have confirmed the findings of previous research that the women who have VS (as a group) were significantly more likely to manifest insecure attachment style, and experience the feelings of shame as well as self-disgust significantly more intensely, than women without VS. In addition, we found the following differences between VS types: (1) restricting AN and BN groups were much more likely to manifest anxious-ambivalent attachment style, while other VS diagnostic groups were more likely to show avoidant attachment style; (2) no differences were found between VS types in self-disgust, however, the anxious-ambivalent attachment style in the context of VS predicted the highest level of self-disgust; (3) the level of shame was significantly higher in both subtypes of AN and in BN, compared to other VS diagnostic groups, as well significantly higher when anxious-ambivalent attachment was present in the context of VS, compared to other attachment styles. The present findings, overall, confirm our main hypothesis regarding the differential presentation of attachment, shame and self-disgust in the case of separate VS diagnoses, which, we hope, will invite future researchers and clinicians to pay closer attention to the importance of such phenomena in the contexts of VS etiology, progression and, eventually, treatment.

Svarbiausios sąvokos

Valgymo sutrikimai (angl. “*eating disorders*”; VS) – psichinės sveikatos sutrikimai pasižymintys nuo normos nukrypusiu mitybos elgesiu, neigiamai paveikiančiu fizinę bei psichologinę sveikatą.

Nervinė anoreksija (angl. “*Anorexia Nervosa*”; AN) – valgymo sutrikimas, kuriam būdingas ženklus ir/ar staigus svorio netekimas dėl ekstremalaus suvartojamo maisto kiekio ribojimo bei sutrikęs savo kūno vaizdas.

... *ribojantis tipas* (angl. “*restrictive type*”) – AN tipas, kuriam būdinga tai, jog žemas kūno svoris pasiekiamas ar palaikomas pirmiausia per kraštutinį maisto ribojimo strategiją.

... *kompensuojantis tipas* (angl. “*binge-purge type*”) – AN tipas, kuriam būdinga tai, jog žemas kūno svoris pasiekiamas ar palaikomas tiek per maisto ribojimą, tiek per persivalgymo ir kompensacinio elgesio (vėmimo, nesaikingo sportavimo, piknaudžiavimo laisvinamaisiais vaistais) kombinaciją.

Nervinė bulimija (angl. “*Bulimia Nervosa*”; BN) – valgymo sutrikimas, kuriam būdingi pasikartojantys sunkiai kontroliuojami persivalgymo ir kompensacinio elgesio (vėmimo, nesaikingo sportavimo, piknaudžiavimo laisvinamaisiais vaistais) epizodai bei sutrikęs savo kūno vaizdas.

Persivalgymo sutrikimas (angl. “*Binge-eating disorder*”; BED) – valgymo sutrikimas, kuriam būdingi pasikartojantys sunkiai kontroliuojami persivalgymo epizodai, tačiau nepasireiškia kompensacinis elgesys.

Netipiniai valgymo sutrikimai (angl. “*Other-specified feeding and eating disorders*”; OSFED) – plati valgymo sutrikimų kategorija, į kurią patenka ženkliai sutrikusios mitybos ir santykio su savo kūnu atvejai, kurie neatitinka pilnų kriterinių reikalavimų kitoms valgymo sutrikimų diagnozėms nustatyti.

Prieraišumas (angl. “*attachment*”) – emocinis ryšys susiformuojantis tarp kūdikio ir jo globėjo(-ų) (vėliau ir tarp partnerių intymiaje tarpasmeniniame santykiyje).

Gėda (angl. “*shame*”) – savimone paremtas jausmas, socialiai orientuota emocija, kylanti iš savęs suvokimo kaip neatitinkančio visuomenės standartų, nepakankamo ar ydingo, kuomet šie (realūs ar įsivaizduojami) asmeniniai trūkumai suvokiami kaip kylantys iš identiteto, o ne eksternalių aplinkybių, ir yra baiminamasi, jog “paviešinti” šie trūkumai užsitrauktų kitų žmonių pasibjaurėjimą.

Pasibjaurėjimas savimi (angl. “*self-disgust*”) – vienos iš bazinių žmogaus emocijų (pasibjaurėjimo), kuri apima subjektyvią psichologinę patirtį, specifinį fiziologinį atsaką, specifinę susijusią veido išraišką, bei stimulo vengimą, nukreipimas prieš save.

Pratarmė

Valgymo sutrikimai (VS) – tai rimti, potencialiai mirtini ir sunkiai gydomi psichikos sutrikimai, kurie dažniausiai paveikia jauno amžiaus moteris. Moksliniai tyrimai, bandantys identifikuoti šios psichopatologijos atsiradimo riziką, palaikymą skatinančius veiksnius (su tikslu atrasti potencialias naujas intervencijų sritis) iki šiol identifiko nemažą jų skaičių – tarp jų ir nesaugų prierašumą, padidintą polinkį į gėdą bei pasibjaurėjimą savimi – tačiau tyrimų šioje srityje duomenys išlieka prieštaringi. Iki šiol, sąsajos tarp konkrečių prierašumo tipų, gėdos išgyvenimo ir pasibjaurėjimo savimi jausmo valgymo sutrikimų turinčių asmenų imtyse nėra aiškiai identifikuotos, kaip ir nėra vieningai sutarta, ar ir kaip prierašumo tipų ar minėtų jausmų raiška skiriasi priklausomai nuo konkrečios valgymo sutrikimo simptomatikos bei diagnostinės kategorijos. Būtent pastarieji klausimai tapo šio darbo motyvacija bei užmoju, siekiant geriau suprasti valgymo psichopatologijos etiologiją, sudedamąsias, pasėkmes bei, potencialiai, naujus šių sutrikimų gydymo kelius.

1. Įvadas

1.1. Valgymo sutrikimų formos ir paplitimas

Valgymo sutrikimai gali būti apibūdinami kaip psichikos sutrikimų grupė (Anderson et al., 2018), apimanti kiek išsiskiriančias fiziologinių bei psichologinių simptomų konsteliacijas, apibūdinamas šiais diagnostiniais pavadinimais: nervinė anoreksija (AN), nervinė bulimija (BN), persivalgymo sutrikimas (BED; Williamson & Martin, 2004), ar kitaip specifikuotas valgymo ar maitinimo sutrikimas (angl. „*other specified feeding or eating disorder*“ / OSFED – klasifikacinė kategorija į kurią patenka asmenys susiduriantys su AN, BN, BED ar kitais psichologiniais simptomais susijusiais su mityba, kurie ženkliai paveikia jų gerovę ir/ar funkcionavimą, tačiau neatitinka minimalių reikalavimų kitai valgymo sutrikimų diagnozei; Gillett, Harper, Larson, Berrett & Hardman, 2009). Žvelgiant bendrai, valgymo sutrikimai yra laikomi vienu iš didžiausių mirtingumo rizikų turinčių bei sunkiausiai gydomų (net ir empiriškai patikrintais metodais) psichikos sutrikimų (Anderson et al., 2018), kurie dažniausiai paveikia jaunas merginas (bimodalinis valgymo sutrikimų pradžios amžius tarp merginų – 14-18m.; Tafa et al., 2017). Spėjama, jog kliniškai reikšmingi valgymo sutrikimai (kaip plati psichiatrinių sutrikimų grupė) paveikia 3-10% 15-29 metų amžiaus merginų bei moterų; numanoma, jog daliniai valgymo sutrikimai (nesiekiantys klinikinio diagnostinio lygmens) yra dar bent dukart dažnesni (Polivy & Herman, 2002).

AN yra laikoma potencialiai mirtinu valgymo sutrikimu, kuriam būdingas badavimas ar ženklus maisto ribojimas, greitas ir pavojingas kūno svorio netekimas, bei sutrikęs savo kūno vaizdas (Polivy & Herman, 2002; Williamson & Martin, 2004; Tasca & Balfour, 2014). AN paplitimas bendroje populiacijoje tarp suaugusiųjų bei paauglių yra maždaug 0.5–1.0% (Tafa et al., 2017); merginos/moterys šiuo sutrikimu diagnozuojamos maždaug 10 kartų dažniau negu vaikinai/vyrai (Williamson & Martin, 2004). Literatūroje bei praktikoje išskiriami du AN tipai: „ribojantis tipas“ (angl. „*restrictive type*“; kuomet žemas kūno svoris pasiekiamas ir/ar išlaikomas per intensyvų maisto ribojimą) ir „kompensuojantis“ tipas (angl. „*binge-purge type*“; kuomet žemas kūno svoris pasiekiamas ir/ar išlaikomas per maisto ribojimo bei kompensacinio eglesio kombinaciją; Polivy & Herman, 2002; Williamson & Martin, 2004). Nors, lyginant su kitomis šios sutrikimų grupės diagnozėmis, AN yra bene rečiausiai pasitaikanti, literatūroje ji dažnai įvardinama kaip išskirtinai pavojingas (sukeliantis rimtas psichologines bei fizines komplikacijas) ir sunkiausiai (iš)gydomas valgymo sutrikimas: maždaug 20% AN atvejų išlieka lėtiniai, iki 10% pasibaigia priešlaike mirtimi (dėl

fizinės sveikatos komplikacijų ar savižudybės), o mažiau nei pusė visų turinčių AN ilgainiui pasiekia pilną remisiją (Williamson & Martin, 2004).

BN – valgymo sutrikimas, kuris apima dažnai pasireiškiančius nekontroliuojamus persivalgymo epizodus bei pavojingą kompensacinį elgesį, kurio tikslas – išvengti persivalgymo metu suvartotų kalorijų pasisavinimo į kūno audinius (sukeliant vėmimą, vartojant diuretikus ar laisvinamuosius vaistus, kompulsyviai sportuojant ar kita; Polivy & Herman, 2002; Tasca & Balfour, 2014). Manoma, jog klinikinio lygmens BN pasireiškia maždaug 0.5–3.0% populiacijos (Tafa et al., 2017); panašiai kaip AN, 90% BN atvejų pasireiškia moterų/merginų tarpe (Williamson & Martin, 2004). Literatūroje kartais išskiriami du BN tipai (tačiau šis skirstymas pasitaiko ženkliai rečiau nei AN atveju): „išsivalantis tipas“ (angl. „*purging type*“; kuomet naudojamos toks kompensacinis elgesys kaip prievartinis vėmimas, diuretikų ar laisvinamųjų vaistų vartojimas) ir „neišsivalantis tipas“ (angl. „*non-purging type*“; kuomet kompensacinis elgesys apima išimtinai tik persivalgymą sekančius badavimo periodus bei kompulsyvų sportavimą; Polivy & Herman, 2002; Williamson & Martin, 2004). Nors BN dažnai laikomas lengviau (pa)gydomu valgymo sutrikimu nei AN, BN ligos trukmė iki sąlyčio su gydymo centrais dažniausiai gerokai ilgesnė, kadangi didžioji dalis asmenų turinčių BN patenka į „normalaus“ kūno svorio kategoriją, todėl gali ilgiau nuslėpti savo valgymo sutrikimo simptomus (Williamson & Martin, 2004). Literatūroje minima, jog BN sudaro kone identišką simptomų konsteliacija kaip „kompensuojantis“ AN tipas (asmenims su vienu ar kitu šių specifinių sutrikimų taip pat bendra tam tikros temperamento savybės bei komorbidiniai psichikos sutrikimai); vienintėlis šiai dienai identifikuojamas diagnostinis skirtumas tarp šių sutrikimų – tai objektyvus dabartinio kūno masės indekso kriterijus (abu AN tipai diagnozuojami, kai asmens kūno svoris bent 15% žemesnis už numatytą minimalią „sveiko“ kūno svorio ribą; Polivy & Herman, 2002).

BED yra laikomas dažniausiai bendroje populiacijoje pasitaikančiu valgymo sutrikimu (apie 3.5%), kuriam būdingi pasikartojantys, prastai kontroliuojami persivalgymo priepuoliai, tačiau po maisto suvartojimo nėra reguliariai pasireiškiančio kompensacinio elgesio (Tasca & Balfour, 2014; Tafa et al., 2017). Lyčių skirtumas šio sutrikimo paplitime – ženkliai mažesnis, nei AN ar BN atveju: merginos/moterys BED patiria 1.5 karto dažniau, negu vaikinai/vyrai (Williamson & Martin, 2004). Manoma, jog BED atveju (skirtingai nei AN ar BN) pakankamai dažna spontaniška sutrikimo remisija (80% per 5 metus, be gydymo; Williamson & Martin, 2004).

1.2. Valgymo sutrikimų etiologija ir rizikos veiksniai

Iki šiol, tyrimai orientuoti į valgymų sutrikimų atsiradimą ir/ar palaikymą skatinančių rizikos veiksnių identifikavimą, neranda vieningo atsakymo; galima įtarti, jog šie sutrikimai – itin kompleksiški, jiems būdingas tiek vienfinališkumas (daugybė skirtingų veiksnių bei jų sąveikų gali sukelti to paties pobūdžio valgymo sutrikimą), tiek daugiafinališkumas (panašių pasireiškiančių veiksnių visuma gali lemti skirtingų valgymo sutrikimams būdingų simptomų ar specifinių sutrikimų pasireiškimą).

Vienas iš literatūroje nurodytų potencialių veiksnių – biologinė / neurocheminė / genetinė asmens dispozicija: yra duomenų, jog polinkis į valgymo sutrikimus, bent iš dalies, yra paveldimas (Pearlman, 2005; Munch, Hunger & Schweitzer, 2016). Manoma, jog šis veiksnys itin svarbus apsprendžiant AN išsivystymą (Williamson & Martin, 2004). Vienas iš minimų potencialių mechanizmų AN atsiradimo kontekste yra genetiškai apsprendžiamas temperamentas bei polinkis į tam tikrus asmenybės bruožus, kurie dažnai pastebimi asmenų su AN diagnoze tarpe – nerimastingumas, rigidiškumas bei obsesiškumas (Williamson & Martin, 2004). Į šią veiksnių grupę taip pat galima priskirti perinatalinius faktorius (t.y. biologinio pagrindo veiksnys, kurie nėštumo metu iš motinos organizmo persiduoda vaisiui; Munch et al., 2016).

Kitas potencialus etiologinis veiksnys – ankstyvosios patirtys raidoje (pirminėje šeimoje), kuris galimai apima tokius aspektus kaip bendra šeimos disfunkcija (Gowers & Shore, 2001; Polivy & Herman, 2002; Pearlman, 2005; Gillett et al., 2009; Munch et al., 2016; Tafa et al., 2017), nesaugus prierašumas (Ward, Ramsay & Treasure, 2000; Ardovini, 2002; Troisi, Massaroni, & Cuzzolaro, 2005; O’Shaughnessy & Dallos, 2009; Munch et al., 2016), psichologinis, fizinis ir/ar seksualinis smurtas (Pearlman, 2005; Gois, Ferreira & Mendes, 2018; Mullen & O’Reilly, 2018), bei separacijos-individuacijos problemos (Polivy & Herman, 2002; Demidenko, Tasca, Kennedy & Bissada, 2010). Bandant labiau išgryninti problemiškus šeimos funkcionavimo aspektus šiame kontekste, tyrimai identifikavo tėvų afektines ir/ar nerimo spektro psichopatologijas, tėvų probleminį psichotropinių medžiagų vartojimą, konfliktų vengimą šeimoje, sklandžios komunikacijos stoką, perdėtą vaiko globą / saugojimą, šeimos narių “susiliejamą” ar (atvirkščiai) ženklų nesuderinamumą, tėvų įkyrų ir perdėtą kišimąsi ir perdėtą kontrolę ar (atvirkščiai) kraštutinį atsitraukimą ir abejingumą vaiko atžvilgiu (Gillett et al., 2009; Tafa et al., 2017), vaiko emocijų poreikių ignoravimą, bei perdėtą tėvų agresiją ir/ar kritiškumą vaiko atžvilgiu (Polivy & Herman, 2002).

Dar viena potencialių rizikos veiksnių grupė – socialiniai (t.y. raidos platesnėje visuomenėje) veiksniai: prie valgymo sutrikimų išsivystymo rizikos prisideda tokios patirtys kaip spaudimas “įsisprausti” į vakarų kultūroje idealizuojamą kūno tipą (Gowers & Shore, 2001; Williamson & Martin, 2004; Pearlman, 2005), pašaipos/patyčios, užsiėmimas fizine sandarą prioritetizuojančiomis veiklomis (t.y. baletas, gimnastika; Williamson & Martin, 2004), bei traumuojančios smurtinės patirtys (fizinis smurtas ir/ar seksualinė prievarta) platesnėje socialinėje aplinkoje, už pirminės šeimos ribų (Gois et al., 2018; Mullen & O’Reilly, 2018).

Galiausiai, valgymo sutrikimų atsiradimą bei palaikymą iš dalies lemia individualūs veiksniai - tokie kaip asmenybės bruožai (Polivy & Herman, 2002; Munch et al., 2016), savivertės sunkumai (Polivy & Herman, 2002; Duarte, Ferreira & Pinto-Gouveia, 2016), identiteto raidos nesklandumai (Williamson & Martin, 2004; Demidenko et al., 2010), kognityvinis stilius (Sanftner, Hill Barlow, Marschall & Tangney, 1995; Polivy & Herman, 2002), emocijų reguliacijos sunkumai (Duarte et al., 2016; Anderson et al., 2018; Mullen & O’Reilly, 2018), bei komorbidinių psichopatologijų buvimas (Williamson & Martin, 2004; Munch et al., 2016; Tafa et al., 2017). Verta pastebėti, jog šie rizikos veiksniai neatsiranda “vakuume”, jie sąveikauja su anksčiau minėtais veiksniais – tiek yra nulemti kitų veiksnių (pavyzdžiui, rigidiškoje ir pernelyg kritiškoje šeimoje augančiai mergaitei ilgainiui susiformuoja stiprios perfekcionistinės tendencijos), tiek patys prisideda prie kitų veiksnių atsiradimo (pavyzdžiui, perfekcionistiška ir obsesinių tendencijų turinti paauglė bendraamžiams atrodo “keista”/“nepritampanti”, todėl jie ima iš jos tyčiotis).

1.3. Prieraišumo samprata ir empiriniai tyrimai

Prieraišumo teorija apibūdina ryšio kūrimo tarp globėjo (mamos, tėvo) ir jo(s) vaiko procesus bei jų potencialias pasekmes šio ryšio sutrikdymo atveju (Pearlman, 2005; Tasca & Balfour, 2014).

Prieraišumo raida apima fizinio bei emocinio artumo, komforto bei saugumo ieškojimą santykyje su vaikui autoritetingais / globėjiskais asmenimis, o šis „ieškojimo“ elgesys turi tendenciją sustiprėti pažeidžiamumo būsenose (Ardovini, 2002). Manoma, jog prierašumas susiformuoja maždaug 12 mėnesių amžiuje, o pasireiškiantys prierašumo tipai turi tendenciją būti perduodami iš kartos į kartą per vidinius santykių modelius (Munch et al., 2016). Ilgainiui, susiformavęs prierašumo stilius tampa tam tikru asmens „žemėlapiu“, nurodančiu jam priimtinas/išmoktas psichines bei elgesio strategijas siekiant patenkinti prierašumo poreikius santykiuose ateityje (Ardovini, 2002).

Literatūroje dažniausiai išskiriami keturi prierašumo stiliai: saugus, nesaugus-nerimastingas, nesaugus-vengiantis, bei nesaugus-dezorganizuotas. Saugus prierašumo stilius yra laikomas optimaliausiu psichologinės gerovės bei funkcionavimo atžvilgiu; jis susiformuoja, kuomet tarp globėjo ir vaiko yra geras temperamentų „atitikmuo“ (angl. „*goodness-of-fit*“), kuomet globėjas yra nuspėjamai ir reguliariai šalia vaiko, geba teisingai perskaityti vaiko emocijas užuominas ir į jas atliepti, kuomet palaikomas optimalus balansas tarp vaiko poreikių patenkinimo (būti arti globėjo ir būti vis labiau autonomišku / tyrinėti pasaulį) ir kuomet aplinka vaikui vystantis yra saugi (Pearlman, 2005; Demidenko et al., 2010; Tasca & Balfour, 2014). Sąlygos, kurios neatitinka šių bazinių kriterijų (pavyzdžiui, globėjas netikėtai ir ilgam dingsta iš vaiko gyvenimo, namuose pasikartoja fizinis smurtas, mama serga pogimdyvine depresija ir negali tinkamai atliepti vaiko emocinių poreikių, globėjas perdėtai saugo vaiką nuo autonomiško pasaulio tyrinėjimo ir neleidžia vaikui nė minutės veikti vienam) kelia nesaugaus prierašumo stiliaus išsivystymo riziką (Pearlman, 2005; Munch et al., 2016). Nerimastingas prierašumo stilius pasižymi ryškia ambivalencija artumo su globėju atžvilgiu: vaiko reakcija į trumpalaikį atsiskyrimą nuo globėjo – itin audringa, globėjui sugrįžus vaikas nori būti arti jo, būti guodžiamas, tačiau globėjui priartėjus prie vaiko ir bandant suteikti jam komfortą bei nusiraminti vaikas stumia globėją šalin (De Panfilis, Rabbaglio, Rossi, Zita & Maggini, 2003; Demidenko et al., 2010; Tasca & Balfour, 2014). Vengiantį stilių turintis asmuo turi tendenciją ignoruoti kitų į jį nukreiptus meilės ir komforto signalus, užsisklęsti savyje santykių kontekste bei vengti bet kokio intymumo (Ardovini, 2002; Demidenko et al., 2010; Tasca & Balfour, 2014). Išsivysčiusio dezorganizuoto prierašumo stiliaus atveju yra sakoma, jog asmuo raidoje aplamai neatrado ir neįsisavino jokios konkrečios psichinės ar elgesio strategijos nukreiptos į poreikių patenkinimą santykių kontekste; neretai šis stilius išsivysto itin nepalankios raidos pasekoje, kuomet pirminėje šeimoje ilgą laiką patiriamas smurtas, kraštutinė nepriežiūra ir/ar fiziologinis nepriteklus (Ardovini, 2002; Tasca & Balfour, 2014).

Žvelgiant bendrai, prierašumo procesai ženkliai paveikia asmens psichologinę gerovę bei funkcionavimą ilgalaikėje perspektyvoje – ne tik funkcionavimą įvairaus pobūdžio tarpasmeninių santykių kontekste (Pearlman, 2005), bet paveikia ir emocijų reguliacijos įgūdžius, streso toleravimo lygmenį bei gebėjimą prisitaikyti prie kintančių gyvenimo aplinkybių, specifinių gynybos mechanizmų formavimąsi, identiteto bei asmenybės raidą, savivertę, savi-veiksmingumą, savarankiškumo lygmenį, kognityvinių schemų formavimąsi, bei psichopatologijos riziką (kur saugus prierašumas susijęs su pozityvia raidos trajektorija šiose srityse, o nesaugaus prierašumo stiliai – su mažiau optimalia;

Ardevini, 2002; De Panfilis et al., 2003; Pearlman, 2005; O'Shaughnessy & Dallos, 2009; Demidenko et al., 2010; Passanisi, Gervasi, Madonia, Guzzo & Greco, 2015; Munch et al., 2016).

1.4. Valgymo sutrikimų turinčių asmenų prierašumas

Kaip minėta, nepalanki raida bendrai, ir joje susiformavęs nesaugus prierašumas konkrečiai, yra siejamas su didesne psichopatologijos išsivystymo rizika – tarp jų ir valgymo sutrikimų pasireiškimo rizika (Ardevini, 2002; Troisi et al., 2005; Tasca & Balfour, 2014) bei valgymo sutrikimo sunkumo lygmeniu (Munch et al., 2016).

Bandant tyrinėti, kaip nesaugus prierašumas prisideda prie mitybos patologijos išsivystymo rizikos, buvo pastebėta, jog net ir ankstyvame amžiuje vaikai, kurių prierašumo poreikiai nėra patenkinti, turi polinkį ieškoti būdų (t.y. alternatyvų pozityviam ryšiui su globėju) save nuraminti, ir tai dažnai apima tokius elgesio būdus kaip dažnas nykščio čiulpimas ar pernelyg užsitiesęs čiulptuko naudojimas; manoma, jog ilgainiui toks savi-reguliacinis mechanizmas gali įsitvirtinti asmens psichikoje ir pasireikšti polinkiu į oralinės stimuliacijos naudojimą prierašumo poreikių patenkinimo tikslais (pavyzdžiui, per valgymą; Pearlman, 2005). Kita teorinė idėja, kaip nesaugus prierašumas prisideda prie valgymo sutrikimų, teigia, jog kai tarpasmeninio ryšio kūrimo ar palaikymo rūpesčiai asmeniui tampa per sunkūs (ar atrodo nepataisomi), valgymo sutrikimas „atsiranda“ kaip tam tikras nesąmoningas sprendimo būdas – eksternalizuojantis mechanizmas, kuris nukreipia dėmesį nuo šių skaudžių rūpesčių ir sukonzentruoja jį į tokius (sąlyginai) lengviau kontroliuojamus aspektus, kaip mityba, sportas ir kūno svoris (Troisi et al., 2005; Demidenko et al., 2010). Dar viena teorija šiuo klausimu – tai nesaugaus prierašumo įtaka valgymo sutrikimų atsiradimui per prierašumo nulemtą neigiamą savęs vaizdą (tiek savęs kaip asmenybės, tiek savo kūno vaizdą) ir/ar nepilnai išsivysčiusį/diferencijuotą identitetą (Troisi et al., 2005; Demidenko et al., 2010; Koskina & Giovazolias, 2010); tyrimai rodo, jog paauglės merginos (bendroje populiacijoje), kurias galima apibūdinti kaip turinčias nesaugų prierašumo stilių, išreiškia daugiau susirūpinimo savo svoriu bei žemesnę savivertę, nei paauglės su suformuotu saugiu prierašumu (Troisi et al., 2005), o savivertės sunkumai ir perdėta koncentracija į eksternalius kūno požymius, kaip žinia, gali būti laikomi valgymo sutrikimų „sudedamosiomis“ (Gowers & Shore, 2001; Polivy & Herman, 2002; Duarte et al., 2016). Galiausiai, nesaugus prierašumas tipiškai susiformuoja neoptimalioje šeimos aplinkoje; galima nuspėti, jog nesaugus prierašumas susijęs su tėvų emociniu atstūmimu, apleidimu ar perdėta globa,

perdėta kontrole, itin aukštais lūkesčiais ir kritiškumu, bei komunikacijos stoka, o šie pasikartojantys elgesio būdai vaiko atžvilgiu (kaip rodo tyrimai) yra tarpiai susiję su valgymo psichopatologija (Polivy & Herman, 2002; De Panfilis et al., 2003; Gillett et al., 2009; Tafa et al., 2017). Taip pat įdomu pastebėti, jog valgymo sutrikimų pradžia dažnai pasireiškia laiko tarpsniuose, kuriuos galima interpretuoti kaip tam tikrą prieraišumo sutrikdymą (prasidėjęs seksualinis brendimas, išsiskyrimas su romantiniu partneriu, išsikraustymas iš namų dėl prasidedančių studijų, ar artimo žmogaus netektis; Pearlman, 2005).

Tyrėjai iki šiol bando diferencijuoti prieraišumo raišką skirtingų specifinių valgymo sutrikimų diagnozių grupėse, tačiau vieningo atsakymo neranda: kai kurie, išskirdami AN ir BN, skirtumų tarp jų prieraišumo stiliaus atžvilgiu neranda (Troisi et al., 2005); kai kurie randa sąsają tarp nesaugaus prieraišumo ir VS sunkumo, nepaisant jo formos (Munch et al., 2016); dar kiti išskiria, jog dezorganizuotas prieraišumas susijęs su BN ir BED, tačiau nebūdingas AN (Barone & Guiducci, 2009); O'Shaughnessy ir Dallos (2009) bei Ward ir kitų (2000) literatūros apžvalgose nurodomi tyrimų rezultatai išskiriantys AN atveju būdingą vengiantį prieraišumo stilių, o BN būdingą nerimastingą stilių; Demidenko ir kolegų (2010) teigia, jog konkretus nesaugaus prieraišumo tipas išsiskiria priklausomai nuo valgymo sutrikime dominuojančio elgesio (t.y. ribojančio ar besaikio/kompensacinio), bet ne nuo konkrečios diagnostinės grupės (t.y. AN ar BN); galiausiai, Koskina ir Giovazolias (2010) rezultatai rodo, jog vyrų valgymo psichopatologiją geriau nuspėja vengiantis, o moterų – nerimastingas prieraišumo stilius, nepriklausomai nuo konkrečios valgymo sutrikimo diagnozės. Taigi, iki šiol atlikti tyrimai dar nesugebėjo patikimai išskirti prieraišumo tipus būdingus sergant skirtingomis VS formomis, o duomenų apie prieraišumo raišką BED ar OSFED išskirtinai stokoja, todėl tolimesni tyrimai orientuoti į šį tikslą yra reikalingi.

1.5. Pasibjaurėjimo savimi samprata ir empiriniai tyrimai

Pasibjaurėjimas – tai viena bazinių žmogaus emocijų, kuri apima subjektyvią psichologinę patirtį, specifinį fiziologinį atsaką per parasimpatinės nervų sistemos aktyvaciją (potencialiai sukeltą pykinimą ir/ar vėmimą; Moncrieff-Boyd, Byrne & Nunn, 2014), specifine veido išraiška (pavyzdžiui, suraukta nosis), bei stimulo vengimu (kognityviniame bei elgesio lygmenyse; Von Spreckelsen, Glashouwer, Bennik, Wessel & De Jong, 2018; Glashouwer & De Jong, 2021). Literatūroje išskiriami keletas pasibjaurėjimo porūšių: bazinis pasibjaurėjimas (sukeltas išorinių stimulų, tokių kaip sugedęs

maistas ar negyvi organizmai), tarpasmeninis/moralinis pasibjaurėjimas (sukeltas stebimo socialinių normų pažeidimo), bei pasibjaurėjimas savimi (internaliai nukreiptas pasibjaurėjimas; Ille et al., 2014); nors pasibjaurėjimą keliantys stimulai tarp šių porūšių skiriasi, tyrimai rodo, jog pasibjaurėjimo patirtis neurologiniame lygmenyje visais atvejais yra identiška (Ille et al., 2014; Moncrieff-Boyd et al., 2014). Taip pat, pasišlykštėjimo patirčiai bendra tai, jog ji yra priklausoma nuo asmens gebėjimo diferencijuoti tai, kas yra „sava“, o kas „ne sava“: ši diskriminacija (jeigu teisingai įvykdyta) yra evoliuciškai adaptyvi, leidžianti išvengti susidūrimo su fiziologiškai ar morališkai nepažįstama (todėl potencialiai pavojinga) „medžiaga“ (Moncrieff-Boyd et al., 2014). Įdomu tai, jog moterys yra labiau linkusios jausti pasibjaurėjimą nei vyrai (Ille et al., 2014), o asmenys labiau linkę jausti pasibjaurėjimą aplamai yra labiau linkę jausti ir pasibjaurėjimą savimi konkrečiai (Von Spreckelsen et al., 2018).

Pasibjaurėjimas savimi gali būti apibūdinamas kaip emocija paremta savimone (angl. „*self-conscious emotion*“; panašiai kaip gėda ar kaltė), ar kraštutiniai neigiama šių emocijų grupės versija, kuomet asmuo (jo būdas, kūno dalys, kūnas aplamai, ar elgesys) sau pačiam kelia neapykantos ir bjaurasties jausmus, dažniausiai – dėl asmeninių subjektyvių standartų neatitikimo (Moncrieff-Boyd et al., 2014; Lazuras, Ypsilanti, Powell & Overton, 2019). Kaip ir kiti pasibjaurėjimo porūšiai, pasibjaurėjimas savimi lemia vengiantį elgesį bei mintis (pavyzdžiui, veidrodžių vengimas su tikslu nematyti savo kūno atvaizdo), kurie savo ruožtu (ir paradoksaliai) psichologinę sąsają tarp pasibjaurėjimą keliančio stimulo (pavyzdžiui, savo kūno) ir pasibjaurėjimo reakcijos tik sustiprina (Von Spreckelsen et al., 2018). Ille ir kolegos (2014) apibūdina keletą potencialių pasibjaurėjimo savimi schemos susiformavimo mechanizmų: (a) subjektyvi tarpasmeninio atstūmimo patirtis yra internalizuojama; (b) asmuo internalizuoja ir į save nukreipia agresiją, dėl ko ilgainiui jis pradeda pats nuvertinti save / savo atributus; (c) nerimastingas asmuo internalizuoja klaidingai (dėl plataus nežinomybės elemento) interpretuotas kitų asmenų reakcijas į jį ar numanomas kitų nuomones apie jį. Taip pat, pasibjaurėjimą savimi bendrai paskatina patirtas fizinis ir/ar seksualinis smurtas (ypač vaikystėje; Ille et al., 2014), o pasibjaurėjimą savo fiziniu kūnu konkrečiai – išgyventas socialinis-kultūrinis spaudimas atitikti kūno formos bei svorio idealą bei patirtos nepalankios į kūną nukreiptos tarpasmeninės patirtys (pavyzdžiui, kūno kritika artimuose santykiuose, bendraamžių patyčios; Von Spreckelsen et al., 2018). Daroma prielaida, jog pasibjaurėjimas savimi veikia kaip mechanizmas padedantis kontroliuoti savo tarpasmeninį patrauklumą bei socialinį priėmimą (Ille et al., 2014).

1.6. Valgymo sutrikimų turinčių asmenų pasibjaurėjimas savimi

Tyrimai rodo, jog tiek didesnis polinkis jausti pasibjaurėjimą išoriniais stimulais (Ille et al., 2014), tiek pasibjaurėjimą savimi / savo kūnu / savo elgesiu (Ille et al., 2014; Bell, Coulthard & Wildbur, 2017; Anderson et al., 2018; Stasik-O'Brien & Schmidt, 2018; Von Spreckelsen et al., 2018; Lazuras et al., 2019; Glashouwer & De Jong, 2021) yra tampriai susijęs su įvairaus pobūdžio psichopatologija: klinicine depresija, schizofrenija, fobijomis, obsesiniu kompulsiniu sutrikimu, ribinės asmenybės sutrikimu, bei valgymo sutrikimais. Tyrėjai valgymo sutrikimų srityje pastebi, jog padidintas polinkis jausti pasibjaurėjimą yra susijęs su sutrikusiu kūno vaizdu bei valgymo sutrikimų simptomatikos lygmeniu (tiek klinikinėje, tiek bendrosios populiacijos imtyse; Moncrieff-Boyd et al., 2014; Anderson et al., 2018; Stasik-O'Brien & Schmidt, 2018). Taip pat pastebima, jog AN bei BN kontekstuose ženkliai išreikštos pasibjaurėjimo patirtys apima tiek išorinius stimulus (pavyzdžiui, aukšto kaloringumo maistą), tiek internalius (pavyzdžiui, savo kūną; Ille et al., 2014), o pastaroji patirtis (t.y. pasibjaurėjimas nukreiptas į save) savo ruožtu susijusi su pojūčių vengimu (Bell et al., 2017). Literatūroje svarstoma, jog valgymo sutrikimų kontekste pasibjaurėjimas savimi yra susijęs su prastais introspekcijos, eksternalios bei internalios patirčių integravimo, bei "savęs"- "ne savęs" diferenciacijos gebėjimais, kurie veda į suvokimo iškraipymus (tokius kaip kūno patyrimas kaip svetimo, todėl nepriimtino ir bjauraus). Remiantis šia perspektyva, valgymo sutrikimams būdingas kognicijas bei elgesį (pavyzdžiui, siekį modifikuoti fizinį kūną, maisto atsisakymą ar jo atsikratymą) galima laikyti pasibjaurėjimo savimi pasekmėmis (Moncrieff-Boyd et al., 2014) bei bandymais su nemaloniais pasibjaurėjimo savimi jausmais susidoroti ar jų išvengti (Glashouwer & De Jong, 2021).

Taigi, tyrimai iki šiol vieningai teigia, jog pasibjaurėjimas savimi yra tampriai susijęs su valgymo sutrikimais. Vis dėlto, dar nėra aišku, kaip pasibjaurėjimas savimi pasireiškia priklausomai nuo specifinės valgymo sutrikimo formos (ribojantis AN tipas, kompensuojantis AN tipas, BN, BED, OSFED), ar kaip valgymo sutrikimų kognicijų bei elgesio specifika paveikia skirtingus pasibjaurėjimo savimi aspektus (pasibjaurėjimas savo kūnu, savo elgesiu, savo asmeniu); tolimesni tyrimai šiais klausimais yra reikalingi.

1.7. Gėdos samprata ir empiriniai tyrimai

Gėda gali būti konceptualizuojama kaip savimone paremtas jausmas (angl. “*self-conscious emotion*”) ar socialiai orientuota emocija, kylanti iš savęs suvokimo kaip neatitinkančio visuomenės standartų, nepakankamo ar ydingo (Boisvert & Harrell, 2013; Olatunji, Cox & Kim, 2015; Duarte et al., 2016), kuomet šie (realūs ar įsivaizduojami) asmeniniai trūkumai suvokiami kaip kylantys iš identiteto, o ne eksternalių aplinkybių (Olatunji et al., 2015; Bottera, Kambanis & De Young, 2020), ir yra baiminamasi, jog “paviešinti” šie trūkumai užsitrauktų kitų žmonių pasibjaurėjimą (Olatunji et al., 2015). Iš tiesų, esminis skirtumas tarp gėdos jausmo ir kaltės jausmo (t.y. kito savimone grįsto jausmo) yra tai, jog kaltė kyla iš neigiamo savo elgesio vertinimo specifinėse aplinkybėse, dėl ko vėliau neretai imamasi situaciją potencialiai atitaisančių veiksmų, tuo tarpu gėdos atveju neigiamai vertinamas asmuo kaip visuma, todėl šis vertinimas (ypač jei ilgalaikis) susijęs su prasta psichologine būkle, sutrikdytu socialiniu funkcionavimu, bei didesne psichopatologijos išsivystymo rizika (Sanftner et al., 1995; Masheb, Grilo, & Brondolo, 1999; Boisvert & Harrell, 2013; Olatunji et al., 2015; Bottera et al., 2020).

Literatūroje įvardinamos gėdos “sudedamosios” – tai kompleksiški jausmai (kurie dažnai apima pyktį, bjaurastį bei nerimą), kognicijos (mintys apie save kaip prastą, nepakankamą ir bevertį), bei elgesys (automatiškai, dažnai neadaptyvūs gynybos elgesio būdai, apimantys vengimą ir slėpimą(si); Cesare et al., 2016; Gois et al., 2018). Gėdos vystymosi mechanizmas, anot Gois ir kolegų (2018), tikėtinai apima šias stadijas: “išorinį gėdos patyrimą” (kuomet asmuo susidaro įspūdį, jog aplinkiniai asmenys mato jį kaip prastą, nepakankamą, bevertį, nemylimą, nepatrauklų, ir kt.) bei “vidinę gėdą” (kuomet ši percepcija yra internalizuojama ir tampa savęs matymo pagrindu). Literatūroje taip pat diferencijuojamos gėdos kaip laikinos emocinės patirties ir stabilaus polinkio į gėdos jausmą koncepcijos, kur pastaroji siejama su “buvimo mažu” ar “mažėjimo” subjektyvia patirtimi, bei bevertiškumo jausmu (Masheb et al., 1999; Cesare et al., 2016).

Manoma, jog nesituacinis, “lėtinis” polinkis jausti gėdą žmogaus raidoje susiformuoja kaip gynybos mechanizmas grėsmingų emocinių patirčių kontekste ir veikia kaip pasąmoningas būdas priartėti prie teigiamo tarpasmeninio dėmesio bei socialinio priėmimo poreikių išpildymo (Gois et al., 2018); pavyzdžiui, asmuo gėdyjasi savo šeimos nario, todėl “slepia” jį nuo savo bendraamžių, dėl ko vėliau šansas, jog bendraamžiai asmenį atstums ar kritikuos, yra mažesnis (realybėje ar asmens kognicijose). Konkrečiai, tyrimai rodo, jog polinkis į gėdą susijęs su nesaugiu prieraišumu (Passanisi et al., 2015), neadaptyviomis tėvystės praktikomis pirminėje šeimoje, emocinės šilumos vaikystėje stygiu bei nesaugia aplinka raidos kontekste (Gois et al., 2018; Mendes, Canavarro & Ferreira, 2022). Polinkio į

gėdą ilgines pasėkmės apima tarpasmeninę disfunkciją (dėl intymumo baimės ir pasikartojančio vengiančio bei slepiančio elgesio asmuo galimai patirs subjektyvų vienišumo jausmą, objektyvią socialinę izoliaciją ir/ar nesaugumą santykiuose; Cesare et al., 2016), bei pakilusią psichopatologijos atsiradimo ir tęstinumo riziką (konkrečiai, tokių patologijų ar su jomis susijusių simptomų, kaip klinikinė depresija, savižala, nevaldoma agresija, žema savivertė ir valgymo sutrikimai; Masheb et al., 1999; Olatunji et al., 2015).

1.8. Valgymo sutrikimų turinčių asmenų gėdos jausmas

Polinkis į gėdą yra laikomas svarbiu valgymo sutrikimų vystymosi bei jų palaikymo komponentu, dėl stiprių sąsajų su valgymo psichopatologijos simptomais bei psichologiniais šių sindromų aspektais – tiek klinikinėse, tiek neklinikinėse imtyse (Sanftner et al., 1995; Olatunji et al., 2015; Cesare et al., 2016; Duarte et al., 2016; Gois et al., 2018; Solomon-Krakus, Uliaszek & Sabiston, 2022); šios sąsajos išlieka reikšmingos net atmetus potencialius depresijos (Olatunji et al., 2015; Duarte et al., 2016), savivertės (Jambekar, Masheb & Grilo, 2003), ar kūno masės indekso (Cesare et al., 2016) efektus. Tyrėjai sutinka, jog gėda turi stipresnę sąsają su valgymo sutrikimų simptomatika bei sunkumo lygiu negu kaltė (Jambekar et al., 2003; Bottera et al., 2020) ar bendras negatyvus afektas (Bottera et al., 2020), tačiau nesutaria, kuriai specifinei valgymo psichopatologijos diagnozei būdingas stipriausiai išreikštas polinkis į gėdą: vieni teigia, jog gėdos lygmuo skirtingų valgymo sutrikimų atveju (AN, BN, BED) nėra reikšmingai skirtingas (Duarte et al., 2016), kiti AN sieja su didžiausiu, BED – kiek mažesniu, BN – mažiausiu gėdos lygiu klinikinėje VS grupėje (Cesare et al., 2016), dar kiti autoriai pabrėžia svarbią gėdos rolę persivalgymo simptomatikoje, ypač BED kontekste, tačiau nepateikia palyginimo gėdos atžvilgiu su kitomis valgymo sutrikimų diagnostinėmis kategorijomis (Masheb et al., 1999; Boisvert & Harrell, 2013; Houazene, Leclerc, O'Connor & Aardema, 2021). Cesare ir kolegės (2016) taip pat išskyrė diferencines sąsajas tarp polinkio į gėdą ir kitų problematiškų aspektų skirtingose valgymo sutrikimų diagnostinėse grupėse, kur BN ir BED kontekste gėda turėjo stipriausią ryšį su tarpasmeninėmis problemomis, o AN kontekste – su asmeniniais faktoriais (asketicizmu, perfekcionizmu, sunkumais teisingai interpretuojant kūno signalus, perdėta kontrole ir socialiniu vengimu).

Bandant paaiškinti kaip konkrečiai gėdos išgyvenimas įsipaišo į valgymo sutrikimo patirtį, Cesare ir kolegės (2016) išskyrė keletą potencialių mechanizmų: (1) asketiškas elgesio būdas ir perfekcionizmas

(dažni valgymo sutrikimų kontekste) gali būti laikomi efektyviais būdais kontroliuoti kūnišką formą, kuri asmens suvokiama kaip netinkama ir gėdinga; (2) perfekcionizmas (dėl būdingų aukštų, nerealistiškų sau keliamų standartų) yra tiesiogiai susijęs su polinkiu į gėdą; (3) polinkis į gėdą yra susijęs su įžvalgos deficitais, emocijų disreguliacija ir žema saviverte (kurie dažni valgymo sutrikimų kontekste), o visi šie faktoriai lemia emocinį vengimą bei ambivalenciją (kurie taip pat dažni valgymo sutrikimų kontekste). Kiti autoriai apibūdina kiek kitokį – ciklinės asociacijos – modelį, kur gėdos išgyvenimas lemia perdėtą suteikiamą reikšmę kūno išvaizdai bei sutrikusius valgymo įpročius (kaip būdą valdyti nemalonius gėdos jausmus), o šie, savo ruožtu, dar pastiprina gėdos jausmą ir nuspėja intensyvesnę socialinį lyginimąsi bei savi-kritiką (Duarte et al., 2016; Houazene et al., 2021). Paraleliai, kiti autoriai teorizuoja, jog ryšys tarp gėdos ir valgymo sutrikimų yra abipusis, kur polinkis į gėdą prisideda prie sąlygų leidžiančių formuotis valgymo patologijai, o pastaroji patirtis yra naudojama “susidorojimui” (bent laikinam) su gėdos jausmais (pavyzdžiui, per kognityvinę susiaurėjimą persivalgymo ar vėmimo metu; Bottera et al., 2020). Savo ruožtu, nepalaujamas gėdos jausmas valgymo sutrikimų kontekste gali palaikyti būdingą panišką svorio priaugimo baimę (dėl plačiai žinomos stigmos ir diskriminacijos nukreiptos į apvalesnių formų žmones; Jambekar et al., 2003), bei dar labiau prisidėti prie valgymo sutrikimų turintiems asmenims būdingos brandos baimės ir subjektyvaus nesaugumo socialinėse aplinkose (Cesare et al., 2016).

Taigi, vis dar nėra tiksliai žinoma, kaip gėdos lygis skiriasi priklausomai nuo valgymo sutrikimo formos ar būdingos simptomų konsteliacijos, ir ypač kaip jis pasireiškia netipinėse valgymo sutrikimų formose (kurių tyrimai dažnai neįtraukia į analizę). Galima spėlioti, jog galbūt šios psichopatologijos skirtusi gėdos išreikštumu skirtinguose aspektuose (pavyzdžiui, asmenys turintys BN ar BED labiausiai gėdytusi savo elgesio ir/ar fizinio kūno, o AN – savo fizinio kūno ir/ar savo asmenybinių aspektų); tolimesni tyrimai yra reikalingi norint patikimai išdiferencijuoti šiuos potencialius efektus. Taip pat, nors žinome, jog nesaugus prierašumas susijęs su intensyvesniu gėdos išgyvenimu, tyrimai dar neidentifikavo kuris nesaugaus prierašumo tipas konkrečiai yra susijęs su didesniu polinkiu išgyventi gėdą, bei kaip šis ryšys pasireiškia būtent valgymo psichopatologijos kontekste.

1.9. Apibendrinimas ir tyrimo tikslas

Atlikti valgymo sutrikimų tyrimai suteikia mums įžvalgų, jog ši sutrikimų grupė dažniausiai reiškiasi kartu su nesaugiu prierašumu ir stipriai išreikštu polinkiu jausti pasibjaurėjimą savimi ir gėdą;

nepaisant nemažo mokslinių šaltinių skaičiaus, patvirtinančių šias išvadas, klausimų, potencialiai orientuojančių tyrimų kryptis ateityje, išlieka. Žvelgiant į ateitį, būtų tikslinga siekti patikimai diferencijuoti, kurie konkretūs nesaugaus prieraišumo tipai labiau būdingi skirtingoms valgymo sutrikimų diagnostinėms grupėms (įskaitant netipines šių sutrikimų formas). Taip pat, dar nėra aišku, kaip pasibjaurėjimas savimi bei gėdos jausmas pasireiškia priklausomai nuo specifinės sutrikimo formos. Galiausiai, vis dar nėra žinoma, kuris nesaugaus prieraišumo stilius konkrečiai yra susijęs su didesniu polinkiu išgyventi gėdą ir pasibjaurėjimą savimi valgymo psichopatologijos pasireiškimo atveju.

Taigi, pagrindinis šio tyrimo tikslas – ištirti skirtingų valgymo sutrikimų formų prieraišumo, pasibjaurėjimo savimi ir gėdos raišką. Konkrečiai, iškeliami šie tyrimo klausimai:

1. Kaip skiriasi prieraišumo tipai būdingi moterims turinčioms ir neturinčioms valgymo sutrikimų? Kaip pasireiškia prieraišumo tipai skirtingų valgymo sutrikimų formų atveju? Kaip skiriasi valgymo sutrikimo simptomatikos lygis skirtingų prieraišumo tipų atveju?
2. Kaip skiriasi pasibjaurėjimo savimi lygis skirtingų valgymo sutrikimų formų atveju? Kaip pasibjaurėjimo savimi lygis susijęs su valgymo sutrikimo simptomatikos lygiu?
3. Kaip skiriasi gėdos lygis skirtingų valgymo sutrikimų formų atveju? Kaip gėdos lygis susijęs su valgymo sutrikimo simptomatikos lygiu?
4. Kaip pasireiškia pasibjaurėjimo savimi ir gėdos lygiai skirtingų prieraišumo tipų atveju ?

2. Tyrimo metodika

2.1. Tyrimo dalyviai

Šio tyrimo tikslais buvo ieškota pilnamečių moterų iš bendros populiacijos (įskaitant užsienio šalis), kurios turėtų prieigą prie kompiuterio ar kitos elektroninės įrangos (leidžiančios pildyti internetinę apklausą), bei pasižymėtų aukštu anglų kalbos suvokimo bei naudojimo lygmeniu (dėl angliškai pateiktos apklausos). Nuoroda į tyrimo anketą buvo platinama šiose internetinėse platformose: Facebook, Instagram, SurveyCircle, PollPool, Reddit, WMDN forum; platinimas vyko iš dalies atsitiktinai (siekiant užtikrinti normatyvinės, kontrolinės grupės imtį), ir iš dalies strategiškai (anketa taip pat platinama subgrupėse, kur galima didesnė valgymo sutrikimų turinčių moterų koncentracija – pvz. WMDN forum, privati Valgymo Sutrikimų Centro grupė Facebook platformoje).

Tyrimo anketą užpildė 183 asmenys, tačiau galutinėms statistinėms analizėms buvo naudojami 167 respondenčių duomenys. 16 tiriamųjų duomenys nebuvo įtraukti dėl šių priežasčių:

- 7 dėl nepakankamo prieš tai nustatyto anglų kalbos supratimo lygio, kurį įsivertino patys respondentai pagal suteiktą penkių punktų skalę: kai respondentas skalėje nuo 1 („negaliu suprasti“) iki 5 („naudoju kalbą itin sklandžiai / gimtoji kalba“) nurodė 3 arba mažiau;
- 4 dėl vyriškos ar „kitos“ lyties;
- 5 dėl to, jog į bent du iš trijų klausimynuose pateiktų dėmesingumo / validumo punktų atsakė neteisingai (pvz. „Jeigu esate dėmesingas – pasirinkite ,(7) pilnai sutinku“).

Taigi, galutinę tiriamųjų imtį sudarė 167 moterų, kurių vidutinis amžius - 26.11 ($\pm 6.4SD$); 27.5% (n=46) dalyvių nurodė esančios iš JAV, 23.4% (n=39) iš Jungtinės Karalystės, 9.5% (n=16) iš Australijos, 6% (n=10) iš Lietuvos, o likusios (33.5%, n=56) nurodė kitas pasaulio šalis.

Respondenčių buvo prašyta nurodyti ar turi gydytojo nustatytą valgymo sutrikimų diagnozę, bei ją patikslinti. Tuomet bendri duomenys buvo sukoduoti apjungiant diagnozę nurodžiusias respondentes bei respondentes kurios diagnozės neturi, tačiau nurodo aukštą valgymo sutrikimų psichopatologijos lygmenį matavimo metu (konkretūs kodavimo kriterijai aprašyti „Matavimų“ skiltyje, o susidariusių dalyvių grupių pasiskirstymas matomas Lentelėje 1).

Galiausiai, po prieraškumo tipo kodavimo susidarė šios grupės: saugus (n=40), nerimastingas (n=42), vengiantis prierašumas (n=41), bei neklasifikuota grupė (n=44).

Lentelė 1. Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal valgymo sutrikimų (VS) problematikos buvimą bei specifiką prieš ir po kodavimo. VS diagnozių procentinis pasiskirstymas nustatytas santykyje su bendra VS turinčia grupe.

	Turi diagnozę		Sukoduota grupė	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Turi valgymo problemų (bendrai)	50	29.9	70	41.9
Anoreksija – ribojantis tipas	18	36	32	45.7
Anoreksija – kompensuojantis tipas	10	20	10	14.3
Bulimija	16	32	16	22.9
Persivalgymo sutrikimas	2	4	5	7.1
Netipinės valgymo sutrikimų formos	4	8	7	10
Ženklų valgymo problemų neturi	117	70.1	97	58.1

2.2. Instrumentai

Demografinis klausimynas. Dalyvių buvo prašoma nurodyti savo amžių, lytį ir anglų kalbos gebėjimų lygį (dėl įtraukimo/atmetimo kriterijų užtikrinimo), gyvenamą vietą (šalį), ar kada nors turėjo/turi gydytojų diagnozuotą VS (jeigu nurodė “taip”, buvo prašoma nurodyti konkrečią diagnozę).

EDE-Q (“Eating Disorder Examination Questionnaire”; Fairburn & Beglin, 1994). Šis klausimynas buvo naudojamas bendram VS psichopatologijos ir simptomatikos lygiui įvertinti, bei diagnostiniams VS pogrupiams diferencijuoti (kuomet respondentės nurodė neturinčios diagnozės, tačiau išreiškė aukštą bendrą psichopatologijos balą). Šis instrumentas anksčiau buvo išbandytas ir validuotas klinikinėse ir neklinikinėse grupėse ($\alpha = .97$). Klausimyną sudaro 28 klausimai, kurie orientuojasi į VS psichologinius ir elgesio aspektus. Tiriamųjų prašoma įvertinti kaip dažnai šie aspektai buvo patiriami arba kiek stipriai jie buvo išreikšti per pastarąsias 28 dienas. Klausimų grupės leidžia išskirti ribojimo (1-5; pvz. “(1) ...tikslingai bandėte riboti maisto kiekį su tikslu paveikti savo kūno formą ar svorį, nepriklausomai nuo to, ar tai jums pavyko”), persivalgymo (13-15; pvz. “(13) ...kiek kartų suvalgėte ką kiti žmonės laikytų neįprastai dideliu maisto kiekiu, turint galvoje aplinkybes”) ir kompensacinio elgesio tendencijas (16-18; pvz. “(17) ...kiek kartų vartojote vidurius laisvinančiuosius vaistus su tikslu kontroliuoti savo kūno formą ar svorį?”). Pagal originalias instrukcijas, respondentų atsakymai koduojami skalėje nuo 0 iki 6 (kur aukštesnis balas nurodo stipriau išreikštą VS patologiją).

Pastebima, jog instrumento autoriai bendrą EDE-Q balą linkę skaičiuoti atmetus 13-18 teiginių (nurodančių kompensacinio ir persivalgymo elgesio tendencijas) duomenis, tačiau galima teigti, jog tuomet asmenys su anoreksijos ribojančio tipo diagnoze rodytų nepagrįstai sąlyginai aukštesnį VS

psichopatologijos balą nei asmenys turintys kitas VS diagnozes (kompensuojančio tipo anoreksiją, bulimiją, persivalgymo sutrikimą ar netipines VS formas); siekiant suteikti skirtingam patologiniam mitybos elgesiui tolygų svorį bendram psichopatologijos balui, šio tyrimo tikslais į bendro EDE-Q balo skaičiavimą nuspręsta įtraukti 13-18 teiginius. Taigi, bendras EDE-Q balas buvo gautas apskaičiuojant visų klausimyno teiginių vidurkį ir svyravo nuo 0 iki 6.

Šio tyrimo tikslais EDE-Q taip pat buvo naudotas VS grupių kodavimo tikslais. Asmenys, kurie nurodė turintys VS diagnozę savo sub-grupėse pasiliko nepriklausomai nuo bendro EDE-Q balo, o nurodę neturintys diagnozės buvo priskirti VS grupei, jei EDE-Q bendras balas buvo 4 ar daugiau. Šis atskaitos taškas (4) naudotas ir VS sub-grupių diferencijavimui tarp diagnozės nenurodžiusių respondenčių, kuris buvo atliktas remiantis žemiau nurodyta strategija (Lentelė 2).

Lentelė 2. VS diagnozės nenurodžiusių respondenčių kodavimo į VS sub-grupes strategija pagal EDE-Q instrumento balus.

	Bendras EDE-Q (1-28)	Ribojimo skalė (1-5)	Persivalgymo skalė (13-15)	Kompensacinio elgesio skalė (16-18)
Anoreksija – ribojantis tipas	≥4	≥4		
Anoreksija – kompensuojantis tipas	≥4	≥4	≥4	≥4
Bulimija	≥4		≥4	≥4
Persivalgymo sutrikimas	≥4		≥4	
Netipinės valgymo sutrikimų formos	≥4	<i>(visos kitos kombinacijos)</i>		

AAS (“Adult Attachment Scale”; Collins & Read, 1990). Šis klausimynas naudojamas skirtingų prieraišumo tipų suaugusiojo amžiuje (saugaus, nerimastingo, vengiančio) išskyrimui, kuris numatomas pagal skirtingą trijų subskalių balų išsidėstymą; apskaičiuojamos šios subskalės: artumo („close“; $\alpha=.69$), priklausymo („depend“; $\alpha=.75$) ir nerimo („anxiety“; $\alpha=.72$). Šiame klausimyne pateikiami 18 teiginių, kuriuos tiriamieji turi įvertinti skalėje nuo „visiškai jam nebūdingo“ (1) iki „labai būdingo“ (5), tuomet subskalių balai apskaičiuojami randant joms priklausančių teiginių įverčių vidurkį. Pagal instrumento autorių nurodymus, saugų prieraišumą galime išskirti kuomet matomi aukšti artumo ir priklausymo balai, ir žemas nerimo balas; nerimastingo prieraišumo tipo atveju matomi vidutiniai artumo ir priklausymo balai, ir aukštas nerimo balas; vengiančiam prieraišumui būdingi žemi visų subskalių balai. Nepaisant šių instrukcijų, autoriai nenurodo konkrečių balų ribų, kas reikštų „aukštą“

ar „žemą“ balą; šio tyrimo tikslais buvo nuspręsta skalės įverčius dalinti į tris lygias dalis, kur [1-2.33] įvertis reiškia „žemą“ subskalės teritoriją, [2.34-3.67] „vidutinę“, o [3.68-5] – „aukštą“. Remiantis šia kodavimo strategija, 40 respondenčių buvo priskirta į saugaus prieraišumo grupę, 42 į nerimastingo prieraišumo, 41 į vengiančio prieraišumo grupę, o likusių 44 respondenčių prieraišumas negalėjo būti klasifikuotas pagal vieną iš šių grupių dėl skirtingai išreikštų subskalių balų (pvz. „aukštas“ artumas, „žemi“ priklausymas ir nerimas).

SDS (“The Self-Disgust Scale”; Overton, Markland, Taggart, Bagshaw & Simpson, 2008). Ši 18 teiginių skalė (6 iš kurių yra neįtraukiami į bendro balo skaičiavimą) skirta pasibjaurėjimui savimi išmatuoti ($\alpha=.91$). Dalis teiginių yra nukreipta į reakcijas apie savo stabilias savybes (pvz. “Mane nervina kai pamatau save”), o dalis – į reakcijas apie savo veiksmus (pvz. “Mano elgesys atstumia kitus žmones”). Respondentai prašomi įvertinti kiekvieną teiginį skalėje nuo “visiškai sutinku” (1) iki “visiškai nesutinku” (7). Dalis teiginių įverčių yra koduojami atvirkščiai. Bendras skalės balas apskaičiuojamas susumavus 12 teiginių įverčius ir svyruoja nuo 12 iki 84, kur aukštesnis balas simbolizuoja stipriau išreikštą pasibjaurėjimą savimi.

TOSCA-3S (“Test of Self-Conscious Affect”; Tangney, Dearing, Wagner & Gramzow, 2000). Šis instrumentas skirtas išmatuoti savimone grįstas (ang. ”self-conscious”) emocijas, ir išskiria 3 subskales (gėdos, kaltės, kitų kaltinimo). Tiriamajam pateikiamos 11 situacijų ir kiekvienai situacijai – 3 skirtingi reagavimo būdai. Tiriamųjų prašoma įvertinti kiekvieną reagavimo būdą skalėje nuo “nėra tikėtina” (1) iki “labai tikėtina” (5). Šio tyrimo tikslais buvo apskaičiuoti tik gėdos subskalės ($\alpha = .78$) rezultatai, sudedant 11 gėdos jausmą reiškiančių reakcijų į pateiktas situacijas įverčius. Šios subskalės balai svyravo nuo 11 iki 55, kur aukštesnis balas simbolizavo stipresnį polinkį į gėdos jausmą.

Visi aukščiau minėti instrumentų autoriai suteikė leidimus (elektroninio laiško formatu) naudoti minėtus instrumentus šiame tyrime.

2.3. Tyrimo eiga

Buvo pasirinkta skerspjūvio tyrimo strategija, kur nurodyti instrumentai buvo pateikiami internetinės apklausos formatu Microsoft Forms platformoje, anglų kalba (t.y. originalia instrumentų kalba). Apklausos trukmė (platformos skaičiavimais) – apie 25 minutes. Minėti matavimo instrumentai išdėstyti šia seka: demografinis klausimynas, AAS, SDS, TOSCA-3S, EDE-Q.

2.4. Duomenų analizės metodai

Kiekybiniai šio tyrimo duomenys buvo apdorojami naudojantis IBM SPSS Statistics 21 programa, atliekant šiuos pagrindinius statistinius testus: aprašomoji statistika (demografinių duomenų pasiskirstymo patikrinimui); ANOVA (skirtumams tarp VS formų pasibjaurėjimo savimi ir gėdos atžvilgiu ištirti; skirtumams tarp prieraišumo tipų pasibjaurėjimo savimi ir gėdos atžvilgiu ištirti; skirtumui tarp prieraišumo tipų VS simptomatikos atžvilgiu ištirti); Chi-kvadratas (ištirti, ar VS buvimas (taip/ne) susijęs su tam tikru prieraišumo tipu; nustatyti, kaip VS formos susijusios su prieraišumo tipais); Pearson'o koreliacijos (gėdos ir pasibjaurėjimo savimi lygio sąsajoms su VS simptomatikos lygiu nustatyti).

3. Rezultatai

3.1. Valgymo sutrikimų turinčių moterų prieraišumo raiška

Naudotas Chi-kvadrato testas nustatyti, ar skiriasi prieraišumo tipų raiška priklausomai nuo VS buvimo; rezultatai atskleidė statistiškai reikšmingą skirtumą ($\chi^2(3)=26.99, p<.001$), su vidutiniu efekto dydžiu pagal Kramerio V kriterijų (.4). Pagal šią analizę matome, jog VS neturinčių moterų grupėje dažniausiai pasireiškia saugus prieraišumas (34%) arba prieraišumo tipas kurio turimomis metodikomis negalėjome klasifikuoti (30.9%); VS turinčių moterų grupėje dažniausiai pasireiškia nerimastingas (42.9%) ir vengiantis (27.1%) prieraišumo tipai.

Chi-kvadrato testu taip pat siekta išsiaiškinti ar ir kaip prieraišumo tipų raiška skiriasi tarp konkrečių VS formų; rezultatai atskleidė statistiškai reikšmingą skirtumą ($\chi^2(12)=21.48, p=.044$), su vidutiniu efekto dydžiu pagal Kramerio V kriterijų (.32). Pastebima, jog AN ribojančio tipo (43.8%) ir BN (75%) atvejais būdingiausias nerimastingas prieraišumo tipas, BED (60%) bei netipinių VS (42.9%) atvejais – vengiantis prieraišumo tipas, o AN kompensuojančio tipo atveju tolygiai galimas vengiančio (40%) ar neklasifikuoto (40%) prieraišumo pasireiškimas (Diagrama 1).

Galiausiai, atliktas ANOVA testas patikrinti kaip skiriasi bendras VS simptomatikos lygis skirtingų prieraišumo tipų atveju; išryškėjo statistiškai reikšmingas skirtumas tarp grupių ($F(3, 163)=11.95, p<.001$), kur saugaus prieraišumo atveju pasireiškė žemiausias VS simptomatikos lygis ($M=1.9, SD=1.3$), o nerimastingo prieraišumo atveju – aukščiausias ($M=3.68, SD=1.27$). Naudotas post-hoc Tukey's HSD testas parodė reikšmingus skirtumus VS simptomatikos lygmenyje tarp saugaus ir nerimastingo prieraišumo ($p<.001$), saugaus ir neklasifikuoto ($M=2.75, SD=1.38; p=.026$), nerimastingo ir vengiančio ($M=2.52, SD=1.53; p=.001$), bei nerimastingo ir neklasifikuoto ($p=.011$) prieraišumo tipų.

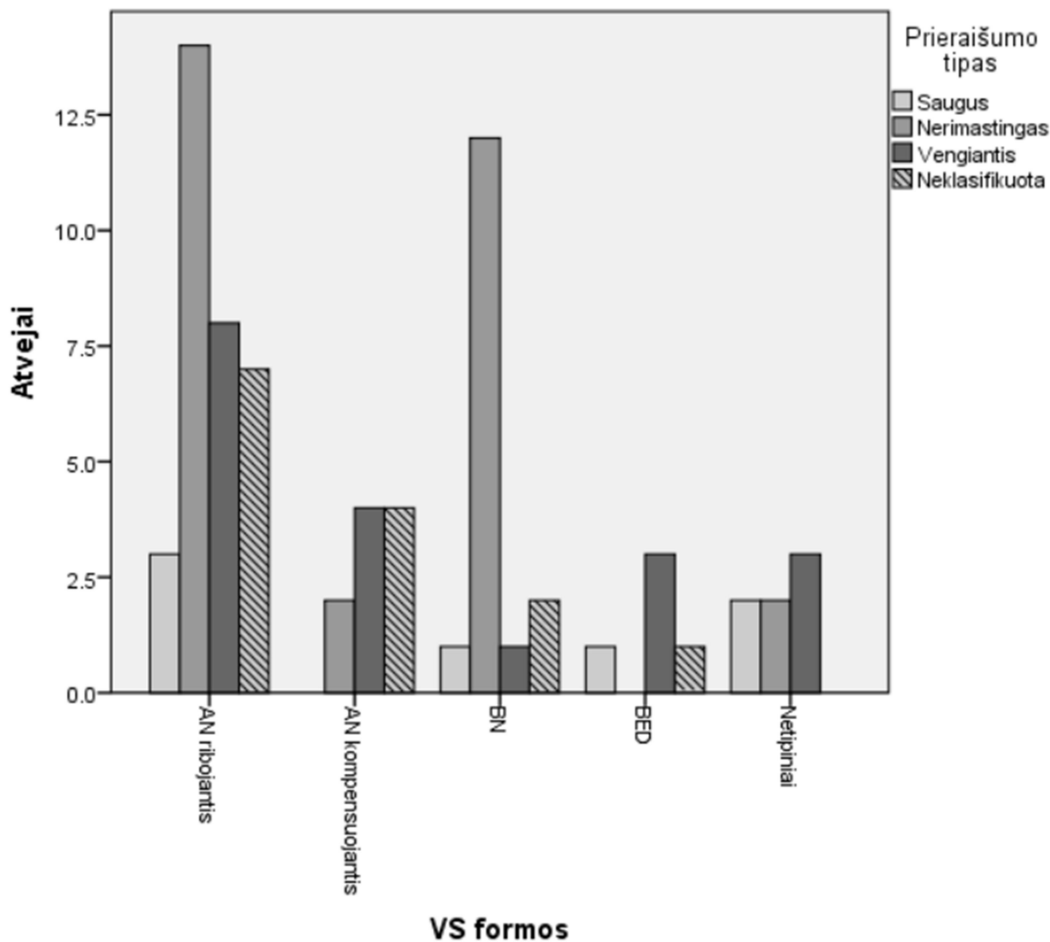


Diagrama 1. Prieraišumo tipų raiška skirtingų VS formų atveju.

3.2. Valgymo sutrikimų turinčių moterų gėdos raiška

Koreliacijos būdu patvirtinta hipotezė, jog gėdos jausmas statistiškai reikšmingai teigiamai susijęs su bendru VS simptomatikos lygiu ($r(167)=.39, p<.001$). Atliktas ANOVA testas patikrinti, kaip skiriasi gėdos jausmo lygis tarp skirtingų VS formų (įskaitant grupę neturinčią VS); rezultatai parodė statistiškai reikšmingą skirtumą tarp grupių ($F(5, 161)=4.59, p=.001$). Naudotas post-hoc Tukey's HSD testas parodė, jog VS neturinčios moterys jaučia ženkliai mažiau gėdos ($M=40.55, SD=7.61$) negu turinčios AN ribojantį tipą ($M=44.97, SD=6.51, p=.034$), AN kompensuojantį tipą ($M=48.2, SD=5.63, p=.019$) ar BN ($M=46.56, SD=4.24, p=.027$); skirtumai gėdos lygyje tarp VS neturinčiųjų, turinčių BED ir netipinę VS formą reikšmingai nesiskyrė; taip pat nerasta statistiškai reikšmingų skirtumų gėdos lygmenyje tarp turinčių AN ribojantį tipą, AN kompensuojantį tipą ir BN (Diagrama 2).

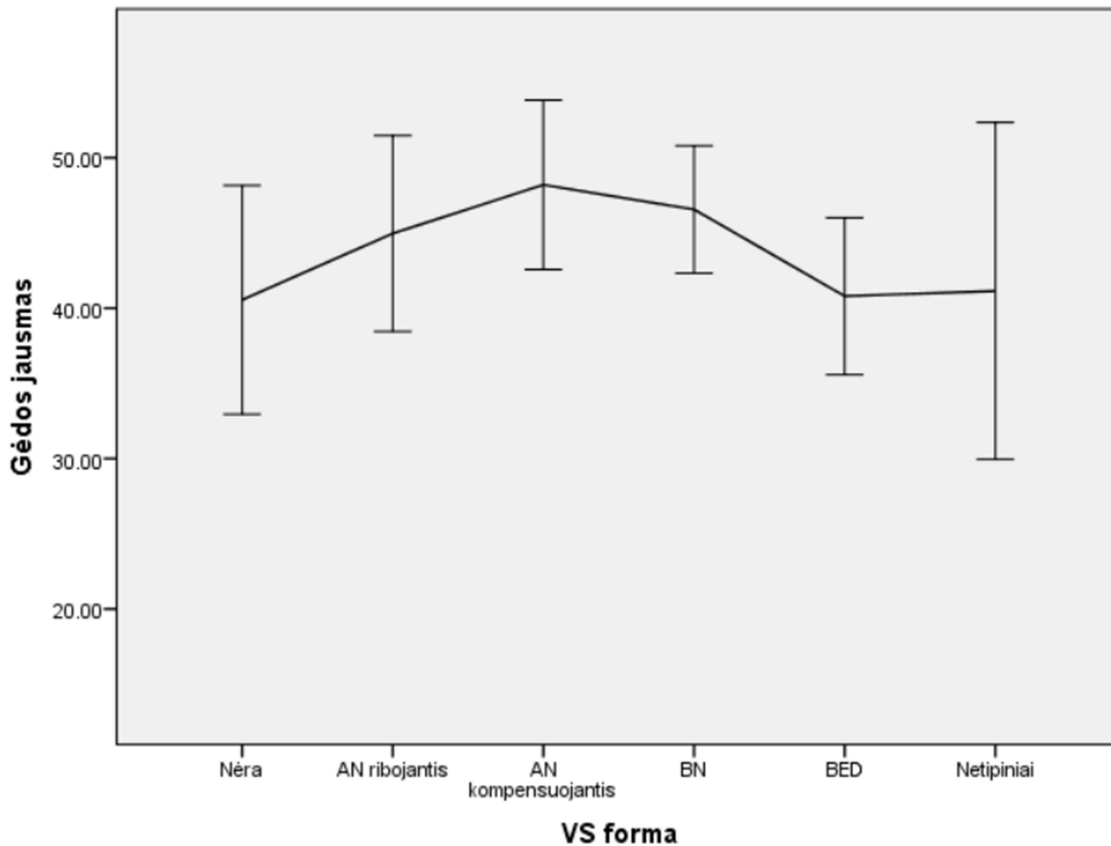


Diagrama 2. Gėdos jausmo raiškos skirtumai tarp VS neturinčių moterų grupės bei grupių turinčių skirtingas VS formas ($\pm 1SD$).

Galiausiai atliktas ANOVA testas patikrinti kaip gėdos jausmo lygis skiriasi tarp prieraišumo tipų; rezultatas parodė statistiškai reikšmingą skirtumą ($F(3, 163)=8.28, p<.001$). Naudotas post-hoc Tukey's HSD testas parodė, jog nerimastingo prieraišumo tipą turinčios moterys patiria ženkliai daugiau gėdos ($M=46.67, SD=6.18$) nei turinčios saugaus prieraišumo tipą ($M=39.5, SD=7.18, p<.001$) ar neklasifikuotą prieraišumą ($M=40.64, SD=6.96, p=.001$); statistiškai reikšmingo skirtumo gėdos lygyje tarp turinčių nerimastingą ir vengiantį prieraišumą ($M=43, SD=8$) nebuvo rasta ($p=.091$).

3.3. Pasibjaurėjimo savimi tendencijos valgymo sutrikimų kontekste

Koreliacijos būdu patvirtinta hipotezė, jog pasibjaurėjimo savimi jausmas statistiškai reikšmingai teigiamai susijęs su bendru VS simptomatikos lygiu ($r(167)=.66, p<.001$). Atliktas ANOVA testas parodė, jog pasibjaurėjimo savimi lygis reikšmingai skiriasi tarp VS formų, kuomet įtraukiama imtis

neturinti VS ($F(5, 161)=13.63, p<.001$), tačiau post-hoc Tukey's HSD testas išryškino statistiškai reikšmingus skirtumus tik tarp VS turinčių ir neturinčių moterų pasibjaurėjimo savimi atžvilgiu, tačiau ne tarp skirtingų VS formų (Lentelė 3).

Lentelė 3. Skirtumai tarp VS neturinčių ir skirtingas VS formas turinčių moterų pasibjaurėjimo savimi lygio atžvilgiu.

	M (\pm SD)	VS forma	M (\pm SD)	p
Neturi VS	38.88 (\pm 13.23)	AN ribojantis	53.38 (\pm 13.94)	<.001
		AN kompensuojantis	58.5 (\pm 15.53)	<.001
		Bulimija	61.5 (\pm 13.72)	<.001
		Persivalgymo sutrikimas	55.4 (\pm 10.41)	>.05
		Netipinės VS formos	54.14 (\pm 19.9)	>.05

Lentelė 4. Pasibjaurėjimo savimi lygio skirtumai tarp skirtingų prieraišumo tipų.

Prieraišumo tipas	M (\pmSD)	Lyginant su	p
Saugus	34.33 (\pm 13.33)	Nerimastingas	<.001
		Vengiantis	.006
		Neklasifikuota	.001
Nerimastingas	59.19 (\pm 15.8)	Vengiantis	<.001
		Neklasifikuota	<.001
Vengiantis	44.44 (\pm 11.92)	Neklasifikuota	>.05
Neklasifikuota	45.98 (\pm 13.57)		

Galiausiai atliktas ANOVA testas patikrinti kaip pasibjaurėjimo savimi lygis skiriasi tarp prieraišumo tipų; rezultatas parodė statistiškai reikšmingą skirtumą ($F(3, 163)=22.71, p<.001$). Post-hoc Tukey's HSD testas parodė, jog visi prieraišumo tipai reikšmingai išsiskyrė pasibjaurėjimo savimi tipu (išskyrus vengiantį prieraišumą ir neklasifikuoto prieraišumo kategoriją), kur saugus prieraišumas buvo susijęs su žemiausiu pasibjaurėjimo savimi lygiu, o nerimastingas prieraišumas – su aukščiausiu (Lentelė 4).

4. Rezultatų aptarimas

4.1. Esminiai gauti duomenys ir sąsajos su literatūra

Šioje skiltyje aptariami kiekvienas iš iškeltų tyrimo klausimų apie tai, kaip prierašumas, gėdos jausmas ir pasibjaurėjimas savimi pasireiškia valgymo sutrikimų turinčių moterų tarpe, bei kaip šios žinios siejasi su ankstesnių tyrimų įžvalgomis.

4.1.1. Valgymo sutrikimų sąsajos su prierašumo tipais

Visų pirma, šis tyrimas iškėlė klausimus, kaip skiriasi prierašumo tipai būdingi moterims turinčioms ir neturinčioms valgymo sutrikimų, bei kaip skiriasi prierašumo tipų raiška tarp grupių moterų, turinčių skirtingas valgymo sutrikimų formas. Taip pat, tyrėme kaip skiriasi valgymo sutrikimo simptomatikos lygis priklausomai nuo pasireiškiančio prierašumo tipo.

Šio tyrimo duomenys rodo, jog valgymo sutrikimų turinčios moterys bendrai linkusios pasižymėti nesaugiu prierašumu (nerimastingas arba vengiantis tipai), o ženklų valgymo problemų nenurodžiusių moterų tarpe pasitaikė daugiau saugaus prierašumo atvejų. Šis rezultatas sutampa su ankstesniais tyrimais ir žiniomis apie prierašumo tendencijas valgymo sutrikimų kontekste, kurie įvardina nesaugų prierašumą kaip vieną iš rizikos veiksnių šių sutrikimų etiologijoje (Ward et al., 2000; Ardovini, 2002; Troisi et al., 2005; Tasca & Balfour, 2014; Munch et al., 2016). Prielaida, jog skirtingos valgymo sutrikimų formos bus susijusios su skirtingais pasireiškiančiais prierašumo tipais, buvo patvirtinta: ribojančio tipo AN bei BN imtyse dažniausiai pasireiškė nerimastingas prierašumo tipas, o likusių specifinių sutrikimų (kompensuojančio tipo AN, BED, netipinių VS) imtyse – vengiantis prierašumo tipas. Pastarasis rezultatas kontrastuoja su tyrimais nerandančiais skirtumų tarp valgymo sutrikimo formų prierašumo atžvilgiu (Troisi et al., 2005), bei su tyrimais, kurie ribojančiu elgesiu pasižyminčius valgymo sutrikimus (AN) sieja su vengiančiu prierašumu, o persivalgymu pasižyminčius sutrikimus (BN, BED) – su nerimastingu prierašumu (Ward et al., 2000; O’Shaughnessy & Dallos, 2009; Demidenko et al., 2010). Galiausiai, žvelgiant iš kiek kitos pusės – į skirtumus tarp prierašumo tipų ne manifestuojančių valgymo sutrikimų formose, o bendram valgymo psichopatologijos ir simptomatikos lygmenyse – taip pat patvirtinta prielaida apie nesaugaus prierašumo sąsają su stipriau išreikšta valgymo psichopatologija: panašu, kad nepriklausomai nuo valgymo sutrikimo formos, saugus prierašumas susijęs su mažiau išreikšta simptomatika, vengiantis – kiek daugiau išreikšta, o nerimastingas prierašumas – su stipriausiai išreikšta valgymo sutrikimo simptomatika. Pastarieji

duomenys siejasi su ankstesne literatūra, kuri išskiria, jog būtent moterų tarpe valgymo psichopatologijos išreikštumą daugiausia nuspėja nerimastingas prieraišumo stilius (nepriklausomai nuo konkrečios valgymo sutrikimo diagnozės), o vyrų tarpe – vengiantis (Koskina & Giovazolias, 2010).

4.1.2. Valgymo sutrikimų sąsajos su pasibjaurėjimu savimi

Šis tyrimas taip pat siekė ištirti, kaip skiriasi pasibjaurėjimo savimi lygis tarp grupių moterų, turinčių skirtingas valgymo sutrikimų formas, bei kaip pasibjaurėjimo savimi lygis susijęs su valgymo sutrikimo simptomatikos lygiu. Mūsų duomenys atskleidžia, jog valgymo sutrikimus turinčios moterys ženkliai labiau linkusios į pasibjaurėjimo savimi išgyvenimą nei šių sutrikimų neturinčiosios; taip pat, pasibjaurėjimas savimi reikšmingai teigiamai susijęs su bendru valgymo sutrikimų simptomatikos lygiu. Pastarieji rezultatai patvirtina ankstesnių tyrimų išvadas apie tai, jog valgymo sutrikimus turintys asmenys turi didesnę polinkį į pasibjaurėjimo savimi jausmą (Ille et al., 2014; Moncrieff-Boyd et al., 2014; Anderson et al., 2018; Stasik-O'Brien & Schmidt, 2018; Glashouwer & De Jong, 2021). Bandant išdiferencijuoti, kaip pasibjaurėjimo savimi lygmuo skiriasi tarp valgymo sutrikimų formų, buvo pastebėta, jog BN buvo susijusi su aukščiausiu pasibjaurėjimo savimi lygiu, o ribojančio tipo AN – su žemiausiu, tačiau šis ir kiti skirtumai tarp sutrikimo formų nebuvo statistiškai reikšmingi. Mūsų žiniomis, šis tyrimas pirmasis užsibrėžė tikslą patikrinti hipotezę, jog pasibjaurėjimo savimi lygis skirsis priklausomai nuo valgymo sutrikimo formos; taigi, remiantis pastaraisiais duomenimis, šis tyrimas papildė ankstesnias žinias valgymo sutrikimų literatūroje, teigiant, jog pasibjaurėjimas savimi nuspėja aukštesnę bendrą valgymo patologijos lygį, tačiau ne vieno ar kito pobūdžio patologiškos elgesį.

4.1.3. Valgymo sutrikimų sąsajos su gėdos jausmu

Dar vienas šio tyrimo klausimas siekė ištirti, kaip skiriasi gėdos jausmo lygis tarp grupių moterų, turinčių skirtingas valgymo sutrikimų formas, bei kaip gėdos jausmo lygis susijęs su valgymo sutrikimo simptomatikos lygiu. Duomenys rodo, jog gėdos jausmo lygis reikšmingai pozityviai susijęs su bendru valgymo sutrikimų simptomatikos lygiu, kas reiškia, jog (nepriklausomai nuo formos) stipriau išreikšta valgymo psichopatologija susijusi su stipresniu gėdos išgyvenimu. Bandant išdiferencijuoti, kurios konkrečios valgymo sutrikimų diagnostinės grupės pasižymi didžiausiu polinkiu į gėdą, išryškėjo, jog abiejų potipių AN ir BN yra susiję su ženkliai stipresniu gėdos išgyvenimu nei

BED, netipinių VS bei valgymo sutrikimų neturinčių moterų grupės. Ankstesnė literatūra jau siejo polinkį į gėdą su valgymo sutrikimų rizika (Sanftner et al., 1995; Olatunji et al., 2015; Cesare et al., 2016; Duarte et al., 2016; Gois et al., 2018; Mendes et al., 2022; Houazene et al., 2021; Solomon-Krakus et al., 2022), ką mūsų duomenys patvirtina. Taip pat, šie duomenys siejasi su kai kurių kitų autorių duomenimis, radusių aukštą gėdos išgyvenimo lygmenį AN diagnozės (Cesare et al., 2016; Solomon-Krakus et al., 2022) bei persivalgymo simptomatika pasižyminčių valgymo sutrikimų (tame tarpe ir BN) atvejais (Masheb et al., 1999; Boisvert & Harrell, 2013; Houazene et al., 2021).

4.1.4. Valgymo sutrikimų turinčių moterų prieraišumo tipų sąsajos su pasibjaurėjimu savimi ir gėdos jausmu

Galiausiai, siekėme ištirti, kaip reiškiasi pasibjaurėjimo savimi ir gėdos lygiai skirtingose prieraišumo tipo grupėse mūsų imtyje, su tikslu galimai identifikuoti valgymo sutrikimų atsiradimo rizikos veiksnį (konkretų prieraišumo tipą), kuris susijęs su labiausiai išreikštais pasibjaurėjimo savimi ir gėdos jausmais. Žvelgiant į pasibjaurėjimo savimi ir gėdos raišką skirtingų prieraišumo tipų atveju, pastebėta, jog abiejais atvejais nerimastingas prieraišumas susijęs su stipriausiu šių nemalonių jausmų išgyvenimu, o saugus prieraišumas – su žemiausiu jų išreikštumu. Vengiantis prieraišumas, tuo tarpu, pasižymėjo vidutiniu gėdos ir pasibjaurėjimo savimi išreikštumu, o “neklasifikuota” prieraišumo kategorija – žemu gėdos ir vidutiniu pasibjaurėjimo savimi lygmeniu. Šie duomenys patvirtina ankstesnių tyrimų įžvalgas, jog polinkis į gėdą susijęs su nesaugiu prieraišumu (Passanisi et al., 2015), neadaptiviomis tėvystės praktikomis pirminėje šeimoje, emocinės šilumos vaikystėje stygiu bei nesaugia aplinka raidos eigoje (Gois et al., 2018). Panašiai, pasibjaurėjimo savimi kilmė taip pat literatūroje siejama su patirtimis indikuojančiomis nesaugaus prieraišumo formavimosi tikimybe, tai yra – tarpasmeninio atstūmimo ar tarpasmeninės agresijos patirtimis, kurios ilgainiui yra internalizuojamos (Ille et al., 2014; Von Spreckelsen et al., 2018).

Taigi, siekiant įgyvendinti pagrindinį šio tyrimo tikslą (išdiferencijuoti, kaip skirtingų valgymo sutrikimų formų ir simptomatikos lygių kontekste pasireiškia prieraišumo, gėdos, bei pasibjaurėjimo savimi tendencijos), iškilo šie pagrindiniai duomenys: (1) valgymo sutrikimą turinčios moterys ženkliai dažniau nei jų neturinčiosios pasižymi nesaugiu prieraišumu; (2) ribojančio tipo AN bei BN atvejais dažniausiai pasireiškia nerimastingas prieraišumo tipas, o kitų valgymo sutrikimų formų atvejais –

vingiantis prieraišumo tipas; (3) valgymo psichopatologijos sunkumo laipsnis tampriai susijęs su aukštesniais gėdos bei pasibjaurėjimo savimi išgyvenimo laipsniais, nepriklausomai nuo konkrečios sutrikimo formos; (4) pasibjaurėjimo savimi lygis reikšmingai nesiskiria tarp skirtingų valgymo sutrikimo formų, tačiau skiriasi tarp prieraišumo tipų, kur nerimastingas prieraišumas susijęs su stipriausiai išreikštu pasibjaurėjimu savimi; (5) gėdos išgyvenimas ženkliai stipresnis ribojančio tipo AN, kompensuojančio tipo AN bei BN atvejais lyginant su kitomis VS formomis, bei ženkliai stipresnis nerimastingo prieraišumo atveju, lyginant su kitais prieraišumo stiliais.

4.2. Tyrimo ribotumai ir rekomendacijos

Šis tyrimas turi ribotumą, kurie galėjo įtakoti gautus duomenis ir jų patikimumą, bei apriboti tai, kiek ir kokias išvadas iš turimų duomenų galime daryti. Visų pirma, reikėtų atkreipti dėmesį, jog surinktos netolygios skirtingų valgymo sutrikimų formų grupės; nepaisant to, jog bendrojoje populiacijoje tikėtumėmės rasti daugiausia BED bei netipinių VS formų pasireiškimo (lyginant, pavyzdžiui, su sąlyginai retesniais AN atvejais; Tafa et al., 2017), šių dviejų grupių imtys šiame tyrime – itin ribotos; taigi, nors galime sąlyginai drąsiai daryti išvadas apie prieraišumo, gėdos ir pasibjaurėjimo savimi tendencijas AN bei BN imtyse, turėtume atsargiau vertinti gautus duomenis apie šias tendencijas BED bei netipinių VS atvejais. Taip pat, iškyla klausimas kaip galime interpretuoti ar vertinti prieraišumo tipą, kurį duomenų kodavimo metu pavadinome “neklasifikuotu”; naudoto instrumento prieraišumo tipui nustatyti autoriai (Collins & Read, 1990) nenurodo, kaip vertinti prieraišumo tendencijas, kurios netelpa į jų nurodytų faktorių (artumo, priklausymo, nerimo) kombinacijų rėmus. Galiausiai, nors rastos aiškios pozityvios sąsajos su valgymo psichopatologija ir gėdos jausmu bei pasibjaurėjimu savimi, šis tyrimas neatsako į priežastingumo klausimą, tai yra – ar polinkis į gėdą ir pasibjaurėjimą savimi yra valgymo sutrikimų etiologijos rizikos veiksniai ar pasėkmės; į šį klausimą galėtų siekti atsakyti tyrimai ateityje, ypatingai tyrimai paremti kokybine metodika, kuri galėtų padėti atskleisti gėdos bei pasibjaurėjimo savimi pobūdį (t.y. ko yra gėdyjamasi?), bei longitudinaliniai tyrimai, kurie padėtų atskleisti dinamiką laiko eigoje ir santykyje su valgymo patologija (t.y. ar pasibjaurėjimas savimi egzistavo prieš išryškėjant valgymo patologijai? Ar valgymo sutrikimo pasireiškimas pasibjaurėjimą savimi padidino / sumažino?).

4.3. Tyrimo apibendrinimas

Šis tyrimas patvirtina ankstesnių empirinių valgymo sutrikimų tyrinėjimų duomenis, kurie išskėlė sąsajas tarp valgymo sutrikimų bei (kiekvieną atskirai) šių fenomenų: nesaugaus prieraišumo, stipresnio polinkio jausti gėdą bei didesnę pasibjaurėjimo savimi išreikštumą. Mūsų tyrimas apjungė šias atskiras tyrinėjimų sritis ir pažvelgė į šias sąsajas su tikslu ištirti ar ir kaip jos skiriasi priklausomai nuo konkrečios valgymo sutrikimo formos. Mūsų duomenys išryškino skirtumus tarp tam tikrų valgymo sutrikimo formų pagal jų atveju būdingiausią prieraišumo tipą bei gėdos lygį, bei išskyrė, jog būtent nerimastingas prieraišumo stilius valgymo sutrikimų kontekste yra susijęs su didesniu polinkiu jausti gėdą bei pasibjaurėjimą savimi. Mūsų gauti rezultatai, tikimės, atkreips ateities tyrėjų bei psichologų klinacistų dėmesį į nesaugaus prieraišumo, gėdos išgyvenimo bei ženklaus pasibjaurėjimo savimi problematikos aktualumą valgymo sutrikimų sferoje; siūlyti kokybiniai bei longitudinaliniai ateities tyrimai, tuo tarpu, galėtų papildyti šį darbą ir padėti klinacistams geriau suprasti minėtą priežastingumo dinamiką, kas leistų praplėsti šių psichopatologijų prevencijos bei gydymo strategijų lauką.

Išvados

1. Valgymo sutrikimų neturinčios moterys dažniau pasižymi saugiu prieraišumo tipu, o jų neturinčios – nesaugiu prieraišumo tipu. Ribojančio tipo nervinės anoreksijos bei nervinės bulimijos atvejais dažniausiai pasireiškia nerimastingas prieraišumo tipas, o kitų tirtų valgymo sutrikimų (kompensuojančio tipo nervinės anoreksijos, persivalgymo sutrikimo, netipinių valgymo sutrikimų) atvejais – vengiantis prieraišumo tipas. Galiausiai, nepriklausomai nuo valgymo sutrikimo formos, nerimastingo prieraišumo tipo atveju pasireiškė stipriausiai išreikštas bendras valgymo sutrikimo simptomatikos lygis, vengiančio prieraišumo tipo atveju – vidutiniškai išreikštas, o saugaus prieraišumo tipo atveju – žemiausias valgymo sutrikimo simptomatikos lygis.
2. Moterys turinčios valgymo sutrikimų patiria ženkliai daugiau pasibjaurėjimo savimi nei šių sutrikimų neturinčiosios. Pasibjaurėjimo savimi lygis nesiskiria tarp moterų grupių, turinčių skirtingas valgymo sutrikimo formas. Pasibjaurėjimo savimi lygis teigiamai susijęs su bendru valgymo sutrikimo simptomatikos lygiu, neatsižvelgiant į valgymo sutrikimo formą.
3. Moterys turinčios ribojančio tipo nervinę anoreksiją, kompensuojančio tipo nervinę anoreksiją bei turinčios nervinę bulimiją patiria ženkliai daugiau gėdos nei turinčios persivalgymo sutrikimą, netipinį valgymo sutrikimą ar valgymo sutrikimo neturinčiosios. Taip pat, gėdos išgyvenimo lygis teigiamai susijęs su bendru valgymo sutrikimo simptomatikos lygiu, neatsižvelgiant į valgymo sutrikimo formą.
4. Nepriklausomai nuo valgymo sutrikimo formos, moterys mūsų imtyje turinčios nerimastingą prieraišumo tipą patyrė stipriausiai išreikštus pasibjaurėjimą savimi ir gėdą, turinčios vengiantį prieraišumo tipą – kiek mažiau išreikštus, o turinčios saugų prieraišumo tipą pasižymėjo mažiausiai išreikštais pasibjaurėjimo savi ir gėdos lygiais.

Literatūra

- Adrovini, C. (2002). Attachment theory, metacognitive functions and the therapeutic relationship in eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 7, 328-331.
- Anderson, L.M., Reilly, E.E., Thomas, J.J., Eddy, K.T., Franko, D.L., Hormes, J.M. & Anderson, D.A. (2018). Associations among fear, disgust, and eating pathology in undergraduate men and women. *Appetite*, 125, 445-453.
- Barone, L. & Guiducci, V. (2009). Mental representations of attachment in eating disorders: a pilot study using the adult attachment interview. *Attachment & Human Development*, 11(4), 405-417.
- Bell, K., Coulthard, H. & Wildbur, D. (2017). Self-disgust within eating disordered groups: Associations with anxiety, disgust sensitivity and sensory processing. *European Eating Disorders Review*, 25, 373-380.
- Boisvert, J.A. & Harrell, W.A. (2013). The effects of hope, body shame and body mass index on eating disorder symptomatology in women. *International Journal of Psychology Research*, 8(3), 207-226.
- Bottera, A.R., Kambanis, P.E. & De Young, K.P. (2020). The differential associations of shame and guilt with eating disorder behaviors. *Eating Behaviors*, 39, 1-6.
- Cesare, C., Francesco, P., Valentino, Z., Barbara, D., Olivia, R., Gianluca, C., ... Enrico, M. (2016). Shame proneness and eating disorders: a comparison between clinical and non-clinical samples. *Eating and Weight Disorders*, 21, 701-707.
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(4), 644-663.
- Demidenko, N., Tasca, G.A, Kennedy, N. & Bissada, H. (2010). The mediating role of self-concept in the relationship between attachment insecurity and identity differentiation among women with an eating disorder. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(10), 1131-1152.
- De Panfilis, C., Rabbaglio, P., Rossi, C., Zita, G. & Maggini, C. (2003). Body image disturbance, parental bonding and alexithymia in patients with eating disorders. *Psychopathology*, 36(5), 239-246.

- Duarte, C., Ferreira, C. & Pinto-Gouveia, J. (2016). At the core of eating disorders: Overvaluation, social rank, self-criticism and shame in anorexia, bulimia and binge eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 66, 123-131.
- Fairburn, C.G. & Beglin, S.J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 363-370.
- Gillett, K.S., Harper, J.M., Larson, J.H., Berrett, M.E. & Hardman, R.K. (2009). Implicit family process rules in eating-disordered and non-eating-disordered families. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35(2), 159-174.
- Glashouwer, K.A. & De Jong, P.J. (2021). The revolting body: Self-disgust as a key factor in anorexia nervosa. *Current Opinion in Psychology*, 41, 78-83. doi: 10.1016/j.copsyc.2021.03.008
- Gois, A.C., Ferreira, C. & Mendes, A.L. (2018). Steps toward understanding the impact of early emotional experiences on disordered eating: The role of self-criticism, shame, and body image shame. *Appetite*, 125, 10-17.
- Gowers, S.G. & Shore, A. (2009). Development of weight and shape concerns in the aetiology of eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 179, 236-242.
- Houazene, S., Leclerc, J.B., O'Connor, K. & Aardema, F. (2021). "Shame on you": The impact of shame in body-focused repetitive behaviors and binge eating. *Behaviour Research and Therapy*, 138. doi: 10.1016/j.brat.2021.103804
- Ille, R., Schoggl, H., Kapfhammer, H.P., Arendasy, M., Sommer, M. & Schienle, A. (2014). Self-disgust in mental disorders – symptom-related or disorder-specific? *Comprehensive Psychiatry*, 55, 938-943.
- Jambekar, S.A., Masheb, R.M. & Grilo, C.M. (2003). Gender differences in shame in patients with binge-eating disorder. *Obesity Research*, 11(4), 571-577.
- Koskina, N. & Giovazolias, T. (2010). The effect of attachment insecurity in the development of eating disturbances across gender: the role of body dissatisfaction. *The Journal of Psychology*, 144(5), 449-471.

- Lazuras, L., Ypsilanti, A., Powell, P. & Overton, P. (2019). The roles of impulsivity, self-regulation, and emotion regulation in the experience of self-disgust. *Motivation and Emotion*, *43*, 145-158.
- Masheb, R.M., Grilo, C.M. & Brondolo, E. (1999). Shame and its psychopathologic correlates in two women's health problems: binge eating disorder and vulvodynia. *Eating and Weight Disorders*, *4*, 187-193.
- Mendes, A.L., Canavarro, M.C. & Ferreira, C. (2022). Affiliative interactions and body and eating-related difficulties in adolescent girls: The effects of fears of compassion and feelings of social safeness. *Appetite*, *168*, 1-8.
- Moncrieff-Boyd, J., Byrne, S. & Nunn, K. (2014). Disgust in anorexia nervosa: confusion between self and non-self. *Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice*, *2*(1), 4-18.
- Mullen, G. & O'Reilly, G. (2018). How can social mentality theory help us understand eating disorder presentations? A scoping review. *Journal of Relationships Research*, *9*, 1-19. doi: 10.1017/jrr.2018.17
- Munch, A.L., Hunger, C. & Schweitzer, J. (2016). An investigation of the mediating role of personality and family functioning in the association between attachment styles and eating disorder status. *BMC Psychology*, *4*(36), 1-10.
- Olatunji, B.O., Cox, R. & Kim, E.H. (2015). Self-disgust mediates the associations between shame and symptoms of bulimia and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *34*(3), 239-258.
- O'Shaughnessy, R. & Dallos, R. (2009). Attachment research and eating disorders: A review of the literature. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, *14*(4), 559-574.
- Overton, P. G., Markland, F. E., Taggart, H. S., Bagshaw, G. L., and Simpson, J. (2008). Self-disgust mediates the relationship between dysfunctional cognitions and depressive symptomatology. *Emotion*, *8*, 379-385.
- Passanisi, A., Gervasi, A.M., Madonia, C., Guzzo, G. & Greco, D. (2015). Attachment, self-esteem and shame in emerging adulthood. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, *191*, 342-346.
- Pearlman, E. (2005). Terror of desire: The etiology of eating disorders from an attachment theory perspective. *Psychoanalytic Review*, *92*(2), 223-235.

- Polivy, J. & Herman, C.P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.
- Sanftner, J.L., Hill Barlow, D., Marschall, D.E. & Tangney, J.P. (1995). The relation of shame and guilt to eating disorder symptomatology. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14(4), 315-324.
- Solomon-Krakus, S., Uliaszek, A.A. & Sabiston, C.M. (2022). General and body-related self-conscious emotions predict facets of restrictive eating in undergraduate women. *Eating Behaviors*, 45. doi: 10.1016/j.eatbeh.2022.101624
- Stasik-O'Brien, S.M. & Schmidt, J. (2018). The role of disgust in body image disturbance: Incremental predictive power of self-disgust. *Body Image*, 27, 128-137.
- Tafa, M., Cimino, S., Ballarotto, G., Bracaglia, F., Bottone, C. & Cerniglia, L. (2017). Female adolescents with eating disorders, parental psychopathological risk and family functioning. *Journal of Child and Family Studies*, 26, 28-39.
- Tangney, J. P., Dearing, R. L., Wagner, P. E., and Gramzow, R. (2000). The Test of Self-Conscious Affect-3 (TOSCA-3). Fairfax, VA: George Mason University.
- Tasca, G.A. & Balfour, L. (2014). Eating disorders and attachment: a contemporary psychodynamic perspective. *Psychodynamic Psychiatry*, 42(2), 257-276.
- Troisi, A., Massaroni, P. & Cuzzolaro, M. (2005). Early separation anxiety and adult attachment style in women with eating disorders. *The British Journal of Clinical Psychology*, 44, 89-97.
- Von Spreckelsen, P., Glashouwer, K.A., Bennik, E.C., Wessel, I. & De Jong, P.J. (2018). Negative body image: relationships with heightened disgust propensity, disgust sensitivity, and self-directed disgust. *PloS ONE*, 13(6), 1-15.
- Ward, A., Ramsay, R. & Treasure, J. (2000). Attachment research in eating disorders. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 35-51.
- Williamson, D.A. & Martin, C.K. (2004). Psychological aspects of eating disorders. *Best Practice & Research: Clinical Gastroenterology*, 18(6), 1073-1088.