



VILNIAUS UNIVERSITETAS
FILOSOFIJOS FAKULTETAS
PSICHOLOGIJOS INSTITUTAS

Laurynas Kalesinskas

Klinikinės psichologijos studijų programa
Magistro darbas

**ESMINIŲ PSICHOLOGINIŲ POREIKIŲ FRUSTRACIJA IR SUTRIKĘS
VALGYMO ELGESYS**

Darbo vadovė:
Doc. dr. Rasa Barkauskienė

Vilnius
2019

TURINYS

SANTRAUKA	4
SUMMARY	5
PRATARMĖ	6
1. ĮVADAS	8
1.1. Esminių psichologinių poreikių konceptualizacija Savideterminacijos teorijoje	8
1.2. Psichologinių poreikių frustracijos samprata Savideterminacijos teorijoje.....	10
1.3. Žmogaus elgesio samprata Savideterminacijos teorijoje.....	13
1.4. Sutrikęs valgymo elgesys ir valgymo sutrikimai	15
1.5. Valgymo elgesio įvairovė kaip kontinuumas.....	23
1.6. Esminiai psichologiniai poreikiai ir sutrikęs valgymo elgesys.....	24
1.7. Tyrimo problema, tikslas, uždaviniai ir hipotezės	27
2. TYRIMO METODIKA	29
2.1. Tyrimo dalyviai.....	29
2.2. Duomenų rinkimo ir įvertinimo būdai	29
2.3. Tyrimo eiga.....	33
3. TYRIMO REZULTATAI	35
3.1. Pagrindinių tyrimo kintamųjų aprašomoji statistika	35
3.2. Esminių psichologinių poreikių frustracijos klinikinėje ir neklinikinėje imtyje palyginimas	36
3.3. Sutrikusio valgymo elgesio klinikinėje ir neklinikinėje imtyje palyginimas.....	37
3.4. Esminių psichologinių poreikių frustracijos sąsajos su sutrikusiu valgymo elgesiu klinikinėje imtyje	38
3.5. Esminių psichologinių poreikių frustracijos sąsajos su sutrikusiu valgymo elgesiu neklinikinėje (palyginamojoje) imtyje.....	39
3.6. Esminių psichologinių poreikių frustracijos sąsajų su sutrikusiu valgymo elgesiu klinikinėje ir neklinikinėje imtyje palyginimas	39
3.7. Autonomijos poreikio frustracijos kaip moderatoriaus vaidmuo susietumo poreikio frustracijos sąsajose su sutrikusiu valgymo elgesiu.....	40

3.8. Autonomijos poreikio frustracijos kaip moderatoriaus vaidmuo kompetencijos poreikio frustracijos sąsajose su sutrikusiu valgymo elgesiu.....	42
4. TYRIMO REZULTATŲ APTARIMAS.....	45
4.1. Esminių psichologinių poreikių frustracijos sąsajos su sutrikusiu valgymo elgesiu	45
4.2. Autonomijos poreikio frustracijos moderacinis vaidmuo susietumo bei kompetencijos poreikių frustracijos sąsajose su sutrikusiu valgymo elgesiu.....	47
4.3. Tyrimo ribotumai ir pasiūlymai ateities tyrimams	48
IŠVADOS.....	50
LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	51
PRIEDAI	58

SANTRAUKA

Kalesinskas, L. (2019). *Esminių psichologinių poreikių frustracija ir sutrikęs valgymo elgesys* (Magistro darbas). Vilnius: Vilniaus universitetas, p. 61.

Savideterminacijos teorijos literatūroje šiuo metu vis plačiau pripažįstama, kad būtent esminių psichologinių poreikių frustracija, o ne šių poreikių patenkinimo stoka, vaidina ypatingai svarbų vaidmenį neadaptivaus elgesio ir psichopatologijos etiologijoje. Tačiau sutrikusio valgymo elgesio sąsajos su esminių psichologinių poreikių frustracija kol kas nepakankamai ištyrinėtos. Dėl to šio tyrimo metu buvo siekiama surinkti papildomų empirinių duomenų, padėsiančių geriau suprasti kaip autonomijos, kompetencijos bei susietumo poreikių frustracija yra susijusi su klinikinio ir subklinikinio lygmens sutrikusiu valgymo elgesiu. Taip pat šio tyrimo metu siekta išsiaiškinti, kokią vaidmenį autonomijos poreikio frustracija atlieka susietumo ir kompetencijos poreikių frustracijos sąsajose su sutrikusiu valgymo elgesiu. Šio tyrimo tikslais buvo suformuotos dvi tiriamųjų imtys. Klinikinė imtis buvo sudaryta iš 37 moteriškos lyties pacienčių, turinčių gydymo įstaigos patvirtintą valgymo sutrikimo diagnozę, kurių amžius svyravo nuo 18 iki 53 metų ($M=24,11$, $SD=8,60$). Neklinikinė imtis buvo sudaryta iš 137 moteriškos lyties tiriamųjų, kurių amžius taip pat svyravo nuo 18 iki 53 metų ($M=24,11$, $SD=8,82$). Abiejų imčių tiriamieji pildė klausimynus, vertinančius esminių psichologinių poreikių frustracijos lygį ir valgymo elgesio sutrikimo laipsnį. Šio tyrimo rezultatai, bendrai paėmus, rodo, kad autonomijos, kompetencijos ir susietumo poreikių frustracija yra teigiamai susijusi su sutrikusiu valgymo elgesiu. Tyrimo metu taip pat buvo nustatyta, kad autonomijos poreikio frustracija moderuoja kompetencijos bei susietumo poreikių frustracijos sąsajas su sutrikusiu valgymo elgesiu.

Reikšminiai žodžiai: Savideterminacijos teorija, psichologiniai poreikiai, poreikių frustracija, sutrikęs valgymo elgesys, valgymo sutrikimai, valgymo patologija.

SUMMARY

Kalesinskas, L. (2019). *Basic Psychological Need Frustration and Disordered Eating Behaviour* (Master's thesis). Vilnius: Vilnius University, p. 61.

In the Self-determination Theory literature, it has been increasingly acknowledged that the frustration of the basic psychological needs rather than the mere lack of satisfaction of them is particularly important in the etiology of maladaptive behaviour and psychopathology. However, the relationship between disordered eating and the frustration of the basic psychological needs has not been thoroughly examined yet. Therefore, this study was aimed at gathering additional empirical evidence that will contribute to better understanding of how the frustration of the need for autonomy, competence and relatedness is related to disordered eating of both the clinical and subclinical level. Furthermore, this study also aimed to investigate the role of the frustration of the need for autonomy in the relationships between the frustration of need for competence as well as relatedness and disordered eating. Two samples were formed for the purpose of this study. The clinical sample consisted of 37 female patients, aged 18 to 53 years ($M=24.11$, $SD=8.60$), with approved diagnosis of eating disorder. The non-clinical sample consisted of 137 female participants, also aged 18 to 53 years ($M=24.11$, $SD=8.82$). Participants from both samples completed questionnaires assessing the level of frustration of the basic psychological needs as well as the degree of disordered eating. The results of the study in general indicate that the frustration of the needs for autonomy, competence and relatedness is positively related to disordered eating. In addition, the results of the study indicate that the frustration of the need for autonomy moderates the relationships between the frustration of the need for competence as well as relatedness and disordered eating.

Keywords: Self-determination theory, psychological needs, need frustration, disordered eating, eating disorders, eating pathology.

PRATARMĖ

Sutrikęs valgymo elgesys yra gana paplitęs reiškinys paaugliško amžiaus merginų ir jaunų moterų tarpe. Nors klinikinio lygmens valgymo sutrikimai išsivysto ne daugiau kaip vienai keturioliktajai vakarietiškos visuomenės gyvenančių moterų, tačiau subklinikinio lygmens sutrikęs valgymo elgesys gyvenimo bėgyje pasireiškia maždaug pusei iš jų (Jankauskienė ir Kardelis, 2002; Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016; Neumark-Sztainer, Wall, Larson, Eisenberg, & Loth, 2011; Sminck, van Hoeken, & Hoek, 2012). Bet net ir tais atvejais, kai sutrikęs valgymo elgesys nesiekia klinikinio valgymo sutrikimų lygio, jis yra gana aiškiai susijęs su įvairiomis psichosocialinio funkcionavimo problemomis, įskaitant depresijos simptomus, žemesnę savigarbą, nepasitenkinimą kūnu, piktnaudžiavimą psichoaktyviomis medžiagomis ir suicidinį elgesį (Froreich, Vartanian, Zawadzki, Grisham, & Touyz, 2016). Be to, subklinikinio lygmens sutrikęs valgymo elgesys kelia susirūpinimą dar ir todėl, kad jis yra vienas svarbiausių klinikinio valgymo sutrikimų vystymosi indikatorių (Kerig, Ludlow, & Wenar, 2012).

Atsižvelgiant į sutrikusio valgymo elgesio paplitimo mastą ir jo potencialią žalą, mokslininkai jau keletą dešimtmečių aktyviai tyrinėja įvairius veiksnius, susijusius su šios problemos atsiradimu. Aktyviai domimasi ne tik rizikos veiksniais, kurie siejami su didesne sutrikusio valgymo elgesio atsiradimo tikimybe, bet ir apsauginiais veiksniais, kurie, priešingai, yra susiję su mažesne disfunkcinio valgymo elgesio išsivystymo rizika. Šiuo metu vyrauja nuomonė, kad abi šios veiksnių grupės yra vienodai svarbios aiškinantis, kuriems asmenims sutrikusio valgymo elgesio išsivystymo rizika yra didesnė, o kuriems – mažesnė (Pelletier & Dion, 2007).

Siekdami išsiaiškinti sutrikusio valgymo elgesio bei valgymo patologijos etiologinius bei palaikomouosius veiksnius, mokslininkai remiasi pačiais įvairiausiais teoriniais modeliais ir teorijomis, pavyzdžiui, kognityvinėmis-bihevioristinėmis teorijomis, šeimos sistemų modeliu, sociokultūriniais modeliais, individualia psichodinamine teorija, objektų ryšių teorija ir kt. (Kerig et al., 2012; Stice, 1994; Strauss & Ryan, 1987). Viena iš tų teorinių perspektyvų, kuria vis dažniau remiamasi tyrinėjant šią sritį dabartiniu metu, yra Savideterminacijos teorija (Deci & Ryan, 1985, 2000, 2008a, 2008b; Ryan & Deci, 2000a, 2000b, 2000c). Šioje teorijoje teigiama, kad visiems žmonėms yra būdingos įgimtos psichologinio augimo ir raidos tendencijos, kurių pasireiškimą palengvina socialinis kontekstas, skatinantis esminių psichologinių poreikių patenkinimą. Kai visi individo esminiai psichologiniai poreikiai yra patenkinami, jis gali optimaliai funkcionuoti ir vystytis. Tačiau jeigu bent vieno iš šių poreikių patenkinimą aplinka slopina, individo psichologinei gerovei ir sveikatai iškyla pavojus. Pagal Savideterminacijos teoriją, jeigu žmonių esminių psichologinių poreikių patenkinimas yra frustruojamas, tai prisitaikydami ir siekdami įveikti atsiradusį psichologinį deficitą jie gali imti naudoti įvairius save apsaugančius aplinkkelius (netiesioginio frustruojamų poreikių kompensavimo būdus): gynybas, poreikių substitutus ar kompensacinius motyvus, rigidiško

elgesio būdus ir pan. (Deci & Ryan, 2000). Sutrikęs valgymo elgesys, žvelgiant iš Savideterminacijos teorijos perspektyvos, taip pat gali būti traktuojamas kaip viena iš rigidiško elgesio atmainų, kurios pagalba siekiama adaptuotis prie esminių psichologinių poreikių frustracijos (Froreich et al., 2016).

Atliktų empirinių tyrimų rezultatai patvirtina ryšį tarp esminių psichologinių poreikių patenkinimo ir įvairių psichologinės gerovės rodiklių, pavyzdžiui, teigiamo emocingumo, vitališkumo, pasitenkinimo gyvenimu, momentinio laimingumo, savivertės (Amarose, Anderson-Butcher, & Cooper, 2009; Bartholomew, Ntoumanis, Ryan, Bosch, & Thøgersen-Ntoumani, 2011a; Chen et al., 2015a; Howell, Chenot, Hill, & Howell, 2011; Liga et al., 2018). Be to, tyrimų rezultatai rodo, kad šių poreikių nepatenkinimas yra teigiamai susijęs su įvairiomis neigiamomis psichologinėmis pasekmėmis (pavyzdžiui, su emocinio perdegimo, depresijos ir nerimo simptomais, nelaimingumu, saviaktualizacijos stoka, nepasitenkinimu gyvenimu, neigiamu emocingumu) bei įvairiais somatiniais simptomais (Bartholomew et al., 2011a; Emery, Toste, & Heath, 2015; Meyer et al., 2007; Quested et al., 2011; Campbell et al., 2015).

Jei ryšys tarp esminių psichologinių poreikių patenkinimo ar jų patenkinimo stokos ir žmonių gerovės bei asmeninės raidos nagrinėtas daugybėje tyrimų, tai šių poreikių aktyvaus blokavimo arba frustracijos vaidmuo kol kas yra žymiai mažiau ištyrinėtas. Tačiau keleto pastarojo meto tyrimų rezultatai parodė, kad būtent psichologinių poreikių frustracija, o ne jų patenkinimo stoka, yra ypatingai svarbi neadaptivaus elgesio ir psichopatologijos etiologijoje (Bartholomew et al., 2011a; Bartholomew, Ntoumanis, Ryan, & Thøgersen-Ntoumani, 2011b). Šie rezultatai prisidėjo prie palaipsniui mokslininkų tarpe augančio pripažinimo, jog poreikių patenkinimo stokos išgyvenimas iš esmės dar nereiškia aktyvios poreikių frustracijos.

Esminių psichologinių poreikių frustracijos ir sutrikusio valgymo elgesio ryšys, darbo autoriaus žiniomis, iki šiol buvo nagrinėtas tik trijuose tyrimuose (Bartholomew et al., 2011a; Boone, Vansteenkiste, Soenens, Van der Kaap-Deeder, & Verstuyf, 2014; Verstuyf, Vansteenkiste, Soenens, Boone, & Mouratidis, 2013). Visuose šiuose tyrimuose buvo tirtos tik neklinikinės imtys ir pagrinde buvo nagrinėjamos subklinikinių persivalgymo simptomų sąsajos su esminių psichologinių poreikių frustracija. Visuose juose buvo analizuojamos tik sutrikusio valgymo elgesio sąsajos su bendru visų trijų esminių psichologinių poreikių frustracijos įverčiu, tuo tarpu sąsajos su atskirų esminių psichologinių poreikių frustracija nagrinėtos nebuvo. Be to, nei viename iš šių tyrimų nebuvo nagrinėta, kokį vaidmenį vienų esminių psichologinių poreikių frustracija atlieka kitų esminių psichologinių poreikių frustracijos sąsajose su sutrikusiu valgymo elgesiu.

Atsižvelgiant į tai, **šiuo tyrimu bus siekiama** nustatyti, kaip atskirų esminių psichologinių poreikių frustracija yra susijusi su sutrikusiu valgymo elgesiu klinikinėje ir neklinikinėje (palyginamojoje) imtyje bei išsiaiškinti, kokį vaidmenį autonomijos poreikio frustracija atlieka susietumo ir kompetencijos poreikių frustracijos sąsajose su sutrikusiu valgymo elgesiu.

1. ĮVADAS

1.1. Esminių psichologinių poreikių konceptualizacija Savideterminacijos teorijoje

Apie tam tikrus universalius ir visiems žmonėms būdingus psichologinius poreikius kalbančių teorijų yra pakankamai daug (Deci & Ryan, 2000; Prentice, Halusic, & Sheldon, 2014). Tačiau Savideterminacijos teorija iš jų tarpo išsiskiria tuo, kad jos svarbiausi postulatai pagrįsti gausiais empiriniais įrodymais (Deci & Ryan, 2008a, 2008b), ji vis plačiau taikoma nagrinėjant neadaptyvus elgesio ir psichopatologijos atsiradimą (Vansteenkiste & Ryan, 2013) bei tuo, kad esminių psichologinių poreikių koncepcija joje yra labai gerai išplėtotą (Ryan & Deci, 2002). Todėl šiame darbe bus remiamasi Savideterminacijos teorijoje pateikta esminių psichologinių poreikių samprata.

Savideterminacijos teorijoje išskiriami trys esminiai psichologiniai žmonių poreikiai: autonomijos, kompetencijos ir susietumo (Deci & Ryan, 2000; Ryan & Deci, 2000a, 2002). *Autonomijos poreikis* šioje teorijoje suvokiamas kaip poreikis jaustis savo gyvenime turinčiu galimybę rinktis, spręsti, būti savimi. *Kompetencijos poreikis* suprantamas kaip poreikis jaustis efektyviu ir gebančiu pasiekti trokštamus rezultatus arba, kitaip sakant, kaip poreikis jaustis efektyviai sąveikaujančiu su savo aplinka. Tuo tarpu *susietumo poreikis* suvokiamas kaip poreikis jausti emociškai šiltą ir artimą ryšį su reikšmingais „kitais“. Šie poreikiai Savideterminacijos teorijoje vadinami esminiais, nes visų jų patenkinimas yra laikomas būtina žmogaus psichologinės gerovės, sveikatos, efektyvaus funkcionavimo ir optimalios raidos sąlyga (Deci & Ryan, 2000). Kitaip sakant, sėkmingas žmogaus psichologinis funkcionavimas, pagal Savideterminacijos teoriją, yra įmanomas tik patenkinus visus tris esminius psichologinius poreikius. Jeigu socialinė aplinka apsunkina nors vieno iš esminių psichologinių poreikių patenkinimą, tai žmogaus psichologinę gerovę neišvengiamai nukenčia (Vansteenkiste & Ryan, 2013). Dar blogesnė padėtis susiklosto tuomet, kai socialinė aplinka verčia individą vieno esminio psichologinio poreikio patenkinimo atsisakyti, kad būtų patenkintas kitas esminis psichologinis poreikis (pvz., tėvai iš vaiko reikalauja, jog jis atsisakytų autonomijos tam, kad galėtų jaustis mylimas). Tokios situacijos individui ne tik sukelia stiprų distresą, bet ir sukuria sąlygas psichopatologijai atsirasti (Ryan & Deci, 2000c).

Esminiai psichologiniai poreikiai Savideterminacijos teorijoje traktuojami ne kaip gyvenimo eigoje įgyti ar išmokti, o kaip įgimti (Ryan & Deci, 2002). Šiuo aspektu Savideterminacijos teorija skiriasi nuo daugelio kitų teorijų (pvz., McClelland Trijų poreikių teorijos), kuriose tvirtinama, jog psichologiniai poreikiai didele dalimi yra išmokti. Kadangi Savideterminacijos teorijoje esminiai psichologiniai poreikiai traktuojami kaip įgimti, tai pagrindinis jos dėmesys nukreiptas ne į šių poreikių stiprumo variaciją, bet į tai, kiek individams pavyksta patenkinti esminius psichologinius poreikius skirtingose socialinėse aplinkose ir kokios yra įvairaus laipsnio poreikių patenkinimo arba nepatenkinimo pasekmės (Deci & Ryan, 2000). Savideterminacijos teorijoje įvairios socialinės aplinkos (namų, mokyklos, darbovietės ir pan.) skirstomos į: (1) aplinkas, padedančias patenkinti

esminius psichologinius poreikius, (2) deprivuojančias aplinkas ir (3) aktyviai kliudančias šių poreikių patenkinimui aplinkas (Vansteenkiste & Ryan, 2013). Pagal šią teoriją, įvairūs socialiniai veiksniai individo esminių psichologinių poreikių patenkinimą gali arba aktyviai skatinti, arba būti jo atžvilgiu neutralūs, arba antagonistiški (Ryan & Deci, 2000a). Savideterminacijos teorijoje teigiama, jog individualūs esminių psichologinių poreikių stiprumo skirtumai nėra tiek reikšmingi, kad galėtų paveikti laipsnį, kuriuo žmonės patiria poreikių patenkinimą arba frustraciją skirtinguose kontekstuose (Deci & Ryan, 2000).

Savideterminacijos teorijoje pabrėžiamas esminių psichologinių poreikių universalumas (Ryan & Deci, 2000c). Joje teigiama, kad šių poreikių patenkinimas yra būtinas visų žmonių sveikai raidai ir psichologinei gerovei nepriklausomai nuo to, kokioje kultūroje jie gyvena (Deci & Ryan, 2000). Nors šios teorijos kritikai tvirtino, kad, pavyzdžiui, autonomijos poreikis yra daug svarbesnis individualistinėse nei kolektyvistinėse kultūrose, tačiau empirinių tyrimų rezultatai parodė, jog šis jų argumentas iš tiesų neatitinka tikrovės (Deci & Ryan, 2008b). Tarpkultūrinių tyrimų rezultatai liudija, jog visų trijų esminių psichologinių poreikių patenkinimas yra teigiamai susijęs su psichologine gerove pačiose įvairiausiose kultūrose – tiek individualistinėse, tiek kolektyvistinėse (Chirkov, Ryan, & Sheldon, 2011). Kita vertus, Savideterminacijos teorijoje pripažįstama, jog esminių psichologinių poreikių patenkinimo būdai skirtingose kultūrose gali skirtis (Ryan & Deci, 2000c).

Esminiai psichologiniai poreikiai Savideterminacijos teorijoje siejami su giluminėmis žmogaus psichikos struktūromis (Deci & Ryan, 2000). Jų patenkinimas yra svarbus nepriklausomai nuo to, ar žmogus įsisąmonina juos ar ne (Deci & Ryan, 2000; Ryan, 1995). Be to, Savideterminacijos teorijoje teigiama, kad esminių psichologinių poreikių patenkinimas yra būtinas žmogaus psichologinei gerovei nepriklausomai nuo to, kiek žmogus vertina šiuos poreikius ar kiek trokšta jų patenkinimo (Deci & Ryan, 2000). Empirinių tyrimų rezultatai patvirtino šių teorinių teiginių pagrįstumą (Chen et al., 2015a).

Esminiai psichologiniai poreikiai Savideterminacijos teorijoje yra vienas iš pačių svarbiausių konstrukto (Cordeiro, Paixão, Lens, Lacante, & Luyckx, 2016). Šioje teorijoje individo raida, psichologinė gerovė, sveikata, funkcionavimas, jo asmenybės ypatumai, motyvacija bei elgesys suvokiami kaip įgimtų organizmo polinkių ir socialinės aplinkos veiksnių, kurie skatina arba slopina esminių psichologinių poreikių patenkinimą, dialektinės sąveikos rezultatas (Deci, & Ryan, 1985). Pasak šios teorijos autorių, esminių psichologinių poreikių konstruktas yra nepaprastai naudingas, nes jis padeda suprasti, kaip įvairios socialinės jėgos ir socialiniai kontekstai veikia žmonių motyvaciją, elgesį, emocinius išgyvenimus ir gerovę (Deci & Ryan, 2008b). Daugybės tyrimų rezultatai parodė, jog esminių psichologinių poreikių patenkinimas prisideda prie individo psichologinės gerovės, augimo ir energingumo, tuo tarpu šių poreikių frustracija išsekvoja žmonių energijos resursus ir skatina psichologinės gerovės trūkumo bei psichinės sveikatos problemų

atsiradimą (Chen et al., 2015a; Ryan, Deci, Grolnick, & La Guardia, 2006). Be to, empirinių tyrimų rezultatai patvirtino, kad esminių psichologinių poreikių patenkinimas sukuria fundamentalų pagrindą tikros savivertės ir kitų sveikos asmenybės bruožų susiformavimui (Frederick & Grow, 1996), o taip pat, kad šių poreikių patenkinimas yra susijęs su įvairiomis pasekmėmis elgesio ir motyvacijos srityje (pvz., autonomiška motyvacija, atkaklumu/ištvermingumu, veiklos rezultatais) bei santykių srityje (pvz., saugiu prierašumu) (Chen, Van Assche, Vansteenkiste, Soenens, & Beyers, 2015b; Deci & Ryan, 2008b).

Apibendrinant svarbu pažymėti, jog pagal Savideterminacijos teoriją įvairūs socialinės aplinkos veiksniai veikia žmonių psichologinę gerovę, sveikatą ir funkcionavimą ne tiesiogiai, o per esminių psichologinių poreikių patenkinimą ar frustraciją. Kitaip sakant, įvairūs socialinės aplinkos veiksniai skatina arba frustruoja žmonių esminių psichologinių poreikių patenkinimą, tuo tarpu nuo šių poreikių patenkinimo ar frustracijos lygio priklauso jų psichologinė gerovė, sveikata ir funkcionavimas (Deci & Ryan, 2000; Deci & Ryan, 2008b).

1.2. Psichologinių poreikių frustracijos samprata Savideterminacijos teorijoje

Savideterminacijos teorijos literatūroje ilgainiui nusistovėjo konsensusas, jog esminių psichologinių poreikių frustracija ir šių poreikių nepatenkinimas – tai du skirtingi fenomenai (Cordeiro et al., 2016). Poreikių frustracija patiriama tik tuomet, kai kažkas individo aplinkoje atlieka aktyvius veiksmus, trukdančius jam patenkinti šiuos poreikius, o tam, kad žmogus patirtų nepakankamą poreikių patenkinimą arba netgi visišką poreikių nepatenkinimą, toks aktyvus trukdymas nėra būtinas (Bartholomew et al., 2011a, 2011b; Deci & Ryan, 2000). Poreikių nepatenkinimas gali atsirasti ir tuomet, kai individo aplinkoje yra nepakankamai arba kraštutiniu atveju visai nėra veiksmų, skatinančių šių poreikių patenkinimą (Vansteenkiste & Ryan, 2013). Pavyzdžiui, susietumo poreikio nepakankamas patenkinimas gali atsirasti tuomet, kai asmuo savo bendraamžių rate turi mažai artimų draugų. Tuo tarpu susietumo poreikio frustraciją šis asmuo patirtų, jei bendraamžiai aktyviais veiksmais jį atstumtų. Autonomijos poreikio nepatenkinimas gali būti susijęs su tuo, jog aplinkiniams nerūpi individo asmeniniai interesai. Tuo tarpu autonomijos poreikio frustraciją individas patirtų, jeigu aplinkiniai jį verstų elgtis kitaip nei jis buvo nusprendęs. Kompetencijos poreikio nepakankamas patenkinimas gali atsirasti tada, kai asmuo negauna teigiamo grįžtamojo ryšio iš aplinkinių. Tuo tarpu kompetencijos poreikio frustraciją asmuo patirtų, jei aplinkiniai jį nuolatos kritikuotų.

Tyrimų metu buvo nustatyta, jog esminių psichologinių poreikių deprivacijos patyrimas yra susijęs su subjektyvių jausmų, kad šie poreikiai yra nepatenkinti, atsiradimu, tuo tarpu susidūrimas su įvairiais socialiniais trukdžiais, kliudančiais patenkinti minėtus poreikius, didina šių poreikių frustracijos jausmų atsiradimo tikimybę (Vansteenkiste & Ryan, 2013). Savideterminacijos teorijoje

prie tokių frustracijos jausmų priskiriami, pavyzdžiui, tokie jausmai: elgesio kontrolės ar spaudimo iš aplinkos patyrimo jausmai (autonomijos poreikio frustracija), jausmas, jog esi nevykėlis, abejonės dėl savo efektyvumo, nepilnavertiškumo jausmas (kompetencijos poreikio frustracija), jausmas, jog esi kitų atstumtas (susietumo poreikio frustracija) (Bartholomew et al., 2011b; Chen et al., 2015a). Taigi, esminių psichologinių poreikių frustracija subjektyviai žmonių yra suvokiama visiškai kitaip nei šių poreikių nepatenkinimas.

Aiškaus poreikių frustracijos ir poreikių nepatenkinimo fenomenų atskyrimo būtinybė Savideterminacijos teorijoje iškilo dėl vieno svarbaus psichologinių poreikių ypatumo, kuris fiziologiniams poreikiams nėra būdingas (Deci & Ryan, 2000). Kai žmogus išgyvena fiziologinių poreikių frustraciją, tai paprastai jis dar labiau padidina pastangas, nukreiptas į jų patenkinimą. Kuo ilgiau žmogus patiria fiziologinių poreikių deprivaciją, tuo daugiau psichinių ir fizinių resursų jis skiria tam, kad ši deprivacija būtų panaikinta. Nepakankamas psichologinių poreikių patenkinimas taip pat gali skatinti žmones padidinti pastangas, nukreiptas į šių poreikių patenkinimą, tačiau, jei žmonės patiria psichologinių poreikių frustraciją ir su ja susijusį distresą, tai dažniausiai įsijungia apsauginiai akomodaciniai procesai, kurie susilpnina jų tiesiogines pastangas patenkinti šiuos poreikius (Vansteenkiste & Ryan, 2013). Pagal Savideterminacijos teoriją, šie apsauginiai procesai, atsirandantys dėl įgimto žmonių polinkio į aktyvumą ir organizaciją, tose situacijose, kuriose esminiai psichologiniai poreikiai negali būti patenkinti, ne tik apsaugo žmones nuo distreso, bet ir pakeičia jų tikslus į tokius, kurie susiję su žemesnio negu optimalus lygio funkcionavimu ir psichologine gerove (Deci & Ryan, 2000).

Savideterminacijos teorijoje teigiama, jog esminių psichologinių poreikių frustracija skatina gynybinių mechanizmų pasireiškimą bei šių poreikių substitutų ir kompensacinio elgesio atsiradimą (Ryan et al., 2006). Šie procesai ne tik apsaugo žmonių psichiką, bet ir turi neigiamų pasekmių, t. y. jie ima trukdyti poreikių patenkinimui netgi tose situacijose, kuriose jis iš esmės būtų galimas (Deci & Ryan, 2000). Taigi, žvelgiant iš Savideterminacijos teorijos perspektyvos, esminių psichologinių poreikių frustracija, skirtingai nei poreikių nepatenkinimas, daro žmonėms dvigubą žalą. Visų pirma, ji pati savaimė trikdo žmonių psichologinį augimą ir integralumą bei neigiamai atsiliepia jų psichologinei gerovei ir funkcionavimui. Antra, poreikių frustracijos patyrimo akomodacijos pasekoje atsiranda įvairios apsauginės reakcijos, kurios daugeliu atvejų taip pat trikdo poreikių patenkinimo procesą ir dar labiau padidina žmogaus pažeidžiamumą (Vansteenkiste & Ryan, 2013).

Poreikių substitutai Savideterminacijos teorijoje apibrėžiami kaip tikslai, kuriuos žmonės išsikelia siekdami kompensuoti patiriamą poreikių frustraciją (Deci & Ryan, 2000). Šioje teorijoje teigiama, jog poreikių frustracija skatina nesaugumo jausmą, kuris, savo ruožtu, skatina individus ieškoti išorinių savo vertės rodiklių ir siekti išorinių tikslų. Dėl to žmonėms tampa labai svarbūs tokie išoriniai tikslai kaip turtų, populiarumo ar išorinio patrauklumo siekimas. Šie išoriniai tikslai

priešpastatomi tokiems vidiniams tikslams kaip asmeninis augimas, bendruomeninių vertybių puoselėjimas ar artimų santykių su kitais asmenimis kūrimas (Deci & Ryan, 2008a). Nors išoriniai tikslai iš pradžių individui gali atrodyti labai patrauklūs, tačiau juos pasiekęs jis patiria tik trumpalaikį pasitenkinimą, kurį labai greitai pakeičia nusivylimo ir tuštumos jausmai (Vansteenkiste et al., 2007). Išorinių tikslų siekimas ilgainiui ima trukdyti tikrajam esminių psichologinių poreikių patenkinimui (Sebire, Standage, & Vansteenkiste, 2009) ir neigiamai atsiliepia individo psichologinei gerovei (Sheldon, Ryan, Deci, & Kasser, 2004). Asmens perdėtas susitelkimas į kūno išvaizdą, reikšmingai padidinantis sutrikusio valgymo elgesio atsiradimo tikimybę, Savideterminacijos teorijoje taip pat traktuojamas kaip esminių psichologinių poreikių frustracijos sukulto intrapsichinio distreso įveikos būdas (Frederick & Grow, 1996). Kadangi tobulos kūno formos dažnai garantuoja pozityvų dėmesį ir pagyrimus, fizinė išvaizda imama traktuoti kaip tai, nuo ko priklauso asmeninė vertė ir savivertės jausmas. Tačiau kadangi šie pagyrimai yra paremti išoriniais asmens išvaizdos vertinimais, jie negali užtikrinti tikrojo esminių psichologinių poreikių patenkinimo (Kasser & Ryan, 1996).

Kitas reagavimo į poreikių frustraciją būdas, išsamiai aptariamasis Savideterminacijos teorijoje, yra kompensacinis elgesys. Šios teorijos autoriai išskiria tris kompensacinio elgesio atmainas (Ryan et al., 2006): savikontrolės atpalaidavimą, rigidišką elgesį ir opozicinio neklusnumo elgesį. Savikontrolės atpalaidavimas, pavyzdžiui, gali pasireikšti per persivalgymą, piktnaudžiavimą alkoholiu ar savižalos elgesį. Tyrimų rezultatai rodo, jog esminių psichologinių poreikių frustracija iš tiesų didina tokio elgesio atsiradimo tikimybę (Vansteenkiste & Ryan, 2013). Kadangi poreikių frustracija iššaukia daug neigiamų emocijų, tai savikontrolės atpalaidavimas gali būti traktuojamas kaip asmens bandymas kompensuoti patiriamą psichologinį diskomfortą (Haedt-Matt & Keel, 2011).

Rigidiškas elgesys pasireiškia tuo, kad asmuo kompulsyviai taiko tam tikrą elgesio modelį, kuris sukuria struktūros, saugumo ir nuspėjamumo pojūtį (Ryan et al., 2006). Tokiu būdu susiformuoja tarsi tam tikras scenarijus, pagal kurį žmogus siekia gyventi. Kai tai jam pavyksta, atsiranda trumpalaikis palengvėjimas ir pasitenkinimas, o kai nepavyksta – asmuo išgyvena kaltę ir savigraužą. Viena iš valgymo sutrikimais sergantiems asmenims būdingų rigidiško elgesio rūšių yra perfekcionistinių standartų išsikėlimas ir bandymas griežtai jų laikytis, siekiant kompensuoti per žemą savivertę (Brown, Parman, Rudat, & Craighead, 2012). Net menkiausios nesėkmės, siekiant perfekcionistinių standartų, asmeniui gali kelti intensyvius kaltės ir nepilnavertiškumo jausmus, o jei perfekcionistiniai standartai pasiekiami, tai palengvėjimas ir pasitenkinimas būna trumpalaikis, nes pasiektus standartus netrukus pakeičia dar griežtesni. Tokiu būdu užsisuka ydingas perfekcionizmo ratas, kuris ilgainiui gali dar labiau sustiprinti poreikių frustraciją (Deci & Ryan, 2000). Tyrimų rezultatai rodo, jog rigidiškas elgesys didina internalizavimo problemų (pvz., nerimo arba depresijos simptomų) atsiradimo tikimybę (Vansteenkiste & Ryan, 2013).

Opozicinio neklusnumo elgesys – tai atviras pasipriešinimas autoritetinėms figūroms. Pagal Savideterminacijos teoriją, šis pasipriešinimas yra individo reakcija į kontrolę, kuri frustruoja autonomijos poreikio patenkinimą (Ryan et al., 2006). Jei rigidiškas elgesys yra siejamas su internalizavimo problemų atsiradimu, tai opozicinis neklusnumas – su eksternalizavimo problemų etiologija (Vansteenkiste & Ryan, 2013).

Nors Savideterminacijos teorijoje poreikių frustracija aptariama lygiai taip pat plačiai kaip ir poreikių nepatenkinimas, empiriškai ji yra mažiau ištyrinėta (Liu & Chung, 2015). Jei esminių psichologinių poreikių nepatenkinimo fenomeną mokslininkai pradėjo intensyviai tyrinėti dar XX a. pabaigoje, tai šių poreikių frustracijos empiriniai tyrimai įgavo pagreitį tik šio dešimtmečio pradžioje, kai buvo sukurta pirmoji skalė, skirta esminių psichologinių poreikių frustracijai matuoti (Psichologinių poreikių frustracijos skalė; Bartholomew et al., 2011b).

Apibendrinant svarbu pabrėžti, jog Savideterminacijos teorijoje poreikių nepatenkinimas ir poreikių frustracija traktuojami kaip du visiškai skirtingi fenomenai, tarp kurių išvedama aiški takoskyra. Santykis tarp jų yra asimetriškas – žemas poreikių patenkinimo lygis nebūtinai reiškia, kad asmens poreikiai yra frustruojami, tačiau poreikių frustracija iš esmės reiškia, kad poreikių patenkinimo lygis yra žemas (Vansteenkiste & Ryan, 2013). Nors žemas esminių psichologinių poreikių patenkinimo lygis taip pat gali neigiamai atsiliepti individo funkcionavimui ir psichologinei gerovei bei pristabdyti jo psichologinį augimą, tačiau šių poreikių frustracija yra kur kas labiau žalinga ir netgi patogeniška (Bartholomew et al., 2011a).

1.3. Žmogaus elgesio samprata Savideterminacijos teorijoje

Savideterminacijos teorijoje teigiama, kad žmonės arba turi bendrą polinkį būti motyvuoti nuosavų su jų saviraiška susijusių pasirinkimų ir atsižvelgiant į juos reguliuoti savo elgesį, arba bendrą polinkį veikti tuomet, kai jaučiasi spaudžiami ar verčiami intrapsichinių bei aplinkos jėgų (Deci & Ryan, 1985). Pirmuoju atveju individai yra motyvuoti siekti nuosavų tikslų, o ne daryti tai, ką jiems diktuoja kiti. Jų elgesio reguliavimas yra autonomiškai inicijuotas ir vadinamas savideterminuotu. Tuo tarpu antruoju atveju individų veiksmai yra nulemti savasties išorėje atsirandančių priežasčių, kurios apibūdinamos kaip kontroliuojančios. Šios priežastys – tai ne vien asmens išorėje veikiančios jėgos, bet ir kai kurie vidiniai impulsai (pvz.: kaltė, gėda, maištingumo jausmai), kurie yra vidiniai asmens atžvilgiu, tačiau išoriniai jo savasties atžvilgiu. Jei asmuo jaučiasi priverstas paklusti tam tikram vidiniam impulsui, tai yra ženklas, jog šis impulsas yra susijęs su kažkuo, kas kyla ne iš individo savasties. Antruoju atveju, individų elgesiui, pasak Savideterminacijos teorijos, būdinga heteronomiška iniciacija ir toks elgesys vadinamas nesavideterminuotu (Deci & Ryan, 1985).

Pagal Savideterminacijos teoriją, norint suprasti konkretaus individo elgesį, reikia visų pirma išsiaiškinti jo elgesio reguliavimo procesų prigimtį, t. y. ar šie reguliavimo procesai yra daugiau susiję su individo savastimi, ar, priešingai, yra daugiau paskatinti jėgų, veikiančių savasties išorėje. Teorijos autoriai išskiria šešis elgesio reguliavimo stilius: vidinį elgesio reguliavimą, integruotą reguliavimą, identifikuotą reguliavimą, introjektuotą reguliavimą, išorinį reguliavimą ir elgesio nereguliavimą (Ryan & Deci, 2000c). Šie elgesio reguliavimo stiliai tarpusavyje skiriasi pagal tai, koku laipsniu jie yra susiję su savastimi arba, kitaip sakant, koku laipsniu jie yra savideterminuoti. Savideterminacijos teorijoje teigiama, kad išoriškai motyvuoto elgesio santykinio autonomiškumo laipsnis gali reikšmingai varijuoti. Šioje teorijoje žmogaus elgesys į nesavideterminuotą ir savideterminuotą skirstomas ne dichotomiškai, o naudojant nesavideterminuoto ir savideterminuoto elgesio kontinuumą (Ryan & Deci, 2000c). Viename šio kontinuumo gale yra visiškai nesavideterminuota amotyvuota elgsena. Amotyvuotiems asmenims būdingas elgesio nereguliavimas ir nuasmenintas kauzalumo lokusas. Jie arba apskritai neturi ketinimo veikti, arba jų elgesys yra betikslis (Deci & Ryan, 2008a). Kitame gale yra iš vidaus motyvuotas elgesys, kuris laikomas savideterminuoto arba autonomiško elgesio prototipu. Iš vidaus motyvuoti individai į veiklą įsitraukia savo noru ir užsiima ja todėl, kad ji jiems yra įdomi ar maloni (Deci & Ryan, 2000). Jiems būdingas vidinis elgesio reguliavimas ir vidinis kauzalumo lokusas. Tuo tarpu likusioje kontinuumo dalyje – tarp amotyvuotos elgsenos ir iš vidaus motyvuoto elgesio – autonomiškumo didėjimo tvarka yra išsidėstę keturios išoriškai motyvuoto elgesio atmainos, t. y. elgesio atmainos paremtos išoriniu reguliavimu, introjektuotu reguliavimu, identifikuotu reguliavimu ir integruotu reguliavimu (Deci & Ryan, 2008a). Šiuos elgesio reguliavimo stilius naudojantiems asmenims atitinkamai yra būdingi išorinio kauzalumo, iš dalies išorinio kauzalumo, iš dalies vidinio kauzalumo ir vidinio kauzalumo lokusai (Ryan & Deci, 2000c).

Savideterminacijos teorijoje dvi išorinės žmonių motyvacijos atmainos – integruotas bei identifikuotas reguliavimas – kartu su vidine motyvacija laikomos autonomiškos motyvacijos rūšimis. Šios trys motyvacijos rūšys, bendrai paėmus, vadinamos savideterminuota motyvacija. Kitos dvi išorinės motyvacijos atmainos – išorinis ir introjektuotas reguliavimas – laikomos kontroliuojamos motyvacijos rūšimis. Pastarosios dvi motyvacijos rūšys, kartu paėmus, vadinamos nesavideterminuota motyvacija (Deci & Ryan, 2008a).

Pagal Savideterminacijos teoriją, autonomijos, kompetencijos ir susietumo poreikių patenkinimas sukuria palankias sąlygas internalizacijai ir integracijai, t. y. procesams, stiprinantiems asmens autonomiškos motyvacijos tendencijas (Ryan, 1995). Internalizacijos procesas yra susijęs su požiūrių, vertybių ir elgesio standartų perėmimu, o integracijos procesas – su tolesne jų transformacija į savasties elementus. Kuo individo esminiai psichologiniai poreikiai yra labiau patenkinami, tuo efektyviau jo psichikoje vyksta internalizacija bei integracija ir tuo autonomiškesnė yra jo motyvacija

(Deci & Ryan, 2000, 2008b). Kai esminių psichologinių poreikių patenkinimas yra frustruojamas, asmuo nebegali efektyviai internalizuoti bei integruoti, todėl jo motyvacija tampa mažiau autonomiška arba, kitaip sakant, mažiau savideterminuota (Van den Berghe et al., 2013).

Savideterminacijos teorijoje teigiama, kad sėkmingam žmogaus funkcionavimui ne tiek svarbus turimos motyvacijos kiekis, kiek šios motyvacijos tipas (Deci & Ryan, 2008a, 2008b). Siekiant įsitikinti šio teiginio teisingumu, autonomiškos ir kontroliuojamos motyvacijos pasekmės bei koreliatai buvo nagrinėti daugybėje eksperimentinių ir lauko tyrimų. Nustatyta, jog autonomiška motyvacija yra susijusi su stipresniu teigiamu emocingumu (Deci & Ryan, 2008a), geresne psichine sveikata ir aukštesniu psichologinės gerovės lygiu (Ryan, Rigby, & King, 1993), sveikesniu elgesiu ir gyvensena (Pelletier, Dion, Slovenic-D'Angelo, & Reid, 2004), didesniu įsitraukimu į psichoterapiją ir geresniais jos rezultatais (Zuroff et al., 2007), aukštesniu darbo produktyvumu ir mažesne perdegimo tikimybe (Fernet, Guay, & Senecal, 2004) bei kitomis teigiamomis pasekmėmis.

Reikėtų pažymėti, kad pagal Savideterminacijos teoriją patologinis elgesys gali liudyti apie du svarbius dalykus. Viena vertus, patologinis elgesys šioje teorijoje traktuojamas kaip vienas iš būdų, kurio pagalba siekiama adaptuotis prie esminių psichologinių poreikių frustracijos ir kompensuoti dėl šios frustracijos atsiradusį psichologinį deficitą (Froreich et al., 2016). Taigi, patologinis elgesys gali liudyti apie tai, kad asmens esminiai psichologiniai poreikiai galimai yra frustruojami. Antra vertus, patologinis elgesys šioje teorijoje iš esmės yra traktuojamas kaip nesavideterminuotas elgesys bei kaip elgesys, rodantis, kad natūralūs asmens judėjimo link psichologinės gerovės procesai nevyksta optimaliai (Deci & Ryan, 2000). Taigi, patologinio elgesio pasireiškimas gali liudyti apie tai, kad asmens elgesio motyvacija yra didele dalimi nulemta jo savasties išorėje atsirandančių priežasčių.

1.4. Sutrikęs valgymo elgesys ir valgymo sutrikimai

Terminas „sutrikęs valgymo elgesys“ mokslinėje literatūroje yra vartojamas dviem prasmėmis. Siaurąja prasme, šis terminas apima tik subklinikinio lygmens valgymo elgesio nukrypimus, t. y. švelnesnius nei klinikiniai valgymo sutrikimai atvejus. Šio požiūrio besilaikantys autoriai pabrėžia riziką, kad asmenims su sutrikusiu valgymo elgesiu ateityje gali išsivystyti klinikinio lygmens valgymo sutrikimas. Taip pat jie akcentuoja, kad sutrikęs valgymo elgesys ir valgymo sutrikimai iš esmės skiriasi tik pagal simptomų išreikštumo laipsnį. Kitaip sakant, simptomai, būdingi asmenims su sutrikusiu valgymo elgesiu, yra labai panašūs į tuos, kurie aptinkami asmenų su klinikiniais valgymo sutrikimais atveju – skiriasi tik jų pasireiškimo dažnumas ir mastas.

Tuo tarpu plačiąja prasme vartojamas sutrikusio valgymo elgesio terminas apima visą problemišką valgymo elgesį – tiek subklinikinio, tiek klinikinio lygmens. Kitaip sakant, vartojamas plačiąja prasme sutrikusio valgymo elgesio terminas apima ir visus klinikinius valgymo sutrikimų atvejus. Pastaruoju metu šis požiūris vis labiau įsigali (Froreich et al., 2016), nes aiškia takoskyrą tarp

subklinikinio ir klinikinio lygmens išvesti nėra paprasta, o moksliniuose tyrimuose tai neretai ir mažai prasminga. Atsižvelgiant į tai, šiame darbe sutrikusio valgymo elgesio terminas taip pat yra vartojamas plačiąja prasme.

Sutrikęs valgymo elgesys yra labiausiai būdingas jaunoms merginoms. Tyrimų rezultatai rodo, kad maždaug pusė jų nuolat bando numesti svorio ir reguliariai įsitraukia į nesveiką kūno svorio kontrolės elgesį: atsisako pusryčiauti, pietauti ar vakarieniauti, naudoja maisto pakaitalus (specialius miltelius ar gėrimus) ir kitokiais būdais bando kontroliuoti suvartojamo maisto kiekį bei apetitą (Jankauskienė ir Kardelis, 2002; Neumark-Sztainer, Wall, Larson, Eisenberg, & Loth, 2011). Maždaug penktadalis jaunų merginų savo svorį bando kontroliuoti dar radikalesniais būdais: dirbtinai sukeltu vėmimu, badavimu, liekninančiomis piliulėmis, vidurių laisvinamaisiais bei skysčius varančiomis priemonėmis (Neumark-Sztainer et al., 2011; Wharton, Adams, & Hampl, 2008). Tuo tarpu klinikiniai valgymo sutrikimai išsivysto ne daugiau kaip 7% moterų (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016; Smerk et al., 2012). Tarp vyrų sutrikusio valgymo elgesio ir valgymo sutrikimų paplitimas reikšmingai mažesnis. Tyrimai rodo, jog valgymo sutrikimai išsivysto tik 0,3-0,7% Europos vyrų (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016).

Valgymo sutrikimai – tai viena iš psichikos sutrikimų rūšių, kuria aktyviai domisi ne tik sveikatos mokslų atstovai, bet ir psichologai (Keel, 2017). Valgymo sutrikimų diagnostikos kriterijai nustatomi ir tobulinami vadovaujantis tais pačiais bendraisiais principais, kurie taikomi apibrėžiant ir kitus psichikos sutrikimus, bei pateikiami plačiai pripažįstamų ir naudojamų diagnostinės klasifikacijos sistemų leidiniuose. Dažniausiai pasitaikantys valgymo sutrikimai – nervinė anoreksija, nervinė bulimija ir persivalgymo sutrikimas (Aigner, Treasure, Kaye, Kasper ir Pasaulinės biologinės psichiatrijos draugijų federacijos valgymo sutrikimų darbo grupė, 2012). Todėl nenuostabu, kad būtent šiems trimis valgymo sutrikimams skiriamas pagrindinis mokslininkų ir klinikistų dėmesys.

Nervinė anoreksija – psichikos sutrikimas, kuriam esant asmuo atsisako palaikyti mažiausią normalų kūno svorį (Aigner ir kt., 2012). Akivaizdžiausias šio sutrikimo požymis yra fizinis išsekimas, atsirandantis dėl suvartojamo maisto kiekio sąmoningo ribojimo. Antras svarbus nervinės anoreksijos požymis – specifinė psychopatologija, kuriai būdinga intensyvi ir nuolatinė svorio priaugimo ar tapimo storu(-a) baimė. Ši baimė gali būti arba tiesiai ir atvirai išsakoma, arba pasireikšti netiesiogiai per elgesį, kuriuo siekiama išvengti kūno svorio didėjimo (Kerig et al., 2012). Trečias svarbus nervinės anoreksijos požymis – sutrikęs kūno vaizdo suvokimas, kuris gali pasireikšti iškreiptu atskirų kūno dalių formos ar kūno svorio suvokimu (pavyzdžiui, nepaisant akivaizdaus fizinio išsekimo, asmuo vis tiek save klaidingai suvokia kaip esantį per didelio svorio), perdėta kūno figūros ar svorio įtaka asmens savivertei bei neigiamų per mažo svorio pasekmių fizinei sveikatai adekvataus suvokimo stoka (Keel, 2017). Aukščiau išvardinti esminiai nervinės anoreksijos požymiai kaip diagnostikos kriterijai įtvirtinti tokiuose svarbiuose diagnostinės klasifikacijos dokumentuose:

Psichikos sutrikimų diagnostinio ir statistinio vadovo (angl. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) 4-ajame leidime (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994), šio vadovo 5-ajame leidime (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013), Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos problemų klasifikacijos 10-ojoje versijoje (TLK-10; Pasaulinė sveikatos organizacija, 2010) bei neseniai pasirodžiusioje pastarosios klasifikacijos 11-ojoje versijoje (TLK-11; World Health Organization, 2018).

Nors šiuose dokumentuose pateikiami nervinės anoreksijos kaip sindromo apibrėžimai yra gana vienas kitam artimi, tačiau taip pat jie turi ir svarbių skirtumų, aiškiai rodančių, jog jie nėra nei visiškai universalūs, nei atsparūs naujų tyrimų inspiruotiems nervinės anoreksijos sampratos pokyčiams (Keel, 2017). Visų pirma, skirtingai apibrėžiama, ką reikėtų laikyti mažiausiu normaliu kūno svoriu. Pavyzdžiui, DSM-IV ir statistinį TLK-10 variantą papildančiame leidinyje (Pasaulinė sveikatos organizacija, 1997) nurodoma, kad asmens kūno svoris yra mažesnis nei minimalus normalus ir atitinka nervinės anoreksijos kūno svorio kriterijų tuomet, kai kūno masės indeksas (KMI) yra $17,5\text{kg/m}^2$ arba mažesnis. Tuo tarpu DSM-5 ir TLK-11 nustatyta, jog suaugusių asmenų kūno svoris yra mažesnis nei minimalus normalus ir atitinka nervinės anoreksijos kūno svorio kriterijų tuomet, kai KMI yra mažesnis nei $18,5\text{kg/m}^2$. Kitaip sakant, senesniuose diagnostinės klasifikacijos dokumentuose kūno svorio kriterijus buvo apibrėžiamas griežčiau, o naujesniuose šis kriterijus yra šiek tiek praplėstas, dėl ko atsirado galimybė nervinę anoreksiją diagnozuoti asmenims ir su truputį didesniu KMI.

Antra, DSM-IV ir DSM-5 išskiriami du nervinės anoreksijos tipai: ribojančio tipo nervinė anoreksija (RNA) ir persivalgančio/šalinančio tipo nervinė anoreksija (PŠNA). RNA atveju persivalgymai ar šalinamasis elgesys (pvz., dirbtinai sau sukeltas vėmimas, piktnaudžiavimas liuosuojamaisiais, klizmomis, diuretikais, emetikais ir pan.) iš esmės nepasireiškia, o svoris metamas visų pirma laikantis labai griežtos dietos ar apskritai periodiškai susilaikant nuo valgymo bei perdėtai intensyviai sportuojant. Tuo tarpu PŠNA būdingi reguliariai pasikartojantys persivalgymo ir/ar šalinamojo elgesio epizodai, įsiterpiančios į ribojimo epizodus. Nors PŠNA atveju gali pasireikšti praktiškai visi esminiai nervinės bulimijos simptomai, kurie bus aptarti netrukus, mokslinių tyrimų rezultatai rodo, jog pagal reakciją į gydymą ir ilgalaikius gydymo rezultatus PŠNA turinčios moterys yra labiau panašios į moteris su RNA diagnoze nei į tas moteris, kurioms buvo nustatyta nervinė bulimija (Keel, 2017). Be to, tiek PŠNA, tiek RNA sutrikimą turinčios moterys, skirtingai nei moterys sergančios nervine bulimija, turi specialių gydymo poreikių, susijusių su tuo, kad joms būdingas medicinine prasme pavojingai žemas kūno svoris. Kita vertus, mokslinių tyrimų metu nustatoma ir nemažai skirtumų tarp RNA ir PŠNA grupėms priklausančių tiriamųjų. Pavyzdžiui, palyginus su RNA pacientais, PŠNA pacientams būdingas vyresnis amžius, didesnis impulsyvumas, didesnis polinkis į piktnaudžiavimą psichoaktyviomis medžiagomis, suicidinį bei savižalos elgesį (Kerig et

al., 2012). Be to, RNA diagnozę turintiems asmenims yra būdingas labiau perfekcionistinis ir daugiau suvaržytas valgymo bei kitas elgesys, o PŠNA sutrikimą turintiems asmenims labiau impulsyvus ir nekontroliuojamas valgymo bei kitas elgesys (Keel, 2017). Tačiau, kalbant apie šiuos skirtumus, reikia turėti galvoje, jog tęstinių (longitudinių) tyrimų rezultatai liudija apie tai, jog didelei daliai moterų, sergančių RNA, vėlesniuose ligos etapuose atsiranda persivalgymo epizodai (Eddy et al., 2002). Kitaip sakant, gali būti, jog šie du skirtingi nervinės anoreksijos tipai nemažai daliai asmenų viso labo atspindi skirtingas tos pačios ligos stadijas (Keel, 2017). Skirtingai nei DSM-IV ir DSM-5, TLK-10 RNA ir PŠNA atskirai nėra išskirtos, o jų simptomai apjungti į vieną bendrą nervinės anoreksijos kategoriją, prie kurios nurodoma, kad šis sutrikimas pasireiškia „storinančio maisto“ vengimu bei vienu ar keliais iš šių elgesio būdų: griežtos dietos laikymusi, perdėtu sportavimu, specialiai sau sukeltu vėmimu, liuosuojamųjų, apetitą slopinančių medikamentų ir diuretikų vartojimu (Pasaulinė sveikatos organizacija, 1997, 2010). Tuo tarpu neseniai pasirodžiusioje TLK-11, panašiai kaip DSM-IV ir DSM-5, išskiriama ribojančio pobūdžio ir persivalgančio-šalinančio pobūdžio nervinė anoreksija. Be to, visas nervinei anoreksijai būdingas patologinis elgesys TLK-11 suskirstytas į tris grupes: (1) elgesį, kuriuo siekiama sumažinti gaunamą kalorijų kiekį (ribotą valgymą); (2) šalinimo elgesį (pvz., dirbtinai sukeltą vėmimą, piktnaudžiavimą liuosuojamaisiais) ir (3) elgesį, kuriuo siekiama padidinti kalorijų sąnaudas (pvz., pernelyg intensyvų sportavimą). TLK-11, panašiai kaip ir DSM-IV ir DSM-5, nurodoma, kad ribojančio pobūdžio anoreksijos atveju asmuo arba tik riboja valgymą, arba riboja valgymą ir didina kalorijų sąnaudas, bet į persivalgymo ar šalinimo elgesį neįsitraukia, o persivalgančio-šalinančio pobūdžio anoreksijos atveju valgymo ribojimą dažniausiai lydi reikšmingas šalinimo elgesys arba persivalgymo ir šalinimo elgesys, arba persivalgymas be šalinimo. Taigi, jei TLK-10 išskiriama tik bendra nervinės anoreksijos kategorija, tai DSM-IV, DSM-5 ir TLK-11 pateikiami dviejų skirtingų šio sutrikimo tipų diagnostikos kriterijai.

Trečia, DSM-IV ir TLK-10 vienas iš esminių nervinės anoreksijos sutrikimo diagnostikos kriterijų yra endokrininės sistemos sutrikimo požymiai. DSM-IV nurodoma, kad nervinės anoreksijos atveju moterims po menarchės turi pasireikšti amenorėja, t. y. mėnesinių nebuvimas mažiausiai tris mėnesius iš eilės. Taip pat patikslinama, kad jei mėnesinės atsiranda tik po hormonų (pvz., estrogenų) vartojimo, tai laikoma, jog moteriai yra amenorėja. Tuo tarpu TLK-10 endokrininės sistemos sutrikimo požymių kriterijus moterims apibrėžtas šiek tiek plačiau. TLK-10 kalbama apie su mitybos nepakankamumu susijusius antrinius endokrininius pokyčius, o jį papildančiame leidinyje (Pasaulinė sveikatos organizacija, 1997) patikslinama, kad tiksliai nervinės anoreksijos diagnozei būtinas bendras endokrininis sutrikimas, apimantis pagumburio-hipofizės-gonadinę ašį, kuris moterims pasireiškia amenorėja, o vyrams – seksualinio potraukio ir potencijos sumažėjimu (išimtis – vaginalinis kraujavimas moterims gaunančioms pakaitinį hormonų gydymą, kai hormonai vartojami

daugiausia kontracepcijos tikslais). Kitaip sakant, TLK-10 įtvirtintame endokrininės sistemos sutrikimo požymių kriterijuje nėra reikalavimo, kad moterims po menarchės mėnesinių nebūtų būtinai 3 mėnesius iš eilės, ir šiuo atžvilgiu jis yra mažiau griežtas nei analogiškas kriterijus įtvirtintas DSM-IV. Kita vertus, DSM-IV apskritai nebuvo numatyti privalomi endokrininės sistemos sutrikimo požymiai vyrams, o TLK-10 apie juos yra kalbama. Šiuo atžvilgiu TLK-10 įtvirtintas nervinės anoreksijos apibrėžimas yra siauresnis nei DSM-IV pateiktas apibrėžimas. Skirtingai nei DSM-IV ar TLK-10, DSM-5 ir TLK-11 endokrininės sistemos sutrikimo požymiai apskritai neįvardijami kaip privalomas nervinės anoreksijos diagnostikos kriterijus. Taigi, šiuo atžvilgiu nervinės anoreksijos kategorija DSM-5 ir TLK-11 yra ženkliai praplėsta.

Nervine anoreksija daugiausia serga moterys (Keel, 2017). Šio sutrikimo paplitimas tarp vyrų kol kas yra nepakankamai ištyrinėtas, tačiau žinoma, jog nervinė anoreksija tarp vyrų yra žymiai mažiau paplitusi. Klinikinėse populiacijose nervine anoreksija sergančių moterų ir vyrų santykis yra maždaug 10:1 (American Psychiatric Association, 2013). Europoje nervine anoreksija gyvenimo bėgyje yra sirgusios iki 1-4% moterų (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). DSM-5 nurodoma, kad nervine anoreksija per 12 mėnesių laikotarpį sirgusių jauno amžiaus moterų dalis (12 mėnesių paplitimas) siekia maždaug 0,4% (American Psychiatric Association, 2013). Dažniausiai nervinė anoreksija išsivysto vidurinėsios ir vėlyvosios paauglystės laikotarpiu (Kerig et al., 2012).

Nors nervinė anoreksija yra pakankamai retas sutrikimas, tačiau mirtingumas nuo jo yra didžiausias iš visų psichikos sutrikimų (Aigner ir kt., 2012). Sergantieji dažniausiai miršta nuo nervinės anoreksijos sąlygotų fizinės sveikatos komplikacijų arba nusižudo (Baks, Pupšytė ir Kirsnytė, 2012). Nuo nervinės anoreksijos kenčiančių asmenų bendras mirtingumas per 10 metų stebėjimo laikotarpį įvairių tyrimų duomenimis siekia 5-6%, o mirtingumas dėl tiesiogiai su nervine anoreksija susijusių priežasčių – daugiau nei 4% (Signorini et al., 2007). Nustatyta, kad nervine anoreksija sergančių pacientų standartizuotas mirtingumo santykis yra 9,7 (Aigner ir kt., 2012).

Nervinė bulimija – tai daugiausiai paaugliško amžiaus merginų ir jaunų moterų tarpe paplitusi psichopatologija (Pelletier, Dion & Lévesque, 2004), kuriai būdingi reguliariai pasikartojantys nekontroliuojamo persivalgymo epizodai, po kurių pasireiškia netinkamas kompensacinis elgesys pvz.: dirbtinai sukeltas vėmimas, vidurius laisvinančių medikamentų, arbatų, diuretikų vartojimas, badavimas, griežtos dietos laikymasis, pernelyg intensyvus/alinantis sportavimas ir pan. (Aigner ir kt., 2012). Šis kompensacinis elgesys atsiranda dėl perdėto susirūpinimo savo kūno išvaizda ir svoriu, nes nervinės bulimijos atveju nuo kūno išvaizdos ir svorio pernelyg stipriai priklauso asmens savęs vertinimas (Kerig et al., 2012). Vienas labiausiai paplitusių netinkamo kompensacinio elgesio būdų tarp sergančių nervine bulimija asmenų yra vėmimo sau sukėlimas (American Psychiatric Association, 2013). Valgymo elgesys persivalgymo epizodų metu skiriasi nuo normalaus valgymo elgesio iš esmės dviem atžvilgiais (Aigner ir kt., 2012; Keel, 2017). Pirma, skirtingai nei normalaus

valgymo metu, persivalgymo epizodų metu asmuo patiria kontrolės praradimo jausmą, t. y. jausmą, jog nebegali sustoti valgęs ar kontroliuoti ką/kiek valgo. Antra, persivalgymo epizodų metu žmogus suvartoja neįprastai didelius maisto kiekius. Nors persivalgymas ir po jo sekantis kompensacinis elgesys gali pasireikšti tiek nervinės bulimijos, tiek nervinės anoreksijos atveju, tačiau asmens siekis palaikyti ypatingai mažą kūno svorį pasireiškia tikrai nervinės anoreksijos atveju, o nervine bulimija sekančių asmenų svoris paprastai svyruoja diapazone, kuris artimas vidurkiui (Kerig et al., 2012). Taigi, esminiai nervinės bulimijos požymiai yra: (1) reguliariai pasikartojantys nekontroliuojamo persivalgymo epizodai, (2) po jų sekantis netinkamas kompensacinis elgesys ir (3) perdėtas susirūpinimas savo kūno išvaizda bei svoriu, skatinantis netinkamo kompensacinio elgesio pasireiškimą.

Visi šie esminiai nervinės bulimijos požymiai kaip diagnostikos kriterijai yra įtvirtinti DSM-IV, DSM-5, TLK-10 ir neseniai pasirodžiusiame TLK-11. Tačiau šiuose diagnostinės klasifikacijos dokumentuose pateikti nervinės bulimijos kategorijos apibrėžimai turi keletą svarbių skirtumų. Visų pirma, DSM-IV yra išskiriami du nervinės bulimijos tipai: šalinančio tipo nervinė bulimija (ŠNB) ir nešalinančio tipo nervinė bulimija (NŠNB). ŠNB atveju po persivalgymo epizodų seka šalinamasis kompensacinis elgesys (pvz., dirbtinai sukeltas vėmimas, piktnaudžiavimas liuosuojamaisiais, diuretikais, klizma), o NŠNB atveju – kitos netinkamo kompensacinio elgesio atmainos (pvz., badavimas arba perdėtas sportavimas), kurios yra nešalinančio pobūdžio. Tuo tarpu DSM-5, TLK-10 ir TLK-11, skirtingai nei DSM-IV, aukščiau paminėti nervinės bulimijos tipai nėra išskiriami, o pateikiama tik viena bendra nervinės bulimijos kategorija.

Antra, TLK-11 pateiktame nervinės bulimijos apibrėžime įtvirtinta persivalgymo epizodų samprata, apima ir subjektyvius persivalgymo epizodus, kurių metu suvalgomi maisto kiekiai iš tiesų yra normalūs ar nedideli, bet subjektyviai asmens suvokiami kaip dideli. Tuo tarpu DSM-IV, DSM-5 ir TLK-10 pateiktuose nervinės bulimijos apibrėžimuose įtvirtinta persivalgymo epizodų samprata neapima subjektyvaus persivalgymo epizodų.

Trečia, tam, kad atvejais atitiktų nervinės bulimijos diagnostikos kriterijus, pagal DSM-IV tiek persivalgymas, tiek netinkamas kompensacinis elgesys turi reguliariai kartotis 3 mėnesius mažiausiai dviejų kartų per savaitę dažnumu, o pagal DSM-5 – 3 mėnesius mažiausiai vieno karto per savaitę dažnumu. Tuo tarpu TLK-10 šių nervinės bulimijos elgesio simptomų pasireiškimą trukmės ir dažnumo reikalavimai apskritai nėra nustatyti, o TLK-11 tik persivalgymo epizodams yra pateiktos orientacinės trukmės ir dažnumo įvertinimo gairės („pavyzdžiui, vieną ar daugiau kartų per savaitę mažiausiai vieno mėnesio laikotarpiu“), kurios yra rekomendacinio pobūdžio. Taigi, griežčiausi elgesio simptomų pasireiškimą trukmės ir dažnumo reikalavimai yra nustatyti DSM-IV, o TLK-10 nervinės bulimijos kategorija šiuo atžvilgiu yra labiausiai išplėsta.

Ketvirta, DSM-IV, DSM-5 ir TLK-11 neleidžia diagnozuoti nervinės bulimijos tiems asmenims, kurie atitinka visus nervinės anoreksijos kriterijus. Tuo tarpu TLK-10 pateiktuose nervinės bulimijos diagnostikos kriterijuose ši nuostata nėra įtvirtinta, nors tokios nervinės anoreksijos ir nervinės bulimijos kategorijų hierarchijos pagrįstumą patvirtina tyrimų rezultatai, rodantys, kad PŠNA sergantys pacientai pagal gydymo eigą ir rezultatus yra labiau panašūs į asmenis su RNA diagnoze nei į tuos asmenis, kuriems diagnozuota nervinė bulimija (Keel, 2017).

Nervine bulimija, kaip ir nervine anoreksija, daugiausia serga moterys (Aigner ir kt., 2012). DSM-5 nurodoma, jog nervine bulimija per 12 mėnesių laikotarpį sirgusių jauno amžiaus moterų dalis (12 mėnesių paplitimas) siekia 1-1,5%, o tarp vyrų šis sutrikimas pasitaiko maždaug dešimt kartų rečiau nei tarp moterų (American Psychiatric Association, 2013). Europoje nervine bulimija gyvenimo bėgyje yra sirgusios iki 1-2% moterų (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). Nustatyta, kad šalinančio tipo nervinės bulimijos paplitimas yra apie tris kartus didesnis nei nešalinančio tipo nervinės bulimijos (Aigner ir kt., 2012). Dažniausiai nervinė bulimija išsivysto vėlyvosios paauglystės ir ankstyvosios suaugusiųjų laikotarpiu (Kerig et al., 2012), t. y. truputį vėliau nei nervinė anoreksija. Maždaug 30% moterų, sergančių nervine bulimija, anksčiau yra turėjusios nervinės anoreksijos sutrikimą (Keel, 2017). Taigi, nervinė bulimija tam tikrais atvejais gali būti traktuojama kaip lėtinės nervinės anoreksijos pasekmė, tačiau gali pasitaikyti ir atvirkštinis variantas (Pasaulinė sveikatos organizacija, 1997).

Persivalgymo sutrikimas – tai sutrikimas, kuriam būdingi reguliariai pasikartojantys persivalgymo epizodai, po kurių neseka netinkamas kompensacinis elgesys (Aigner ir kt., 2012). Dar vienas svarbus persivalgymo sutrikimo požymis – ženklus distresas, kurį asmuo išgyvena dėl to, kad persivalgo (Keel, 2017). Šios diagnostinės kategorijos atveju persivalgymo epizodai apibrėžiami lygiai taip pat kaip ir nervinės bulimijos diagnostikos kriterijuose. Persivalgymo sutrikimo metu pasireiškiantys persivalgymo epizodai irgi pasižymi tuo, kad jų metu suvalgomi neįprastai dideli maisto kiekiai ir patiriamas valgymo kontrolės praradimo jausmas. Be to, jiems būdinga, kad asmuo: valgo daug greičiau nei įprastai; valgo tol, kol pasijaučia nesmagiai pilnas; valgo didelius maisto kiekius, kuomet fiziškai alkanas nesijaučia; valgo vienas, nes jaučiasi nesmagiai dėl to, kiek suvalgo; po persivalgymo jaučiasi pasibjaurėjęs savimi, prislėgtas ar labai kaltas (American Psychiatric Association, 1994, 2013).

Persivalgymo sutrikimas kaip preliminari diagnostinė kategorija buvo įtrauktas dar į DSM-IV, o kaip oficiali diagnostinė kategorija šis sutrikimas buvo įtvirtintas DSM-5. Į TLK-10 persivalgymo sutrikimas nebuvo įtrauktas, tačiau TLK-11 šis sutrikimas jau yra aprašytas. Tiek TLK-11, tiek DSM-IV bei DSM-5 kaip esminiai nurodomi šie persivalgymo sutrikimo požymiai: 1) reguliariai pasikartojantys persivalgymo epizodai; 2) kontrolės praradimas persivalgymo epizodų metu ir 3) ženklus distresas, susijęs su persivalgymo epizodais. Tačiau DSM-IV, DSM-5 ir TLK-11 įtvirtinti

persivalgymo sutrikimo diagnostiniai kriterijai turi ir keletą reikšmingų skirtumų. Pirma, persivalgymo sutrikimo kategorija TLK-11 yra ženkliai išplėsta, nes šiame diagnostinės klasifikacijos dokumente įtvirtinta platesnė persivalgymo epizodų samprata, apimanti ne tik objektyvius, bet ir subjektyvius persivalgymus. Tuo tarpu DSM-IV ir DSM-5 įtvirtinta persivalgymo epizodų samprata subjektyvių persivalgymų neapima. Antra, tam, kad atvejais atitiktų persivalgymo sutrikimo diagnostikos kriterijus, pagal DSM-IV persivalgymo epizodai turi reguliariai kartotis 6 mėnesius mažiausiai dviejų persivalgymų per savaitę dažnumu, pagal DSM-5 – 3 mėnesius mažiausiai vieno karto per savaitę dažnumu, o TLK-11 nurodoma, kad persivalgymai turi būti dažni, kartotis reguliariai bei pateikiamos orientacinės trukmės ir dažnumo įvertinimo gairės („pavyzdžiui, vieną ar daugiau kartų per savaitę kelių mėnesių laikotarpiu“), kurios yra rekomendacinio pobūdžio. Kitaip sakant, jeigu persivalgymo epizodai kartojasi labai dažnai, tai pagal TLK-11 persivalgymo sutrikimas gali būti diagnozuotas ir per trumpesnę nei kelių mėnesių laikotarpį, pavyzdžiui, per vieną mėnesį. Trečia, tam tikri požymiai, kurie pagal DSM-IV ir DSM-5 yra privalomi persivalgymo sutrikimo diagnostikos kriterijai, TLK-11 nėra traktuojami kaip būtini. Taigi, griežčiausi persivalgymo sutrikimo diagnostikos kriterijai yra pateikti DSM-IV, o TLK-11 persivalgymo sutrikimo kategorija yra labiausiai išplėsta.

Persivalgymo sutrikimas, kaip ir nervinė anoreksija bei nervinė bulimija, taip pat labiau paplitęs tarp moterų, tačiau šiuo atveju skirtumas tarp lyčių nėra toks labai ryškus. DSM-5 nurodoma, kad persivalgymo sutrikimo 12 mėnesių paplitimas tarp 18 metų ir vyresnių JAV moterų yra 1,6%, o tarp 18 metų ir vyresnių JAV vyrų – 0,8% (American Psychiatric Association, 2013). JAV Nacionalinio gretutinių ligų tyrimo metu nustatyta, jog viso gyvenimo persivalgymo sutrikimo paplitimas tarp moterų yra 3,5%, o tarp vyrų – 2% (Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007). Klinikinio ir subklinikinio lygmens persivalgymo simptomai dar labiau paplitę tarp paaugliško amžiaus vaikų ir merginų (Abebe, Lien, Torgersen, & von Soest, 2012). Europoje persivalgymo sutrikimo paplitimas tarp moterų siekia 1-4% (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). Analizuojant kokiam amžiuje dažniausiai susergama persivalgymo sutrikimu, išryškėja bimodalinis amžinis pasiskirstymas. Daug žmonių su persivalgymo problemomis susidūrė dar vaikystėje, bet yra nemažai ir tokių, kuriems šios problemos prasidėjo tik vėlyvojoje paauglystėje ar ankstyvojoje suaugystėje po griežtų dietų laikymosi laikotarpio (Keel, 2017).

Apibendrinant reikėtų pažymėti, kad išskirtinis nervinės anoreksijos bruožas yra medicinine prasme pavojingas fizinis išsekimas, atsirandantis dėl to, kad asmuo atsisako palaikyti mažiausią normalų kūno svorį. Nervinė bulimija pasižymi reguliariai pasikartojančiais persivalgymo epizodais, po kurių pasireiškia netinkamas kompensacinis elgesys. Tuo tarpu persivalgymo sutrikimas pasižymi reguliariais persivalgymo epizodais be kompensacinio elgesio. Tiek nervinės anoreksijos, tiek nervinės bulimijos sindromas apima kūno vaizdo suvokimo iškraipymus, o persivalgymo sutrikimui

kūno vaizdo sutrikęs suvokimas nėra būdingas. Be to, šis sutrikimas, skirtingai nei nervinė anoreksija ir nervinė bulimija, yra dažnai susijęs su dideliu nutukimu (Aigner ir kt., 2012). Apskritai paėmus, DSM-IV įtvirtinti šiek tiek griežtesni nervinės anoreksijos, nervinės bulimijos ir persivalgymo sutrikimo diagnostikos kriterijai nei DSM-5, TLK-10 ir TLK-11. Tai, savo ruožtu, reiškia, kad DSM-IV pateiktos šių sutrikimų diagnostinės kategorijos yra siauresnės ir apima mažiau klinikinių atvejų nei analogiškos DSM-5, TLK-10 ir TLK-11 kategorijos, kas praktinį darbą dirbantiems kliniciams ne visada yra paranku. Kita vertus, mokslinius tyrimus atliekantiems specialistams daugeliu atvejų yra parankesni DSM-IV nustatyti truputį griežtesni nervinės anoreksijos, nervinės bulimijos ir persivalgymo sutrikimo kriterijai, užtikrinantys didesnę šių diagnostinių kategorijų homogeniškumą.

1.5. Valgymo elgesio įvairovė kaip kontinuumas

Nervinės anoreksijos, nervinės bulimijos ir persivalgymo sutrikimo esminių požymių išskyrimas ir diagnostikos kriterijų nustatymas atspindi kategorinį požiūrį į sutrikusį valgymo elgesį, pagal kurį visi asmenys skirstomi į turinčius tam tikrą aiškiai apibrėžtą sutrikimą arba jo neturinčius. Tačiau nemažai autorių, tyrinėjančių šios srities problematiką, vadovaujami ir kitokiu požiūriu, pagal kurį egzistuojanti valgymo elgesio įvairovė suvokiama kaip kontinuumas, kurio viename poliuje yra visiškai sveikas valgymo elgesys, o kitame poliuje – asmenų, sergančių sunkiais valgymo sutrikimais, elgsena. Likusioje kontinuumo dalyje, esančioje tarp minėtų polių, išsidėstę įvairios subklinikinio lygmens sutrikusio valgymo elgesio atmainos. Pastarasis požiūris ne tik labiau atitinka tai, kas yra žinoma apie valgymo elgesio įvairovę bendroje populiacijoje, bet ir tiksliau atspindi individų gyvenimo eigoje vykstančius valgymo elgsenos pokyčius, kurie dažniausiai yra laipsniški (Kerig et al., 2012). Staigus sveikos valgymo elgsenos pasikeitimas į sunkios formos valgymo sutrikimui būdingą elgesį yra mažai tikėtinas (Keel, 2017). Prieš susergant sunkiu valgymo sutrikimu, asmenims dažniausiai jau kurį laiką būna būdingos įvairaus sunkumo subklinikinės valgymo elgesio problemos. Taigi, kontinuumo idėja paremtas požiūris padeda geriau suprasti, kaip individų gyvenimo eigoje progresuoja sutrikusio valgymo elgesio problemos ir kaip išsivysto sunkios formos valgymo sutrikimai.

Kita vertus, priimant praktinius sprendimus, dažnai neišvengiamai tenka remtis kategoriniu požiūriu. Pavyzdžiui, sprendimas, taikyti asmeniui tam tikrą gydymą ar ne, visada priklauso nuo to, kokiai diagnostinei kategorijai yra priskiriamas jo atvejis. Ir netgi moksliniuose tyrimuose kategorinis požiūris kartais yra tiesiog nepakeičiamas. Pavyzdžiui, ieškant skirtumų, kurie svarbūs siekiant geriau suprasti tam tikrą sutrikimą ar tobulinant jo gydymą. Būtent kategoriniu požiūriu paremtų tyrimų metu buvo išsiaiškinta, jog selektyvūs serotonino reabsorbcijos inhibitoriai (SSRI), kaip viena iš plačiai naudojamų antidepresantų grupių, yra efektyvūs gydant nervinę bulimiją, tačiau nervinės

anoreksijos gydymui nėra tinkami (Aigner ir kt., 2012). Jeigu vaistų efektyvumo tyrimų metu nervinės bulimijos ir nervinės anoreksijos atvejai nebūtų buvę aiškiai atskirti, šis svarbus skirtumas galėjo taip ir likti nepastebėtas.

Apibendrinant svarbu pažymėti, jog abu šie požiūriai, tiek kategorinis, tiek kontinuumo idėja paremtas, turi ne tik savų privalumų, bet ir savų ribotumų. Todėl jie yra veikiau vienas kitą papildantys nei tarpusavyje konkuruojantys. Nors kategorinis požiūris gali skatinti pernelyg supaprastinto supratimo apie sutrikusio valgymo elgesio reiškinį formavimąsi, tačiau tam tikruose tyrimuose, ypač taikomuosiuose, jis turi akivaizdžių privalumų. Kontinuumo idėja paremtas požiūris tiksliau atspindi esamą sutrikusio valgymo elgesio įvairovę, tačiau jo ribotumai išryškėja bandant jį taikyti su praktiniais sprendimais susijusiose srityse. Atsižvelgiant į tai, šiame darbe bus derinami abu požiūriai.

1.6. Esminiai psichologiniai poreikiai ir sutrikęs valgymo elgesys

Apie galimą ryšį tarp esminių psichologinių poreikių frustracijos ir sutrikusio valgymo elgesio netiesiogiai liudija daugybės empirinių tyrimų rezultatai. Ryšį tarp autonomijos sutrikimų ir valgymo simptomatikos klinikinėse ir neklinikinėse jaunų moterų imtyse tyrinėję Strauss ir Ryan (1987) nustatė, kad su autonomijos klausimais susijusios problemos yra akivaizdžios valgymo sutrikimų atveju ir kad atskiri valgymo sutrikimų tipai gali būti susiję su skirtingomis autonomijos sutrikimų formomis. Be to, jų tyrimo rezultatai parodė, kad moterys, kurioms buvo diagnozuota nervinė anoreksija, daug stipriau nei sveikos moterys patiria nuasmeninto kauzalumo jausmą, kuris iš esmės yra ne tik subjektiškumo jausmo stoka, bet ir bendro nekompetentingumo jausmo požymis. Suvoktos autonomijos sąsajas su sutrikusiomis valgymo nuostatomis bei elgesiu neklinikinėje studentų imtyje tyrusios Frederick ir Grow (1996) nustatė, kad autonomija su sutrikusiomis valgymo nuostatomis bei sutrikusiu valgymo elgesiu yra susijusi neigiamai ir kad šias sąsajas medijuoja studentų savivertė. Karwautz ir kitų (2003) tyrime buvo nagrinėjamas valgymo sutrikimą turinčių paauglių merginų ir jų sveikų seserų subjektyvus šeimos aplinkos suvokimas. Buvo nustatyta, jog sergančių merginų suvokta autonomija buvo reikšmingai žemesnė nei jų sveikų seserų suvokta autonomija. Žemesnė valgymo sutrikimą turinčių paauglių suvokta autonomija pagrinde buvo siejama su jų santykiais su savo motinomis, nors iš dalies ir su jų santykiais su tėvais. Tyrimo autoriai priėjo prie išvados, kad nustatytos tendencijos gali prisidėti prie sutrikimo palaikymo, todėl į jas būtina atkreipti dėmesį planuojant individualias bei šeimos intervencijas. Pelletier ir Dion (2007) neklinikinėje studentų imtyje tyrė sveiko ir disfunkcinio valgymo elgesio sąsajas su bendrojo savideterminacijos lygiu, kurį, pagal Savideterminacijos teoriją, didina esminių psichologinių poreikių patenkinimas, o mažina šių poreikių frustracija (Ryan, 1995; Deci & Ryan, 2000), taip pat šių sąsajų mechanizmus. Pastarojo tyrimo metu buvo nustatyta, jog bendrasis moterų

savideterminacijos lygis yra teigiamai susijęs su autonominiu (savideterminuotu) valgymo elgesio reguliavimu ir neigiamai – su nesavideterminuotu valgymo elgesio reguliavimu. Savo ruožtu autonominis valgymo elgesio reguliavimas yra teigiamai susijęs su sveiku valgymu, o nesavideterminuotas valgymo elgesio reguliavimas yra teigiamai susijęs su disfunkciniu valgymu. Pelletier ir Dion (2007) tyrimo rezultatai tai pat parodė, kad bendrasis moterų savideterminacijos lygis gali veikti kaip apsauginis veiksnys, švelninantis su kūno išvaizda susijusio sociokultūrinio spaudimo poveikį, taip pat mažinantis visuomenėje paplitusių įsitikinimų apie lieknumą ir nutukimą internalizavimą bei nepasitenkinimą savo kūnu. Panašūs rezultatai buvo gauti ir Pelletier, Dion bei Lévesque (2004) tyrime, kuriame buvo nagrinėjamas ryšys tarp sociokultūrinio spaudimo ir bulimijos simptomatikos universiteto studentų imtyje. Jo metu buvo nustatyta, kad kuo merginos buvo labiau savideterminuotos įvairiose gyvenimo srityse, tuo mažiau jos suvokė patiriančios su kūno išvaizda susijusio sociokultūrinio spaudimo, mažiau buvo linkusios pritarti visuomenėje paplitusiems įsitikinimams apie lieknumą bei nutukimą ir tuo mažiau bulimijos simptomų jos patyrė. Šio tyrimo rezultatai taip pat parodė, kad su esminių psichologinių poreikių patenkinimu susijęs globalus savideterminuotas motyvacinis profilis gali veikti kaip buferis, apsaugantis nuo sociokultūrinio spaudimo susijusio su kūno išvaizda bei sumažinti bulimijos simptomų pasireiškimo riziką.

Pastaraisiais metais taip pat buvo atlikta keletas tyrimų, kuriuose sutrikusio valgymo elgesio ir esminių psichologinių poreikių patenkinimo ryšys buvo nagrinėjamas tiesiogiai. Thøgersen-Ntoumani, Ntoumanis ir Nikitaras (2010) tyrimo, kuriame dalyvavo vasaros stovyklose besiilsinčios paauglės merginos, rezultatai parodė, jog esminių psichologinių poreikių patenkinimas (bendras kompetencijos, autonomijos ir susietumo poreikių patenkinimo įvertis) neigiamai prognozuoja susirūpinimą kūno vaizdu (nepasitenkinimą kūnu ir siekį sulieknėti) bei nesveiką kūno svorio kontrolės elgesį (atsisakymą nuo valgių, dirbtinai sukeltą vėmimą, vidurių laisvinamųjų vartojimą ir pan.). Tyrimo išvadose autoriai pabrėžė, kad jų testuojamame modelyje svarbų vaidmenį vaidino visi trys esminiai psichologiniai poreikiai. Šio tyrimo rezultatai atitiko anksčiau atlikto Thøgersen-Ntoumani ir Ntoumanis (2007) tyrimo rezultatus, kuriame buvo nagrinėjamas ryšys tarp autonomijos poreikio patenkinimo ir susirūpinimo kūno vaizdu aerobikos instruktorių (pagrindė moteriškos lyties) imtyje ir kuris parodė, jog autonomijos poreikio patenkinimas neigiamai prognozuoja susirūpinimą kūno vaizdu (nepasitenkinimą kūnu ir siekį sulieknėti). Freireich ir kitų (2016) tyrime buvo nagrinėjamos tik autonomijos ir kompetencijos poreikių patenkinimo sąsajos su sutrikusiu valgymo elgesiu, tačiau ryšys tarp šių kintamųjų buvo tiriamas trijose skirtingose imtyse: pirmo kurso psichologijos studentų imtyje, bendruomeninėje moterų imtyje bei moterų, kurios nurodė turinčios diagnozuotą valgymo sutrikimą, imtyje. Šio tyrimo rezultatai parodė, jog autonomijos ir kompetencijos poreikių nepatenkinimas teigiamai susijęs su sutrikusiu valgymo elgesiu per neefektyvumo ir baimės prarasti savikontrolę jausmus.

Taip pat būta bandymų tirti ir sutrikusio valgymo elgesio ryšį su esminių psichologinių poreikių frustracija. Bartholomew ir kitų (2011a) tyrimo, kuriame dalyvavo 16-25 metų atletės, rezultatai parodė, kad veikiau esminių psichologinių poreikių frustracija, o ne šių poreikių patenkinimo nebuvimas, yra susijusi su sutrikusiu valgymo elgesiu. Verstuyf ir kitų (2013) tyrimo, kuriame dviejų savaitių laikotarpiu buvo kasdien vertinamas 14-23 metų merginų esminių psichologinių poreikių patenkinimas ir frustracija, rezultatai parodė, kad poreikių frustracija, o ne poreikių patenkinimo stoka yra susijusi su kasdieniniais persivalgymo simptomų svyravimais. Boone ir kitų (2014) tęstinio (longitudinio) tyrimo, kuriame dalyvavo 11-15 metų paaugliai (29% vaikinių ir 71% merginų), rezultatai parodė, kad esminių psichologinių poreikių frustracija prognozuoja persivalgymo simptomų sustiprėjimą. Be to, nustatyta, jog šis struktūrinis ryšys vaikinių ir merginų atveju yra ekvivalentiškas. Visuose šiuose trijuose tyrimuose buvo vertinamas sutrikusio valgymo elgesio ryšys ne su kiekvienu esminio poreikio patenkinimu ir frustracija atskirai, o su bendrais visų trijų esminių psichologinių poreikių patenkinimo ir frustracijos įverčiais.

Nors pastaruoju metu mokslininkai įdėjo nemažai pastangų siekdami išsiaiškinti, kaip esminių psichologinių poreikių frustracija yra susijusi su sutrikusiu valgymo elgesiu, ši sritis vis dar yra nepakankamai ištyrinėta. Visų pirma, pagrindinis šios srities tyrinėtojų dėmesys buvo nukreiptas į sąsają tarp esminių psichologinių poreikių frustracijos ir persivalgymo tyrinėjimą, tuo tarpu poreikių frustracijos ryšys su kitoms sutrikusio valgymo elgesio formomis atskirai nebuvo tyrinėtas. Antra, iki šiol buvo tirtos tik sutrikusio valgymo elgesio sąsajos su bendru visų trijų esminių psichologinių poreikių frustracijos įverčiu, o sąsajos su atskirų esminių psichologinių poreikių frustracija nagrinėtos nebuvo. Trečia, ankstesniuose tyrimuose nebuvo tyrinėta, kokį vaidmenį autonomijos poreikio frustracija atlieka susietumo ir kompetencijos poreikių frustracijos sąsajose su sutrikusiu valgymo elgesiu. Tuo tarpu Savideterminacijos teorijoje pabrėžiama, jog autonomijos poreikis užima išskirtinę vietą tarp esminių psichologinių poreikių, nes žmonių optimalus funkcionavimas ir psichologinė gerovė tampa įmanomi tik tuomet, kai jų susietumo ir kompetencijos jausmai atsiranda autonomiško elgesio arba, kitaip sakant, iš savasties kylančio elgesio pasekoje (Deci & Ryan, 2000; Ryan, 1995). Atsižvelgiant į tai, būtų tikslinga atlikti kompetencijos ir susietumo poreikių frustracijos sąsają su sutrikusiu valgymo elgesiu moderacinę analizę, siekiant išsiaiškinti, ar autonomijos poreikio frustracija atlieka moderatoriaus vaidmenį jose. Apie tokios analizės tikslingumą liudiją ir empirinių tyrimų rezultatai, rodantys, kad pažeistos autonomijos problemos yra akivaizdžios valgymo sutrikimais sergančių asmenų atveju (Strauss & Ryan, 1987). Ketvirta, sąsajos tarp esminių psichologinių poreikių frustracijos ir sutrikusio valgymo elgesio iki šiol buvo tirtos tik neklinikinėse imtyse. Tuo tarpu, daugelio autorių nuomone, esminių psichologinių poreikių frustracija turėtų būti susijusi ne tik su subklinikinio lygmens valgymo elgesio sutrikimais, bet ir su klinikinių valgymo sutrikimų simptomais (Boone et al., 2014; Foreich et al., 2016; Ryan et al., 2006).

1.7. Tyrimo problema, tikslas, uždaviniai ir hipotezės

Tyrimo problema. Ryšys tarp esminių psichologinių poreikių patenkinimo ar patenkinimo stokos ir žmonių optimalios raidos bei tinkamo funkcionavimo nagrinėtas daugybėje tyrimų, tuo tarpu šių poreikių frustracijos arba, kitaip sakant, aktyvaus jų blokavimo vaidmuo kol kas yra žymiai mažiau ištyrinėtas. Tačiau keletu pastaruoju metu atliktų tyrimų (Bartholomew et al., 2011a, 2011b) rezultatai parodė, jog būtent esminių psichologinių poreikių frustracija, o ne šių poreikių patenkinimo stoka gali būti ypatingai svarbi sutrikusio valgymo elgesio ir valgymo psichopatologijos etiologijoje. Be to, Savideterminacijos teorijos literatūroje vis labiau akcentuojama, jog esminių psichologinių poreikių nepatenkinimas, kurį išgyvena individas, nebūtinai reiškia, kad jo poreikiai yra frustruojami arba kad jam kažkas aktyviais veiksmais trukdo šiuos poreikius patenkinti (Vansteenkiste & Ryan, 2013).

Tyrimų, kuriuose buvo nagrinėjamas esminių psichologinių poreikių frustracijos ir sutrikusio valgymo elgesio ryšys, nėra daug. Darbo autoriaus žiniomis, šis klausimas buvo nagrinėtas tik trijuose tyrimuose (Bartholomew et al., 2011a; Verstuyf et al., 2013; Boone et al., 2014). Kaip jau buvo minėta, šių tyrimų rezultatų akivaizdžiai nepakanka, norint susidaryti išsamų vaizdą apie esminių psichologinių poreikių frustracijos vaidmenį sutrikusio valgymo elgesio ir valgymo sutrikimų etiologijoje. Norint užpildyti jų paliktas žinių spragas, būtini papildomi tyrimai šioje srityje.

Tyrimo tikslas: nustatyti, kaip atskirų esminių psichologinių poreikių frustracija yra susijusi su sutrikusiu valgymo elgesiu klinikinėje ir neklinikinėje (palyginamojoje) imtyje bei išsiaiškinti, kokį vaidmenį autonomijos poreikio frustracija atlieka susietumo ir kompetencijos poreikių frustracijos sąsajose su sutrikusiu valgymo elgesiu.

Tyrimo uždaviniai:

1. Palyginti esminių psichologinių poreikių frustraciją klinikinėje ir neklinikinėje imtyje;
2. Palyginti sutrikusį valgymo elgesį klinikinėje ir neklinikinėje imtyje;
3. Nustatyti esminių psichologinių poreikių frustracijos sąsajas su sutrikusiu valgymo elgesiu klinikinėje imtyje;
4. Nustatyti esminių psichologinių poreikių frustracijos sąsajas su sutrikusiu valgymo elgesiu neklinikinėje imtyje;
5. Palyginti esminių psichologinių poreikių frustracijos sąsajas su sutrikusiu valgymo elgesiu klinikinėje ir neklinikinėje imtyje;
6. Nustatyti, kokį vaidmenį autonomijos poreikio frustracija atlieka susietumo poreikio frustracijos sąsajose su sutrikusiu valgymo elgesiu;
7. Nustatyti, kokį vaidmenį autonomijos poreikio frustracija atlieka kompetencijos poreikio frustracijos sąsajose su sutrikusiu valgymo elgesiu.

Tyrimo hipotezės:

- H1:** Esminių psichologinių poreikių frustracija klinikinėje ir neklinikinėje imtyje skiriasi;
- H2:** Klinikinėje ir neklinikinėje imtyje skiriasi ne tik valgymo elgesio sutrikimo laipsnis, bet ir sutrikusio valgymo elgesio struktūra;
- H3:** Esminių psichologinių poreikių frustracija yra teigiamai susijusi su sutrikusiu valgymo elgesiu klinikinėje imtyje;
- H4:** Esminių psichologinių poreikių frustracija yra teigiamai susijusi su sutrikusiu valgymo elgesiu neklinikinėje imtyje;
- H5:** Klinikinėje ir neklinikinėje imtyje skiriasi esminių psichologinių poreikių frustracijos sąsajos su sutrikusiu valgymo elgesiu;
- H6:** Autonomijos poreikio frustracija atlieka moderuojančio kintamojo vaidmenį susietumo poreikio frustracijos sąsajose su sutrikusiu valgymo elgesiu;
- H7:** Autonomijos poreikio frustracija atlieka moderuojančio kintamojo vaidmenį kompetencijos poreikio frustracijos sąsajose su sutrikusiu valgymo elgesiu.

2. TYRIMO METODIKA

2.1. Tyrimo dalyviai

Tyrimo klinikinė imtis buvo sudaryta iš 37 moteriškos lyties pacienčių, turinčių gydymo įstaigos patvirtintą valgymo sutrikimo diagnozę. Tiriamosios į šią imtį buvo atrinktos taikant netikimybinę tikslinę atranką. Formuojant klinikinę imtį siekta, kad skirtingų valgymo sutrikimų reprezentacija joje daugmaž atitiktų epidemiologiniuose tyrimuose aprašomas proporcijas. Be to, siekta, kad klinikinėje imtyje būtų reprezentuojamos tiek stacionare besigydančios sunkiausios būklės pacientės, tiek jau apgydytos pacientės, lankančios dienos stacionarą, tiek pacientės, lankančios palaikomąją individualią bei grupinę psichoterapiją ambulatorinėje grandyje. Klinikinės imties tiriamųjų amžius svyravo nuo 18 iki 53 metų ($M=24,11$, $SD=8,60$).

Tyrimo neklinikinė (palyginamoji) imtis buvo sudaryta iš 137 moteriškos lyties tiriamųjų. Ši imtis buvo formuojama taikant netikimybinę kvotinę atranką. Į palyginamąją imtį įėjo dviejų Vilniaus aukštųjų mokyklų studentai, besimokantys įvairiuose kursuose ir specialybėse, bei dviejų darbo kolektyvų darbuotojai. Buvo siekiama, kad palyginamoji imtis atitiktų klinikinę imtį pagal tris tiriamųjų parametrus: amžių, išsilavinimą ir lytį. Neklinikinės imties tiriamųjų amžius irgi svyravo nuo 18 iki 53 metų ($M=24,11$, $SD=8,82$). Mann-Whitney testo nepriklausomoms imtims rezultatai parodė, jog klinikinės imties tiriamųjų amžius (vidutinis rangas=85,31) ir palyginamosios imties tiriamųjų amžius (vidutinis rangas=88,09) statistiškai reikšmingai nesiskiria ($U=2453,50$, $p=0,76$). Palyginamoji imtis taip pat iš esmės atitiko klinikinę imtį pagal tiriamųjų išsilavinimą. Detalus klinikinės ir neklinikinės imčių tiriamųjų pasiskirstymo pagal išsilavinimą aprašymas pateiktas *I priede*. Kadangi klinikinę imtį sudarė tik moterys, tai palyginamoji imtis atitinkamai irgi buvo suformuota tik iš moteriškos lyties tiriamųjų.

2.2. Duomenų rinkimo ir įvertinimo būdai

Sutrikusio valgymo elgesio įvertinimui buvo naudojama Valgymo sutrikimų diagnostikos skalė (*Eating Disorder Diagnostic Scale*; Stice, Telch, & Rizvi, 2000). Ši trumpa savistata paremta skalė matuoja tiriamųjų atitikimą DSM-IV pateiktiems nervinės anoreksijos, nervinės bulimijos ir persivalgymo sutrikimo diagnostikos kriterijams. Surinktų duomenų pagrindu skaičiuojami dviejų tipų įverčiai: (a) diagnostiniai įverčiai ir (b) bendro valgymo patologijos lygio įverčiai, kuriuos skalės autoriai sutrumpintai vadina simptomų kompozito įverčiais.

Diagnostinių įverčių skaičiavimas remiasi kategoriniu požiūriu į sutrikusį valgymo elgesį. Jų vertės yra diskrečios. Pagal diagnostinį įvertį visi tiriamieji priskiriami vienai iš šių septynių kategorijų: (1) klinikinio lygmens nervinės anoreksijos, (2) klinikinio lygmens nervinės bulimijos, (3) klinikinio lygmens persivalgymo sutrikimo, (4) subklinikinio lygmens nervinės anoreksijos, (5) subklinikinio lygmens nervinės bulimijos, (6) subklinikinio lygmens persivalgymo sutrikimo arba

(7) asmenų be diagnozės kategorijai. Subklinikinio lygmens diagnostinėms kategorijoms tiriamieji priskiriami tuo atveju, jei jiems yra būdingi visi valgymo sutrikimo diagnozei būtini simptomai, tačiau bent vienas iš jų yra subdiagnostinio lygmens (pvz., asmeniui pasireiškia persivalgymai, tačiau tik vieną kartą per savaitę) (Stice & Ragan, 2002). Tuo tarpu simptomų kompozito įverčių skaičiavimas paremtas kontinuumo požiūriu, pagal kurį visiškai sveikas valgymo elgesys ir sunkios formos valgymo sutrikimams būdinga elgsena yra priešingi valgymo elgesio kontinuumo poliai. Todėl simptomų kompozito įvertis yra tolydus kintamasis. Šis įvertis apskaičiuojamas iš visų simptomų kompozitą sudarančių klausimų standartizuotų įverčių išvedant aritmetinį vidurkį (šie įverčiai prieš išvedant vidurkį standartizuojami siekiant kontroliuoti kelių skirtingų skalėje naudojamų atsakymų formatų efektą). Simptomų kompozitas apima beveik visus Valgymo sutrikimų diagnostikos skalės klausimus, išskyrus klausimus apie tiriamojo ūgį, svorį ir kontraceptinių preparatų naudojimą (Stice et al., 2000). Didesni simptomų kompozito įverčiai reiškia aukštesnį valgymo elgesio sutrikimo lygį. Skaičiuojant Valgymo sutrikimų diagnostikos skalės įverčius, buvo vadovautasi Stice, Fisher ir Martinez (2004) straipsnyje pateiktu algoritmu.

Valgymo sutrikimų diagnostikos skalė sudaryta iš 22 klausimų, iš kurių dauguma yra parengti adaptuojant struktūruotuose psichiatriniuose interviu naudojamus klausimus (Stice et al., 2000). Atsakymai į skalės klausimus renkami keliais skirtingais formatais: naudojant 6 balų Likert skalę, prašant pažymėti atsakymus dviejų tipų dažnumo skalėse, taip/ne atsakymų formatu bei prašant tiriamojo įrašyti konkretų skaičių, nusakantį jo ūgį arba svorį. Skalę sudaro, pavyzdžiui, tokie klausimai: „Ar per pastaruosius 6 mėnesius pasitaikė atveju, kai jautėtės suvalgęs(-iusi) tokį maisto kiekį, kokį kiti žmonės, atsižvelgiant į aplinkybes, būtų laikę neįprastai dideliu kiekiu (pvz., litrą ledų)?“; „Ar tuomet, kai suvalgydavote neįprastai didelius maisto kiekius, išgyvendavote kontrolės praradimą (jausmą, jog nebegalite sustoti valgęs(-iusi) ar kontroliuoti, ką/kiek valgote)?“; „Ar jautėtės pasibjaurėjęs(-usi) savimi, prislėgtas(-a) ar labai kaltas(-a) po persivalgymo?“; „Pastarųjų 3 mėnesių laikotarpiu kiek vidutiniškai kartų per savaitę susilaikydavote nuo valgymo (praleisdavote mažiausiai 2 valgymus iš eilės), kad išvengtumėte svorio priaugimo ar neutralizuotumėte valgymo poveikį?“; „Pastarųjų 3 mėnesių laikotarpiu kiek vidutiniškai kartų per savaitę sukeldavote sau vėmimą tam, kad išvengtumėte svorio priaugimo ar neutralizuotumėte valgymo poveikį?“.

Valgymo sutrikimų diagnostikos skalės autoriai atliko 7 didelio masto tyrimus, kuriuose buvo renkami įrodymai apie šios skalės validumą ir patikimumą (Stice et al., 2000; Stice & Ragan, 2002; Stice et al., 2004). Jų metu buvo surinkta pakankamai įrodymų apie Valgymo sutrikimų diagnostikos skalės turinio validumą, diagnostinių įverčių konvergentinį ir kriterijaus validumą, simptomų kompozito įverčio konvergentinį validumą (Stice et al., 2000; Stice et al., 2004). Taip pat šios skalės autoriai svarstė ir patvirtinančiosios faktorinės analizės atlikimo galimybę, tačiau galiausiai buvo nuspręsta šios analizės nedaryti, nes daugelis simptomų, apie kuriuos ši skalė renka informaciją, yra

būdingi ne vienam, o keliems valgymo sutrikimams (pvz., persivalgymas pasireiškia tiek persivalgančio/šalinančio tipo nervinės anoreksijos atveju, tiek nervinės bulimijos atveju, tiek persivalgymo sutrikimo atveju; įvairios netinkamo kompensacinio elgesio atmainos taip pat gali būti ne tik nervinės bulimijos, bet ir persivalgančio/šalinančio tipo nervinės anoreksijos simptomai). Todėl, skalės autorių nuomone, patvirtinančiosios faktorinės analizės rezultatai neišvengiamai būtų labai painūs ir mažai informatyvūs (Stice et al., 2000). Valgymo sutrikimų diagnostikos skalės psichometrinių charakteristikų įvertinimo tyrimų rezultatai taip pat liudija apie gerą šios skalės patikimumą. Šios skalės diagnostiniai įverčiai pasižymi pakankamu patikimumu kaip stabilumu laike. Pavyzdžiui, Stice et al. (2000) tyrimo metu, buvo nustatyta, jog atitikimas tarp pirminio testavimo įverčių ir po savaitės atlikto pakartotinio testavimo įverčių nervinės anoreksijos atveju yra 98%, nervinės bulimijos atveju – 91%, persivalgymo sutrikimo atveju – 89%, o apskaičiuoti kapa koeficientai varijavo nuo gerų iki puikių (kapa koeficientų vidurkis buvo 0,8). Skalės autoriai pažymi, kad vieno puslapio instrumentui tai yra pakankamai aukštas pakartotinio testavimo patikimumas. Stice et al. (2000) tyrimo rezultatai parodė, kad simptomų kompozito įvertis taip pat pasižymi geru patikimumu kaip stabilumu laike – koreliacijos koeficientas tarp pirminio testavimo ir po savaitės atlikto pakartotinio testavimo metu gautų įverčių buvo 0,87 ($p < 0,001$). Be to, įvairiuose tyrimuose taip pat buvo vertintas šios skalės simptomų kompozito patikimumas kaip vidinis suderinamumas – įvairiose imtyse apskaičiuota Cronbach alfa vertė svyravo nuo 0,82 iki 0,89 (Stice et al., 2000; Stice & Ragan, 2002; Stice et al., 2004; Froreich et al., 2016). Taigi, simptomų kompozito patikimumas kaip vidinis suderinamumas irgi vertintinas kaip geras (Pakalniškienė, 2012). Stice et al. (2004) tyrimo rezultatai parodė, jog simptomų kompozito įverčiai yra pakankamai jautrūs, kad būtų galima jų pagalba aptikti intervencijų efektus ir pasižymi prognostiniu validumu. Apibendrinant svarbu paminėti, jog įvairių tyrimų metu surinkti duomenys rodo, jog Valgymo sutrikimų diagnostikos skalę galima naudoti ne tik valgymo sutrikimų diagnostikos tikslais, bet ir vertinant sutrikusio valgymo elgesio simptomatiką bendrai paėmus.

Susisiekus su Valgymo sutrikimų diagnostikos skalės autoriais, buvo gautas leidimas versti ją iš anglų į lietuvių kalbą ir naudoti šiame tyrime (žr. 8 priedą). Atliekant vertimo darbus buvo vadovaujamosi Tarptautinės testų komisijos rekomendacijomis (Hambleton, 2001). Iš pradžių buvo parengti du nepriklausomi skalės vertimai. Vieną iš jų atliko šio darbo autorius, o kitą – Vilniaus universiteto Klinikinės psichologijos magistro studijų programos studentė E. Kazakova. Vėliau šių dviejų nepriklausomų vertimų pagrindu buvo rengiama galutinė lietuviško skalės vertimo versija. Rengiant galutinę versiją buvo konsultuotasi su Vilniaus miesto psichikos sveikatos centro Ribinių būsenų skyriaus Valgymo sutrikimų centro specialistais. Šio tyrimo metu surinkti psichometriniai duomenys patvirtino aukštą lietuviškos skalės versijos simptomų kompozito patikimumą kaip vidinį

suderinamumą – skirtingose imtyse apskaičiuota Cronbach alfa svyravo nuo 0,852 iki 0,902 (žr. 3 priedą).

Esminių psichologinių poreikių frustracijos įvertinimui buvo naudojamos trys Esminių psichologinių poreikių patenkinimo ir frustracijos skalės (Basic Psychological Need Satisfaction and Frustration Scale; Chen et al., 2015a) subskalės, matuojančios poreikių frustracijos lygį: (1) Autonomijos poreikio frustracijos subskalė, (2) Susietumo poreikio frustracijos subskalė ir (3) Kompetencijos poreikio frustracijos subskalė. Kiekvieną iš šių subskalių sudaro 4 teiginiai, vertinami 5 balų Likert skale (1=„visiškai netinka“, 2=„netinka“, 3=„nei tinka, nei netinka“, 4=„tinka“ ir 5=„labai tinka“). Bendrieji poreikių frustracijos subskalių įverčiai apskaičiuojami iš visų atitinkamą subskalę sudarančių teiginių įverčių išvedant aritmetinį vidurkį (šis vidurkis skaičiuojamas tik tuo atveju, jei tiriamasis yra įvertinęs mažiausiai 3 iš 4 subskalės teiginių). Minimalus galimas kiekvienos subskalės bendrasis įvertis yra vienas balas, o maksimalus – 5 balai. Didesni Autonomijos poreikio frustracijos, Susietumo poreikio frustracijos ir Kompetencijos poreikio frustracijos subskalių įverčiai reiškia aukštesnį atitinkamo esminio psichologinio poreikio frustracijos lygį.

Autonomijos poreikio frustracijos subskalę sudaro, pavyzdžiui, tokie teiginiai: „Jaučiuosi verčiamas(-a) daryti daug ką, ko pats (pati) tikrai nesirinkčiau daryti“; „Mano kasdienė veikla primena prievolių virtinę“. Į susietumo poreikio frustracijos subskalę įeina tokie teiginiai, kaip antai: „Jaučiuosi atstumtas grupės, kuriai norėčiau priklausyti“; „Jaučiu, kad man svarbūs žmonės yra šalti ir nutolę“. Tuo tarpu Kompetencijos poreikio frustracijos subskalė sudaryta iš tokių teiginių, kaip pavyzdžiui: „Rimtai abejoju, ar ką nors galiu padaryti gerai“; „Padaręs(-iusi) klaidų, jaučiuosi nevykėliu(-e)“.

Be aukščiau paminėtų trijų poreikių frustracijos subskalių Esminių psichologinių poreikių patenkinimo ir frustracijos skalėje taip pat atitinkamai yra ir Autonomijos poreikio patenkinimo, Susietumo poreikio patenkinimo bei Kompetencijos poreikio patenkinimo subskalės. Tačiau šio tyrimo metu jos nebuvo naudojamos.

Esminių psichologinių poreikių patenkinimo ir frustracijos skalės autoriai nurodo pakankamą jos subskalių patikimumą kaip vidinį suderinamumą. Pagal skalės psichometrinių charakteristikų tyrimų, atliktų Belgijos, JAV, Kinijos ir Peru imtyse, rezultatus, poreikių patenkinimo subskalių Cronbach alfa skirtingose imtyse svyravo nuo 0,73 iki 0,89, o poreikių frustracijos subskalių Cronbach alfa – nuo 0,64 iki 0,86 (Chen et al., 2015a). Honkonge vykdyto tęstinio (longitudinio) tyrimo metu šios skalės poreikių patenkinimo subskalių Cronbach alfa svyravo nuo 0,82 iki 0,86, o poreikių frustracijos subskalių Cronbach alfa – nuo 0,87 iki 0,91 (Li, Ivarsson, Lam, & Sun, 2019). Portugališkos skalės versijos psichometrinių savybių įvertinimo tyrimo duomenimis, skirtingų subskalių Cronbach alfa svyravo nuo 0,7 iki 0,87 (Cordeiro et al., 2016). Tuo tarpu pagal itališkos

skalės versijos psichometrinių charakteristikų įvertinimo tyrimo rezultatus, skirtingų subskalių Cronbach alfa svyravo nuo 0,81 iki 0,86 (Liga et al., 2018).

Esminių psichologinių poreikių patenkinimo ir frustracijos skalės psichometrinių charakteristikų įvertinimo tyrimų metu taip pat buvo surinkta pakankamai su konstruktu susijusių šios skalės validumo įrodymų. Atlikta skalės teiginių tiriamoji faktorinė analizė (Chen et al., 2015a) bei patvirtinančioji faktorinė analizė (Chen et al., 2015a; Cordeiro et al., 2016; Del Valle, Matos, Diaz, Pérez, & Vergara, 2018; Liga et al., 2018) patvirtino šios skalės daugiamatę šešių faktorių struktūrą, kurioje aiškiai išsiskiria visų trijų esminių psichologinių poreikių patenkinimo ir frustracijos dimensijos. Šie rezultatai taip pat liudija apie Savideterminacijos teorijos teiginio, kad esminių psichologinių poreikių frustracija ir šių poreikių nepatenkinimas turėtų būti traktuojami kaip du skirtingi konstruktai, pagrįstumą.

Susisiekus su Esminių psichologinių poreikių patenkinimo ir frustracijos skalės autoriais, buvo gautas leidimas naudoti ją šiame darbe (žr. 9 priedą). Skalės vertimo iš anglų į lietuvių kalbą darbus atliko mokslinio projekto „Veiksmingo mokymo(-si) paieška: skirtingų mokymo būdų ir mokinių esminių psichologinių poreikių tenkinimo sąveikos dinamika (DoIT)“ mokslininkai kartu su šio darbo autoriumi. DoIT projekto, kuriam vadovauja prof. dr. S. Raižienė, mokslininkai anksčiau buvo išvertę šios skalės modifikaciją vaikams (Van der Kaap-Deeder et al., 2015), kurioje naudojamos supaprastintos skalės teiginių formuluotės. Tačiau šiam tyrimui ji nelabai tiko, todėl buvo parengtas skalės suaugusiųjų versijos (Chen et al., 2015a) vertimas į lietuvių kalbą. Atliekant vertimo darbus buvo vadovaujama Tarptautinės testų komisijos rekomendacijomis (Hambleton, 2001). Šio tyrimo metu surinkti psichometriniai duomenys patvirtino gerą lietuviškos skalės versijos Autonomijos poreikio frustracijos, Susietumo poreikio frustracijos ir Kompetencijos poreikio frustracijos subskalių patikimumą kaip vidinį suderinamumą – skirtingose imtyse apskaičiuota Cronbach alfa svyravo nuo 0,711 iki 0,869 (žr. 4 priedą).

2.3. Tyrimo eiga

Darbe aprašomas tyrimas buvo atliktas 2019 m. vasario – kovo mėnesiais. 2019 m. sausio mėn. buvo kreiptasi į vienos Vilniaus miesto gydymo įstaigos direktorių dėl leidimo joje atlikti magistrinio darbo tyrimą ir buvo gautas raštiškas jo sutikimas. 2019 m. sausio mėn. taip pat buvo susitarta su kelių darbo kolektyvų vadovais dėl jų darbuotojų dalyvavimo tyrime. 2019 m. vasario mėn. buvo gauti dviejų Vilniaus aukštųjų mokyklų dėstytojų pritarimai dėl jų studentų dalyvavimo šiame tyrime.

Visi tiriamieji buvo apklausti grupinės apklausos (anketavimo) būdu, gavus jų žodinį sutikimą dalyvauti tyrime. Prieš apklausas tiriamieji buvo supažindinami su tyrimo tikslais, tyrimo anonimiškumu, tyrimo metu surinktų duomenų konfidencialumu bei galimybe atsisakyti dalyvauti

apklausoje. Prieš išdalinant tyrimo anketas, su tiriamaisiais buvo aptariamose klausimynų pildymo instrukcijos bei atsakoma į jiems kilusius klausimus. Taip pat jie buvo informuojami apie galimybę klausti, jei kiltų neaiškumų anketų pildymo metu. Klinikinės imties ir palyginamosios imties tiriamiesiems buvo taikomos identiškos apklausos procedūros ir instrumentai. Grupinių apklausų metu buvo pildomi apklausų protokolai. Tyrimo anketų pildymas vidutiniškai užtrukdavo apie 7 min.

3. TYRIMO REZULTATAI

Tyrimo metu surinkti duomenys buvo apdorojami IBM SPSS 22 statistikos programos pagalba. Moderacinei analizei buvo naudojamas Process v3.3 įskiepis (Hayes, 2018). Koreliacijos koeficientų palyginimui remiantis Fisherio r į z transformacijos metodu buvo naudojama speciali skaičiuoklė (Preacher, 2002). Tikrinant statistines hipotezes, nusistatytas reikšmingumo lygmuo (α) buvo lygus 0,05.

3.1. Pagrindinių tyrimo kintamųjų aprašomoji statistika

Pradžioje buvo apskaičiuota tyrimo hipotezėse minimų kintamųjų aprašomoji statistika. Esminių psichologinių poreikių frustracijos kintamųjų aprašomoji statistika apibendrinta 1 lentelėje. Joje pateikti rezultatai rodo, jog klinikinės imties tiriamieji gana aukštus įverčius buvo linkę rinkti vertindami kompetencijos ir autonomijos poreikių frustraciją, o vidutinius – vertindami susietumo poreikio frustraciją. Nei vienas iš klinikinės imties tiriamųjų autonomijos, susietumo ir kompetencijos poreikių frustracijos neįvertino minimaliu galimu įverčiu, o susietumo poreikio frustracijos – ir maksimaliu galimu įverčiu. Tuo tarpu neklinikinės (palyginamosios) imties tiriamieji, vertindami kompetencijos ir autonomijos poreikių frustraciją, buvo linkę rinkti vidutinius įverčius, o vertindami susietumo poreikio frustraciją – palyginus žemus. Be to, nei vienas iš palyginamosios imties tiriamųjų susietumo poreikio frustracijos neįvertino aukščiausiu galimu įverčiu.

1 lentelė. *Esminių psichologinių poreikių frustracijos kintamųjų aprašomoji statistika.*

Kintamasis	Imtis	Įverčių vidurkis	Standartinis nuokrypis	Min./maks. tiriamųjų įvertis	Min./maks. galimas įvertis
Autonomijos poreikio frustracija	Klinikinė (N=37)	3,40	0,91	1,5/5	1/5
	Neklinikinė (N=137)	2,70	0,76	1/5	
Susietumo poreikio frustracija	Klinikinė (N=37)	2,67	0,78	1,5/4,25	1/5
	Neklinikinė (N=137)	1,98	0,69	1/4,5	
Kompetencijos poreikio frustracija	Klinikinė (N=37)	3,63	0,83	1,75/5	1/5
	Neklinikinė (N=137)	2,59	0,85	1/5	

Valgymo sutrikimų diagnostikos skalės simptomų kompozito įverčių aprašomoji statistika apibendrinta 2 lentelėje. Kadangi šie įverčiai yra apskaičiuojami iš visų simptomų kompozitą sudarančių klausimų standartizuotų įverčių išvedant aritmetinį vidurkį, tai jų vidurkis (M) imtyje lygus 0. Neigiami įverčiai yra mažesni už imties vidurkį, o teigiami – už jį didesni.

2 lentelė. *Simptomų kompozito įverčių aprašomoji statistika.*

Imtis	Įverčių vidurkis	Standartinis nuokrypis	Min. tiriamųjų įvertis	Maks. tiriamųjų įvertis
Klinikinė (N=37)	0,00	0,57	-1,08	0,89
Neklinikinė (N=137)	0,00	0,61	-0,81	1,51
Visų tyrimo dalyvių (N=174)	0,00	0,60	-0,81	1,71

Prieš pradėdant tikrinti tyrimo hipotezes, taip pat buvo įvertintas jose nurodytų kintamųjų reikšmių skirstinių normalumas vadovaujantis Shapiro-Wilk kriterijumi (žr. 2 priedą). Kadangi daugumos kintamųjų skirstiniai statistiškai reikšmingai skyrėsi nuo normaliojo skirstinio ($p < 0,05$), duomenų analizėje buvo naudojami neparametriniai statistiniai metodai.

3.2. Esminių psichologinių poreikių frustracijos klinikinėje ir neklinikinėje imtyje palyginimas

Tikrinant H1 hipotezę („Esminių psichologinių poreikių frustracija klinikinėje ir neklinikinėje imtyje skiriasi“), buvo lyginami klinikinės ir neklinikinės imties tiriamųjų esminių psichologinių poreikių frustracijos įverčiai. Šiam palyginimui buvo naudotas Mann-Whitney testas nepriklausomoms imtims. Rezultatai pateikiami 3 lentelėje. Iš šios lentelės matome, kad statistiškai reikšmingai skiriasi klinikinės ir neklinikinės imties tiriamųjų autonomijos, susietumo ir kompetencijos poreikių frustracijos įverčiai ($p < 0,05$). Klinikinės imties tiriamųjų autonomijos, susietumo ir kompetencijos poreikių frustracijos įverčių vidutiniai rangai yra aukštesni nei neklinikinės imties tiriamųjų atitinkami vidutiniai rangai. Kitaip tariant, klinikinės imties tiriamiesiems yra būdinga aukštesnė visų trijų esminių psichologinių poreikių frustracija. Taigi, **H1 hipotezė pasitvirtino.**

3 lentelė. *Klinikinės ir neklinikinės imties tiriamųjų esminių psichologinių poreikių frustracijos įverčių palyginimas.*

	Imtis	N	Vidutinis rangas	Rangų suma	U	p
Autonomijos poreikio frustracija	Klinikinė	37	118,01	4366,5	1405,5	<0,001
	Neklinikinė	137	79,26	10858,5		
Susietumo poreikio frustracija	Klinikinė	37	121,77	4505,5	1266,5	<0,001
	Neklinikinė	137	78,24	10719,5		
Kompetencijos poreikio frustracija	Klinikinė	37	129,99	4809,5	962,5	<0,001
	Neklinikinė	137	76,03	10415,5		

3.3. Sutrikusio valgymo elgesio klinikinėje ir neklinikinėje imtyje palyginimas

H2 hipotezės („Klinikinėje ir neklinikinėje imtyje skiriasi ne tik valgymo elgesio sutrikimo laipsnis, bet ir sutrikusio valgymo elgesio struktūra“) tikrinimas vyko dviem etapais. Pirmame etape buvo lyginami klinikinės imties ir neklinikinės imties tiriamųjų Valgymo sutrikimų diagnostikos skalės simptomų kompozito įverčiai. Šiam palyginimui buvo naudotas Mann-Whitney testas nepriklausomoms imtims. Šis testas parodė, kad klinikinės imties tiriamųjų simptomų kompozito įverčiai (vidutinis rangas=127,04) yra statistiškai reikšmingai aukštesni už neklinikinės imties tiriamųjų simptomų kompozito įverčius (vidutinis rangas=76,82), $U=1071,5$, $p<0,001$. Tai rodo, kad klinikinės imties tiriamiesiems būdingas ženkliai aukštesnis valgymo elgesio sutrikimo laipsnis nei neklinikinės imties tiriamiesiems. Antrame etape buvo analizuojama ir lyginama sutrikusio valgymo elgesio struktūra klinikinėje ir neklinikinėje imtyje. Apibendrinti sutrikusio valgymo elgesio struktūros analizės rezultatai pateikiami 4 lentelėje.

4 lentelė. *Sutrikusio valgymo elgesio struktūra klinikinėje ir neklinikinėje imtyje.*

Sutrikusio valgymo elgesio rūšis	Tiriamųjų, kuriems pasireiškė, skaičius (%)	
	Klinikinėje imtyje (N=37)	Neklinikinėje imtyje (N=137)
1. Persivalgymas	22 (59,5%)	77 (56,2%)
- su kontrolės praradimu	20 (54,1%)	39 (28,5%)
- be kontrolės praradimo	2 (5,4%)	38 (27,7%)
2. Susilaikymas nuo valgymo*	25 (67,6%)	42 (30,7%)
3. Vėmimo sau sukėlimas	17 (45,9%)	0 (0%)
4. Neįprastai intensyvus sportavimas, kad neutralizuoti valgymo poveikį	13 (35,1%)	39 (28,5%)
5. Piktnaudžiavimas laisvinamaisiais, klizma ar diuretikais	7 (18,9%)	0 (0%)

Pastaba. * mažiausiai 2 valgymų iš eilės praleidimas.

Iš duomenų, pateiktų 4 lentelėje, matome, kad klinikinėje imtyje labiausiai paplitusi sutrikusio valgymo elgesio rūšis buvo susilaikymas nuo valgymo (67,6%). Po jo paplitimo mažėjimo tvarka sekė persivalgymas (59,5%), vėmimo sau sukėlimas (45,9%), neįprastai intensyvus sportavimas, siekiant neutralizuoti valgymo poveikį (35,1%) ir piktnaudžiavimas laisvinamaisiais, klizma ar diuretikais (18,9%). Tuo tarpu neklinikinėje imtyje labiausiai paplitusi sutrikusio valgymo elgesio rūšis buvo persivalgymas (56,2%). Po jo sekė susilaikymas nuo valgymo (30,7%) ir neįprastai intensyvus sportavimas, siekiant neutralizuoti valgymo poveikį (28,5%), o vėmimo sau sukėlimas bei piktnaudžiavimas laisvinamaisiais, klizma ar diuretikais šios imties tiriamiesiems iš viso nebuvo

būdingas. Be to, klinikinės imties tiriamiesiems buvo žymiai labiau būdingas persivalgymas su kontrolės praradimu (54,1%) nei persivalgymas be kontrolės praradimo (5,4%). Tuo tarpu neklinikinės imties tiriamiesiems beveik vienodai buvo būdingas tiek persivalgymas su kontrolės praradimu (28,5%), tiek persivalgymas be kontrolės praradimo (27,7%). Siekiant palyginti skirtingų sutrikusio valgymo elgesio rūšių paplitimą klinikinėje ir neklinikinėje imtyje buvo taikytas χ^2 testas. Šio testo rezultatai parodė, kad klinikinėje ir neklinikinėje imtyje statistiškai reikšmingai skiriasi šių sutrikusio valgymo elgesio rūšių paplitimas: susilaikymo nuo valgymo ($\chi^2(1, N=174)=16,762, p<0,001$), persivalgymo su kontrolės praradimu ($\chi^2(1, N=174)=8,511, p=0,004$), persivalgymo be kontrolės praradimo ($\chi^2(1, N=174)=8,206, p=0,004$), dirbtinai sukulto vėmimo ($\chi^2(1, N=174)=60,311, p<0,001$) ir piktnaudžiavimo laisvinamaisiais, klizma ar diuretikais ($\chi^2(1, N=174)=22,805, p<0,001$). Taigi, **H2 hipotezė pasitvirtino.**

3.4. Esminių psichologinių poreikių frustracijos sąsajos su sutrikusiu valgymo elgesiu klinikinėje imtyje

Siekiant patikrinti H3 hipotezę („Esminių psichologinių poreikių frustracija yra teigiamai susijusi su sutrikusiu valgymo elgesiu klinikinėje imtyje“), buvo skaičiuojami Spearman koreliacijos koeficientai tarp klinikinės imties tiriamųjų esminių psichologinių poreikių frustracijos įverčių ir simptomų kompozito įverčių, atspindinčių valgymo elgesio sutrikimo laipsnį. Šių skaičiavimų rezultatai apibendrinti 5 lentelėje.

5 lentelė. *Esminių psichologinių poreikių frustracijos įverčių koreliacijos su simptomų kompozito įverčiais klinikinėje imtyje.*

	Simptomų kompozito įverčiai
Autonomijos poreikio frustracijos įverčiai	0,495**
Susietumo poreikio frustracijos įverčiai	0,199
Kompetencijos poreikio frustracijos įverčiai	0,257

Pastaba. ** $p<0,01$. Statistiškai reikšmingi rezultatai pažymėti paryškintu šriftu.

Iš rezultatų, pateiktų 5 lentelėje, matome, kad klinikinėje imtyje tarp autonomijos poreikio frustracijos įverčių ir simptomų kompozito įverčių buvo nustatyta statistiškai reikšminga ($p<0,01$) teigiama vidutinio stiprumo koreliacija. Kitaip tariant, kuo didesnę autonomijos poreikio frustraciją patiria klinikinės imties tiriamieji, tuo labiau sutrikęs yra jų valgymo elgesys. Tuo tarpu statistiškai reikšmingų simptomų kompozito įverčių koreliacijų su susietumo bei kompetencijos poreikių frustracijos įverčiais klinikinėje imtyje nebuvo nustatyta ($p>0,05$). Taigi, **H3 hipotezė pasitvirtino tik iš dalies.**

3.5. Esminių psichologinių poreikių frustracijos sąsajos su sutrikusiu valgymo elgesiu neklinikinėje (palyginamojoje) imtyje

Tikrinant H4 hipotezę („Esminių psichologinių poreikių frustracija yra teigiamai susijusi su sutrikusiu valgymo elgesiu neklinikinėje imtyje“), buvo skaičiuojami Spearman koreliacijos koeficientai tarp palyginamosios imties tiriamųjų esminių psichologinių poreikių frustracijos įverčių ir simptomų kompozito įverčių, atspindinčių jų valgymo elgesio sutrikimo laipsnį. Šių skaičiavimų rezultatai apibendrinti 6 lentelėje.

6 lentelė. *Esminių psichologinių poreikių frustracijos įverčių koreliacijos su simptomų kompozito įverčiais neklinikinėje imtyje.*

	Simptomų kompozito įverčiai
Autonomijos poreikio frustracijos įverčiai	0,223**
Susietumo poreikio frustracijos įverčiai	0,274**
Kompetencijos poreikio frustracijos įverčiai	0,245**

Pastaba. ** p<0,01.

Iš rezultatų, pateiktų 6 lentelėje, matome, kad simptomų kompozito įverčiai palyginamojoje imtyje statistiškai reikšmingai silpnai teigiamai koreliuoja su visų trijų esminių psichologinių poreikių frustracijos įverčiais. Kitaip sakant, kuo didesnę autonomijos, susietumo ar kompetencijos poreikio frustraciją patiria palyginamosios imties tiriamieji, tuo labiau sutrikęs yra jų valgymo elgesys. Taigi, **H4 hipotezė visiškai pasitvirtino.**

3.6. Esminių psichologinių poreikių frustracijos sąsajų su sutrikusiu valgymo elgesiu klinikinėje ir neklinikinėje imtyje palyginimas

Siekiant patikrinti H5 hipotezę („Klinikinėje ir neklinikinėje imtyje skiriasi esminių psichologinių poreikių frustracijos sąsajos su sutrikusiu valgymo elgesiu“), buvo lyginamos klinikinėje ir neklinikinėje imtyje nustatytos simptomų kompozito įverčių, atspindinčių valgymo elgesio sutrikimo laipsnį, koreliacijos su autonomijos, susietumo ir kompetencijos poreikių frustracijos įverčiais. Informacija apie šias koreliacijas apibendrinta 7 lentelėje.

7 lentelė. *Esminių psichologinių poreikių frustracijos įverčių koreliacijos su simptomų kompozito įverčiais klinikinėje ir neklinikinėje imtyje.*

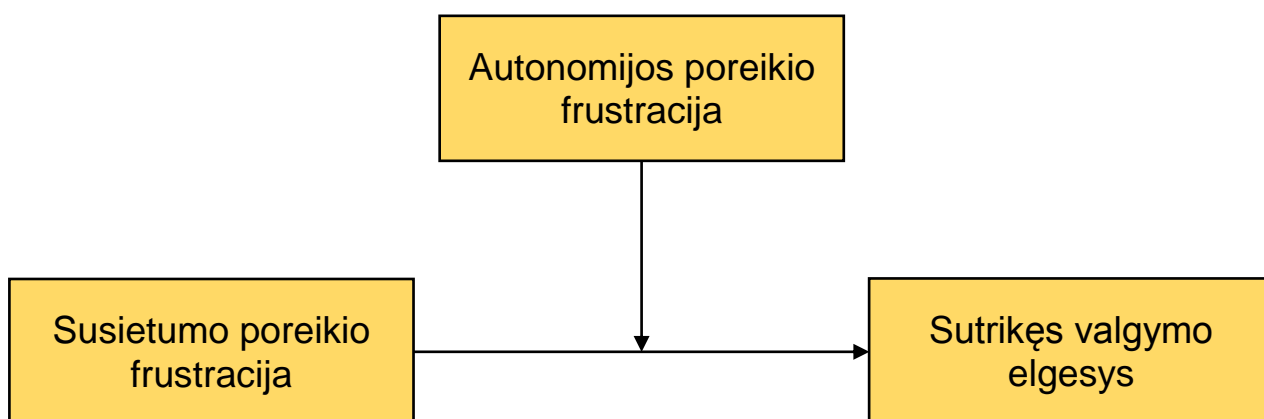
	Simptomų kompozito įverčiai	
	Klinikinėje imtyje (N=37)	Neklinikinėje imtyje (N=137)
Autonomijos poreikio frustracijos įverčiai	0,495**	0,223**
Susietumo poreikio frustracijos įverčiai	0,199	0,274**
Kompetencijos poreikio frustracijos įverčiai	0,257	0,245**

Pastaba. ** p<0,01. Statistiškai reikšmingi rezultatai pažymėti paryškintu šriftu.

Iš 7 lentelėje pateiktų duomenų matome, kad neklinikinėje imtyje buvo nustatytos statistiškai reikšmingos susietumo ir kompetencijos poreikių frustracijos įverčių koreliacijos su simptomų kompozito įverčiais, o klinikinėje imtyje statistiškai reikšmingų koreliacijų tarp šių kintamųjų nebuvo nustatyta. Tuo tarpu koreliacijos tarp autonomijos poreikio frustracijos įverčių ir simptomų kompozito įverčių buvo statistiškai reikšmingos tiek klinikinėje, tiek neklinikinėje imtyje, todėl jų koeficientų palyginimas buvo atliekamas remiantis Fisherio r į z transformacijos metodu, kuris yra tinkamas nepriklausomose imtyse apskaičiuotų Spearman koreliacijos koeficientų palyginimui (Myers & Sirois, 2006). Taikant šį metodą, iš pradžių koreliacijos koeficientai buvo konvertuoti į z balus, o vėliau šie z balai buvo lyginami taikant specialią formulę, atsižvelgiančią į nevienodą imčių, kuriose buvo apskaičiuoti koreliacijos koeficientai, dydį. Visi skaičiavimai buvo atliekami naudojant specialią skaičiuoklę, kurią sukūrė Vanderbilto universiteto profesorius K. J. Preacher (Preacher, 2002). Pagal susitarimą skirtumas tarp dviejų koreliacijos koeficientų yra statistiškai reikšmingas, jeigu z įvertis, gautas taikant šį metodą, yra didesnis už $|1,96|$, o p vertė yra mažesnė už $0,05$ (Preacher, 2002). Nustatyta, jog klinikinėje ir neklinikinėje imtyje apskaičiuoti koreliacijos koeficientai tarp autonomijos poreikio frustracijos įverčių ir simptomų kompozito įverčių statistiškai reikšmingai nesiskiria ($z=1,645$, $p=0,10$). Taigi, **H5 hipotezė pasitvirtino tik dalinai.**

3.7. Autonomijos poreikio frustracijos kaip moderatoriaus vaidmuo susietumo poreikio frustracijos sąsajose su sutrikusiu valgymo elgesiu

Tikrinant H6 hipotezę („Autonomijos poreikio frustracija atlieka moderuojančio kintamojo vaidmenį susietumo poreikio frustracijos sąsajose su sutrikusiu valgymo elgesiu“), buvo atlikta susietumo poreikio frustracijos ir sutrikusio valgymo elgesio sąsajų bendroje visų tyrimo dalyvių imtyje ($N=174$) moderacinė analizė (duomenys apie šias sąsajas pateikiami 5 priede). Sukurto moderacinės analizės modelio (žr. 1 pav. pateiktą schemą) tinkamumo rodikliai parodė, jog jis yra tinkamas tyrimo metu surinktiems duomenims: $R^2=0,2386$, $F(3,170)=17,7567$, $p<0,0001$, kintamųjų multikolinearumo koeficientai yra geri (žr. 6 priedą).



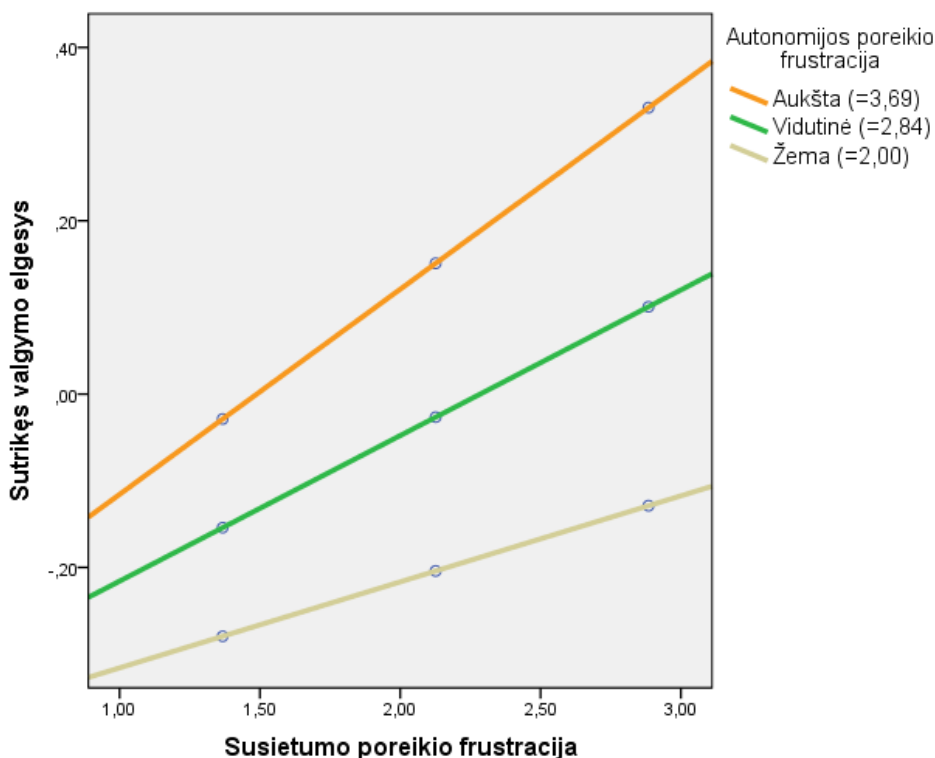
1 pav. Susietumo poreikio frustracijos ir sutrikusio valgymo elgesio ryšio moderacijos modelis, kuriame moderatoriaus vaidmenį atlieka autonomijos poreikio frustracija.

Moderacinės analizės modelyje buvo išskirtos trys autonomijos poreikio frustracijos, kaip moderuojančio kintamojo, reikšmės: žema (1SD žemiau vidurkio), vidutinė (lygi vidurkiui) ir aukšta (1SD virš vidurkio). Susietumo poreikio frustracijos sąlyginių efektų, esant žemai, vidutinei ir aukštai autonomijos poreikio frustracijos reikšmei, skaičiavimo rezultatai apibendrinti 8 lentelėje.

8 lentelė. *Susietumo poreikio frustracijos sąlyginių efektų, esant žemai, vidutinei ir aukštai autonomijos poreikio frustracijos reikšmei, skaičiavimo rezultatai.*

Autonomijos poreikio frustracijos reikšmė	Efektas	t	p	Pasikliautinis intervalas (PI)
Žema (=2,00)	0,0993	1,0705	0,2859	-0,0838 – 0,2823
Vidutinė (=2,84)	0,1680	2,6010	0,0101	0,0405 – 0,2955
Aukšta (=3,69)	0,2367	3,4146	0,0008	0,0999 – 0,3736

Iš rezultatų, pateiktų 8 lentelėje, matome, kad prie žemos autonomijos poreikio frustracijos reikšmės (=2,00) apskaičiuotas susietumo poreikio frustracijos sąlyginis efektas buvo statistiškai nereikšmingas ($p > 0,05$). Tuo tarpu prie vidutinės ir aukštos autonomijos poreikio frustracijos reikšmių buvo apskaičiuoti statistiškai reikšmingi teigiami susietumo poreikio frustracijos sąlyginiai efektai ($p < 0,05$). Be to, autonomijos poreikio frustracijos reikšmei padidėjus nuo vidutinės (=2,84) iki aukštos (=3,69), susietumo poreikio frustracijos teigiamas sąlyginis efektas taip pat padidėjo nuo 0,1680 iki 0,2367. Kitaip tariant, teigiamas ryšys tarp susietumo poreikio frustracijos ir sutrikusio valgymo elgesio stiprėja didėjant autonomijos poreikio frustracijai.

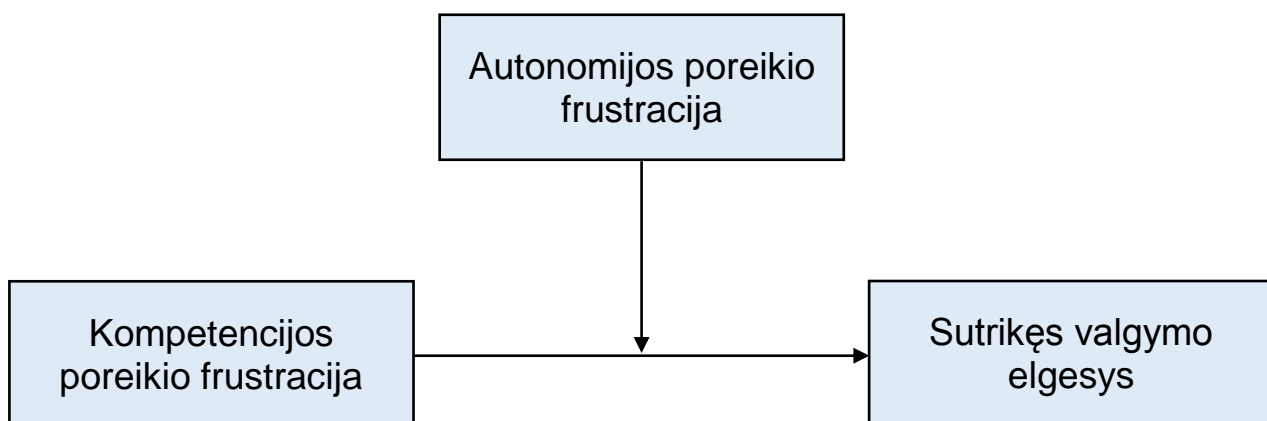


2 pav. *Ryšys tarp susietumo poreikio frustracijos ir sutrikusio valgymo elgesio, esant žemai, vidutinei bei aukštai autonomijos poreikio frustracijos reikšmei.*

2 pav. grafiškai pavaizduotas susietumo poreikio frustracijos ir sutrikusio valgymo elgesio ryšys tuomet, kai autonomijos poreikio frustracijos reikšmė yra žema (1SD žemiau vidurkio), vidutinė (lygi vidurkiui) bei aukšta (1SD virš vidurkio). Pažvelgus į jame nubrėžtas tieses, matome, kad jos nėra lygiagrečios. Kai autonomijos poreikio frustracijos reikšmė žema, ryšį tarp susietumo poreikio frustracijos ir sutrikusio valgymo elgesio vaizduojanti tiesė su x ašimi sudaro mažiausią kampą. Tuo tarpu autonomijos poreikio frustracijos reikšmėms didėjant, nuosekliai didėja ir susietumo poreikio frustracijos ryšį su sutrikusiu valgymo elgesiu vaizduojančių tiesių su x ašimi sudaromas kampas. Tai reiškia, kad teigiamas ryšys tarp susietumo poreikio frustracijos ir sutrikusio valgymo yra silpniausias, kai autonomijos poreikio frustracija yra žema. Kuo autonomijos poreikio frustracija yra stipresnė, tuo teigiamas ryšys tarp susietumo poreikio frustracijos ir sutrikusio valgymo elgesio yra stipresnis. Taigi, 2 pav. ir 8 lentelėje pateikiami moderacinės analizės rezultatai rodo, jog autonomijos poreikio frustracija moderuoja ryšį tarp susietumo poreikio patenkinimo ir sutrikusio valgymo elgesio. Todėl galima daryti išvadą, kad **H6 hipotezė pasitvirtino**.

3.8. Autonomijos poreikio frustracijos kaip moderatoriaus vaidmuo kompetencijos poreikio frustracijos sąsajose su sutrikusiu valgymo elgesiu

Siekiant patikrinti H7 hipotezę („Autonomijos poreikio frustracija atlieka moderuojančio kintamojo vaidmenį kompetencijos poreikio frustracijos sąsajose su sutrikusiu valgymo elgesiu“), buvo atlikta kompetencijos poreikio frustracijos ir sutrikusio valgymo elgesio sąsajų bendroje visu tyrimo dalyvių imtyje (N=174) moderacinė analizė (duomenys apie šias sąsajas taip pat pateikiami 5 priede). Sukurto moderacinės analizės modelio (žr. schemą 3 pav.) tinkamumo rodikliai parodė, jog jis irgi yra tinkamas tyrimo duomenims: $R^2=0,2178$, $F(3,170)=15,776$, $p<0,0001$, kintamųjų multikolinearumo koeficientai atitinka keliamus reikalavimus (žr. 7 priedą).



3 pav. Kompetencijos poreikio frustracijos ir sutrikusio valgymo elgesio ryšio moderacijos modelis, kuriame moderatoriaus vaidmenį atlieka autonomijos poreikio frustracija.

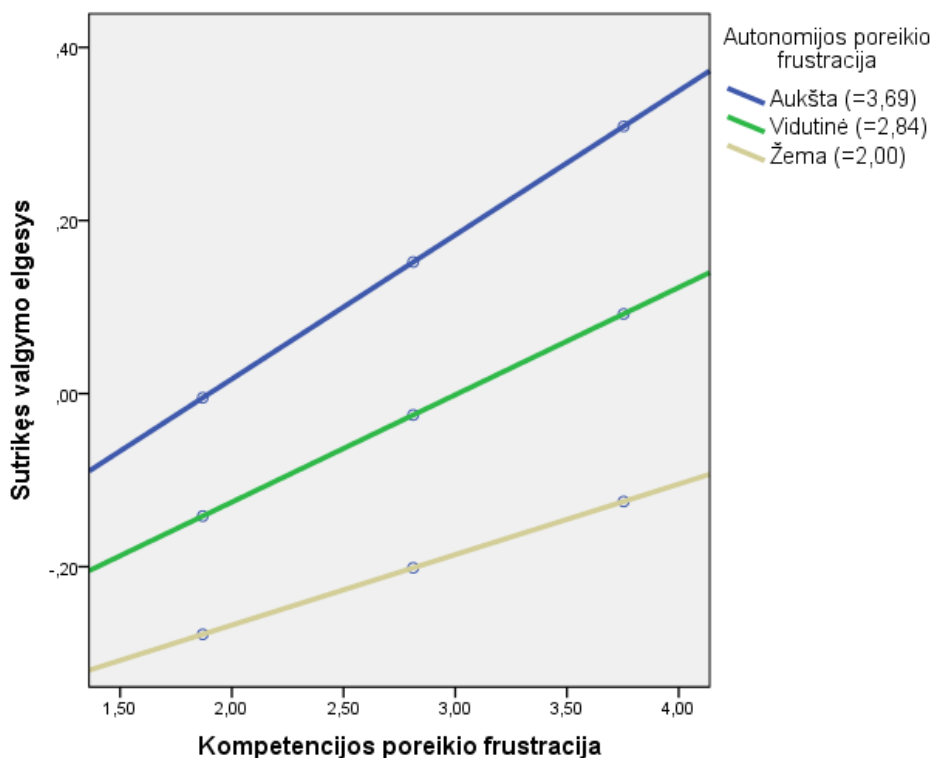
Šiame moderacinės analizės modelyje taip pat buvo išskirtos trys moderuojančio kintamojo (autonomijos poreikio frustracijos) reikšmės: žema (1SD žemiau vidurkio), vidutinė (lygi vidurkiui) ir aukšta (1SD virš vidurkio). Kompetencijos poreikio frustracijos sąlyginių efektų, esant žemai,

vidutinei ir aukštai autonomijos poreikio frustracijos reikšmei, skaičiavimo rezultatai apibendrinti 9 lentelėje.

9 lentelė. **Kompetencijos poreikio frustracijos sąlyginių efektų, esant žemai, vidutinei ir aukštai autonomijos poreikio frustracijos reikšmei, skaičiavimo rezultatai.**

Autonomijos poreikio frustracijos reikšmė	Efektas	t	p	Pasikliautinis intervalas (PI)
Žema (=2,00)	0,0815	1,1044	0,2710	-0,0642 – 0,2271
Vidutinė (=2,84)	0,1240	2,2231	0,0275	0,0139 – 0,2341
Aukšta (=3,69)	0,1665	2,6004	0,0101	0,0401 – 0,2928

Iš 9 lentelėje pateiktų duomenų matome, jog esant žemai autonomijos poreikio frustracijos reikšmei (=2,00) kompetencijos poreikio frustracijos sąlyginis efektas nėra statistiškai reikšmingas ($p > 0,05$). Tuo tarpu prie vidutinės ir aukštos autonomijos poreikio frustracijos reikšmių apskaičiuotas teigiamas kompetencijos poreikio frustracijos sąlyginis efektas yra statistiškai reikšmingas ($p < 0,05$). Be to, autonomijos poreikio frustracijos reikšmei padidėjus nuo vidutinės (=2,84) iki aukštos (=3,69) kompetencijos poreikio frustracijos teigiamas sąlyginis efektas taip pat padidėja nuo 0,1240 iki 0,1665. Tai rodo, kad, didėjant autonomijos poreikio frustracijai, teigiamas ryšys tarp kompetencijos poreikio frustracijos ir sutrikusio valgymo elgesio stiprėja. 4 pav. grafiškai pavaizduotas ryšys tarp kompetencijos poreikio frustracijos ir sutrikusio valgymo elgesio tuomet, kai autonomijos poreikio frustracija yra žema, vidutinė ir aukšta.



4 pav. **Ryšys tarp kompetencijos poreikio frustracijos ir sutrikusio valgymo elgesio, esant žemai, vidutinei bei aukštai autonomijos poreikio frustracijos reikšmei.**

Pažvelgę į 4 pav. matome, kad kompetencijos poreikio frustracijos ir sutrikusio valgymo elgesio ryšį, esant skirtingoms autonomijos poreikio frustracijos reikšmėms, vaizduojančios tiesės nėra lygiagrečios. Kai autonomijos poreikio frustracijos reikšmė yra žema, teigiamą kompetencijos poreikio frustracijos ir sutrikusio valgymo elgesio ryšį vaizduojanti tiesė su x ašimi sudaro mažiausią kampą. Tuo tarpu autonomijos poreikio frustracijos reikšmėms didėjant, atitinkamai didėja ir ryšį vaizduojančių tiesių su x ašimi sudaromas kampas (jos tampa vis statesnės). Tai rodo, kad teigiamas ryšys tarp kompetencijos poreikio frustracijos ir sutrikusio valgymo elgesio yra tuo stipresnis, kuo aukštesnė yra autonomijos poreikio frustracija. Taigi, atliktos moderacinės analizės rezultatai rodo, jog autonomijos poreikio frustracija moderuoja ryšį tarp kompetencijos poreikio frustracijos ir sutrikusio valgymo elgesio, todėl galima teigti, kad **H7 hipotezė taip pat pasitvirtino.**

4. TYRIMO REZULTATŲ APITARIMAS

4.1. Esminių psichologinių poreikių frustracijos sąsajos su sutrikusiu valgymo elgesiu

Savideterminacijos teorijos literatūroje šiuo metu vis plačiau pripažįstama, kad būtent esminių psichologinių poreikių frustracija, o ne šių poreikių patenkinimo stoka, vaidina ypatingai svarbų vaidmenį neadaptivaus elgesio ir psichopatologijos etiologijoje (Boone et al., 2014; Vansteenkiste & Ryan, 2013). Tačiau sutrikusio valgymo elgesio sąsajos su esminių psichologinių poreikių frustracija kol kas nepakankamai ištyrinėtos. Iki šiol buvo tirtos tik sutrikusio valgymo elgesio sąsajos su bendru visų trijų esminių psichologinių poreikių frustracijos įverčiu, o sąsajos su atskirų esminių psichologinių poreikių frustracija nagrinėtos nebuvo. Be to, pagrindinis šių sritį tyrinėjančių mokslininkų dėmesys buvo nukreiptas į esminių psichologinių poreikių frustracijos sąsają su persivalgymu tyrinėjimą, o psichologinių poreikių frustracijos ryšys su kitomis sutrikusio valgymo elgesio rūšimis atskirai nebuvo tyrinėtas. Galiausiai, esminių psichologinių poreikių frustracijos sąsajos su sutrikusiu valgymo elgesiu iki šiol buvo tirtos tik neklinikinėse imtyse, nors, daugelio autorių nuomone, esminių psichologinių poreikių frustracija turėtų būti susijusi ne tik su subklinikinio lygmens sutrikusiu valgymo elgesiu, bet ir su klinikinio lygmens valgymo sutrikimų simptomais (Froreich et al., 2016; Ryan et al., 2006). Atsižvelgiant į tai, šio tyrimo metu buvo siekiama geriau suprasti kaip atskirų esminių psichologinių poreikių frustracija yra susijusi su klinikinio ir subklinikinio lygmens sutrikusiu valgymo elgesiu.

Šio tyrimo metu neklinikinėje (palyginamojoje) imtyje buvo nustatytos silpnos teigiamos autonomijos, susietumo ir kompetencijos poreikių frustracijos sąsajos su sutrikusiu valgymo elgesiu. Šie rezultatai iš esmės atitinka anksčiau atliktų Bartholomew ir kitų (2011a), Verstuyl ir kitų (2013) bei Boone ir kitų (2014) tyrimų rezultatus. Tačiau reikia turėti galvoje, kad ankstesnių tyrimų metu buvo vertinamas sutrikusio valgymo elgesio ryšys su bendru visų trijų esminių psichologinių poreikių frustracijos įverčiu. Tuo tarpu šio tyrimo rezultatai parodė, kad sutrikęs valgymo elgesys yra susijęs ne tik su visų esminių psichologinių poreikių frustracija kartu paėmus, bet ir su kiekvieno esminio psichologinio poreikio frustracija atskirai paėmus. Tai atitinka Savideterminacijos teorijoje keliamą prielaidą, kad žmogaus optimalų funkcionavimą gali sutrikdyti bet kurio iš trijų esminių psichologinių poreikių frustracija.

Skirtingai nei tikėtasi, klinikinėje imtyje šio tyrimo metu buvo nustatytos tik autonomijos poreikio frustracijos teigiamos vidutinio stiprumo sąsajos su sutrikusiu valgymo elgesiu. Tuo tarpu susietumo ir kompetencijos poreikių frustracijos sąsajų su sutrikusiu valgymo elgesiu klinikinėje imtyje, priešingai nei neklinikinėje, nebuvo nustatyta. Viena vertus, tenka pripažinti, kad, vadovaujantis kontinuumo idėja paremtu požiūriu į sutrikusį valgymo elgesį, tokius tyrimo rezultatus galima būtų vertinti kaip nenuoseklius. Kita vertus, reikėtų atkreipti dėmesį į keletą veiksnių, galėjusių turėti įtakos tam, kad sąsajos tarp susietumo bei kompetencijos poreikių frustracijos ir

sutrikusio valgymo elgesio klinikinėje imtyje nebuvo nustatytos. Visų pirma, duomenys šio tyrimo metu buvo renkami naudojant savistata paremtus klausimynus. Tuo tarpu nemažai autorių, tarp jų ir šiame tyrime naudotos Valgymo sutrikimų diagnostikos skalės kūrėjai, pažymi, kad nervine anoreksija sergantys asmenys dažnai būna ne visiškai kritiškai savo ligos atžvilgiu arba, kitaip sakant, stokoja įžvalgos apie savo ligos simptomus (Keel, 2017; Stice et al., 2004). Dėl to jų pateikiama subjektyvi nuomonė apie savo valgymo elgesį gali šiek tiek skirtis nuo objektyvios realybės. Vykdydamas klinikinės imties pacienčių grupines apklausas tuo turėjo progą įsitikinti ir šio darbo autorius. Pavyzdžiui, anoreksija sergančios pacientės, turinčios akivaizdžiai per mažą kūno svorį, gali visiškai nuoširdžiai tvirtinti, jog „nuo valgymo jos nesusilaiko, o tik stengiasi maitintis sveikai“ arba teigti, kad „valgymų nepraleidinėja, o tik valgo nedidelius maisto kiekius“ (šie komentarai buvo užfiksuoti grupinių apklausų protokoluose). Kadangi nervine anoreksija sergančios stacionaro pacientės sudarė apie 19% klinikinės imties tiriamųjų, į šią problemą svarbu atsižvelgti interpretuojant tyrimo rezultatus. Antra, svarbu turėti omenyje, kad šio tyrimo klinikinė imtis buvo palyginus nedidelė. Nors siekiant aptikti vidutinio stiprumo koreliacijas klinikinės imties dydis vertintinas kaip pakankamas, tačiau siekiant aptikti silpnas koreliacijas minimalus rekomenduojamas imties dydis yra daugiau kaip tris kartus didesnis už šio tyrimo klinikinės imties dydį (Hulley, Cummings, Browner, Grady, & Newman, 2013). Trečia, šio tyrimo metu buvo nustatyta, kad klinikinės ir neklinikinės imties tiriamieji ženkliai skiriasi ne tik pagal sutrikusio valgymo elgesio išreikštumo laipsnį, bet ir pagal sutrikusio valgymo elgesio struktūrą. Kadangi skirtingos sutrikusio valgymo elgesio rūšys gali būti nevienodai susijusios su atskirų esminių psichologinių poreikių frustracija, tai irgi galėjo turėti įtakos tam, kad sąsajos tarp susietumo bei kompetencijos poreikių frustracijos ir sutrikusio valgymo elgesio buvo nustatytos tik neklinikinėje imtyje. Ateityje būtų tikslinga atlikti platesnio masto tyrimus, kuriuose būtų analizuojamos atskirų sutrikusio valgymo elgesio rūšių (pvz., tam tikrų netinkamo kompensacinio elgesio formų) sąsajos su esminių psichologinių poreikių frustracija. Apibendrinant svarbu pabrėžti, kad veikiausiai visų šių trijų veiksmų kumuliacinis efektas, o ne kurio nors vieno atskiro veiksmo poveikis, galėjo turėti įtakos tam, kad sąsajos tarp susietumo bei kompetencijos poreikių frustracijos ir sutrikusio valgymo elgesio buvo nustatytos palyginamojoje imtyje, o klinikinėje imtyje – ne.

Autonomijos poreikio frustracijos teigiamos sąsajos su sutrikusiu valgymo elgesiu buvo nustatytos tiek palyginamojoje, tiek klinikinėje imtyje. Be to, tyrimo rezultatai parodė, kad šios sąsajos palyginamojoje ir klinikinėje imtyje statistiškai reikšmingai nesiskiria. Šie tyrimo rezultatai svarbūs dėl kelių priežasčių. Visų pirma, jie patvirtina anksčiau Savideterminacijos teorijos literatūroje ne kartą išsakytos prielaidos, kad esminių psichologinių poreikių frustracija turėtų būti susijusi ne tik su subklinikinio lygmens sutrikusiu valgymo elgesiu, bet ir su klinikiniais valgymo sutrikimų simptomais, pagrįstumą (Froreich et al., 2016; Ryan et al., 2006). Antra, jie liudija apie

Savideterminacijos teorijos prielaidos, kad autonomijos poreikio frustracija gali būti svarbi valgymo sutrikimų etiologijoje, logiškumą (Deci & Ryan, 2000; Vansteenkiste & Ryan, 2013). Be to, jie atitinka klinacistų tarpe plačiai paplitusį pastebėjimą, kad autonomijos problemos vaidina reikšmingą vaidmenį valgymo sutrikimų atveju (Strauss & Ryan, 1987). Trečia, jie atitinka Savideterminacijos teorijos postulata, kad autonomijos poreikis yra vienas iš esminių žmonių psichologinių poreikių ir kad nuo šio poreikio patenkinimo ar frustracijos priklauso individo sveikata ir funkcionavimas. Ketvirta, šie rezultatai atitinka kontinuumo idėja paremtu požiūriu į sutrikusį valgymo elgesį besivadovaujančių autorių išsakomą nuomonę, kad subklinikinio lygmens sutrikęs valgymo elgesys bei valgymo sutrikimais sergančių asmenų elgsena yra glaudžiai susiję reiškiniai (Keel, 2017).

Taigi, šio tyrimo rezultatai praplėtė esamas žinias apie esminių psichologinių poreikių frustracijos sąsajas su sutrikusiu valgymo elgesiu. Tyrimo rezultatai parodė, jog palyginamojoje imtyje tiek autonomijos, tiek susietumo, tiek kompetencijos poreikio frustracija yra teigiamai susijusi su sutrikusiu valgymo elgesiu. Taip pat šio tyrimo metu buvo nustatyta, kad autonomijos poreikio frustracija yra teigiamai susijusi su valgymo elgesiu ne tik palyginamojoje, bet ir klinikinėje imtyje.

4.2. Autonomijos poreikio frustracijos moderacinis vaidmuo susietumo bei kompetencijos poreikių frustracijos sąsajose su sutrikusiu valgymo elgesiu

Savideterminacijos teorijoje akcentuojama, kad autonomijos poreikis užima unikalią vietą tarp esminių psichologinių poreikių. Nors susietumo bei kompetencijos poreikiai, pagal šią teoriją, gali būti patenkinti ir neautonomiško individų elgesio pasekoje, tačiau sveika žmonių raida, optimalus funkcionavimas bei psichologinė gerovė tampa įmanomi tik tuomet, kai susietumo ir kompetencijos poreikiai patenkinami autonomiško arba, kitaip sakant, savideterminuoto elgesio metu (Deci & Ryan, 2000; Ryan, 1995). Tuo tarpu autonomiškam individo elgesiui atsirasti yra būtinas bent jau dalinis autonomijos poreikio patenkinimas. Be to, sutrikęs arba patologinis individų elgesys Savideterminacijos teorijoje iš esmės traktuojamas kaip nesavideterminuotas elgesys, atsirandantis tuomet, kai autonomiška elgesio reguliacija yra sutrikdyta (Vansteenkiste & Ryan, 2013). Atsižvelgiant į tai, buvo nuspręsta tyrimo metu surinktus duomenis paanalizuoti dar giliau ir patikrinti autonomijos poreikio frustracijos kaip moderatoriaus vaidmenį susietumo ir kompetencijos poreikių frustracijos sąsajose su sutrikusiu valgymo elgesiu.

Moderacinė šių sąsajų analizė buvo atlikta bendroje visų tyrimo dalyvių imtyje, sudarytoje iš klinikinės ir palyginamosios imties tiriamųjų. Šios imties dydis buvo pakankamas tokio pobūdžio analizei atlikti (Hayes, 2018; Soper, 2019). Bendroje visų tyrimo dalyvių imtyje buvo nustatytos silpnos teigiamos autonomijos, susietumo ir kompetencijos poreikių sąsajos su sutrikusiu valgymo elgesiu. Visos šios sąsajos buvo praktiškai vienodo stiprumo (žr. 5 priedą). Tyrimo metu buvo sukurti du moderacinės analizės modeliai – vienas buvo skirtas patikrinti autonomijos poreikio frustracijos kaip moderatoriaus vaidmenį susietumo poreikio frustracijos sąsajose su sutrikusiu valgymo elgesiu

(žr. 1 pav.), o kitas – kompetencijos poreikio frustracijos sąsajos su sutrikusiu valgymo elgesiu (žr. 3 pav.). Abu modeliai buvo tinkami tyrimo duomenims.

Moderacinės analizės rezultatai parodė, kad autonomijos poreikio frustracija moderuoja tiek susietumo poreikio frustracijos, tiek kompetencijos poreikio frustracijos teigiamas sąsajas su sutrikusiu valgymo elgesiu. Šios sąsajos yra tuo stipresnės, kuo aukštesnė yra autonomijos poreikio frustracija. Šie rezultatai atitinka Savideterminacijos teorijoje keliamą prielaidą, kad autonomijos poreikis užima išskirtinę vietą tarp esminių psichologinių poreikių (Deci & Ryan, 2000).

Taigi, šis tyrimas ne tik praplėtė esamas žinias apie esminių psichologinių poreikių frustracijos sąsajas su sutrikusiu valgymo elgesiu, bet ir suteikė visiškai naujų žinių apie šių sąsajų mechanizmus. Atsižvelgiant į šio tyrimo rezultatus, ateityje būtų tikslinga analogiškai ištirti ir atskirų sutrikusio valgymo elgesio rūšių (pvz., persivalgymo, valgymo ribojimo, šalinamojo elgesio) sąsajas su esminių psichologinių poreikių frustracija bei šių sąsajų mechanizmus. Šio tyrimo rezultatai, bendrai paėmus, leidžia kelti prielaidą, kad esminių psichologinių poreikių, o ypač autonomijos poreikio, frustracija gali būti potencialus įvairių intervencijos programų, nukreiptų į sutrikusio moterų valgymo elgesio mažinimą, taikyns. Tačiau, norint tuo galutinai įsitikinti, būtini papildomi tyrimai šioje srityje.

4.3. Tyrimo ribotumai ir pasiūlymai ateities tyrimams

Kalbant apie šio tyrimo ribotumus, reikėtų pabrėžti keletą dalykų. Visų pirma, šiame tyrime dalyvavo tik moterys. Tuo tarpu sutrikusio valgymo elgesio (ypatingai persivalgymo) paplitimas tarp jaunų vyriškos lyties asmenų pastaruoju metu irgi reikšmingai išaugo (Abebe et al., 2012; Froylich et al., 2016). Todėl ateityje būtų tikslinga analogišką tyrimą atlikti ir su vyrų intimis, siekiant nustatyti esminių psichologinių poreikių frustracijos sąsajų su vyrų valgymo elgesio reguliacija ypatumus.

Antra, klinikinė tyrimo imtis buvo palyginus nedidelė. Todėl su šia imtimi susijusių tyrimo rezultatų interpretacija turėtų būti gana atsargi ir rezervuota. Tikėtina, jog analogišką tyrimą atliekant su maždaug tris kartus didesne klinicine imtimi joje, kaip ir šio tyrimo palyginamojoje imtyje, būtų nustatytos visų trijų esminių psichologinių poreikių frustracijos sąsajos su sutrikusiu valgymo elgesiu. Vykdamt panašius tyrimus su žymiai didesnėmis klinikinėmis imtimis, taip pat būtų tikslinga panagrinti atskirų sutrikusio valgymo elgesio rūšių sąsajų su esminių psichologinių poreikių frustracija ypatumus.

Trečia, šiame tyrime sutrikusio valgymo elgesio įvertinimui buvo naudojama savistata paremta skalė. Tuo tarpu nemažai autorių pažymi, kad nervine anoreksija sergantys asmenys neretai stokoja įžvalgos apie savo ligos simptomus (Keel, 2017). Atsižvelgiant į tai, ateityje būtų tikslinga atlikti panašų tyrimą, kuriame duomenys apie sutrikusį valgymo elgesį būtų renkami naudojant ne savistata paremtus, o kitus duomenų rinkimo būdus. Tačiau planuojant tokį tyrimą reikėtų turėti

galvoje, kad kiti duomenų rinkimo būdai taip pat turi savo ribotumą, dėl kurių duomenys, surinkti jų pagalba, neišvengiamai būtų mažų mažiausiai neišsamūs (Thøgersen-Ntoumani et al., 2010).

Ketvirta, šiam tyrimui buvo pasirinktas skersinio pjūvio tyrimo dizainas, todėl jo metu buvo galima įvertinti tik sąsajas tarp esminių psichologinių poreikių frustracijos ir sutrikusio valgymo elgesio. Norint susidaryti išsamesnį vaizdą apie šių kintamųjų ryšius, būtini atitinkami longitudinaliniai bei eksperimentiniai tyrimai.

IŠVADOS

- 1) Klinikinės imties tiriamiesiems būdinga stipresnė autonomijos, susietumo ir kompetencijos poreikių frustracija nei neklinikinės imties tiriamiesiems.
- 2) Klinikinės ir neklinikinės imties tiriamieji ženkliai skiriasi ne tik pagal sutrikusio valgymo elgesio išreikštumo laipsnį, bet ir pagal sutrikusio valgymo elgesio struktūrą: šiose imtyse reikšmingai skiriasi įvairių sutrikusio valgymo elgesio rūšių paplitimas, o tokios disfunkcinio elgesio formos kaip vėmimo sau sukėlimas ar piktnaudžiavimas laisvinamaisiais, klizma arba diuretikais apskritai yra būdingos tik klinikinės imties tiriamiesiems.
- 3) Kuo stipresnę autonomijos poreikio frustraciją patiria klinikinės imties tiriamieji, tuo labiau sutrikęs yra jų valgymo elgesys.
- 4) Kuo stipresnę autonomijos, susietumo ar kompetencijos poreikio frustraciją patiria neklinikinės (palyginamosios) imties tiriamieji, tuo labiau sutrikęs yra jų valgymo elgesys.
- 5) Autonomijos poreikio frustracijos sąsajos su sutrikusiu valgymo elgesiu klinikinėje ir neklinikinėje imtyje nesiskiria.
- 6) Autonomijos poreikio frustracija moderuoja susietumo bei kompetencijos poreikių frustracijos teigiamas sąsajas su sutrikusiu valgymo elgesiu. Šios sąsajos yra tuo stipresnės, kuo aukštesnė yra autonomijos poreikio frustracija.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Abebe, D. S., Lien, L., Torgersen, L., & von Soest, T. (2012). Binge eating, purging and non-purging compensatory behaviours decrease from adolescence to adulthood: A population-based, longitudinal study. *BMC Public Health*, *12*. doi: 10.1186/1471-2458-12-32
2. Aigner, M., Treasure, J., Kaye, W., Kasper S. ir Pasaulinės biologinės psichiatrijos draugijų federacijos valgymo sutrikimų darbo grupė. (2012). Pasaulinės biologinės psichiatrijos draugijų federacijos (angl. *WFSBP*) valgymo sutrikimų farmakologinio gydymo rekomendacijos. *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija*, *14*(1), 22–56.
3. Amarose, A. J., Anderson-Butcher, D., & Cooper, J. (2009). Predicting changes in athletes' well-being from changes in need satisfaction over the course of a competitive season. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, *80*, 386–392. doi: 10.1080/02701367.2009.10599575.
4. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
5. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
6. Baks, B., Pupšytė, D., Kirsnytė, R. (2012). Sunkūs ir ilgalaikiai valgymo sutrikimai (SEED): 18 metų sergančiojo nervine anoreksija atvejo analizė. *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija*, *14*(1), 17–21.
7. Bartholomew, K. J., Ntoumanis, N., Ryan, R. M., Bosch, J. A., & Thøgersen-Ntoumani, C. (2011a). Self-determination theory and diminished functioning: The role of interpersonal control and psychological need thwarting. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *37*, 1459–1473. doi: 10.1177/0146167211413125
8. Bartholomew, K. J., Ntoumanis, N., Ryan, R. M., & Thøgersen-Ntoumani, C. (2011b). Psychological need thwarting in the sport context: Assessing the darker side of athletic experience. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, *33*, 75–102.
9. Boone, L., Vansteenkiste, M., Soenens, B., Van der Kaap-Deeder, J., Verstuyf, J. (2014). Self-Critical Perfectionism and Binge Eating Symptoms: A Longitudinal Test of the Intervening Role of Psychological Need Frustration. *Journal of Counseling Psychology*, *61*(3), 363–373. doi: 10.1037/a0036418
10. Brown, A. J., Parman, K. M., Rudat, D. A., Craighead, L. W. (2012). Disordered eating, perfectionism, and food rules. *Eating Behaviors*, *13*, 347–353. doi: 10.1016/j.eatbeh.2012.05.011
11. Campbell, R., Vansteenkiste, M., Delesie, L. M., Mariman, A. N., Soenens, B., Tobbac, E., Van der Kaap-Deeder, J., Vogelaers, D. P. (2015). Examining the role of psychological need

- satisfaction in sleep: A Self-Determination Theory perspective. *Personality and Individual Differences*, 77, 199–204. doi: 10.1016/j.paid.2015.01.003
12. Chen, B., Vansteenkiste, M., Beyers, W., Boone, L., Deci, E. L., Van der Kaap-Deeder, J., Duriez, B., Lens, W., Matos, L., Mouratidis, A., Ryan, R. M., Sheldon, K. M., Soenens, B., Van Petegem, S., Verstuyf, J. (2015a). Basic psychological need satisfaction, need frustration, and need strength across four cultures. *Motivation and Emotion*, 39(2), 216–236. doi: 10.1007/s11031-014-9450-1
 13. Chen, B., Van Assche, J., Vansteenkiste, M., Soenens, B., Beyers, W. (2015b). Does Psychological Need Satisfaction Matter When Environmental or Financial Safety are at Risk? *Journal of Happiness Studies*, 16, 745–766. doi: 10.1007/s10902-014-9532-5
 14. Chirkov, V. I., Ryan, R. M., & Sheldon, K. M. (2011). *Human autonomy in cross-cultural contexts: Perspectives on the psychology of agency, freedom, and well-being*. Dordrecht: Springer.
 15. Cordeiro, P., Paixão, P., Lens, W., Lacante, M., & Luyckx, K. (2016). The Portuguese validation of the basic psychological need satisfaction and frustration scale: Concurrent and longitudinal relations to well-being and ill-being. *Psychologica Belgica*, 56(3), 193–209. doi: 10.5334/pb.252
 16. Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press.
 17. Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268. doi: 10.1207/S15327965PLI1104_01
 18. Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008a). Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life’s domains. *Canadian Psychology*, 49(1), 14–23. doi: 10.1037/0708-5591.49.1.14
 19. Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008b). Self-Determination Theory: A Macrotheory of Human Motivation, Development, and Health. *Canadian Psychology*, 49(3), 182–185. doi: 10.1037/a0012801
 20. Del Valle, M., Matos, L., Diaz, A., Pérez, M. V. & Vergara J. (2018). Psychometric Properties of the Psychological Needs Satisfaction and Frustration Scale (BPNSFS) in Chilean University Students. *Propósitos y Representaciones*, 6(1), 301–350. doi: 10.20511/pyr2018.v6n1.202
 21. Eddy, K. T., Keel, P. K., Dorer, D. J., Delinsky, S. S., Franko, D. L., & Herzog, D. B. (2002). Longitudinal comparison of anorexia nervosa subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 191–201.
 22. Emery, A. A., Toste, J. R., & Heath, N. L. (2015). The balance of intrinsic need satisfaction across contexts as a predictor of depressive symptoms in children and adolescents. *Motivation and Emotion*, 39(5), 753–765. doi: 10.1007/s11031-015-9491-0

23. Fernet, C., Guay, F., & Senecal, C. (2004). Adjusting to job demands: The role of work self-determination and job control in predicting burnout. *Journal of Vocational Behavior*, *65*, 39–56.
24. Frederick, C. M., & Grow, V. M. (1996). A mediational model of autonomy, self-esteem, and eating disordered attitudes and behaviors. *Psychology of Women Quarterly*, *20*, 217–228. doi: 10.1111/j.1471-6402.1996.tb00468.x
25. Foreich, F. V., Vartanian, L. R., Zawadzki, M. J., Grisham, J. R., & Touyz, S. W. (2016). Psychological need satisfaction, control, and disordered eating. *British Journal of Clinical Psychology*, *56*(1), 53–68. doi: 10.1111/bjc.12120
26. Haedt-Matt, A. A., & Keel, P. K. (2011). Hunger and binge eating: A meta-analysis of studies using ecological momentary assessment. *International Journal of Eating Disorders*, *44*, 573–578. doi: 10.1002/eat.20868
27. Hambleton, R. K. (2001). The next generation of the ITC test translation and adaptation guidelines. *European Journal of Psychological Assessment*, *17*, 164–172. doi: 10.1027//1015-5759.17.3.164
28. Hayes, A. F. (2018). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
29. Howell, R. T., Chenot, D., Hill, G., Howell, C. J. (2011). Momentary happiness: The role of psychological need satisfaction. *Journal of Happiness Studies*, *12*(1), 1–15. doi: 10.1007/s10902-009-9166-1.
30. Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., Jr., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, *61*, 348–358.
31. Hulley, S. B., Cummings, S. R., Browner, W. S., Grady, D. G., Newman, T. B. (2013). *Designing clinical research* (4th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
32. Jankauskienė, R., Kardelis, K. (2002). Vienuoliktos klasės moksleivių (merginų) požiūris į savo kūną bei svorio kontrolę. *Medicina*, *38*(4), 444–451.
33. Karwautz, A., Nobis, G., Haidvogel, M., Wagner, G., Hafferl-Gattermayer, A., Wöber-Bingöl, C., & Friedrich, M. H. (2003). Perceptions of family relationships in adolescents with anorexia nervosa and their unaffected sisters. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *12*, 128–135. doi: 10.1007/s00787-003-0319-1
34. Kasser, T., & Ryan, R. M. (1996). Further Examining the American Dream: Differential Correlates of Intrinsic and Extrinsic Goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *22*(3), 280–287. doi: 10.1177/0146167296223006
35. Keel, P. K. (2017). *Eating Disorders* (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.

36. Kerig, P. K., Ludlow, A., Wenar, C. (2012). *Developmental Psychopathology* (6th ed.). New York: McGraw-Hill.
37. Keski-Rahkonen, A., Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion Psychiatry*, 29(6), 340–345. doi: 10.1097/YCO.0000000000000278
38. Li, C., Ivarsson, A., Lam, L. T., & Sun, J. (2019). Basic Psychological Needs Satisfaction and Frustration, Stress, and Sports Injury Among University Athletes: A Four-Wave Prospective Survey. *Frontiers in Psychology*, 10, 1–8. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00665
39. Liga, F., Ingoglia, S., Cuzzocrea, F., Inguglia, C., Costa, S., Lo Coco, A., & Larcan, R. (2018). The Basic Psychological Need Satisfaction and Frustration Scale: Construct and Predictive Validity in the Italian Context. *Journal of Personality Assessment*. Advance online publication. doi: 10.1080/00223891.2018.1504053
40. Liu, J. D., & Chung, P. (2015). Development and initial validation of the Chinese version of Psychological needs thwarting scale in physical education. *Journal of Teaching in Physical Education*, 34, 402–423. doi: 10.1123/jtpe.2014-0053
41. Meyer, B., Enstrom, M. K., Harstveit, M., Bowles, D. P., & Beevers, C. G. (2007). Happiness and despair on the catwalk: Need satisfaction, well-being, and personality adjustment among fashion models. *The Journal of Positive Psychology*, 2(1), 2–17. doi: 10.1080/17439760601076635.
42. Myers, L., & Sirois, M. J. (2006). Spearman correlation coefficients, differences between. *Wiley StatsRef: Statistics Reference Online*. doi: 10.1002/0471667196.ess5050.pub2
43. Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Larson, N. I., Eisenberg, M. E., & Loth, K. (2011). Dieting and disordered eating behaviors from adolescence to young adulthood: Findings from a 10-year longitudinal study. *Journal of the American Dietetic Association*, 111, 1004–1011. doi: 10.1016/j.jada.2011.04.012
44. Pakalniškienė, V. (2012). *Tyrimo ir įvertinimo priemonių patikimumo ir validumo nustatymas: metodinė priemonė*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
45. Pasaulinė sveikatos organizacija. (1997). *TLK-10 psichikos ir elgesio sutrikimai: klinika ir diagnostika*. Kaunas: Medicina.
46. Pasaulinė sveikatos organizacija. (2010). *Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos problemų klasifikacija: TLK-10* (10-osios red. 3-iasis patais. [liet.] leid.). Vilnius: Vaistų žinios.
47. Pelletier, L. G., & Dion S. C. (2007). An examination of general and specific motivational mechanisms for the relations between body dissatisfaction and eating behaviors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26, 303–333. doi:10.1521/jscp.2007.26.3.303

48. Pelletier, L. G., Dion, S. C., Slovenic-D'Angelo, M., & Reid, R. (2004). Why do you regulate what you eat? Relations between forms of regulation, eating behaviors, sustained dietary behavior change, and psychological adjustment. *Motivation and Emotion*, *28*, 245–277.
49. Pelletier, L. G., Dion, S., Lévesque, C. (2004). Can Self-Determination Help Protect Women Against Sociocultural Influences About Body Image and Reduce Their Risk of Experiencing Bulimic Symptoms? *Journal of Social and Clinical Psychology*, *23*(1), 61–88. doi: 10.1521/jscp.23.1.61.26990
50. Preacher, K. J. (2002). *Calculation for the test of the difference between two independent correlation coefficients [Computer software]*. Available from <http://quantpsy.org>
51. Prentice, M., Halusic, M., & Sheldon, K. M. (2014). Integrating theories of psychological needs-as-requirements and psychological needs-as-motives: A two process model. *Social and Personality Psychology Compass* *8*(2), 73–85. doi: 10.1111/spc3.12088
52. Quested, E., Bosch, J. A., Burns, V. E., Cumming, J., Ntoumanis, N., & Duda, J. L. (2011). Basic psychological need satisfaction, stress-related appraisals, and dancers' cortisol and anxiety responses. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, *33*, 828–846.
53. Ryan, R. M. (1995). Psychological needs and the facilitation of integrative processes. *Journal of Personality*, *63*(3), 397–427.
54. Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000a). The darker and brighter sides of human existence: Basic psychological needs as a unifying concept. *Psychological Inquiry*, *11*(4), 319–338. doi: 10.1207/S15327965PLI1104_03
55. Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000b). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, *25*(1), 54–67. doi: 10.1006/ceps.1999.1020
56. Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000c). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, *55*(1), 68–78. doi: 10.1037//0003-066X.55.1.68
57. Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2002). Overview of self-determination theory: An organismic dialectical perspective. In E. L. Deci & R. M. Ryan (Eds.), *Handbook of self-determination research* (pp. 3–33). Rochester, NY: Rochester University Press.
58. Ryan, R. M., Deci, E. L., Grolnick, W. S., & La Guardia, J. G. (2006). The significance of autonomy and autonomy support in psychological development and psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Theory and method* (2nd ed., pp. 795–849). Hoboken, NJ: Wiley.

59. Ryan, R. M., Rigby, S., & King, K. (1993). Two types of religious internalization and their relations to religious orientations and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, *65*, 586–596.
60. Sebire, S. J., Standage, M., & Vansteenkiste, M. (2009). Examining intrinsic versus extrinsic exercise goals: Cognitive, affective, and behavioral outcomes. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, *31*, 189–210.
61. Sheldon, K. M., Ryan, R. M., Deci, E. L., & Kasser, T. (2004). The independent effects of goal contents and motives on well-being: It's both what you pursue and why you pursue it. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *30*, 475–486.
62. Signorini, A., De Filippo, E., Panico, S., De Caprio, C., Pasanisi, F., Contaldo, F. (2007). Long-term mortality in anorexia nervosa: a report after an 8-year follow-up and a review of the most recent literature. *European Journal of Clinical Nutrition*, *61*, 119–122.
63. Smink, F. R. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports*, *14*, 406–414. doi: 10.1007/s11920-012-0282-y
64. Soper, D. S. (2019). *A-priori Sample Size Calculator for Multiple Regression [Software]*. Available from <http://www.danielsoper.com/statcalc>
65. Stice, E. (1994). A review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action. *Clinical Psychology Review*, *14*, 633–661.
66. Stice, E., Fisher, M., Martinez, E. (2004). Eating Disorder Diagnostic Scale: Additional Evidence of Reliability and Validity. *Psychological Assessment*, *16*(1), 60–71. doi: 10.1037/1040-3590.16.1.60
67. Stice, E., Ragan, J. (2002). A Preliminary Controlled Evaluation of an Eating Disturbance Psychoeducational Intervention for College Students. *International Journal of Eating Disorders*, *31*(2), 159–171. doi: 10.1002/eat.10018
68. Stice, E., Telch, C. F., Rizvi, S. L. (2000). Development and Validation of the Eating Disorder Diagnostic Scale: A Brief Self-Report Measure of Anorexia, Bulimia, and Binge-Eating Disorder. *Psychological Assessment*, *12*(2), 123–131. doi: 10.1037//1040-3590.12.2.123
69. Strauss, J., & Ryan, R. M. (1987). Autonomy Disturbances in Subtypes of Anorexia Nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, *96*(3), 254–258.
70. Thøgersen-Ntoumani, C., & Ntoumanis, N. (2007). A self-determination theory approach to the study of body image concerns, self-presentation and self-perceptions in a sample of aerobic instructors. *Journal of Health Psychology*, *12*, 301–315.

71. Thøgersen-Ntoumani, C., Ntoumanis, N., & Nikitaras, N. (2010). Unhealthy weight control behaviours in adolescent girls: a process model based on self-determination theory. *Psychology and Health, 25*(5), 535–550. doi: 10.1080/08870440902783628
72. Van den Berghe, L., Soenens, B., Vansteenkiste, M., Aelterman, N., Cardon, G., Tallir, I. B., & Haerens, L. (2013). Observed need-supportive and need-thwarting teaching behavior in physical education: Do teachers' motivational orientations matter? *Psychology of Sport and Exercise, 14*, 650–661.
73. Van der Kaap-Deeder, J., Vansteenkiste, M., Soenens, B., Loeys, T., Mabbe, E., & Gargurevich, R. (2015). Autonomy-supportive parenting and autonomy-supportive sibling interactions: The role of mothers' and siblings' psychological need satisfaction. *Personality and Social Psychology Bulletin, 41*(11), 1590–1604. doi: 10.1177/0146167215602225
74. Vansteenkiste, M., & Ryan, R. M. (2013). On psychological growth and vulnerability: basic psychological need satisfaction and need frustration as a unifying principle. *Journal of Psychotherapy Integration, 23*, 263–280. doi: 10.1037/a0032359
75. Vansteenkiste, M., Neyrinck, B., Niemiec, C. P., Soenens, B., De Witte, H., & Van den Broeck, A. (2007). On the relations among work value orientations, psychological need satisfaction, and job outcomes: A self-determination theory approach. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 80*, 251–277. doi: 10.1348/096317906X111024
76. Verstuyf, J., Vansteenkiste, M., Soenens, B., Boone, L., & Mouratidis, T. (2013). Daily ups and downs in healthy eating and binge eating symptoms: The role of psychological needs, general self-control and emotional eating. *Journal of Social and Clinical Psychology, 32*, 335–361. doi: 10.1521/jscp.2013.32.3.335
77. Wharton, C. M., Adams, T., & Hampl, J. S. (2008). Weight loss practices and body weight perceptions among US college students. *Journal of American College Health, 56*, 579–584. doi: 10.3200/JACH.56.5.579-584
78. World Health Organization. (2018). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11 MMS)*. Retrieved from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
79. Zuroff, D. C., Koestner, R., Moskowitz, D. S., McBride, C., Bagby, M., & Marshall, M. (2007). Autonomous motivation for therapy: A new nonspecific predictor of outcome in brief treatments of depression. *Psychotherapy Research, 17*, 137–148.

PRIEDAI

1 priedas. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal išsilavinimą.

	Pagrindinis/vidurinis išsilavinimas	Aukštesnysis išsilavinimas	Aukštasis išsilavinimas
Klinikinė imtis (N=37)	28 (75,7%)	1 (2,7%)	8 (21,6%)
Neklinikinė imtis (N=137)	104 (75,9%)	3 (2,2%)	30 (21,9%)

2 priedas. Kintamųjų reikšmių skirstinių normalumo patikrinimo rezultatai.

Kintamasis	Tiriamųjų imtis	Shapiro-Wilk testo p reikšmė	Skirstinys artimas normaliajam	Skirstinys skiriasi nuo normaliojo
Autonomijos poreikio frustracija	Klinikinė (N=37)	p=0,529	✓	
	Neklinikinė (N=137)	p=0,005		✓
	Visų tyrimo dalyvių (N=174)	p=0,001		✓
Susietumo poreikio frustracija	Klinikinė (N=37)	p=0,039		✓
	Neklinikinė (N=137)	p<0,001		✓
	Visų tyrimo dalyvių (N=174)	p<0,001		✓
Kompetencijos poreikio frustracija	Klinikinė (N=37)	p=0,409	✓	
	Neklinikinė (N=137)	p<0,001		✓
	Visų tyrimo dalyvių (N=174)	p<0,001		✓
Simptomų kompozito įvertis	Klinikinė (N=37)	p=0,042		✓
	Neklinikinė (N=137)	p<0,001		✓
	Visų tyrimo dalyvių (N=174)	p<0,001		✓
Tiriamųjų amžius (metais)	Klinikinė (N=37)	p<0,001		✓
	Neklinikinė (N=137)	p<0,001		✓
	Visų tyrimo dalyvių (N=174)	p<0,001		✓

Pastaba. $\alpha=0,05$.

3 priedas. Valgymo sutrikimų diagnostikos skalės simptomų kompozito vidinis suderinamumas.

Imtis, kurioje skaičiuotas vidinis suderinamumas	Cronbach alfa
Klinikinė imtis (N=37)	0,852
Neklinikinė imtis (N=137)	0,890
Visų tyrimo dalyvių imtis (N=174)	0,902

Pastaba. Jei Cronbach alfa koeficiento reikšmė yra didesnė už 0,6, patikimumas laikomas pakankamu, o jei didesnė už 0,7 – geru (Pakalniškienė, 2012). Valgymo sutrikimų diagnostikos skalės simptomų kompozitas sudarytas iš 19 klausimų.

4 priedas. Esminių psichologinių poreikių patenkinimo ir frustracijos skalės Autonomijos poreikio frustracijos, Susietumo poreikio frustracijos ir Kompetencijos poreikio frustracijos subskalių vidinis suderinamumas.

Subskalė	Teiginių skaičius	Imtis	Cronbach alfa
Autonomijos poreikio frustracijos	4	Klinikinė imtis (N=37)	0,869
		Neklinikinė imtis (N=137)	0,713
		Visų tyrimo dalyvių imtis (N=174)	0,784
Susietumo poreikio frustracijos	4	Klinikinė imtis (N=37)	0,711
		Neklinikinė imtis (N=137)	0,760
		Visų tyrimo dalyvių imtis (N=174)	0,782
Kompetencijos poreikio frustracijos	4	Klinikinė imtis (N=37)	0,794
		Neklinikinė imtis (N=137)	0,810
		Visų tyrimo dalyvių imtis (N=174)	0,846

Pastaba. Jei Cronbach alfa koeficiento reikšmė yra didesnė už 0,6, patikimumas laikomas pakankamu, o jei didesnė už 0,7 – geru (Pakalniškienė, 2012).

5 priedas. Esminių psichologinių poreikių frustracijos sąsajos su sutrikusiu valgymo elgesiu bendroje visų tyrimo dalyvių imtyje (N=174).

	Simptomų kompozito įverčiai
Autonomijos poreikio frustracijos įverčiai	0,379***
Susietumo poreikio frustracijos įverčiai	0,372***
Kompetencijos poreikio frustracijos įverčiai	0,376***

Pastaba. *** $p < 0,001$.

6 priedas. 1 pav. pavaizduoto moderacinės analizės modelio nepriklausomų kintamųjų multikolinearumo koeficientai.

Kintamasis	Tolerancija	VIF
Autonomijos poreikio frustracija	0,737	1,358
Susietumo poreikio frustracija	0,737	1,358

7 priedas. 3 pav. pavaizduoto moderacinės analizės modelio nepriklausomų kintamųjų multikolinearumo koeficientai.

Kintamasis	Tolerancija	VIF
Autonomijos poreikio frustracija	0,616	1,624
Kompetencijos poreikio frustracija	0,616	1,624

Laurynas Kalesinskas

From: Eric Stice <estice@ori.org>
Sent: 2018 m. gruodis 3 d. 02:35
To: Laurynas Kalesinskas
Subject: Re: Request for permission to use EDDS

You are welcome to translate the EDDS for your thesis. Best of luck with that process. -Eric

From: Laurynas Kalesinskas <l.kalesinskas@gmail.com<mailto:l.kalesinskas@gmail.com>>
Date: Sunday, December 2, 2018 at 8:49 AM
To: Eric Stice <estice@ori.org<mailto:estice@ori.org>>
Subject: Request for permission to use EDDS

Dear Dr Eric Stice,

I am writing to you in order to ask for your permission to translate and use the Eating Disorder Diagnostic Scale (EDDS) in my master's thesis.

I am studying Clinical Psychology at the Department of Clinical Psychology of the Faculty of Philosophy at Vilnius University, Lithuania. The research subject of my master's thesis that I am currently working on is the relationship between basic psychological need frustration and disordered eating.

For my study, I would like to translate the EDDS to Lithuanian and use it for the assessment of the participants' overall level of eating pathology.

Yours sincerely,

Laurynas Kalesinskas

Laurynas Kalesinskas

From: Saulė Raižienė <s.raiziene@mruni.eu>
Sent: 2018 m. gruodis 12 d. 11:50
To: l.kalesinskas@gmail.com
Subject: Pers.: Request for permission to use BPNSFS

Laba diena, Laurynai,

Puiku, kad norite savo tyrime naudoti BPNSFS skalę. Mes tyrime naudojome vaikų versiją, tačiau yra ir suaugusiųjų. Jos skiriasi nežymiai. Jei manote, kad Jums tikslingiau naudoti suaugusiųjų versiją, reikės suderinti su manimi šios skalės vertimą ir tyrimo pabaigoje man atsiųsti lietuviškos suaugusiųjų skalės psichometrinės charakteristikas, kurias aš perduosiu skalės autoriui.

Kuo geriausios kloties,
Saulė

Nuo: Maarten Vansteenkiste <Maarten.Vansteenkiste@UGent.be>

Išsiųsta: 2018 m. gruodžio 4 d., antradienis 16:44

Iki: Laurynas Kalesinskas

Kopija: Saulė Raižienė

Tema: RE: Request for permission to use BPNSFS

Dear Laurynas,

Thanks for your interest. I'm cc-ing Prof. Raiziene who has already a translation available of the psychological need scale. Yet, I'm not sure they made use of the Sheldon and Hilpert (2012) or the Chen et al. (2015) scale. I'm cc-ing her to bring you in contact with her,
Maarten

PS: Saule, if I can be of any help in the project we talked about a while ago, please let me know.

From: Laurynas Kalesinskas [mailto:l.kalesinskas@gmail.com]

Sent: zondag 2 december 2018 22:05

To: Maarten Vansteenkiste <Maarten.Vansteenkiste@UGent.be>

Subject: Request for permission to use BPNSFS

Dear Prof. Dr. Maarten Vansteenkiste,

I am writing to you in order to ask for permission to translate and use the Basic Psychological Need Satisfaction and Frustration Scale (BPNSFS) in my master's thesis.

I am studying Clinical Psychology at the Department of Clinical Psychology of the Faculty of Philosophy at Vilnius University, Lithuania. The research subject of my master's thesis that I am currently working on is the relationship between basic psychological need frustration and disordered eating.

For my study, I would like to translate the BPNSFS to Lithuanian and use it for the assessment of frustration of the needs for autonomy, competence and relatedness.

Yours sincerely,

Laurynas Kalesinskas