

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Klinikinės ir organizacinės psichologijos katedra

Irina Lisauskaitė

Klinikinės psichologijos studijų programa
Magistro darbas

**Valgymo sutrikimais sergančių merginų įveikos strategijų ir emocijų reguliacijos
ypatumų sąsajos su patirta prievarta**

Darbo vadovė: lekt. D. Čekuolienė

Vilnius, 2008

TURINYS

SANTRAUKA.....	3
SUMMARY.....	4
PRATARMĖ.....	5
ĮVADAS.....	6
1.1. Valgymo sutrikimų diagnostinė ir dinaminė samprata.....	6
1.2. Valgymo sutrikimais sergančių merginų streso įveikos ypatumai.....	8
1.2.1. Streso įveikos samprata.....	8
1.2.2. Streso įveika sergant valgymo sutrikimais.....	9
1.3. Valgymo sutrikimais sergančių merginų emocijų reguliacijos ypatumai.....	10
1.3.1. Emocijų reguliacijos samprata.....	11
1.3.2. Emocijų reguliacija sergant valgymo sutrikimais.....	12
1.3.3. Emocijų reguliacijos sunkumų sergant valgymo sutrikimais kilmės aiškinimas.....	13
1.4. Valgymo sutrikimai ir vaikystėje patirta seksualinė prievarta.....	14
1.4.1. Seksualinės prievartos apibūdinimas.....	15
1.4.2. Seksualinės prievartos veiksnio vaidmuo valgymo sutrikimų etiologijoje.....	15
1.4.3. Valgymo sutrikimų simptomų adaptacinė funkcija.....	19
TYRIMO PROBLEMA, TIKSLAS, UŽDAVINIAI IR HIPOTEZĖS.....	21
TYRIMO METODIKA.....	23
3.1. Tyrimo dalyvės.....	23
3.2. Įvertinimo metodai.....	24
3.3. Tyrimo eiga.....	28
3.4. Duomenų tvarkymas.....	29
REZULTATAI.....	30
4.1. Prievartos pobūdis ir kitų stresinių įvykių patyrimas.....	30
4.2. Tyrimo dalyvių grupių VS simptomatikos ir depresijos, nerimo išreikštumo įvertinimas.....	33
4.3. Tyrimo dalyvių grupių įveikos strategijų ir emocijų reguliacijos ypatumai.....	35
4.4. Tyrimo dalyvių emocijų reguliacijos ir įveikos strategijų sąsajos su depresijos ir nerimo lygiu	39
REZULTATŲ APTARIMAS.....	41
5.1. Prievartos pobūdis ir kitų stresinių įvykių patyrimas.....	41
5.2. Tyrimo dalyvių grupių VS simptomatikos ir depresijos, nerimo išreikštumo įvertinimas.....	42
5.3. Tyrimo dalyvių grupių įveikos strategijų ir emocijų reguliacijos ypatumai bei jų sąsajos su depresijos ir nerimo išreikštumu.....	43
IŠVADOS.....	48
LITERATŪRA.....	49
PRIEDAI.....	55

Valgymo sutrikimais sergančių merginų įveikos strategijų ir emocijų reguliacijos ypatumų sąsajos su patirta prievarta

SANTRAUKA

Tyrimai rodo, kad valgymo sutrikimais sergančios merginos pasižymi mažiau adaptyvia streso įveika bei emocijų reguliacijos sutrikdymais lyginant su sveikomis merginomis. Tyrimai ir klinikinė praktika rodo, kad šios merginos vaikystėje dažnai yra patyrusios seksualinę prievartą. Šio tyrimo tikslas yra iširti valgymo sutrikimais sergančių merginų streso įveikos strategijų ir emocijų reguliacijos ypatumų sąsajas su vaikystėje patirta seksualine prievarta.

Šiame tyrime 39,34 procentai valgymo sutrikimais sergančių merginų nurodė iki 18 metų patyrusios kurią nors iš seksualinės prievartos formų, tad galutines tyrimo dalyvių grupes sudarė 24 patyrusios seksualinę prievartą ir 27 nepatyrusios seksualinės prievartos valgymo sutrikimais sergančios merginos bei 48 kontrolinės grupės merginos. Depresija ir nerimas buvo vertinami *Becko depresijos* ir *Spielbergerio Situacinio – vidinio nerimo klausimynu*, įveikos strategijos buvo vertinamos *Grakausko ir Valicko* sukurtu *Keturių faktorių streso įveikos klausimynu*, o emocijų reguliacijos ypatumams tirti buvo taikomas olandų sukurtas *Kognityvinės emocijų reguliacijos klausimynas* ir dvi skalės iš *Garnerio Valgymo sutrikimų klausimyno*.

Tyrimo rezultatai rodo, kad patyrusios seksualinę prievartą stresinėse situacijose rečiau siekia socialinės paramos, tačiau nesiskiria pagal kitas įveikos strategijas lyginant su prievartos nepatyrusiomis merginomis. Seksualinę prievartą patyrusios merginos pasižymi didesniais sunkumais atpažįstant ir įvardinant vidines emocines būsenas bei labiau sutrikusia emocijų reguliacija: nuotaikų nepastovumu, polinkiu į pykčio protrūkius. Patyrusioms seksualinę prievartą labiau būdinga nervinės bulimijos simptomatika: dažnesni persivalgymo epizodai ir kompensaciniu elgesiu (dirbtinai sukeltas vėmimas ir liuosuojančių vartojimas). Sunkumai atpažįstant ir įvardinant emocijas kartu su mažiau turimų įgūdžių reguliuoti emocijas gali pastūmėti įsitraukti į neadaptyvų elgesį tokį kaip persivalgymai ir maisto šalinimas, kuris gali padėti reguliuoti intensyvias emocijas. Ilgiau trunkanti seksualinė prievarta ir panaudota fizinė prievarta, grėsmės gyvybei patyrimas leido numatyti didesnius sunkumus įvardinant vidines emocines būsenas vertinant EDI-3 vidinio suvokimo trūkumo skale.

Seksualinę prievartą patyrusioms merginoms svarbu būtų mokytis pažinti ir įvardinti išgyvenamas emocijas, mokytis adaptyvių emocijų reguliacijos įgūdžių bei mokytis siekti socialinės paramos ir problemų sprendimo įgūdžių, kurie siejami su geresniu psichologiniu funkcionavimu.

Peculiarities of Coping Strategies and Emotion Regulation in Relation to Abuse Experience in Eating Disordered Females

SUMMARY

Research show that eating disorders are associated with less adaptive coping strategies and more emotion regulation impairments. Research studies and clinical practice show that eating disorder females often are victims of childhood sexual abuse. The main purpose of this study is to investigate peculiarities of stress coping strategies and emotion regulation in relation to childhood sexual abuse experience.

24 (or 39,34 %) eating disordered females reported a history of sexual abuse before age 18. The other two groups consisted of 27 eating disordered women who did not report a history of sexual abuse and 48 students. *Beck Depression Inventory* and *State – Trait Anxiety Inventory* were used for evaluation of distress level, *Lithuanian Four-Factor Coping with Stress Questionnaire*, *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* and two scales from the *Eating Disorders Inventory* were used for evaluation of emotion regulation and stress coping peculiarities.

Compared with subjects who did not report a history of childhood sexual abuse, females with a history of sexual abuse are less seeking social support in stressful situations, but don't differ in comparison with other coping strategies. Eating disordered females with a history of sexual abuse exhibited lower emotional awareness and more emotion dysregulation: proneness to anger outbursts, mood instability. Those who report history of sexual abuse were likely to show bulimic symptoms: binge eating episodes and were more likely to use purging behaviors (such as self-induced vomiting or misuse of laxative). Because overeating and purging behaviors may help to modulate negative internal states, individuals with a history of sexual abuse who develop eating disorders may be more likely to develop purging behaviors, possibly as a way of coping with the negative emotional effects of the abuse. Lasting versus single episode sexual abuse and use of force of threats were prognostic of more interoceptive deficits which together with emotion dysregulation may lead vulnerable person to engage in maladaptive eating patterns, that may help to regulate intensive affective states.

It would be important for eating disordered females learning recognize inner emotional states. Building coping skills and emotion regulation skills may start early in treatment and may make patients less vulnerable to relapse.

PRATARMĖ

Jau praėjo daugiau nei šimtas metų, kai Gull (1868) Anglijoje ir Laseque (1873) Prancūzijoje nepriklausomai vienas nuo kito, pirmą kartą aprašė nervinę anoreksiją (cit. pg. Kajokienė, 2002). Tuo tarpu nervinė bulimija kaip atskiras psichikos sutrikimas išskirta XX a. septintajame dešimtmetyje. Nuo pirmųjų nervinės anoreksijos ir bulimijos aprašymų prasidėjo intensyvūs šių sudėtingų sutrikimų tyrinėjimai, besitęsiantys iki šiol. Iki šiol nėra žinoma valgymo sutrikimų etiologija. Manoma, kad sutrikimą lemia daugelio – biologinių, psichologinių, sociokultūrinių – veiksnių derinys (Lask B., 1999). Jau seniai pastebėta, kad valgymo sutrikimais sergančios merginos ir moterys neretai vaikystėje yra patyrusios seksualinę prievartą bei svarstoma šio veiksnio vaidmuo valgymo sutrikimų etiologijoje (Wonderlich, kt., 1996; Smolak, Murnen, 2002).

Klinikinė praktika bei tyrimų duomenys (Corstorphine, 2006; Carter, kt., 2006) rodo, kad seksualinę prievartą patyrusios valgymo sutrikimais sergančios merginos pasižymi aukštu emociniu pažeidžiamumu greta nesugebėjimo ar ribotų gebėjimų reguliuoti savo emocijas. Galimai šioms merginoms emocijos yra pagrindiniai persivalgymus ir kompensacinį elgesį iššaukiantys veiksniai, o įsitikinimai apie mitybą, svorį, figūrą atrodo esą mažiau lemiantys, žinoma, svarbūs valgymo sutrikimų simptomų palaikymui. Valgymo sutrikimams būdingas elgesys (maisto ribojimas, persivalgymo – maisto šalinimo ydingas ratas, alinantis sportavimas, kt.) gali tarnauti kaip bandymas atkurti prarastą kontrolės gyvenime jausmą (ir emocijų kontrolę) ir būdas susitvarkyti tiek su prievartos sukeltais užtvindančiais jausmais, tiek dabartiniais stresoriais gyvenime (Polivy, Herman, 2000).

Pastaraisiais dešimtmečiais tyrinėjami valgymo sutrikimais sergančiųjų streso įveikos ir emocijų išgyvenimo bei reguliacijos ypatumai (Ball, Lee, 2000; Nagata, kt., 2000; Gilboa-Schechtman, kt., 2000), tačiau netyrinėta, kokie emocijų reguliacijos ir streso įveikos įgūdžiai būdingi valgymo sutrikimais sergančioms merginoms su seksualinės prievartos vaikystėje patirtimi. Atsižvelgiant į tai, kad nemaža dalis valgymo sutrikimais sergančiųjų vaikystėje yra patyrusios kurią nors seksualinės prievartos formą, tokie tyrinėjimai padėtų planuoti efektyvesnę pagalbą šiai merginų grupei, mokyti atkryčio prevencijos įgūdžių.

ĮVADAS

1.1. Valgymo sutrikimų diagnostinė ir dinaminė samprata

Valgymo sutrikimų diagnostiniai kriterijai. Išskiriami du tipiniai valgymo sutrikimai (toliau – VS): nervinė anoreksija ir nervinė bulimija. Nervine anoreksija apibūdinamas sutrikimas, kai asmuo sąmoningai mažina ar palaiko mažą kūno svorį. Šiuo metu Lietuvoje galiojančioje Tarptautinėje psichikos ir elgesio sutrikimų klasifikacijoje (TLK-10) pateikiami tokie nervinės anoreksijos (toliau – NA) diagnostiniai kriterijai:

- kūno svoris išlieka bent 15 % mažesnis nei turėtų būti (arba kūno masės indeksas yra 17,5 arba mažesnis);
- baimė priaugti svorio ar sustorėti, sąmoningas svorio mažinimas;
- kūno svorio ir formos suvokimo sutrikimas, pasireiškiantis didžiule baimė sustorėti;
- bendras endokrininės sistemos sutrikimas: merginoms – mėnesinių nebuvimas (TLK–10, 1997).

Nervinė bulimija yra sutrikimas, pasireiškiantis pakartotinais persivalgymo priepuoliais ir išskirtiniu susirūpinimu dėl kūno svorio, dėl ko imamas kraštutinių priemonių suvalgyto maisto „storinančiam“ efektui pašalinti. Nervinės bulimijos (toliau – NB) diagnozei nustatyti reikalingi visi toliau pateikiami kriterijai:

- nuolatinis susirūpinimas valgymu ir nenugalimas potraukis valgyti. Būdingi persivalgymo epizodai, kai per trumpą laiką suvalgomas didelis maisto kiekis.
- priešinimasis „storinančiam“ persivalgymo poveikiui vienu iš šių būdų: dirbtinai sukeltas vėmimas; piktnaudžiavimas liuosuojamaisiais; badavimas; apetitą slopinančių, skydliaukės preparatų ar diuretikų vartojimas.
- liguista baimė sustorėti, kai pacientas nustato sau griežtą svorio ribą, esančią daug žemiau premorbidinio kūno svorio, kuris gali būti optimalus arba normalus (TLK-10, 1997).

Kaip matyti iš pateiktų diagnostinių kriterijų, NA ir NB iš esmės pasižymi ta pačia psichopatologija: susirūpinimu maistu ir savo svorio bei formos pervertinimu. Pagrindinis požymis skiriantis NB nuo NA yra svoris: merginų, sergančių NA, svoris yra akivaizdžiai per mažas, o sergančiųjų NB – svoris dažniausiai yra normalus, tačiau dėl maisto ribojimo ir po jo einančių persivalgymo epizodų derinio svoris gali svyruoti. Kiekvienu konkrečiu esamuoju laiku apie 50 procentų merginų su NA diagnoze turi bulimijos simptomų, o merginos, sergančios NB dažnai praeityje turėjo anoreksijos epizodą (Polivy, Herman, 2002). Maždaug trečdalį sergančiųjų NA išstinka „persivalgymo“ priepuoliai, kurių metu sužlunga jų bandymai riboti maisto suvartojimą ir prarandama

valgymo kontrolė. Klinikiniai tyrimai rodo, kad jų metu suvalgoma nedaug maisto, tad jie galėtų būti laikomi subjektyviais persivalgymo priepuoliais. Neatsižvelgiant į mastus, persivalgymo priepuoliai yra susiję su dideliu stresu, juos lydi gėda ir kaltė (Fairburn, 2004).

Svarbu turėti supratimą ir apie Amerikos psichiatrų asociacijos DSM-IV valgymo sutrikimų klasifikaciją, nes užsienio tyrimų duomenys dažnai pateikiami remiantis būtent ja. Pagrindinis šių klasifikacijų skirtumas tas, kad pagal DSM-IV yra išskiriama ribojanti – ribojančio ir šalinančio tipo NA. Šalinančios NA atveju pasitaiko priepuoliniai persivalgymai ir po jų einantis kompensacinis elgesys. Tai tarpinis variantas tarp ribojančios griežtosios NA ir NB. DSM-IV klasifikacijoje diagnozuojant NB apibrėžiamas laikotarpis: persivalgymo priepuoliai ir svorį mažinantis elgesys kartojasi mažiausiai du kartus per savaitę trijų mėnesių laikotarpyje.

Taigi, tiek NA, tiek NB atveju stebimos intensyvios pastangos sulieknėti ribojant maistą, gausaus persivalgymo ar subjektyviai išgyvenami persivalgymo epizodai, kraštutiniai būdai kompensuoti suvalgytą maistą. Tai yra elgesys, kuris stebimas ir kuriuo remiantis diagnozuojami VS, tačiau išorinis elgesys tėra simptomas – ledkalnio viršūnė, atspindintis gilias savęs vertinimo ir tarpasmenines problemas.

Dinaminė valgymo sutrikimų samprata. Pagrindinė tiek NA, tiek NB psichopatologija – tai stiprus asmens poreikis palaikyti savivertę, kontroliuojant kūno svorį ir figūrą. Baimė prarasti savikontrolę buvo mėginta sieti su giliu bejėgiškumo jausmu (Bruch, 1973) bei nepasitikėjimo jausmu (Selvini, 1974) (cit. pg. Kajokienė, 2002). Daugumai jaunų žmonių VS yra būdas išreikšti didžiulį nusivylimą savimi, savo šeima, draugais. NB atveju maistas simboliškai atstoja santykius su kitais svarbiais asmenimis, dažniausiai tais, kurie ankstyvame amžiuje neatliepė į emocinius poreikius, sukėlė nusivylimą, frustraciją ar net prievartą. Maistas tampa guodėju ir ramintoju, padeda sumažinti įtampą bei atsiriboti nuo skausmingų emocijų, tokių kaip pyktis dėl nepatenkinamų poreikių.

Valgymo sutrikimai atspindi emocinį konfliktą, pasireiškiantį fiziniais simptomais (Kajokienė, 2002). VS sergančios merginos nesugeba toleruoti savo emocinio patyrimo. Jausmai atrodo tartum galingesni už jas pačias. Badavimas tampa metodu, padedančiu kontroliuoti emocijas, o baimė sustorėti atstoja intensyvių jausmų ar išgyvenimų baimę. VS sergančios merginos neigia savo slopinamas pykčio, nepasitikėjimo, nusivylimo emocijas, kad galėtų suvokti realybę be psichinio skausmo. Užslopinamos emocijos apsaugo silpną, fragmentuotą vidinio savęs jausmą, bet tuo pačiu stabdo emocinio brandumo, pasireiškiančio mokėjimu atpažinti, įvardinti, išgyventi bei tinkamai išreikšti emocijas, atsiradimą (Lask, 1999).

Sergančios NA sustoja savo biologinio bei psichologinio vystymosi kelyje. Pasukusios atgal į ankstyvą vaikystę, jos vėl patiria saugumą, meilę, globą, kurios bijojo netekti. Neišspręstas konfliktas tarp autonomijos ir priklausomybės, gali būti vienas iš normalaus fizinio ir emocinio vystymosi

stabdžių. H.Bruch (1973) aprašė tris kliniškai svarbius psichologinio funkcionavimo sutrikimus, būdingus sergančioms NA. Tai kūno vaizdo sutrikimas, klaidingas vidinių kūno pojūčių suvokimas ir asmeninio neefektyvumo jausmas. Nevalgymas gali tapti destruktviu būdu parodyti, kad „aš esu“, „aš galiu“, paskutinė priemonė išreikšti, įtvirtinti save. Dietų laikymasis, kūno kontrolė sukelia palengvėjimą, mergina nebesijaučia nepajėgia auka, bet tampa aktyvia, darančia įtaką sau bei kitiems, valgymo sutrikimų pagalba kurianti savo tapatumą (Lask, 1999; Polivy, Herman, 2002).

Valgymo sutrikimai dažniausiai prasideda paauglystės laikotarpiu. Kraštutinis susirūpinimas maistu ir kūno svoriu, kurie lydi VS pradžia, gali trukdyti naudotis turimomis įveikos strategijomis ir/ar formuoti adaptyvoms įveikos strategijomis, o susikurti valgymo ritualai gali tarnauti kaip streso palengvinimo būdas stokojant kitų adaptyvių streso įveikos strategijų.

1.2. Valgymo sutrikimais sergančių merginų streso įveikos ypatumai

Tyrimai (Ball, Lee, 2000) rodo, kad VS sergančių merginų naudojamos streso įveikos strategijos yra ne tokios efektyvios, adaptyvios lyginant su nesergančių merginų ir moterų. Remiantis Ghaderi ir Scott (2001) tyrimu, vienas rizikos susirgti VS veiksnys yra neadaptyvios įveikos – vengimo strategijos – labai išreikštas naudojimas.

1.2.1. Streso įveikos samprata

Savo darbe, kaip ir daugelis vaikų ir suaugusiųjų įveikos tyrinėtojų, naudosis Lazarus ir Folkman streso įveikos samprata. Autoriai (1984, 141p.) streso įveiką apibūdina kaip *nuolatos besikeičiančias kognityvines ir elgesio pastangas suvaldyti ir kontroliuoti specifinius išorinius ir/arba vidinius reikalavimus, kurie vertinami kaip reikalaujantys daug pastangų arba viršijantys turimus individo išteklius*. Šis apibrėžimas nurodo sąmoningą įveikos strategijų prigimtį, įveiką atskiriant nuo gynybos mechanizmų ir automatinių reakcijų, bei akcentuoja dinaminį įveikos procesą, kurio metu gali kisti žmogaus pasirenkamos įveikos strategijos (Lazarus, Folkman, 1984). Įveikos strategija suvokiama kaip konkreti emocinė, kognityvinė ar elgesio pastanga, kuri, priklausomai nuo jos tikslo, arba reguliuoja emocinį atsaką į stresinę situaciją, arba tiesiogiai keičia pačią situaciją.

Galima skirti į problemos sprendimą ir į emocijas orientuotą įveiką (Lazarus, Folkman, 1984). Dažniausiai *į emocijas orientuotos įveikos formos* taikomos, kai įvertinama, kad negalima nieko padaryti keičiant grėsmingas, žalingas ar iššūkį keliančias aplinkos sąlygas. Į emocijas orientuotos streso įveikos strategijos keičia ne objektyvią situaciją, bet jos suvokimą, selektyviai atkreipiant dėmesį į tam tikrus faktus, juos tendencingai interpretuojant, ieškant prasmės neigiamuose dalykuose.

(Lazarus, Folkman, 1984). Ši įveika mažina situacijos sukeltą distresą, palengvina neigiamus emocinius išgyvenimus.

Į problemos sprendimą orientuotos įveikos formos dažniau pasitaiko, kai minėtos aplinkos sąlygos įvertinamos pasiduodančios keitimams. Į problemos sprendimą orientuota streso įveika pasižymi aktyviais asmens veiksmais siekiant pašalinti stresoriaus įtaką. Šiuo atveju siekiama išspręsti iškilusias problemas keičiant aplinką arba save. Į problemos sprendimą orientuotos įveikos pajėgos nukreipiamos į problemos apibrėžimą, alternatyvių sprendimų paiešką, alternatyvų vertinimą atsižvelgiant į jų privalumus ir trūkumus, pasirinkimą ir vykdymą. Kai kurie tyrinėtojai teigia, kad dvi streso įveikos strategijos neatspindi visos streso įveikos būdų įvairovės. Todėl dažnai kartu su į problemą ir emocijas orientuota strategija, kaip savarankiška išskiriama *vengimo* (Endler, Parker, 1994) ir *socialinės paramos strategija* (Amirkhan, 1992).

1.2.2. Streso įveika sergant valgymo sutrikimais

Nagatos ir bendraautorių tyrimas Japonijoje (2000) parodė, kad VS sergančios merginos rečiau naudoja į problemos sprendimą orientuotą įveiką ir dažniau taiko į emocijas orientuotą streso įveiką. NA ir NB sergančios merginos dažniau naudoja vengimo strategiją bei rečiau linkusios aktyviai spręsti problemą ar keisti situaciją (Block, Furth, 2005), o VS simptomatikos mažėjimas siejamas su vengimo strategijos mažesniu išreikštumu.

Tiek intensyvus, sekinantis sportavimas, tiek patologinis valgymo elgesys kaip kraštutinis maisto ribojimas, persivalgymo-šalinimo elgesys gali būti vertinama kaip streso įveikos strategijos. Tiek sportavimas, tiek dietos laikymasis gali būti vertinami ir kaip teigiami į problemą orientuotos įveikos pavyzdžiai, kai siekiama pagerinti sveikatą arba yra indikacijos numesti svorio, pvz. sergant antro tipo cukriniu diabetu. Tačiau, kai NA serganti mergina energingai ir save baudama sportuoja, siekdama sudeginti kalorijas po paskutinio valgio, akivaizdžiai sportuoja netinkamu būdu. Loumidis ir Wells tyrimas (2000) rodo, kad sportuojantys asmenys, kurie turi tvirtų, bet netinkamų (angl. *maladaptive*) įsitikinimų apie sportą ir mitybą, yra linkę taikyti vengimo ir į emocijas orientuotą streso įveikos strategijas.

Federici ir Kaplan (2008) interviu metu klausė 15 NA sergančių merginų, kokie veiksniai, jų manymu, susiję su pageidaujamo svorio priaugimu arba priešingai – atkryčiu. Palaikančių santykių užmezgimas šiame tyrime siejamas su pageidaujamo svorio priaugimu, jo palaikymu ir sveikimu. Bloks ir bendraautorių longitudinaliniame tyrime (2004) buvo lyginami VS sergančiųjų streso įveikos ypatumai po 2,5 metų nuo gydymosi pradžios. Tyrimo rezultatai parodė, kad merginos ir moterys, kurios nebeturėjo VS simptomų, daugiau naudojos aktyviu problemos sprendimu, mažiau vengimo

strategija ir pasyviu reagavimu bei dažniau siekė socialinės paramos. Socialinės paramos siekimas geriausiai leido prognozuoti VS simptomų sumažėjimą ir geresnį bendrą funkcionavimą. Faktas, kad naudojama įveikos strategija prisideda tiek prie VS simptomatikos, tiek prie bendro funkcionavimo prognozavimo rodo, kad ilgalaikėje perspektyvoje VS sergančios merginos gali gauti naudos mokydamosi siekti socialinės paramos. Prieš pereinant prie VS sergančiųjų emocijų reguliacijos ypatumų temos, dar trumpai paminėsime sunkumus ir kylančius klausimus streso įveikos tyrinėjimuose, nes nepaisant to, kad streso įveika per paskutinius tris dešimtmečius sulaukė itin didelio tyrėjų susidomėjimo, streso įveika yra prieštaringa ir daug diskusijų kelianti tyrimo sritis.

Kyla problemų bandant atskirti streso įveiką nuo kognityvinio situacijos įvertinimo (Valickas, Grakauskas, 2006). Be to, su kognityviniu stresinės situacijos įvertinimu gali būti glaudžiai susiję Ego gynybos mechanizmai, kurie įvairiu lygiu gali iškreipti gaunamą informaciją, kartu leisdami individui iš dalies išspręsti ir pačią problemą (Anderson, 1995). Kita, nesutariama, koku laipsniu streso įveikoje dalyvauja neįsisąmoninti psichiniai procesai. Nors pats R.S. Lazarus (1984) akcentavo sąmoningų pastangų reikalaujančią įveiką, pastarąjį dešimtmetį atliekami tyrimai atskleidžia didelę automatinių nesąmoningų procesų vaidmenį ir svarbą įvairių psichikos reiškinių funkcionavimui (dėmesiui, motyvacijai, kt.), todėl pagrįstai galima numanyti nemažą dalis streso įveikos, ypač orientuotos į kasdienių, įprastų stresorių įveikimą, vyksta automatiškai (Coyne, Gotlieb, 1996).

Dar kita streso įveikos sampratos problema – tai neaiški riba tarp streso įveikos ir jai artimų tyrimo sričių (Gross, 1999): Ego gynybos mechanizmų, savireguliacijos, problemų sprendimo, emocijų reguliacijos, kt. Emocijų reguliacija – gana nauja ir prieštaringa tyrinėjimų sritis. Gross (1999) aptaria dvi šios tyrinėjimų srities ištakas. Viena – tai psichoanalitinė tradicija, kurioje nuo Froido laikų daugiausia dėmesio skiriama nerimo reguliacijai ir Ego gynybos mechanizmų vaidmeniui nerimo reguliacijoje. Kita – tai streso ir įveikos tyrinėjimų tradicija, ypatingai autorių Lazarus ir Folkman (1984) išskirta į problemos sprendimą orientuota įveika ir į emocijas orientuota įveika, kuria siekiama sumažinti neigiamą emocinį patyrimą (Gross, 1999). Kitame skyrelyje išsamiau aptarsime emocijų reguliacijos sampratą bei tyrimų duomenis, aptariančius VS sergančių merginų emocijų išgyvenimo ir reguliacijos ypatumus.

1.3. Valgymo sutrikimais sergančių merginų emocijų reguliacijos ypatumai

Sergančios VS merginos apibūdinamos kaip linkusios slopinti pyktį bei turinčios sunkumų išreiškiant tokius jausmus kaip pyktis, liūdesys ar nerimas (Fassino, kt., 2001). Sergančios NA merginos pasižymi polinkiu kontroliuoti, o sergančios NB – impulsyvumu bei sutrikusia emocijų reguliacija, kuri stebima ydingame maisto ribojimo – persivalgymo – kompensacinio elgesio rate.

1.3.1. Emocijų reguliacijos samprata

Adaptyvią emocijų reguliaciją apibūdina 1) *visų emocijų išgyvenimas* b) *emocinio patyrimo trukmės ir intensyvumo moduliacija* c) *tinkama emocijų išraiška* (Gross, 1999). Esminė šiuolaikinių emocijų teorijų prielaida yra ta, kad emocija yra adaptyvi orientacinė sistema (Stegge, Terwogt, 2007). Gebėjimas patirti visą emocijų skalę leidžia pasinaudoti specifine orientacine informacija, susijusia su kiekviena emocija. Pirminė emocija (pavyzdžiui pyktis, kai pažeidžiamos teisės ar liūdesys išgyvenant netektį) yra atsakas į aplinką ir suteikia kryptingą informaciją bei skatina adaptyvų elgesį. Emocinio patyrimo trukmės ir intensyvumo reguliacija įgalina asmenį išgyventi emociją išvengiant užtvindymo arba atsiribojimo. Tai prisideda prie pasitikėjimo savimi ir galios valdyti savo vidinį patyrimą jausmo. Emocijos išreiškimas socialiai priimtinu būdu palengvina socialinius santykius ir padidina tikimybę, kad į asmeninius poreikius bus atliepta.

Gross (1999) skiria penkis emocijų reguliacinius procesus. Tai *situacijos pasirinkimas* (angl. situation selection), *situacijos keitimas* (angl. situation modification), *dėmesio paskirstymas* (angl. attentional deployment), *kognityvinis keitimas* (angl. cognitive change) ir *atsako moduliacija* (angl. response modulation). Emocijų reguliaciniai procesai gali prasidėti nuo situacijos pasirinkimo, t.y. artėjant arba vengiant tam tikrų situacijų, žmonių ar objektų numatant galimą emocinį poveikį. Kai asmuo jau yra tam tikroje emocijas sukeliančioje situacijoje, jis gali keisti situaciją atitinkamai keičiant ir emocinę reakciją. Žinoma, daugelio situacijų negalima pasirinkti arba jų pakeisti, todėl emocijų reguliacija vyksta ir nekeičiant situacijos. Esant situacijoje asmuo gali naudoti tokias strategijas kaip dėmesio atitraukimas nuo emocinių stimulų arba priešingai asmuo gali įsitraukti į save žlugdantį mąstymą (angl. *ruminatio*), kai visas dėmesys sutelkiamas į situaciją, jos emocines pasekmes. Net kai dėmesys buvo atkreiptas į emocijas sukeltą stimulą, vyksta vertinimas ir prasmės suteikimas, dažniausiai pagal senas patirtis. Situacija gali būti iš naujo vertinama, suteikiant naują prasmę, kognityviškai perstruktūruojama. Situacijos vertinimui įtakos gali turėti psichologinės gynybos, tokios kaip neigimas, izoliacija, intelektualizacija. Į emocinio atsako moduliaciją nukreiptos emocijų reguliacijos strategijos nusako emocinio atsako reguliaciją, kai tik jis kyla. Plačiai priimta, kad alkoholio, narkotinių medžiagų vartojimas, valgymas gali būti naudojami keičiant emocinį patyrimą (Gross, 1999). Visos emocijų reguliacijos strategijos išsidėsto kontinuume nuo sąmoningų, reikalaujančių pastangų iki automatinųjų, pasąmoningų.

Kaip jau minėta, streso įveikos bei emocijų reguliacijos tyrinėjimai dažnai artimai susiję. Iš šių dviejų sąvokų streso įveika yra platesnė, nes įveika apima ir veiksmus, kurių tikslas nėra susijęs su emocijų reguliacija. Emocijų reguliacija apima procesus, kurie įprastai nesvarstomi įveikos literatūroje,

kaip pavyzdžiui emocijų išraiškos ar emocijų fiziologinių aspektų reguliacija arba pozityvių emocijų reguliacija (Gross, 1999). Toliau aptarsime tai, kas iki šiol žinoma apie VS sergančių merginų ir moterų emocijų reguliacijos ypatumus.

1.3.2. Emocijų reguliacija sergant valgymo sutrikimais

NA sergančios merginos apibūdinamos kaip prastai įvardinančios išgyvenamus jausmus ir ilgiau trunkančias emocines būsenas. Tai, kad VS struktūroje labai svarbi vieta sunkumams apibūdinti vidines emocines būsenas pabrėžiama tiek senesniuose (Bruch, 1973), tiek naujuose tyrimuose (Aputytė, 2001; Chambry, kt. 2005).

Lyginant su gausiais tyrimais (Cochrane, kt., 1993, Chambry, kt., 2005), vertinančiais emocijų išsąmoninimo ir vidinių būsenų suvokimo trūkumus, NA sergančių emocijų reguliacijos ypatumai – negausiai tyrinėta sritis, ypač klasikinės – ribojančios anoreksijos atvejais, kai nestebima persivalgymo ir kompensacinio elgesio ydingo rato. Polivy ir Herman (2002) iškėlė prielaidą, kad susitelkimas ties svoriu, figūra ir maistu leidžia pasiekti emocijų kontrolės jausmą. Duomenys iš neseniai atliktų tyrimų (Penas-Lledo, kt., 2002) leidžia kelti prielaidas, kad pernelyg intensyvus sportavimas ir griežtas maisto ribojimas NA atveju padeda reguliuoti emocijas ir gali būti alternatyvus mechanizmas, pakeičiantis persivalgymo – vėmimo ratą, būdingą NB.

Gilboa-Schechtman tyrime (2006) buvo tiriama VS sergančių tiek emocijų išsąmoninimo, tiek emocijų reguliacijos ypatumai (kognityvinė, elgesio emocijų reguliacija, polinkis atitraukti dėmesį arba išsitraukti į save-žlugdantį mąstymą kaip reakcija į depresišką nuotaiką, kt.). Tiek sergančios NB, tiek sergančios NA pasižymėjo panašiais emocijų reguliacijos sunkumais: lyginant su sveikomis sergančios NA ir NB dažniau linkusios išsitraukti į save žlugdantį mąstymą bei rečiau naudoja dėmesio atitraukimo strategijas (Gilboa-Schechtman, kt., 2006). Gilboa-Schechtman tyrime (2006) tiek sergančios NA, tiek NB pasižymėjo sunkumais išsąmoninant emocijas ir jas apibūdinant.

Valgymas NB atveju gali tarnauti kaip neigiamų nuotaikų reguliacija. Persivalgymo priepuolius gali sukelti patys įvairiausi nemalonūs jausmai. Ypač ryškus stimulus – prislėgta nuotaika. Kitos emocinės priežastys: įtampa, beviltiškumas, vienišumas, nuobodulys, irzlumas ir pyktis (Fairburn, 2004). Nuo persivalgymo kenčiantys žmonės gali teigti, kad persivalgant juos apima betarpiški, tačiau laikini teigiami jausmai, pavyzdžiui jie gali jausti palengvėjimą. Dingsta alkio ir nesotumo potyriai, taip pat persivalgymo priepuolį paskatinę prislėgta nuotaika ir nerimas. Bet palengvėjimo būseną greitai keičia gėda, pasišlykštėjimas ir kaltė. Netenkama vilties kontroliuoti persivalgymo priepuolius. Dažnai taip pat jaučiama įtampa, nes užvaldo baimė priaugti svorio. Tuomet gali būti griebiamasi

ekstremalių kompensacinių priemonių tokių kaip dirbtinai sukeliamas vėmimas ar liuosuojančių vartojimas.

Corstorphine (2006) aptaria du modelius, kuriais bandoma aiškinti valgymo sutrikimų elgesį kaip emocijų reguliacijos būdą. Vienas iš modelių – *blokavimo* – buvo sukurtas aiškinant persivalgymo elgesį, bet gali būti pritaikytas ir aiškinant maisto ribojimą kaip emocijų reguliavimo būdą. Remiantis blokavimo modeliu, tiek persivalgymas, tiek maisto ribojimas padeda trumpam slopinti emocijas, kurių VS sergančios merginos negali ištoleruoti ir ištalpinti viduje. Tačiau blokavimas veikia trumpai, o ilgalaikėje perspektyvoje didina patiriamą distresą. Kitas – *pabėgimo nuo įsisąmoninimo* (angl. *escape from awareness model*) – modelis aiškina gausaus persivalgymo priepuolius. Pagal šį modelį, kai asmuo patiria didelį stresą ir intensyvias emocijas, kyla noras pabėgti iš šitos būsenos, jo įsisąmoninimas susiaurėja, sumažėja elgesio kontrolė ir persivalgymas pasireiškia kaip pasekmė sumažėjusio tokio elgesio slopinimo (Heatherton, Baumeister, 1991, cit. pg. Blackburn, kt., 2006). Šis procesas panašus į disociacijos procesą. Persivalgymo priepuolių metu žmonės dažnai sakosi išgyvenantys į transą panašią būseną, kai elgesys tampa beveik nesąmoningas, tarsi valgytų visai kitas žmogus. Kai kurie žmonės pasakoja, kad persivalgymo priepuolio metu žiūri televizorių, klausosi garsios muzikos arba naudoja kokią nors kitą dėmesio atitraukimo formą, kad tik išvengtų galvojimo apie tai, ką daro (Fairburn, 2004).

Apibendrinant galima pasakyti, kad dauguma valgymo sutrikimų elgesio simptomų tokių kaip maisto ribojimas, pernelyg intensyvus sportavimas, persivalgymai ir kompensacinis elgesys ne tik padeda reguliuoti svorį, bet gali būti ir būdas reguliuoti emocijas bei palengvinti įtampą, disforines nuotaikas turint mažiau kitų adaptyvesnių būdų susitvarkyti su intensyviomis emocijomis. Bandoma suprasti, kokie veiksniai lemia emocijų įsisąmoninimo ir reguliacijos sunkumus.

1.3.3. Emocijų reguliacijos sunkumų sergant valgymo sutrikimais kilmės aiškinimas

Vaikas mokosi atpažinti, įvardinti ir apibūdinti savo emocinį patyrimą glaudžioje sąveikoje su motina per empatinį jausmų ir poreikių atspindėjimą. Keliamos prielaidos, kad sergančiųjų VS emocijų reguliacijos sunkumų kilmė ankstyvoje aplinkoje, kurioje emocinis bendravimas yra ignoruojamas arba į emocijų reiškimą reaguojama nepalankiai (Corstorphine, 2006).

VS sergančių merginų šeimose pyktis, nepasitenkinimas, liūdesys, individualumo reiškinys sunkiai priimamas, tuo tarpu ypatingai vertinama laiminga veido išraiška, nepasidavimas nesėkmėms, pozityvus nusiteikimas (Polivy, Herman, 2002). Manoma, kad sunkumai išreikšti emocijas yra susiję su tuo, kad sergančių NA tėvai dažnai nesugeba priimti savo vaikų jausmų ir bando nurodyti, kaip tam tikrose situacijose vaikas turėtų jaustis. Vaikas išmoksta būti „tobulas“, elgdamasis taip, kad įtiktų

kitiems. Tokiose šeimose į liūdesio, pykčio reiškimą gali būti reaguojama tokiais pasakymais kaip „jei negali rodyti laimingo veido, išvis nesirodyk“, „sudėk savo jausmus į burbulą ir leisk skristi tolyn“ arba „kišk savo pyktį į stalčių ir uždaryk“. Jausmai yra nuvertinami, nepriimami, draudžiami arba neigiami. Vaikas augdamas tokioje aplinkoje pradeda tikėti, kad emocijos yra blogos, rizikingos ar pavojingos ir todėl neturėtų būti patiriamos. Jei nepavyksta išvengti pykčio, liūdesio ar nerimo, stengiamasi bent jau jų neparodyti. Vaikas gali jaustis nevykėliu tiesiog išgyvendamas emocijas ir stengsis nuslopinti jų išgyvenimą, siekdamas išvengti to nemalonaus jausmo.

Įsitikinimai apie emocijų nepriimtinumą sužadina kiekvieną kartą, kai išgyvenama pirminė emocija. Pirminė emocija yra adaptyvus atsakas į aplinką (pvz., pyktis, kai pažemina, liūdesys, kai kas nors nuvilia) ir motyvuoja atitinkamai elgtis. Tačiau įsitikinimas, kad tos emocijos yra netinkamos, nepriimtinos neleidžia pasinaudoti su emocija susijusia vertinga informacija ir sukelia antrines emocijas (pvz., kaltę dėl išgyvenamo pykčio, pyktį dėl nusiminimo, gėdą dėl išgyvenamo nerimo). Antrinė emocija kyla kaip pasekmė vertinimo, kad jausmai yra „blogi“. Tiek nerimas, tiek depresija didele dalimi kyla dėl antrinių emocinių būsenų, nes pirminės emocinės situacijos galėtų būti išspręstos ir toleruotinos, jei pirmiausia pavyktų išvengti neigiamų jausmų apie emocijų išgyvenimą. Antrinės emocijos trukdo atkreipti dėmesį į pirminę emociją ir išspręsti problemą, kuri sukelia jausmus. Vietoj to, emocijų išgyvenimas ir išraiška slopinama per valgymo ir/ar kitą elgesį (Corstorphine, 2006).

Pastaraisiais dešimtmečiais didelio dėmesio susilaukusi, bet prieštaravimų pilna sritis – seksualinės prievartos įtaka vėliau gyvenime pasireiškiantiems valgymo sutrikimams.

1.4. Valgymo sutrikimai ir vaikystėje patirta seksualinė prievarta

Tiek tyrimų duomenys, tiek klinikinė praktika rodo, kad VS sergančių merginų vaikystę dažnai lydi stresiniai įvykiai: mirtys, išsiskyrimai, tėvų nesutarimai, fizinės ligos, patyčios ir prievarta (Fairburn, 2004). Seksualinė prievarta yra vienintelis išsamiau išnagrinėtas aspektas. Nors nežinoma, kokia dalis vaikystėje patyrusių seksualinę prievartą suserga VS, tačiau tyrimai (Wonderlich, kt., 1996; Smolak, Murnen, 2002) rodo, kad tarp VS sergančių merginų ir moterų apie trečdalis vaikystėje ar paauglystėje yra patyrusios seksualinę prievartą.

Tyrimai (Bulik, 2001) rodo, kad procentas patyrusių seksualinę prievartą tarp sergančių VS pacienčių nėra aukštesnis negu nuo kitų psichikos sutrikimų kenčiančių pacientų. Galima sakyti, kad vaikystėje seksualinę prievartą patyrusioms merginoms ir moterims apskritai gresia didesnė psichikos, o ne konkrečių VS rizika, tačiau tai, žinoma, nesumažina seksualinės prievartos, kaip atskirų atvejų etiologinio veiksnio, svarbos (Fairbur, 2004).

1.4.1. Seksualinės prievartos apibūdinimas

Seksualinė prievarta yra sunkiausia prievartos prieš vaikus forma, turinti skaudžius padarinius visai vaiko raidai. Suaugęs pasinaudoja vaiko meile, priklausomybe ir pasitikėjimu, peržengiamos fizinės ribos, pasikėsinama į savasties vientisumą. Savo darbe naudosis Finkelhor ir Korbin seksualinės prievartos apibrėžimu, kuris apima tiek psichologinius, tiek teisinius vaikų seksualinės prievartos aspektus (cit. pg. Blažys, kt., 1996, 27 p.):

Vaikų seksualinė prievarta – tai bet koks seksualinis kontaktas tarp suaugusiojo ir seksualiai nesubrendusio (seksualinis subrendimas – tiek socialinis, tiek fiziologinis) vaiko ar paauglio, suaugusiajam siekiant seksualinio pasitenkinimo; ar bet koks seksualinis kontaktas su vaiku, naudojant jėgą, grasinimus, meluojant, jog vaiko dalyvavimas tame kontakte yra nekenksmingas vaikui; seksualinis kontaktas su vaiku, kuriam vaikas negali duoti informuoto sutikimo dėl amžiaus, jėgos skirtumo ar santykių su suaugusiuoju pobūdžio. Išskiriami du pagrindiniai seksualinės prievartos tipai:

- prievarta esant tiesioginiam seksualiniam kontaktui (prievarta su prasiskverbimu - vaginalinis, analinis, oralinis lytinis aktas; vaiko genitalijų ir krūčių glamonėjimas, vaiko vertimas glamonėti prievartautojo ar kitų asmenų lytinius organus ir pan.);
- seksualinė stimuliacija, kai nėra tiesioginio fizinio kontakto (eksbicionizmas, vertimas žiūrėti pornografinius filmus, vertimas stebėti suaugusiuosius ar kitus vaikus besielgiant seksualiai, vaikų fotografavimas nusirenginėjant ir pan.). Dažniau pasitaiko seksualinės prievartos formos be prasiskverbimo, tačiau neigiamas psichologinis poveikis vaiko psichologinei raidai gali būti toks pat žalojantis (Howe, 2005).

Minėtas terminas - vaikų seksualinė prievarta – apima ir paauglystės laikotarpį (12-18 m.), nes taikomas asmenims iki 18 metų amžiaus (remiantis Lietuvos Respublikos įstatymais, vaiku laikomas asmuo iki aštuoniolikos metų), kurie savo gyvenime yra patyrę bet kurią seksualinės prievartos formą.

1.4.2. Seksualinės prievartos veiksnio vaidmuo valgyimo sutrikimų etiologijoje

Kaip ir daugelis kitų sudėtingų psichikos sutrikimų VS, manoma, kyla dėl daugelio rizikos ir apsauginių veiksnių sąveikos (Lask, 1999). Vaikystėje ar paauglystėje patirta seksualinė prievarta nėra nei būtinas, nei pakankamas veiksnys susirgti VS, tačiau kartu pasireiškiant kitiems rizikos veiksniams, gali pastūmėti pažeidžiamus asmenis link šių sutrikimų (Rorty, Yager, 1996).

Finkelhor ir Browne (1985) aprašė seksualinės prievartos pasekmes keturiais trauminiais veiksniais: traumine seksualizacija; stigmatizacija, kai vaikas jaučiasi kažkokiu būdu „sugadintas“ dėl to, ką patyrė; išdavyste, kuri apima ir supratimą, kad jis buvo sužalotas arba/ ir neapsaugotas asmens ar

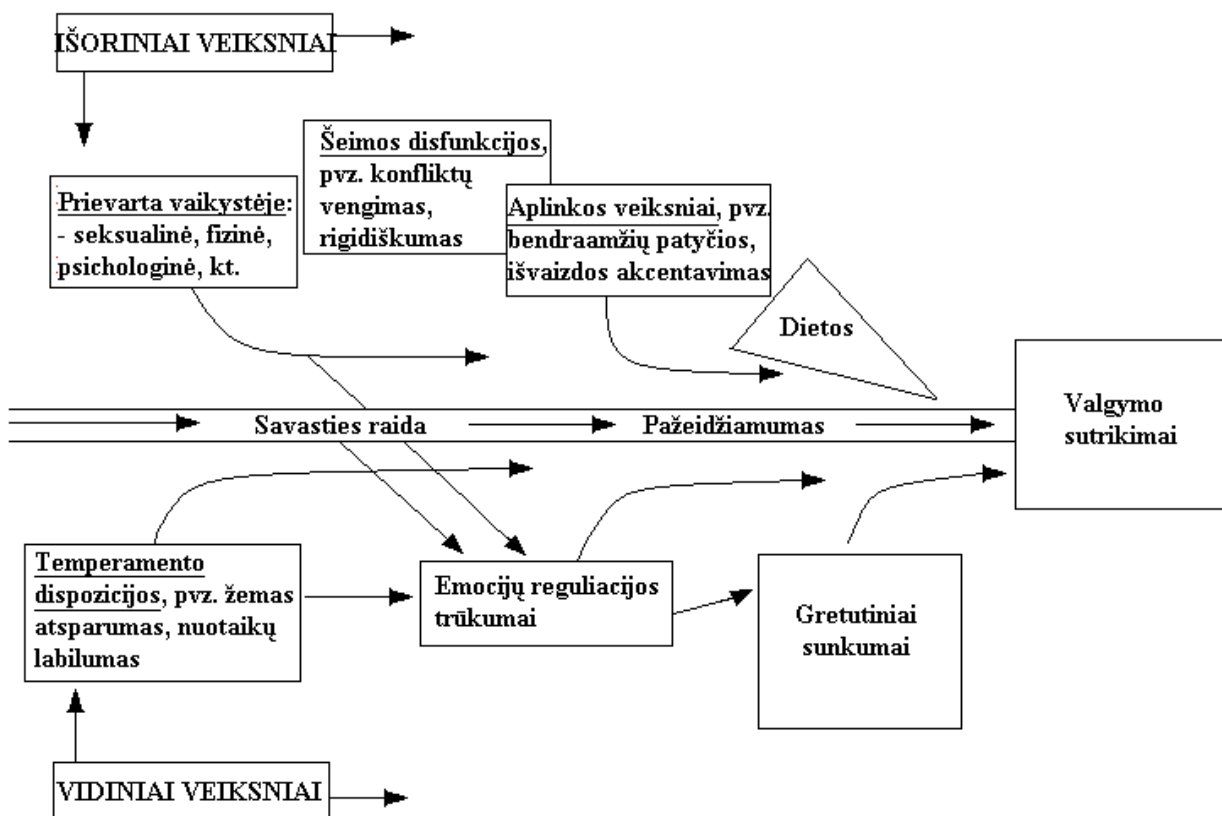
asmenų, nuo kurių priklauso ir kurie turėtų juo rūpintis; ir bejėgiškumu patiriant prievartą, kai nėra galimybių ką nors pakeisti ar sustabdyti prievartą (cit. pg. Friedrich, 1995). Šis bejėgiškumo jausmas gali plėstis iki jausmo, kad ne tik negali apsaugoti savo kūno, bet ir supantis pasaulis, žmonės, įvykiai visiškai nepriklauso nuo asmens galių (Root, 1991). Pirmieji du veiksniai galbūt labiau specifiškai seksualinei prievartai, o išdavystė ir bejėgiškumas – svarbūs veiksniai patyrus ar patiriant ir fizinę prievartą, kuri dažnai eina kartu su seksualiniu bei emociniu smurtu.

Svarbu atsižvelgti į tai, kad gali būti kritiniai laikotarpiai raidoje, kai ta pati prievarta gali turėti skirtingas pasekmes vaiko raidai. Seksualinė prievarta paauglystėje gali paskatinti prievartos auką susieti bręstantį kūną su pažeidžiamumu (ir/ arba atsakomybe dėl patirtos prievartos, kai kūnas „išduoda“) patirti prievartą, kai tuo tarpu prievarta ankstyvame amžiuje gali turėti skirtingas pasekmes, nes vaikas prievartą vertina ne kaip kažką, kas atsitinka jam, bet kad tai apie jį kaip asmenį, kuris yra visiškai nevertingas bei patiriama prievarta internalizuojama kaip dalis bazinio savęs vertinimo (Rorty, Yager, 1996). Rosenbloom ir bendraautorių (1999) teigimu, prievartos patyrimas ypač žeidžia savęs vertinimą, jei asmuo iki tol buvo kitų nuvertinamas.

Svarbu atsižvelgti ir į patirtos prievartos bei įgimto temperamento sąveiką vaiko psichologinei raidai ir psichopatologijos susiformavimui. VS sergančios jaunos moterys apibūdinamos kaip per daug nuolaidžios ir paklūstančios kitų norams savo poreikių kaina, suvaržytos socialiniuose santykiuose, ypatingai jautrios kritikai, pasižyminčios emociniu labilumu (Polivy, Herman, 2002). Šios asmenybės savybės palieka mažai lankstumo ir atsparumo, kuris padėtų įveikti gyvenimo sunkumus ir patirtą prievartą.

Vis daugiau tyrimų rodo genetiškai perduodamą polinkį susiformuoti valgymo sutrikimams (Fairburn, 1999). Didelis procentas afektinių sutrikimų ir priklausomybės nuo alkoholio ir kitų narkotinių medžiagų nustatoma tarp pirmos eilės sergančių VS giminaičių, kas rodytų biologinį šių sutrikimų ryšį. Galimai, predispozicija šeimos istorijos gretutiniams psichikos sutrikimams, kurie visi atspindi sutrikusią impulsų kontrolę ir emocijų reguliaciją, gali padidinti prievartą patyrusios merginos pažeidžiamumą susirgti VS (Rorty, Yager, 1996).

Autoriai Rorty ir Yager (1996) pasiūlė hipotetinį modelį, kuris gali padėti geriau suprasti VS susiformavimą patyrus seksualinę prievartą (*1 pav.*). Šis modelis apima aukščiau aptartą 1) prievartos patyrimą ir prievartos pasekmes savasties ir kūno suvokimo raidai; 2) temperamentinį pažeidžiamumą; 3) predispoziciją gretutiniams sutrikimams bei 4) emocijų reguliacijos trūkumus ir 5) šeimos disfunkcijas bei artimųjų ir/ar bendraamžių aplinką, pabrėžiančią svorį, išvaizdą, dietų laikymąsi.



1 pav. Seksualinės prievartos veiksnio vaidmuo valgymo sutrikimų susiformavime (Rorty, Yager, 1996, p. 26).

Emocijų reguliacijos trūkumai, kylantys tiek iš ankstyvosios sąveikavimo patirties šeimoje, tiek dėl seksualinės prievartos patyrimo, yra dar vienas rizikos veiksnių seksualinę prievartą patyrusioms merginoms ir moterims susirgti VS vėlesniame amžiuje. Raidos psichologai (Wenar, 2005; Friedrich, 1995) teigia, kad vaikystėje patirta seksualinė prievarta giliai sutrikdo emocijų reguliacijos įgūdžių formavimąsi.

Vaikystėje patirta prievarta neabejotinai užtvindo emocijomis, kurias sunku reguliuoti aplinkoje, kuri dažnai neskatina adaptyvaus emocinio atsako. Seksualinę prievartą patyrusiems vaikams būdinga sutrikusi emocijų reguliacija, sunkumai atpažįstant ir išreiškiant emocijas lyginant su vaikais, nepatyrusiais prievartos (Howe, 2005). Vis daugiau tyrimų patvirtina, kad su vaikystėje patirta prievarta susiję sunkumai įvardinant ir išreiškiant emocijas gali tęstis ir suaugusiame amžiuje (Luterek, kt., 2005). Sulaukdami minimalios pagalbos, vaikai išmoksta nedaug būdų reguliuoti intensyvias emocijas, ko pasekoje gali kilti problemų tiek dėl perdėtos emocijų kontrolės, tiek dėl nepakankamos emocijų reguliacijos (Paivio, Laurent, 2001).

Vaikystėje patiriama seksualinė prievarta įneša didžiulę sumaištį į besiformuojantį savęs, pasaulio ir tarpasmeninių santykių supratimą bei sukelia baimę, intensyvius pykčio, liūdesio, gėdos ir kaltės jausmus (Howe, 2005). Tiek šių emocijų intensyvumas, tiek chroniškumas gali užtvindyti vaiko psichiką. Emociškai nesaugioje ir nepalaikančioje aplinkoje prievartą patyrę ar patiriantys vaikai išmoksta pasikliauti tokiomis strategijomis kaip disociacija, neigimas, perdėta kontrolė tvarkantis su užtvindančiomis emocijomis (Paivio, Laurent, 2001). Minėtos strategijos atskiria vaikus nuo su emocija susijusia informacija, kuri svarbi adaptyviam funkcionavimui. To pasekmė, kad prievartos aukos negali savęs įtvirtinti, patenkinti savo poreikiais, nubrėžti ribas tarpasmeniniuose santykiuose (Herman, 2006). Nuolatinio emocijų slopinimo pasekmė – stresas ir įtampa organizme, kuri prisideda prie neadaptyvaus užtvindančio nerimo ir įniršio. Nuolatinis emocijų vengimas sumažina emocijų įsisąmoninimą ir pasireiškia sunkumais atpažįstant ir apibūdinant emocinį patyrimą. Šie sunkumai susiję su depresija, nerimu, somatizacija (Paivio, Laurent, 2001). NA ir NB dažnai įvardinama kaip psichosomatiniai sutrikimai, kurių metu stebima sutrikusi verbalizacija, sunkumai atpažįstant ir apibūdinant vidinį emocinį patyrimą, kai vidinis patyrimas „prabyla“ kūno kalba (Lask, Wren, 1999).

Patiriantys prievartą vaikai gali būti apsaugoti nuo žalos, jei turi artimus, palaikančius santykius nors su vienu iš svarbių ir pastovių žmonių savo gyvenime, kuris gali suteikti saugumą ir rūpestį (Furnissas, 2002). Sergančiųjų NA šeimoms būdingas polinkis vengti konfliktų, artimo bendravimo stoka, įsibrovimas į kito šeimos nario erdvę, sergančių NB šeimose būdinga daugiau konfliktiškumo, daugiau kritiškumo, perdėtos tėvų kontrolės, mažiau organizuotumo ir prisirišimo (Garner, 1985; Brookings, Wilson, 1994) – gali sudaryti palankias sąlygas VS formuotis pažeidžiamų asmenų grupėje

Grįžtant prie pristatyto Rorty ir Yager (1996) modelio, svarbūs ir sociokultūriniai veiksniai, kurie gali sutrikdyti normalią vaiko vystymosi raidą bei pastūmėti pažeidžiamas merginas ir moteris susirgti būtent VS, o ne – arba kartu su – kitais psichikos sutrikimais, būdingais patyrusioms seksualinę prievartą. Šeimoje vyraujantis išvaizdos akcentavimas, pasikartojančios bendraamžių patyčios siejama su padidinta bulimijos simptomatikos pasireiškimo rizika. Vakarų kultūrose idealizuojami plonumo standartai, dietų kultūros didina riziką įsitraukti į dietų laikymąsi, skatina nepasitenkinimą savo kūnu, „mokina“ sieti savivertę su išorine išvaizda (Steiner, kt., 2003; Schmidt, 2003). Perėjimas nuo įprastinio dietų laikymosi prie griežto maisto ribojimo, dažnai aprašomas kaip paleidžiamasis VS mechanizmas, gali dažniau pasitaikyti tarp merginų, kurios pasižymi žema saviverte ir emocijų reguliacijos sunkumais (Sim, Zeman, 2006).

Apibendrinant svarbu pasakyti, kad Rorty ir Yager (1996) pasiūlytas modelis – tik bendras valgymo sutrikimų susiformavimo modelis, aiškinantis galimus kelius seksualinės prievartos aukoms vėliau gyvenime susirgti valgymo sutrikimais. Kiekvienu individualiu atveju svarbu atsižvelgti į realiai veikiančius veiksnius, jų stiprumą bei sąveikos ypatumus kiekvienos merginos asmeninio gyvenimo

kontekste. Toliau aptarsime galimas sąsajas tarp patirtos seksualinės prievartos ir VS bei VS simptomų adaptacines funkcijas seksualinės prievartos aukoms.

1.4.3. Valgymo sutrikimų simptomų adaptyvi funkcija

Remiantis psichodinaminiu požiūriu, VS simptomai seksualinę prievartą patyrusioms merginoms gali turėti svarbią prisitaikymo ar net išlikimo, nors ir savęs žalojimo kaina, prasmę. Svarbu priimti požiūrį, kad VS simptomai turi savo funkciją ir prasmę (Schwartz, Gay, 1996; Root, 1991).

Seksualinė prievarta, patirta vaikystėje, visada sukelia gilų bejėgiškumo jausmą ir atima kontrolės gyvenime jausmą bei gali sukelti poreikį iš naujo ją simboliškai atgauti per maisto, kūno formos, svorio kontrolę ir badavimą. Bejėgiškumo jausmas išgyvenamas ne tik vykstant prievartos aktui, bet išlieka ir prievartai pasibaigus. Seksualinės prievartos išgyvenimai sutrikdo asmeninės galios pajautimą, kad galima įtakoti kitus žmones ar aplinką arba kontroliuoti save. Neretai prievartos aukoms atrodo, kad jos negali nieko kontroliuoti ir atliekami veiksmai yra beprasmingi. Seksualinės prievartos aukos neretai pakartotinai įsitraukia į prievartinius santykius ir būna dar kartą išnaudojamos (Herman, 2006; Rosenbloom, kt., 1999). Kitais atvejais, kyla noras niekada daugiau neprarasti kontrolės, ko pasekoje pradedama viską kontroliuoti, o maisto, svorio bei figūros kraštutinė kontrolė atstoja kontrolės gyvenime jausmą.

Pasikartojantys ir nekontroliuojami persivalgymo epizodai, po jų einantis sekinantis maisto šalinimas dažnai aprašomi kaip disociacinis mechanizmas, turintis adaptacinę prasmę valgymo sutrikimais sergančioms merginoms. Rosenbloom ir bendraautorių teigimu (1999) disociacija yra emocinis ir kognityvinis pabėgimas iš situacijos, iš kurios negalima pasitraukti fiziškai. Seksualinės prievartos auka gali atrasti būdų pakeisti savo sąmonės būseną, siekdama izoliuoti save nuo skausmo arba atsiskirti nuo savo kūno, lyg stebėtų viską iš šalies, siekdama reguliuoti savo vidines emocijas būsenas (Furnissas, 2002). Tai apima savęs žalojimą, kompulsyvų seksualinį elgesį, kompulsyvų rizikingą elgesį, psichiką aktyvinančių medžiagų vartojimą (Herman, 2006). Kiti būdai save žaloti – tai kūno sekinimas badaujant, gausūs persivalgymai, maisto šalinimas ir liuosuojančių vartojimas. Šiuos simptomus galima įvardinti kaip nesąmoningą prievartos kartojimą – kūnas patiria prievartą, tik šįkart, atrodo, išsaugant iliuziją, kad tai kontroliuojama (Costin, 1996).

Root ir Fallon (1988) teigimu prievarta prisideda prie moterų pažeidžiamumo susirgti VS kaip būdas įveikti pyktį, bejėgiškumą ir depresiją, kylančius iš fizinių ribų pažeidimo (cit. pg. Schwartz, Gay, 1996). Neapykanta prievartautojams dažnai nukreipiama į save ir gali būti perkeliama paniekintam kūnui, kuris nesąmoningai baudžiamas per maisto ribojimą ir persivalgymo – kompensacinį elgesį. VS simptomai gali atspindėti pastangas suvaldyti užtvindančias emocijas ir

prisiminimus po seksualinės prievartos, ištoleruoti gėdos jausmą. Susirūpinimas svoriu, maisto ribojimas, po to einantys persivalgymo epizodai ir maisto šalinimas gali tarnauti kaip anestetikai, kurie leidžia pamiršti psichinį skausmą ir atsiriboti nuo kita vertus atrodo užtvindančių jausmų. Seksualinės prievartos vaikystėje aukos nesusitvarkydamos su intensyviais, neigiamais afektais, gali naudotis VS simptomais kaip būdu susitvarkyti su minėtomis emocijomis bei prievartos prisiminimais.

VS ir disociaciniai simptomai gali pasireikšti kartu esant žemai savasties integracijai, kai nėra kitų simbolių ar verbalinių būdų išreikšti skausmingus prisiminimus ir intensyvias emocijas (Schwartz, Gay, 1996). Root (1991) yra pastebėjusi, kad kai kuriais atvejais, kai merginos sumažina persivalgymų dažnumą ir kompensacinę elgesį iki to, kai pakankamai paliečiama seksualinės prievartos tema, gali padažnėti kitas žalingas elgesys toks, kaip savęs žalojimas, alkoholio vartojimas, padidėti savižudybės rizika. Merginos netenka būdo, kuris padėdavo nujautrinti, atsiriboti nuo užtvindančių emocinių būsenų, tačiau neturi kitų adaptyvesnių būdų, kaip susitvarkyti su užtvindančiais jausmais (Root, 1991).

Taigi psichodinaminiu požiūriu VS simptomai gali turėti savo adaptacinę funkciją ir prasmę merginoms, patyrusioms seksualinę prievartą. Toks požiūris gali padėti merginoms išgyventi mažiau kaltės ir gėdos dėl valgymo sutrikimų bei sėkmingiau perdirbti prievartos sukeltus jausmus ir mintis, skatinti sėkmingą seksualinės prievartos patyrimo perdirbimą ir integraciją į gyvenimo istoriją. Kai VS simptomų funkcijos, tokios kaip savęs nuraminimas ar būdas susitvarkyti su užtvindančiu pykčiu, atskleidžiamos galima mokytis adaptyvesnių būdų reguliuoti emocijas, susitvarkyti su įtampa ir stresu.

TYRIMO PROBLEMA, TIKSLAS, UŽDAVINIAI IR HIPOTEZĖS

Tyrimai (Wonderlich, kt., 1996; Smolak, Murnen, 2002) rodo, kad apie trečdalis valgymo sutrikimais sergančios merginų vaikystėje yra patyrusios seksualinę prievartą. Vaikystėje ar paauglystėje patirta seksualinė prievarta nėra nei būtinas, nei pakankamas veiksnys susirgti valgymo sutrikimais, tačiau kartu su kitais rizikos veiksniais gali pastūmėti pažeidžiamus asmenis link šių sutrikimų (Rorty, Yager, 1996). Nepaisant gausių tyrinėjimų, iki šiol nėra aiškus seksualinės prievartos veiksnio vaidmuo valgymo sutrikimų etiologijoje.

Psichodinaminiu požiūriu, valgymo sutrikimų simptomai seksualinę prievartą patyrusioms merginoms gali turėti svarbią prisitaikymo prasmę, nors ir skaudžių pasekmių kaina (Schwartz, Gay, 1996). Valgymo sutrikimų simptomai gali atspindėti pastangas susitvarkyti tiek su prievartos sukeltais užtvindančiais jausmais, tiek dabartiniais stresoriais gyvenime. Galbūt seksualinę prievartą patyrusioms merginoms, turinčioms mažiau gebėjimų verbalizuoti ir simbolizuoti vidinį patyrimą bei mažiau įgūdžių reguliuoti intensyvias emocijas, persivalgymai ir kompensacinis elgesys tarnauja ne tik kaip bandymai kontroliuoti svorį, bet ir adaptacinis mechanizmas, padedantis nusiraminti, sumažinti įtampą ir nerimą.

Seksualinės prievartos aukos suaugusiame amžiuje dažniau pasižymi mažiau adaptyvia įveika stresinėse situacijose, turi mažiau būdų reguliuoti intensyvias emocijas lyginant su sveikomis merginomis (Howe, 2005; Nash, kt., 2003). Panašūs sunkumai (sunkumai įsisąmoninant išgyvenamas emocijas, sutrikusi emocijų reguliacija, mažiau adaptyvi streso įveika) stebimi ir tarp sergančių valgymo sutrikimais merginų (Ball, Lee, 2000; Corstorphine, 2007). Peržvelgę literatūrą neradome darbų, kuriuose būtų tiriama emocijų reguliacijos ir streso įveikos ypatumai tarp valgymo sutrikimais sergančių merginų, kurios yra patyrusios seksualinę prievartą, tad savo darbe nusprendėme patyrinti šią sudėtingą sritį. Tokie tyrimai padėtų geriau suprasti šios valgymo sutrikimais sergančių merginų grupės sunkumus ir poreikius, suteiktų vertingų žinių planuojant efektyvesnę pagalbą šioms merginoms grupei, mokant atkryčio prevencijos įgūdžių.

Taigi šio darbo *tikslas* – ištirti valgymo sutrikimais sergančių merginų streso įveikos strategijų ir emocijų reguliacijos ypatumų sąsajas su vaikystėje patirta seksualine prievarta.

Išsikėlėme tokius *uždavinius*:

- įvertinti seksualinės prievartos paplitimą ir pobūdį tarp valgymo sutrikimais sergančių merginų;

- emocijų reguliacijos ir streso įveikos strategijų palyginimas tarp valgymo sutrikimais sergančių merginų, patyrusių ir nepatyrusių seksualinės prievartos;
- įvertinti valgymo sutrikimais sergančių merginų naudojamų streso įveikos strategijų sąsajas su nerimo ir depresijos lygiu seksualinę prievartą patyrusių ir prievartos nepatyrusių dalyvių grupėse;
- įvertinti valgymo sutrikimais sergančių merginų emocijų reguliacijos ypatumų sąsajas su nerimo ir depresijos lygiu seksualinę prievartą patyrusių ir prievartos nepatyrusių dalyvių grupėse.

Remiantis literatūroje pateiktų teorinių prielaidų ir atliktų tyrimų analize, šiame darbe keliami tokias *hipotezes*:

- valgymo sutrikimais sergančioms merginoms, patyrusioms seksualinę prievartą, būdingas aukštesnis nerimo ir depresijos lygis lyginant su prievartos nepatyrusių merginų grupe.
- Seksualinę prievartą patyrusioms merginoms labiau būdinga nervinės bulimijos simptomatika: dažnesni persivalgymo epizodai ir kompensacinis elgesys lyginant su prievartos nepatyrusių merginų grupe.
- Prievartą patyrusioms merginoms labiau būdinga psichologinio vengimo streso įveikos strategija ir mažiau išreikšta į problemos sprendimą orientuota bei su socialinės paramos siekimu susijusi streso įveika lyginant su prievartos nepatyrusiomis merginomis.
- Seksualinę prievartą patyrusios merginos pasižymi labiau sutrikusia emocijų reguliacija ir didesniais sunkumais įvardinant bei apibūdinant vidinį emocinį patyrimą lyginant su nepatyrusiomis seksualinės prievartos.

TYRIMO METODIKA

3.1. Tyrimo dalyvės

Tyrimo dalyvavo merginos, besigydžiusios universitetiniame Valgymo sutrikimų centro dienos stacionare arba valgymo sutrikimų skyriuje. Nuo 2007 gruodžio iki šių metų gegužės buvo apklausta 61 mergina, kurioms gydytojas psichiatras nustatė nervinės anoreksijos (F50.0 arba F50.1 – netipinė NA) arba nervinės bulimijos (F50.2 arba F50.3 – netipinė NB) diagnozę.

Valgymo sutrikimais sergančios merginos buvo suskirtos į dvi grupes: patyrusių seksualinę prievartą ir prievartos nepatyrusių. 24 (39,34 %) merginos anketoje (žr. 3 priedą) nurodė patyrusios kurią nors seksualinės prievartos formą iki 18 metų ir buvo priskirtos prie seksualinę prievartą patyrusių grupės, kitos merginos pateko į nepatyrusiųjų prievartos grupės. Į patyrusių prievartą imtį nepateko 8 atvejai: keturi (6,56 %) iš jų, nes merginos nurodė patyrusios seksualinę prievartą vyresniame nei 18 m. amžiuje ir keturios merginos (6,56 %) nenurodė, kiek joms buvo metų, kai pirmą kartą patyrė prievartą, tad į galutinę analizę irgi nebuvo įtrauktos. Taip pat į analizę nepateko du atvejai su persivalgymo, susijusio su kitais psichologiniais sutrikimais, diagnoze (F50.4).

Taigi galutines dalyvių grupes sudarė 24 valgymo sutrikimais sergančios merginos patyrusios seksualinę prievartą ir 27 (47,54 %) merginos nepatyrusios seksualinės prievartos.

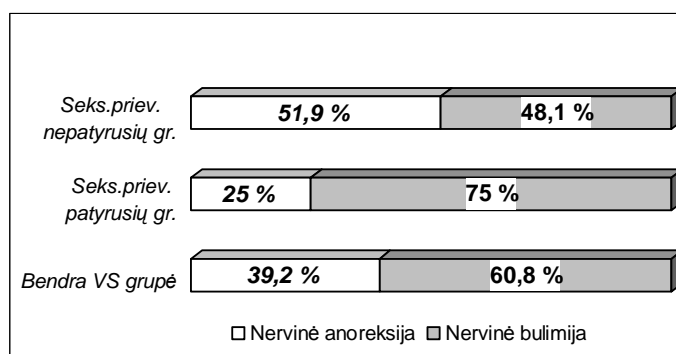
Palyginamąją kontrolinę grupę sudarė Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto dieninių ir neakivaizdinių studijų studentės. Buvo apklaustos 62 studentės. Galutinėje analizėje dalyvavo 48 studentės. Į imtį neįtraukti 7 (11,29 %) atvejai, kai stebima išreikšta valgymo

sutrikimų simptomatika. Įvertinimas atliktas remiantis D. Garnerio VS rizikos įvertinimo ir nukreipimo forma (*EDI – referral form*) (žr. 2 priedą) atsižvelgiant į tris kintamuosius: merginų svorį, elgesio simptomus ir trijų Valgymo sutrikimų klausimyno skalių (Troškimas sulieknėti, Bulimija, Nepasitenkinimas kūnu) balus. Į analizę taip pat nebuvo įtraukti duomenys 7 merginų (11,29 %), kurios nurodė patyrusios seksualinę privartą.

1 lentelė. *Dalyvių amžius, jauniausios ir vyriausios dalyvės amžius.*

	Sergančios valgymo sutrikimais:		Kontrolinė grupė (N=48)
	nepatyrusios seks.priev. (N=27)	patyrusios seks.priev. (N=24)	
Amžiaus vidurkis (jauniausios–vyriausios amžius)	21,19 (18-30 m.)	23,54 (18-29 m.)	22,45 (18-32 m.)

Tyrimo dalyvės klinikinėje ir kontrolinėje grupėse pagal amžių statistiškai reikšmingai nesiskiria.



1 pav. *Diagnozių pasiskirstymas klinikinėje imtyje.*

Tyrimo dalyvavo 60,8 % (N=31) sergančių NB ir 39,2 % (N=20) sergančių NA merginų. Patyrusių seksualinę prievartą grupėje reikšmingai dažniau merginos turi NB diagnozę (75 %, N=18) lyginant su prievartos nepatyrusiomis merginų grupe (48 %, N=13). Seksualinę prievartą patyrusios merginos dažniau turi psichiatro nustatytą gretutinę depresijos diagnozę (41,7 %) lyginant su prievartos nepatyrusiomis (22,2 %).

3.2. Įvertinimo metodai

Visoms tyrimo dalyvėms buvo pateikiamas aštuonių klausimynų komplektas, tokia tvarka kaip ir šiame skyrelyje.

Anketa apie asmeninius duomenis

Tyrėjos sudarytoje anketoje pateikiami klausimai apie dalyvių amžių, šeiminę padėtį, išsilavinimą, taip pat, ar gyvenimo eigoje yra buvę suicidinių minčių ir/ ar bandymų, ar save žaloja (anketa pateikta 1 priede).

Valgymo sutrikimų simptomatikos įvertinimui buvo naudojama sutrumpinta ***D. Garnerio nukreipimo forma*** (*referral form*, žr. 2 priede). Šioje formoje vertinami valgymo sutrikimų elgesio simptomai per pastaruosius 3 mėnesius: persivalgymo priepuolių, vėmimų, liuosuojančių vartojimo, sportavimo siekiant kontroliuoti svorį dažnumas nuo *niekada* iki *vienąkart per dieną arba dažniau*. Dalyvių klausinama, koks jų ūgis ir svoris, kiek norėtų sverti.

Dalyvėms buvo pateikiama ***Harvardo traumos klausimyno*** pirmoji dalis – stresinių įvykių ir patyrimų apibūdinimai. Pateiktame 24 stresinių įvykių sąrašė dalyvės turėjo nurodyti, kokius įvykius jos yra patyrusios viso gyvenimo eigoje. Tyrimo dalyvių, kurios nurodė patyrusios seksualinę prievartą ar/ir išprievartavimą, buvo užduoti klausimai, patikslinantys prievartos pobūdį, kada pirmą kartą patyrė prievartą, koks santykis su prievartautoju (šeimos narys, nepažįstamas asmuo, kt.), ar prievartos metu buvo panaudota fizinė jėga, kt. (klausimai pateikiami 3 priede).

Becko depresijos klausimynas (*Beck Depression Inventory (BDI)*; Beck A. T., 1971)

Becko depresijos klausimynas skirtas įvertinti paauglių ir suaugusiųjų depresijos išreikštumą. Klausimyną sudaro 21 teiginių grupė po keturis teiginius. Dalyvių prašoma kiekvienoje teiginių grupėje išsirinkti ir pažymėti teiginį, geriausiai apibūdinantį jo savijautą per pastarąsias dvi savaites. Bendras rezultatas skaičiuojamas sudedant 21 teiginių grupės įvertinimus. Galima naudotis šiais įvertinimais: balai nuo 10 iki 19 rodo lengvą depresiją, nuo 20 iki 29 – vidutinę depresiją, 30 ir daugiau balų rodo sunkią depresiją. Balai iki 9 nerodo išreikštos depresijos.

Situacinio – vidinio nerimo klausimynas (*State – Trait Anxiety Inventory (STAI)*; Spielberger C. D., Gorsuch, Lushene, 1970)

Šis klausimynas skirtas įvertinti situacinį ir vidinį nerimą. Klausimyną sudaro 20 teiginių, skirtų įvertinti situacinio nerimo lygį ir 20 teiginių, skirtų įvertinti vidinio nerimo lygį:

- situacinis nerimas – tai asmens išgyvenama įtampa, nerimas, susirūpinimas, nervingumas esamu momentu. Situacinis nerimas gali būti įvairaus intensyvumo ir kisti laike. Dalyvių prašoma įvertinti teiginius atsižvelgiant, kaip jaučiasi *šiuo metu, t.y. esamu momentu*.
- vidinis nerimas (arba nerimastingumas) – tai santykinai pastovi asmenybės savybė, atspindinti asmens polinkį daugelį situacijų laikyti grėsmingomis ir atitinkamai į tai reaguoti. Vidinis asmenybės nerimas stiprėja, kai žmogų veikia tam tikri veiksniai, kuriuos jis laiko grėsmingais savo prestižui, savęs vertinimui, savigarbai. Dalyvių prašoma įvertinti teiginius atsižvelgiant, kaip jaučiasi *dažniausiai*.

Bendras įvertinimas dviejose skalėse gali svyruoti nuo 20 iki 80 balų: aukštesnis įvertinimas rodo aukštesnį nerimo lygį. Klausimynas plačiai taikomas tiriant sveikųjų ir įvairiais psichikos sutrikimais sergančiųjų grupes (Gilboa-Schechtman E., kt. 2006). Tyrimai patvirtina klausimyno struktūrą (Spielberger, Vagg, 1984; Spielberger, Rickman, 1991).

Buvo gautas autoriaus leidimas versti ir naudoti Situacinio – vidinio nerimo klausimyno trečiąją *STAI Y-2* formą. Klausimynas buvo išverstas iš anglų į lietuvių kalbą, o atgalinis vertimas iš lietuvių į anglų kalbą buvo autoriaus patvirtintas kaip atitinkantis originalų vertimą.

Kognityvinės emocijų reguliacijos klausimynas (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ); Garnefski N., Kraaij V., 2000)

Tai olandų autorių sukurtas klausimynas, skirtas įvertinti devynias kognityvinės emocijų reguliacijos strategijas. Dalyviams pateikiami teiginiai atspindi, ką asmuo galvoja ir kaip vertina situaciją, o ne tai, ką daro patyręs grėsmingus ar stresinius įvykius. Galima vertinti kokias emocijų reguliacijos strategijas dalyviai naudoja patyrę konkretų įvykį arba kokias strategijas naudoja dažniausiai.

Šiame tyrime buvo vertinama, kokias strategijas dalyvės naudoja dažniausiai. Kiekvieną teiginį prašoma įvertinti, kaip dažnai teiginys atspindi, ką jos galvoja: nuo (*beveik*) *niekada* iki (*beveik*) *visada*. 36 teiginiai sudaro 9 emocijų reguliacijos strategijas, kurias trumpai apibūdinsime:

- *savęs kaltinimas* (Cronbacho $\alpha = 0,7088$) atspindi susirūpinimą asmeninėmis klaidomis, nurodo mintis, kuriomis atsakomybė už tai, kas patirta, priskiriama sau, prisiimant kaltę (pvz., *Jaučiu, kad esu vienintelis nusipelnęs būti apkaltintu*).
- *priėmimas* (Cronbacho $\alpha = 0,6178$) nurodo mintis, kuriomis susitaikoma su tuo, kas įvyko, galvojant, kad to pakeisti negalima ir gyvenimas tęsiasi (pvz., *Manau, kad turiu priimti, kad tai įvyko*).

- *dėmesio nukreipimas į planavimą* (Cronbacho $\alpha = 0,8627$) atspindi galvojimą, kokių žingsnių imtis sprendžiant problemą ir kaip galima keisti situaciją (pvz., *Galvoju, kaip geriausiai galėčiau susitvarkyti su situacija*).
- *pozityvus dėmesio nukreipimas* (Cronbacho $\alpha = 0,9122$) atspindi galvojimą apie malonius dalykus vietoj galvojimo apie tai, ką patyrė (pvz., *Galvoju apie ką nors gražaus, o ne apie tai, ką patyriau*).
- *save žlugdantis mąstymas* (angl. *ruminatio*) (Cronbacho $\alpha = 0,7205$) atspindi susitelkimą ties mintimis ir jausmais, susijusiais su neigiamu patyrimu (pvz., *Esu susirūpinęs tuo, ką galvoju ir jaučiu dėl to, ką patyriau*).
- *pozityvus perversinimas* (Cronbacho $\alpha = 0,7499$) nurodo mintis, kuriomis ieškoma teigiamų įvykio aspektų, prasmės suteikimą įvykiui, akcentuojamas asmeninis augimas (pvz., *Manau, kad galiu tapti geresniu žmogumi po to, ką patyriau*).
- *lyginimas su blogesniais dalykais* (angl. *putting into perspective*) (Cronbacho $\alpha = 0,7499$) nurodo mintis, kuriomis nuvertinamas įvykio rimtumas lyginant su kitais įvykiais (pvz., *Manau, kad tai nebuvo taip blogai palyginus su kitais dalykais*).
- *katastrofavimas* (Cronbacho $\alpha = 0,8365$) atspindi pasikartojančias mintis apie patirto įvykio baisumą, pabrėžiant išgyventą siaubą (pvz., *Dažnai galvoju, kad tai, ką patyriau, yra blogiausia, kas tik gali atsitikti žmogui*).
- *kitų kaltinimas* (Cronbacho $\alpha = 0,8224$) atspindi kaltės ir atsakomybės dėl to, ką teko patirti, priskyrimą kitiems, galvojimą apie klaidas, kurias padarė kiti (pvz., *Galvoju apie klaidas, kurias padarė kiti*).

Bendras balas kiekvienoje skalėje gali svyruoti nuo 5 iki 20. Aukštesnis balas rodo dažnesnę strategijos naudojimą ir priešingai. Klausimyno autoriai tyrimais patvirtina pakankamai geras psichometrines klausimyno charakteristikas (Garnefski, Kraaij, 2007). Klausimyno struktūrą ir skalių patikimumą patvirtina ir užsienio tyrimai (Ryan, Dahlen, 2005; Jermann, kt., 2006). Šiame tyrime patikrinome klausimyno skalių vidinį suderinamumą (prie skalių pateikiame Cronbacho alfa).

Buvo gautas autorių leidimas naudoti Kognityvinės emocijų reguliacijos klausimyną. Klausimynas buvo išverstas iš anglų į lietuvių kalbą. Atlikus pilotažinį tyrimą, klausimyno vertimas pataisytas bei taikytas tyrime.

Valgymo sutrikimų klausimynas (Eating Disorders Inventory (EDI – 3); Garner D.)

EDI-3 klausimynas skirtas įvertinti psichologinius ir elgesio ypatumus, būdingus sergantiems valgymo sutrikimais. Kai kurie teiginiai susiję su maistu ir mityba, kiti – su požiūriu į

save, jausmais ir elgesiu. Šis klausimynas plačiai naudojamas visose pasaulio šalyse moksliniuose tyrimuose (Matsunaga H., kt., 1999; Bulic C., kt., 2000; Sim L., kt. 2006), taip pat tikėtinų nervinės anoreksijos ir bulimijos atvejų identifikavimui rizikos grupėse. Dalyvių prašoma įvertinti kiekvieną teiginį pažymint, ar pateiktas teiginys teisingas apie jas *visada, dažniausiai, dažnai, kartais, retai ar niekada*. Teiginiai sudaro 12 skalių, iš kurių trys skalės specifinės valgymo sutrikimams: *Troškimas sulieknėti, Bulimija, Nepasitenkinimas kūnu* ir bendras šių skalių balas rodo VS riziką.

Devynios skalės matuoja psichologinius aspektus, kurie svarbūs valgymo sutrikimų etiologijoje ir šių sutrikimų palaikyme: *Žema savivertė, Asmeninis atstūmimas (angl. alienation), Tarpasmeninis nesaugumas, Tarpasmeninis atsitraukimas, Vidinių būsenų suvokimo trūkumas, Sutrikusi emocijų reguliacija, Perfekcionizmas, Asketizmas, Subrendimo baimė*. Žemos savivertės ir asmeninio atstūmimo skalės sudaro bendresnę *Neefektyvumo (angl. ineffectivness)* skalę. Tarpasmeninis nesaugumas ir atsitraukimas rodo *Tarpasmenines problemas*. Vidinių būsenų suvokimo trūkumo ir sutrikusios emocijų reguliacijos skalės sudaro bendresnę *Afektinių problemų* skalę. Perfekcionizmo ir asketizmo skalės sudaro *Padidintos kontrolės (angl. overcontrol)* skalę. Devynių skalių suminis balas atspindi *Bendrą psichologinį neprisitaikymą*. Skalių aprašymas pateikiamas 4 priede.

Šiame tyrime mums labiausiai svarbios dvi skalės – tai *Vidinių būsenų suvokimo trūkumo ir Sutrikusios emocijų reguliacijos* skalės. Vidinių būsenų suvokimo trūkumo skalę sudaro dvi subskalės: afektų baimės subskalė atspindi distresą, kai emocijos labai intensyvios ir nekontroliuojamos, o afektų sumaišties subskalė atspindi sunkumus atpažįstant emocines būsenas. Sutrikusios emocijų reguliacijos skalėje išskiriama subskalė, nurodanti potencialias problemas dėl alkoholio ir narkotinių medžiagų vartojimo.

Klausimynas į lietuvių kalbą išverstas Aputytės (1999) disertacijos tyrime. Buvo patvirtintas atgalinio vertimo iš lietuvių į anglų kalbą atitikimas su klausimyno originalu.

Keturių faktorių streso įveikos vertinimo klausimynas (Grakauskas Ž., Valickas G., 2006)

Streso įveikai matuoti buvo naudojamas lietuviškas klausimynas. Dalyvių prašoma pažymėti, kiek jie naudojami kiekvienu pateiktu streso įveikos būdu, pasirinkdami sau tinkamą atsakymą: *niekada, retai, vidutiniškai (nei retai, nei dažnai), dažnai ar visada*. Klausimyną sudaro 24 teiginiai, sugrupuoti į keturias skales:

- *socialinės paramos* skalė atspindi su emocine ir instrumentine socialine parama susijusias streso įveikos strategijas;
- *problemų sprendimo* skalės teiginiai susiję su į problemos sprendimą orientuotomis streso įveikos strategijomis ir apima problemos analizę, sprendimo paiešką, sprendimo įgyvendinimo planavimą ir žinių, kurios galėtų padėti spręsti iškilusią problemą, kaupimą;

- *emocinės iškrovos* skalės teiginiai atspindi bandymus įveikti stresinę situaciją ieškant kaltųjų ir išliejant susikaupusias neigiamas emocijas;
- *vengimo* skalės teiginiai atspindi psichologinio vengimo strategijas: dėmesio nukreipimo būdus ir teigiamą situacijos interpretaciją.

Klausimynas pasižymi pakankamai geromis psichometrinėmis charakteristikomis: paaiškina 47,93 procentus duomenų dispersijos, socialinės paramos skalės Cronbacho $\alpha = 0,83$, problemų sprendimo – 0,76, emocinės iškrovos – 0,72, vengimo – 0,62 (Grakauskas, Valickas, 2006).

3.3. Tyrimo eiga

Su merginomis, besigydančiomis Valgymo sutrikimų centre, buvo susitinkama per pirmąsias dvi gydymosi savaites siekiant išvengti simptomų mažėjimo ir galimo požiūrio keitimosi gydymosi eigoje ir pristatomas vykdomas tyrimas. Merginoms buvo paaiškinama, kad tyrimo tikslas išsiaiškinti vaikystėje patirtų stresinių įvykių, streso įveikos būdų, emocijų išgyvenimo ir valgymo problemų sąsajas.

Dalyvavimas tyrime buvo savanoriškas. Merginos, kurios sutikdavo dalyvauti, gaudavo voką su klausimynų komplektu. Merginos pasirašydavo sutikimo dalyvauti tyrime formą. Sutikimo formoje buvo prašoma nurodyti vardą pavardę, tad merginoms iš anksto buvo paaiškinama, kad tyrėjai to reikia norint sužinoti diagnozę ir pabrėžiamas dalyvavimo tyrime konfidencialumas. Dalyvėms buvo pabrėžiama, kad į pateikiamus klausimus nėra nei teisingų, nei klaidingų atsakymų – tėra asmeninė patirtį ir nuomonę atspindintys atsakymai. Kiekvieno klausimyno pradžioje dalyvėms buvo pateikiama pildymo instrukcija ir rekomenduojama klausimynus pildyti joms pateikta eilės tvarka. Prašoma užpildyti ir gražinti per savaitę. Dvi merginos iš karto atsisakė dalyvauti tyrime, trys merginos negražino klausimynų.

Kontrolinės grupės merginos buvo apklausiamos paskaitos metu. Buvo trumpai pristatomas tyrimo tikslas. Studentėms, sutikusioms dalyvauti tyrime, buvo pateikiamas klausimynų komplektas. Iškilus klausimams, tyrėja individualiai į juos atsakydavo.

3.4. Duomenų analizė

Tyrimo metu gauti duomenys buvo analizuojami taikant SPSS programų paketo dešimtą versiją. Analizuojant dalyvių aprašomąsias charakteristikas buvo taikoma – Descriptives bei χ^2 homogeniškumo kriterijus. Vidurkiams lyginti tarp trijų dalyvių grupių buvo taikoma

vienfaktorinė dispersinė analizė (one-way ANOVA), o skirtumams tarp grupių įvertinti – Bonferoni testas. Pearsono koreliacijos koeficientas buvo taikomas analizuojant įveikos strategijų ir emocijų reguliacijos ypatumų sąsajas su depresijos ir nerimo lygiu. Vidinio būsenų suvokimo trūkumo prognozavimui buvo taikomas daugialypė regresija (multiple regression).

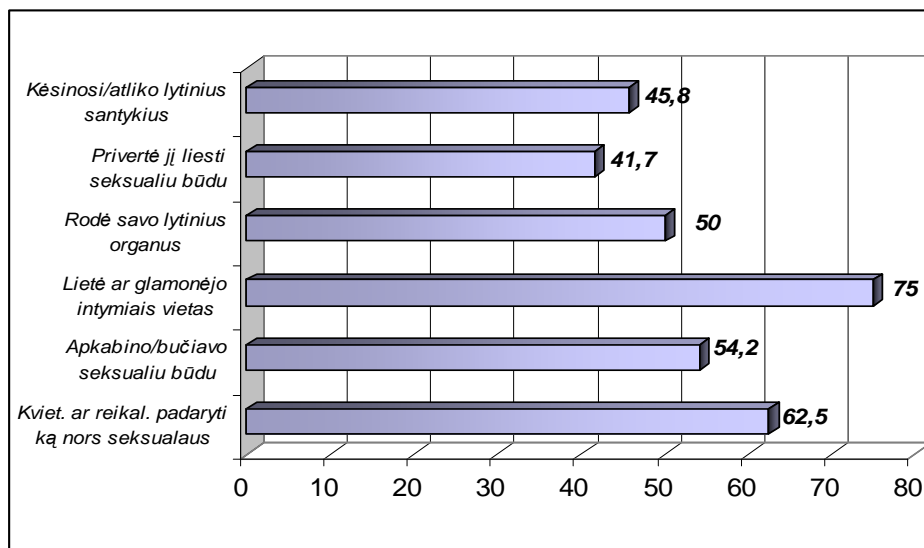
REZULTATAI

Šio tyrimo metu siekta nustatyti, kokie streso įveikos strategijų ir emocijų reguliacijos ypatumai būdingi VS sergančioms merginoms, kurios vaikystėje ar paauglystėje yra patyrusios seksualinę prievartą ir toms, kurios nurodė nepatyrusios seksualinės prievartos. Siekta įvertinti depresijos ir situacinio, vidinio nerimo lygį bei išgyvenamo distreso sąsajas su naudojamomis streso įveikos strategijomis ir emocijų reguliacijos ypatumais.

4.1. Prievartos pobūdis ir kitų stresinių įvykių patyrimas

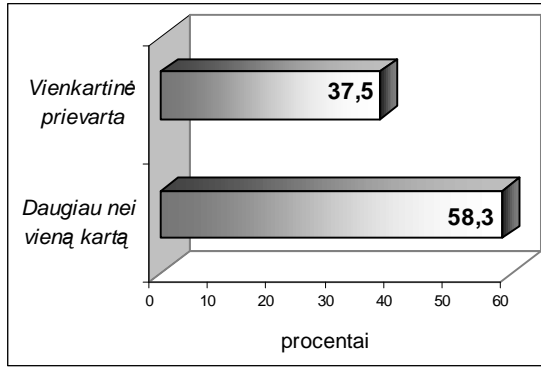
24 (39,34 %) VS sergančios merginos nurodė iki 18 metų patyrusios kurią nors iš seksualinės prievartos formų. Vidutiniškai pirmą kartą VS sergančios merginos prievartą patyrė būdamos 11,33 metų: jauniausiai buvo 5 metai, vyriausiai – 16 m. 54,17 % merginų nurodė pirmą kartą patyrusios seksualinę prievartą iki 12 metų ir 45,83 % - paauglystės amžiuje iki 16 metų.

Toliau pateikiami duomenys apie patirtos seksualinės prievartos pobūdį 24 VS sergančių merginų grupėje, kurios iki 18 m. nurodė patyrusios kurią nors seksualinės prievartos formą.



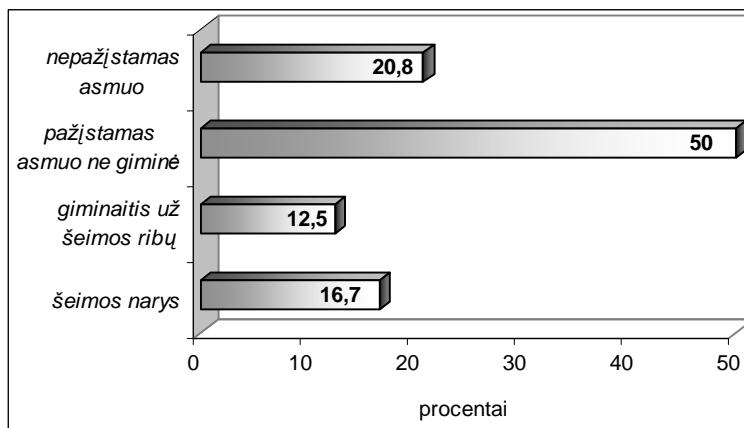
1 pav. Seksualinės prievartos pobūdis.

1 pav. pateikiami procentai, kaip dažnai VS sergančios merginos nurodė patyrusios vieną ar kitą seksualinės prievartos formų. Dauguma VS sergančių merginų nurodė patyrusios kelias prievartos formas. Trečdalis merginų (33,3 %, N=8) nurodė patyrusios visus nepageidaujamus seksualius veiksmus, nurodytus 1 pav. Kiek mažiau nei puse atvejų (45,8 %, N=11) buvo pasikėsinta arba įvyko lytiniai santykiai.



2 pav. *Prievartos pasikartojimas*

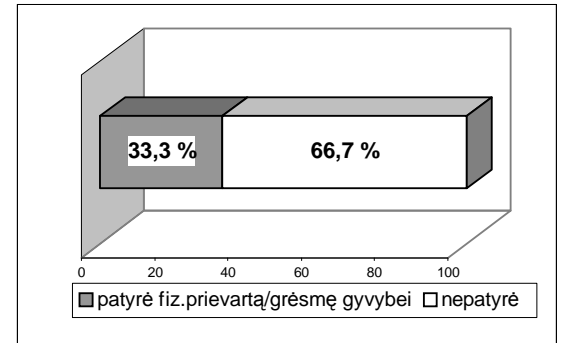
Kiek daugiau nei trečdaliu (33,2 %, N=8) atvejų merginos nurodė, kad seksualinės prievartos metu buvo panaudota fizinė prievarta arba patyrė grėsmę gyvybei.



4 pav. *Santykis su prievartautoju.*

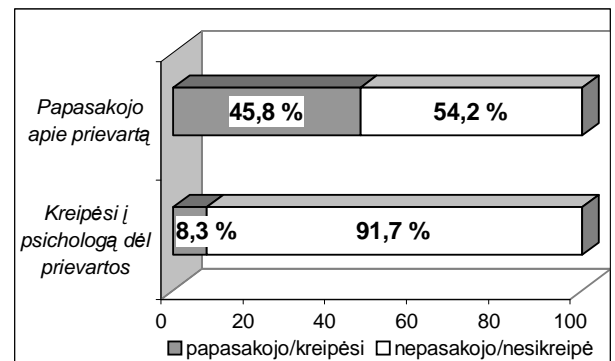
11 merginų (45,8 %) nurodė papasakojusios apie patirtą prievartą. Keturios iš jų – draugei ar draugui, keturios – šeimos nariais ir dar trys nurodė papasakojusios klasės auklėtojai, ginekologei, psichologei. Septynios iš jų buvo suprastos, gavo paramą, dviem nepatikėjo, o dar dvi buvo apkaltintos, nubaustos. Trimis atvejais iš vienuolikos papasakojus apie prievartą, prievarta buvo nutraukta. Dvi merginos (8,3 %) nurodė kreipusios į psichologą ar psichiatrą dėl patirtos prievartos.

Daugiau nei pusė (58,3 %, N=14) VS sergančių merginų nurodė patyrusios seksualinę prievartą daugiau nei vieną kartą, **vidutiniškai prievarta tęsėsi 2,3 metus**: trumpiausiai 1 m., ilgiausiai – 7 m. Dvi merginos nenurodė, kiek truko prievarta, ir dvi merginos nurodė, kad prievartą buvo epizodinė.



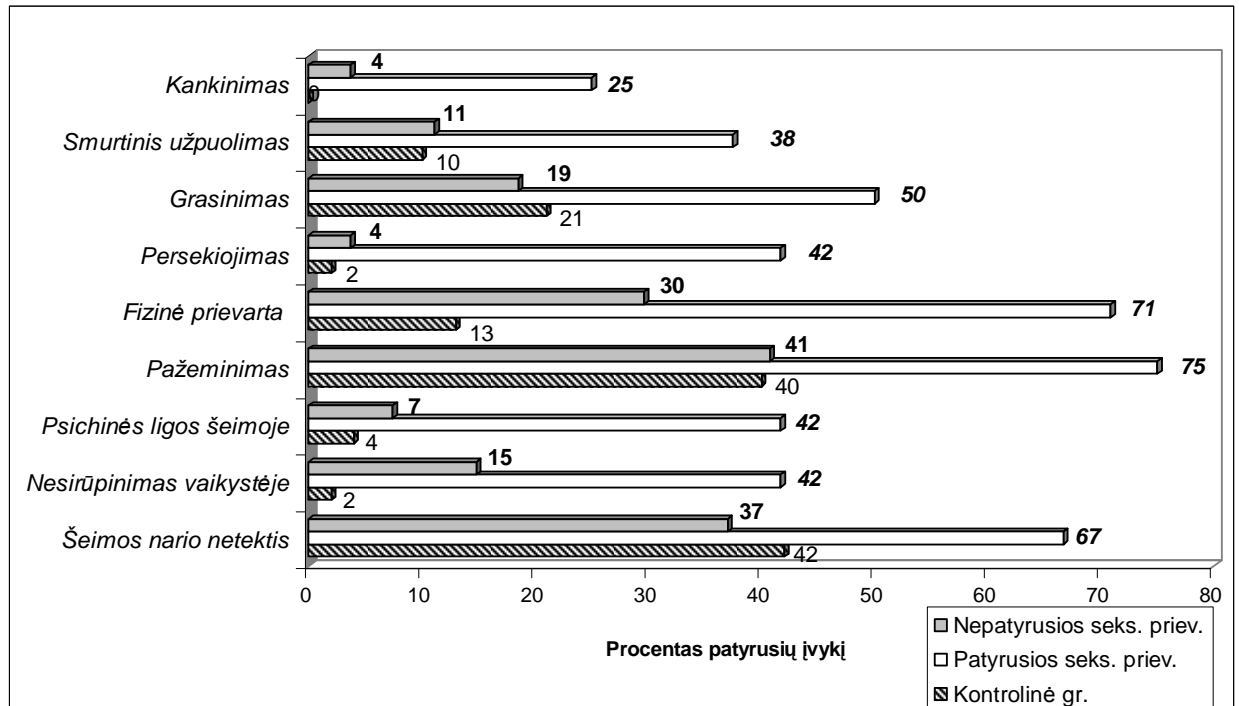
3 pav. *Fizinės prievartos panaudojimas ir grėsmės gyvybei išgyvenimas*

79,2 % (N=19) VS sergančių merginų nurodė prievartą patyrusios iš pažįstamų žmonių: trečdalis (29,2 %) prievartą patyrė iš šeimos narių, giminaičių, 50 % - iš pažįstamų asmenų ne giminių ir tik penktadalis nurodė, kad prievartautojas buvo nepažįstamas asmuo. Visais atvejais prievartautojas buvo vyras.



5 pav. *Kreipimasis pagalbos dėl patirtos prievartos*

Apibendrinant galima pasakyti, kad VS sergančios dažniausiai patyrė kontaktinę seksualinę prievartą, vidutiniškai pirmą kartą prievartą patyrė būdamos 11,33 metų. Daugiau nei pusė merginų (58,3 %) nurodė patyrusios ilgalaikę prievartą, dauguma atvejų (79,2 %) prievarta buvo patirta iš artimų ir pažįstamų žmonių.



6 pav. Stresinių įvykių patyrimo dažnumas trijose dalyvių grupėse.

6 pav. pateikti procentai, rodantys, kaip dažnai tyrimo dalyvės yra patyrusios tam tikrus stresinius ar trauminius įvykius savo gyvenime. Pateikti įvykiai, kurių patyrimo dažnumas pritaikius χ^2 homogeniškumo kriterijų nepriklausomoms imtims tarp seksualinę prievartą patyrusių ir nepatyrusių dalyvių grupėse reikšmingai skiriasi (kai $p < 0,05$).

Kaip matyti iš 1 pav. patyrusios seksualinę prievartą merginos dažniau patyrė fizinę prievartą (71 % lyginant su 30 % seksualinės prievartos nepatyrusių), pažeminimą (75 % / 41 %). Pažeminimą nurodė patyrusios ir 40 % kontrolinės grupės merginų. Patyrusios seksualinę prievartą daug dažniau nurodė patyrusios persekiojimą (42 % / 4 %), grasinimą (50 % / 19 %), kankinimą (25 % / 4 %) bei smurtinį užpuolimą (38 % / 11 %). Taip pat VS sergančios prievartą patyrusios merginos dažniau nurodė patyrusios šeimos nario netektį (67 % / 37 %), nesirūpinimą vaikystėje (42 % / 15 %), susidūrusios su psichinėmis ligomis šeimoje (42 % / 7 %).

Taigi, VS sergančios, kurios nurodė vaikystėje patyrusios seksualinę prievartą, dažniau nurodė patyrusios ir kitas prievartos formas bei stresinius ar trauminius įvykius, kurie kelia grėsmę fizinėms

riboms ir/ arba savęs vertinimui bei dažniau nurodė patyrusios stresinių įvykių šeimoje lyginant su kitomis tyrimo dalyvėmis.

4.2. Tyrimo dalyvių grupių VS simptomatikos ir depresijos, nerimo išreikštumo įvertinimas

Toliau pateikiame VS sergančių merginų, patyrusių ir nepatyrusių seksualinės prievartos, bei kontrolinės grupės merginų VS simptomų bei depresijos ir nerimo išreikštumo įvertinimą.

1 lentelė. EDI-3 VS skalių vidurkiai ir standartiniai nuokrypiai VS sergančiųjų ir kontrolinėje grupėse.

	VS sergančios:				Kontrolinė grupė (N=48)		F
	nepatyrusios seks.priev. (N=27)		patyrusios seks.priev. (N=24)		Vid.	St.nuokr.	
	Vid.	St.nuokr.	Vid.	St.nuokr.			
Troškimas sulieknėti	17,50	8,68	19,58	7,00	4,02	5,17	55,57*
Bulimija	11,81	9,92	19,63	7,88	2,33	2,26	57,02*
Nepasitenkinimas kūnu	23,96	11,98	25,33	9,4	11,69	9,86	19,19*
VS skalių bendras balas	53,27	26,89	64,54	20,21	18,04	15,39	51,71*

* $p < 0,001$. Skirtumams tarp grupių įvertinti taikytas Bonferroni testas.

Reikšmingai skiriasi Bulimijos skalės vidurkiai patyrusių ir nepatyrusių seksualinę prievartą grupėse (kai $p < 0,05$). Bulimijos skalė matuoja polinkį galvoti ir ištraukti į nekontroliuojamą persivalgymą, polinkį persivalgyti kaip reakciją į nusiminimą ir galvojimą apie bandymą atsikratyti suvalgyto maisto. Kontrolinės grupės vidurkiai visose skalėse patikimai mažesni lyginant su abiem VS sergančiųjų grupėmis (kai $p < 0,001$).

2 lentelė. VS elgesio simptomų pasireiškimo dažnumas per pastaruosius 3 mėnesius seksualinę prievartą patyrusių ir prievartos nepatyrusių grupėse.

	Niekada		1-3k / mėn. arba rečiau		1-6 k. / sav.		1k. / dieną arba dažniau	
	VS be priev.	VS su priev.	VS be priev.	VS su priev.	VS be priev.	VS su priev.	VS be priev.	VS su priev.
Gausaus persivalgymo priepuoliai:	25,9%	—	25,9%	12,5%	37%	54,1%	11,1%	33,3%
Vėmimas:	55,6 %	16,7%	14,8%	4,2%	18,5%	37,5%	11,1%	41,7%
Liuosuojančių vartojimas:	77,7%	33,3%	11,1%	20,8%	11,1%	29,2%	—	16,7%
Sportas:	33,3 %	45,8%	18,5%	33,4%	44,4%	16,6%	3,7%	4,2%
Numetė 10 kg	4,8%	20,8%						

Trečdalis (N=8) patyrusių seksualinę prievartą per pastaruosius tris mėnesius nurodė persivalgančios vieną kartą per dieną arba dažniau, daugiau nei pusė (N=13) – 1-6 kartus per savaitę lyginant atitinkamai su 11,1 (N=3) ir 37 procentais (N=10) nepatyrusių prievartos grupėje. 41,7 procentai (N=10) patyrusių seksualinę prievartą vieną kartą per dieną arba dažniau sukelia sau vėmimą, 16,7 procentai (N=4) – vartoja liuosuojančius vieną kartą per dieną arba dažniau ir 29,2 procentai (N=6) vartoja liuosuojančius 1-6 kartus per savaitę siekdamos kontroliuoti svorį. Merginos, nepatyrusios seksualinės prievartos, siekdamos kontroliuoti svorį ir figūrą dažniau sportuoja.

Pritaikius Mann-Whitney kriterijų neparametrinėms imtims gavome, kad patyrusių ir nepatyrusių seksualinę prievartą grupėse statistiškai reikšmingai skiriasi (kai $p < 0,005$) rangų vidurkiai vertinant gausaus persivalgymo priepuolių, vėmimų ir liuosuojančių vartojimo dažnumą. Pagal sportavimo dažnumą dalyvių grupės nesiskiria.

3 lentelė. Depresijos, nerimo įvertinimų vidurkiai ir standartiniai nuokrypiai VS sergančiųjų ir kontrolinėje grupėse.

	VS sergančios				Kontrolinė grupė (N=48)		F
	nepatyrusios seks.priev. (N=27)		patyrusios seks.priev. (N=24)		Vid.	St.nuokr.	
	Vid.	St.nuokr.	Vid.	St.nuokr.			
Depresija:	24,04	11,3	30,24	9,86	4,52	4,22	93,49*
Situacinis nerimas	57,15	14,95	59,17	14,11	37,19	11,06	32,31*
Vidinis nerimas	58,04	10,26	62,38	8,47	38,13	9,72	66,13*

* $p < 0,001$. Skirtumams tarp grupių įvertinti taikytas Bonferroni testas.

Seksualinę prievartą patyrusios pasižymi reikšmingai (kai $p < 0,05$) aukštesniu depresijos lygiu vertinant Becko depresijos klausimynu. Seksualinę prievartą patyrusių grupėje vidurkis 30,24 rodo sunkią depresiją, o vidurkis 24,04 prievartos nepatyrusių grupėje rodo vidutinę depresiją. Seksualinę prievartą patyrusių merginų grupėje 61,9 procentai (N=13) pasižymėjo labai sunkia depresija, 19 procentų (N=4) – vidutine ir 19 procentų (N=4) – lengva depresija. Seksualinės prievartos nepatyrusių grupėje labai sunki depresija būdinga 44,4 procentui (N=12), 22,2 procentui (N=6) – vidutinė, 14,8 procentui (N=4) – lengva ir 18,5 procentui (N=5) – nėra išreikštos depresijos. Didžiajai daugumai kontrolinės grupės dalyvių nebūdinga depresija: 87,5 procentai dalyvių (N=42) surinko balus iki 9, kurie atitinka normą ir 12,5 procentui (N=6) būdinga lengva depresija.

Seksualinę prievartą patyrusios pasižymi šiek tiek aukštesniu situaciniu ir vidiniu nerimo lygiu lyginant su prievartos nepatyrusių grupe, tačiau skirtumas nėra statistiškai reikšmingas. Abi VS sergančiųjų grupės pasižymi patikimai aukštesniu tiek situacinio, tiek vidinio nerimo lygiu lyginant su kontroline grupe (kai $p < 0,001$).

4 lentelė. *Suicidinių minčių ir bandymų, save žalojančio elgesio gyvenimo eigoje dažnumas VS sergančiųjų ir kontrolinėje grupėje.*

	VS sergančios:				Kontrolinė grupė (N=48)	
	nepatyrusios seks.priev. (N=27)		patyrusios seks.priev. (N=24)		proc.	N
	proc.	N	proc.	N		
Suicidinės mintys	55,6 %	15	83,3 %	20	31,3 %	15
Suicidiniai bandymai	11,1 %	3	41,7 %	10	-	-
Savęs žalojimas	22,2 %	6	54,2 %	13	-	-

Patyrusios seksualinę prievartą reikšmingai dažniau nurodė turėjusios suicidalinių minčių, bandžiusios nusižudyti bei dažniau save žalojusios (pjaustė, degino odą, kt.) lyginant su kitomis tyrimo dalyvėmis (kai $p < 0,05$, taikėme χ^2 homogeniškumo kriterijų nepriklausomoms imtims). Trečdalis kontrolinės grupės merginų turėjo suicidalinių minčių, tačiau nėra bandžiusios nusižudyti, nebūdingas save žalojantis elgesys.

4.3. Tyrimo dalyvių grupių įveikos strategijų ir emocijų reguliacijos ypatumai

Palyginome naudojamas streso įveikos strategijas ir emocijų reguliacijos ypatumus, būdingus VS sergančioms merginoms, patyrusioms seksualinę prievartą ir toms, kurios nurodė nepatyrusios seksualinės prievartos bei kontrolinės grupės merginoms.

5 lentelė. *Streso įveikos klausimyno skalių įverčių vidurkiai ir stand. nuokrypiai VS sergančiųjų ir kontrolinėje grupėje.*

	VS sergančios:				Kontrolinė grupė (N=48)		F
	nepatyrusios seks.priev. (N=27)		patyrusios seks.priev. (N=24)		Vid.	St.nuokr.	
	Vid.	St.nuokr.	Vid.	St.nuokr.			
Socialinės paramos	20,33	4,75	18,17	4,98	22,50	4,73	7,96*
Problemų sprendimo	18,41	3,92	18,58	4,24	21,77	4,05	6,75*
Emocinės iškvovos	15,30	4,02	14,54	3,19	13,46	2,05	3,47**
Vengimo	16,93	3,99	18,83	4,27	18,85	3,96	2,24

* $p < 0,05$, ** $p < 0,005$. Skirtumams tarp grupių įvertinti taikytas Bonferroni testas.

Patyrusios seksualinę prievartą statistiškai reikšmingai rečiau naudoja socialinės paramos siekimo įveikos strategijas lyginant su nepatyrusių seksualinės prievartos (kai $p < 0,05$) bei lyginant su kontrolinės grupės dalyvėmis (kai $p < 0,001$). Abiejų VS sergančiųjų grupių merginos vienodai dažnai

linkusios naudoti į problemos sprendimą orientuotomis įveikos strategijomis ir psichologinio vengimo įveika bei vienodai dažnai bando įveikti stresines situacijas ieškodamos kaltųjų ir išliejant susikaupusias neigiamas emocijas (emocinės iškvos įveika).

Paskaičiavome skirtumus tarp naudojamų įveikos strategijų dažnumo. Patyrusios seksualinę prievartą vienodai dažnai linkusios naudoti socialinės paramos siekimo, problemų sprendimo ir vengimo strategijas, bet šias strategijas naudoja patikimai dažniau nei emocinės iškvos strategijas, t.y. rečiausiai linkusios ieškoti kaltųjų ir išlieti susikaupusias emocijas. Nepatyrusios seksualinės prievartos merginos socialinės paramos strategijas ir problemų sprendimo strategijas linkusios naudoti dažniau nei emocinę iškvą, o socialinės paramos siekia dažniau nei taiko psichologinio vengimo strategijas.

Kontrolinės grupės dalyvės dažniausiai naudojasi socialinės paramos įveika bei į problemos sprendimą orientuotomis įveikomis. Kontrolinės grupės merginos statistiškai reikšmingai dažniau stresinėje situacijoje linkusios ieškoti socialinės paramos lyginant su seksualinę prievartą patyrusiomis merginomis, tačiau tokio skirtumo nestebima lyginant su VS sergančiomis nepatyrusiomis seksualinės prievartos merginomis. Kontrolinės grupės merginos reikšmingai dažniau linkusios stresinėje situacijoje ieškoti problemos sprendimo ir rečiau išlieti emocijas lyginant su abiejų VS sergančiųjų grupių dalyvėmis. Mažiau tikėtasi, kad kontrolinės ir vs sergančių patyrusiųjų seksualinę prievartą grupių merginos vienodai dažnai naudoja psichologinio vengimo strategijas.

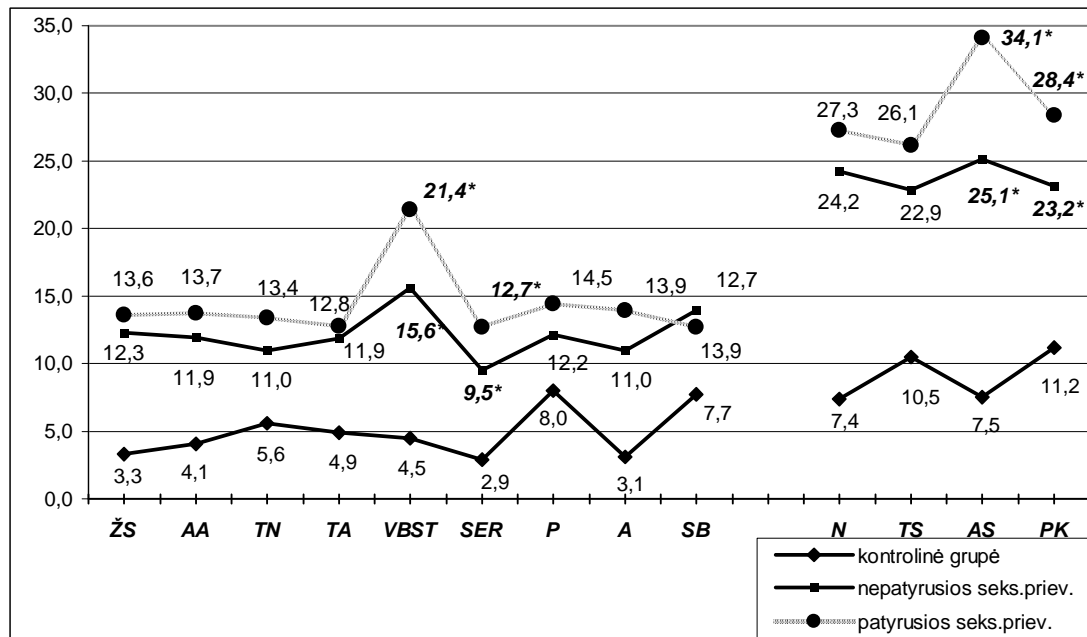
6 lentelė. *Kognityvinės emocijų reguliacijos skalių vidurkiai ir stand. nuokrypiai VS sergančiųjų ir kontrolinėje grupėse.*

	VS sergančios:				Kontrolinė grupė (N=48)		F
	nepatyrusios seks.priev. (N=27)		patyrusios seks.priev. (N=24)		Vid.	St.nuokr.	
	Vid.	St.nuokr.	Vid.	St.nuokr.			
Savęs kaltinimas	12,96	3,76	13,96	2,34	9,02	2,96	26,54**
Priėmimas	12,19	3,25	13,46	3,15	12,54	3,00	1,14
Save žlugdantis mąstymas	13,37	3,32	12,96	3,34	11,21	3,25	4,70*
Pozityvus dėmesio nukreipimas	10,11	3,76	11,46	4,03	11,98	4,07	1,94
Dėmesio nukreipimas į planavimą	12,96	3,69	11,58	4,92	15,19	3,56	7,11**
Pozityvus pervertinimas	11,29	3,61	11,79	4,32	14,90	3,88	9,24**
Lyginimas su blogesniais dalykais	10,81	4,19	12,08	3,84	14,04	3,13	7,50**
Katastrofavimas	7,81	3,34	9,21	3,97	6,17	2,29	8,40**
Kitų kaltinimas	7,78	3,73	8,33	3,41	7,45	2,54	0,64

* $p < 0,01$, ** $p < 0,005$. Skirtumams tarp grupių įvertinti taikytas Bonferroni testas.

Seksualinę prievartą patyrusios merginos dažniau linkusios kaltinti save ir kitus, katastrofuoti, tačiau šie skirtumai nėra statistiškai reikšmingi lyginant su prievartos nepatyrusių merginų grupe. Tarp kitų naudojamų kognityvinių emocijų reguliacijos strategijų taip pat nerasta reikšmingų skirtumų.

Kontrolinės grupės dalyvės lyginant su VS sergančių grupių dalyvėmis patikimai rečiau linkusios save kaltinti, katastrofuoti bei ištraukti į save žlugdantį mąstymą bei reikšmingai dažniau linkusios nukreipti dėmesį į planavimą ar malonesnius dalykus, ieškoti pozityvios įvykio interpretacijos bei vertinti įvyki lyginant su blogesniais dalykais (kai $p < 0,01$).



7 pav. EDI-3 psichologinių skalų profiliai ir vidurkiai VS sergančiųjų ir kontrolinėje grupėse.

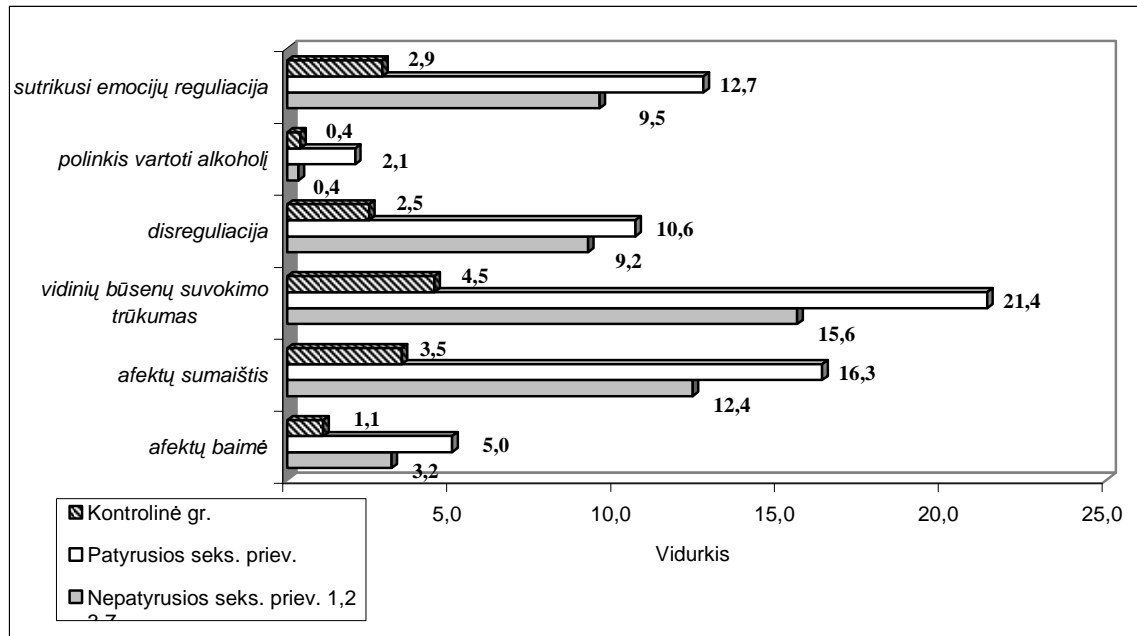
21,4* - skiriasi patyrusių ir nepatyrusių seksualinės prievartos dalyvių grupių vidurkiai, kai $p < 0,05$. Skirtumams tarp grupių įvertinti taikytas Bonferroni testas.

Paaiškinimai: ŽS – žema savivertė, AA – asmeninis atstūmimas, TN – tarpasmeninis nesaugumas, TA – tarpasmeninis atsitraukimas, VBST – vidinių būsenų suvokimo trūkumas, SER – sutrikusi emocijų reguliacija, P – perfekcionizmas, A – asketizmas, SB – subrendimo baimė, N – neefektyvumas, TS – tarpasmeniniai sunkumai, AS – afektiniai sunkumai, PK – padidinta kontrolė.

Seksualinę prievartą patyrusios merginos pasižymi aukštesniu neefektyvumo jausmu, kuris atspindi žemą savęs vertinimą ir vidinės tuštumos jausmą bei didesniais tarpasmeniniais sunkumais: didesniu nesaugumu ir atsitraukimu tarpasmeniniuose santykiuose, tačiau šie skirtumai nėra statistiškai patikimi. Seksualinę prievartą patyrusios merginos lyginant su prievartos nepatyrusiomis pasižymi statistiškai reikšmingai aukštesniais balais afektinių sunkumų skalėje (kai $p < 0,01$), kuri atspindi sunkumus interpretuojant ir reaguojant į emocinius stimulus, ir padidinta kontrolė, kuri atspindi

tobulumo siekimą per savęs atsisakymą ir kančią (kai $p < 0,05$). Kontrolinės grupės dalyvės visose skalėse pasižymi žemesniais įvertinimais, kai $p < 0,001$, t.y. jos pasižymi geresniu psichologiniu funkcionavimu.

Žemiau pateikiame afektyvių sunkumų skalių ir subskalių vidurkius trijose dalyvių grupėse.



8 pav. EDI-3 Sutrikusios emocijų reguliacijos ir Vidinių būsenų suvokimo trūkumo skalių ir subskalių vidurkiai VS sergančių ir kontrolinėje grupėse.

Skirtumams tarp dalyvių grupių įvertinti taikytas Bonferroni testas. Patyrusios seksualinę prievartą išgyvena reikšmingai daugiau distreso, kai emocijos labai intensyvios ir atrodo nekontroliuojamos (afektų baimės subskalė), bei pasižymi didesniais sunkumais atpažįstant ir įvardinant vidines emocines būsenas (afektų sumaišties subskalė). Patyrusioms seksualinę prievartą lyginant su prievartos nepatyrusiomis merginomis būdinga labiau sutrikusi emocijų reguliacija ir turi daugiau potencialių problemų dėl alkoholio ir narkotinių medžiagų vartojimo.

Patyrusios seksualinę prievartą reikšmingiausiai nuo nepatyrusių prievartos prievartos grupės skyrėsi vidinių būsenų suvokimo trūkumo skalėje, tad pabandėme patikrinti, kokie su patirta prievarta susiję kintamieji galėtų leisti numatyti sunkumus įvardinant ir apibūdinant emocijas.

7 lentelė. Vidinių būsenų suvokimo trūkumo prognozavimas pagal su seksualine prievarta susijusius kintamuosius.

Prognozuojamas kintamasis	Prievartos dažnumas	Fizinė prievarta/grėsmė gyvybei
EDI – 3 – vidinių būsenų suvokimo trūkumas	0,37*	0,52**

* lentelėje pateikiamas beta koeficientai reikšmingi, kai $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, $R = 0,657$, determinacijos koeficientas = 0,372.

Iš visų tikrintų su seksualine prievarta susijusių kintamųjų (amžius, kai pirmą kartą patyrė prievartą; santykis su prievartautoju; panaudota fizinė prievarta/patirta grėsmė gyvybei; vienkartinė/daugiau nei vieną kartą patirta prievarta), du kintamieji leido statistiškai patikimai prognozuoti sunkumus įvardinant išgyvenamas emocijas bei baimę dėl nekontroliuojamų emocijų – tai prievartos dažnumas, chroniškumas (vieną kartą arba daugiau nei vieną kartą) ir seksualinės prievartos metu panaudota fizinė prievarta arba išgyventa grėsmė gyvybei.

4.4. Emocijų reguliacijos ir įveikos strategijų sąsajos su depresijos ir nerimo lygiu

Siekiant įvertinti depresijos ir situacinio, vidinio nerimo lygio sąsajas su naudojamomis streso įveikos strategijomis ir emocijų reguliacijos ypatumais buvo paskaičiuotos koreliacijos tarp šių kintamųjų patyrusių ir nepatyrusių seksualinės prievartos dalyvių grupėse.

8 lentelė. *Emocijų reguliacijos ypatumų ryšys su depresijos ir nerimo lygiu patyrusių ir nepatyrusių seksualinės prievartos dalyvių grupėse.*

		<i>Seks. prievartos nepatyrusių gr. (N=27)</i>			<i>Seks. prievartą patyrusių gr. (N=24)</i>		
		Depresija	Situacinis nerimas	Vidinis nerimas	Depresija	Situacinis nerimas	Vidinis nerimas
<i>Kogn. emocijų reguliacijos strategijos</i>	Savęs kaltinimas	0,40*	0,44*	0,55**	0,15	0,13	0,34
	Priėmimas	-0,008	-0,06	0,10	0,18	-0,16	-0,10
	Save žlugdantis mąstymas	0,61**	0,46**	0,52**	0,35	0,18	0,32
	Pozityvus dėmesio nukreipimas	-0,37	-0,35	-0,30	-0,06	-0,39	-0,21
	Dėmesio nukreipimas į planavimą	-0,65**	-0,27	-0,10	-0,45**	-0,53**	-0,51**
	Pozityvus pervertinimas	-0,44*	-0,40*	-0,40*	-0,28	-0,44*	-0,51**
	Lyginimas su blogesniais dalykais	-0,24	0,003	-0,11	0,15	-0,23	-0,33
	Katastrofavimas	0,26	0,13	0,25	0,36	0,14	0,29
	Kitų kaltinimas	0,20	-0,014	0,02	0,33	0,13	0,14
<i>EDI-3 skalės</i>	EDI-3 – vidinių būsenų suvokimo trūkumas	0,61**	0,41*	0,50**	0,54**	0,23	0,47*
	EDI-3 – sutrikusi emocijų reguliacija	0,57**	0,34	0,36	0,70**	0,28	0,59**

* koreliacija reikšminga, kai $p < 0,05$, ** kai $p < 0,01$. Taikytas Pearson'o koreliacijos koeficientas.

Seksualinę prievartą patyrusių merginų grupėje dėmesio nukreipimas į planavimą statistiškai patikimai neigiamai susijęs su depresiškumu bei situacinio ir vidinio nerimo lygiu, o pozityvus pervertinimas reikšmingai susijęs su situacinio ir vidinio nerimo lygiu. Vidinių būsenų suvokimo trūkumas ir sutrikusi emocijų reguliacija patikimai susiję su depresijos lygiu ir vidinio nerimo, bet ne situacinio nerimo lygiu.

Savęs kaltinimas bei save žlugdantis mąstymas prievartos nepatyrusių grupėje statistiškai patikimai koreliuoja su depresijos, vidinio ir situacinio nerimo lygiu. Dėmesio nukreipimas į planavimą ir pozityvus pervertinimas neigiamai susijęs su depresiškumu, o pozityvus perinterpretavimas taip pat neigiamai susijęs su situaciniu ir vidiniu nerimu. Vidinių būsenų suvokimo trūkumas ir sutrikusi emocijų reguliacija patikimai susiję su depresijos lygiu, o vidinių būsenų suvokimo trūkumas taip pat su situaciniu ir vidiniu nerimu.

9 lentelė. *Streso įveikos strategijų ryšys su depresijos ir nerimo lygiu patyrusių ir nepatyrusių seksualinės prievartos dalyvių grupėse.*

	<i>Seks. prievartos nepatyrusių gr.(N=27)</i>			<i>Seks. prievartą patyrusių gr.(N=24)</i>		
	Depresija	Situacinis nerimas	Vidinis nerimas	Depresija	Situacinis nerimas	Vidinis nerimas
Socialinės paramos	-0,12	-0,35	-0,19	-0,40*	-0,15	-0,29
Problemų sprendimo	-0,50**	-0,32	-0,11	-0,41*	-0,30	-0,42*
Emocinės iškovos	0,17	-0,18	-0,14	0,32	-0,10	-0,02
Vengimo	-0,40*	-0,22	-0,26	0,13	-0,23	-0,23

* koreliacija reikšminga, kai $p < 0,05$, ** kai $p < 0,01$. Taikytas Pearson'o koreliacijos koeficientas

Seksualinę prievartą patyrusių grupėje į problemos sprendimą orientuotos įveikos strategijos neigiamai susiję su depresiškumu ir vidinio nerimo lygiu, o su socialine parama susijusi streso įveika neigiamai susijusi su depresiškumu. Prievartos nepatyrusių grupėje psichologinio vengimo ir į problemos sprendimą nukreiptos įveikos strategijos neigiamai susijusios su depresijos lygiu.

REZULTATŲ APTARIMAS

5.1. Prievartos pobūdis ir kitų stresinių įvykių patyrimas

Tyrimas parodė, kad ištis didelė dalis valgymo sutrikimais sergančių merginų yra patyrusios seksualinę prievartą. 39,34 procentai VS sergančių nurodė iki 18 metų patyrusios kurią nors iš seksualinės prievartos formų. Šie procentai atitinka prievartos paplitimą, nustatomą užsienio tyrimuose, kuriuose seksualinė prievarta buvo apibrėžiama kaip ir šiame tyrime (Miller, 1996; Carter, kt., 2006). Daugiau nei pusė patyrusių seksualinę prievartą (58,3 %) nurodė patyrusios seksualinę prievartą daugiau nei vieną kartą. Vidutiniškai prievarta truko 2,3 m. Ilgalaikė prievarta dažnai siejama su labiau žalojančiomis pasekmėmis, nes sutrikdo santykių, tapatumo formavimąsi. Trečdaliu atvejų merginos nurodė, kad buvo panaudota fizinė prievarta arba patyrė grėsmę gyvybei. Šie du veiksniai (ilgalaikė prievarta ir panaudota fizinė prievarta/išgyventa grėsmė gyvybei) buvo svarbūs prognozuojant sunkumus įvardinant emocines būsenas ir patiriamą baimę dėl intensyvių, nekontroliuojamų emocijų. Mūsų duomenys atitinka daugelio tyrimų duomenis, kurie rodo, kad ilgalaikė prievarta turi labiau dezorganizuojantį efektą vaiko raidai, o seksualinė prievarta kartu su fizine prievarta susijusi su labiau sutrikusia impulsų ir emocijų reguliacija (Howe, 2005; Furnissas, 2002).

Beveik 80 % atvejų VS sergančios merginos nurodė prievartą patyrusios iš artimų ir pažįstamų žmonių. Trečdaliu atvejų prievarta buvo patirta iš šeimos nario arba giminaičio už šeimos ribų ir tik penktadalis nurodė prievartą patyrusios iš nepažįstamų asmenų. Artimi giminystės ryšiai tarp prievartautojo ir aukos (ypatingai, kai prievartautojas – vienas iš tėvų) yra vienas iš sunkesnes pasekmes sukeliančių veiksnių. Kai prievartautojas yra reikšmingas ir artimas vaikui asmuo, kartais sunku suvokti, kad tarpusavio santykiai yra pagrįsti prievarta (Furnissas, 2002). Be to, kai prievarta patiriama iš šeimos narių, mažiau tikėtina, kad vaikas papasakos apie patiriamą prievartą, susilauks supratimo ir/ar bus apsaugotas nuo tolimesnės prievartos (Blažys, 1996). Šiame tyrime mažiau nei pusė merginų, patyrusių seksualinę prievartą, kam nors papasakojo apie patirtą ar patiriamą seksualinę prievartą, keturios iš jų – šeimos nariui ir trys papasakojusios susilaukė paramos, supratimo, viena mergina nurodė, kad ja buvo nepatikėta bei apkaltino dėl to, kas įvyko.

Valgymo sutrikimais sergančios merginos, kurios nurodė patyrusios seksualinę prievartą, taip pat dažniau nurodė patyrusios ir fizinę prievartą, pažeminimą, ką galima būtų įvardinti kaip emocinę prievartą. Taip pat seksualinę prievartą patyrusios daug dažniau nurodė patyrusios persekiojimą, grąšinimą, kankinimą bei smurtinį užpuolimą lyginant su kitomis merginomis. Visi šie įvykiai susiję su grėsme fizinėms riboms ir savęs vertinimui. Tyrimai rodo, kad VS sergančios merginos dažnai vaikystėje patiria fizinę prievartą, tačiau šis aspektas mažiau tyrinėtas. Šiuose tyrimuose (Treuer, kt.,

2005; Nagata, kt., 2001) fizinė prievarta buvo susieta su didesniu nepasitenkinimu kūnu ir bulimijos simptomatika. Atsižvelgiant į šių tyrimų duomenis ir tai, kad šio tyrimo dalyvės dažnai yra patyrusios ir fizinę prievartą ateityje svarbu būtų į tyrinėjimus įtraukti ir galimą fizinio smurto įtaką valgymo sutrikimų susiformavimui.

5.2. Tyrimo dalyvių VS simptomatikos, nerimo ir depresijos išreikštumas

Šiame tyrime **hipotezė, kad seksualinę prievartą patyrusioms merginoms labiau būdinga nervinės bulimijos simptomatika: dažnesni persivalgymo epizodai ir kompensacinis elgesys, pasitvirtino.** Šiame tyrime seksualinę prievartą dažniau patyrė merginos, sergančios nervine bulimija arba sergančios anoreksija ir naudojančios kompensacinį elgesį.

Maisto ribojimas, persivalgymai, kompensacinis elgesys gali tarnauti kaip neigiamų emocijų reguliacija, kuri dažnai tampa automatinė, uždaro žmogų į užburta ratą. Remiantis Heatherton ir Baumeister (1991) pabėgimo nuo išsąmoninimo modeliu, persivalgymas pasireiškia kaip pasekmė sumažėjusios elgesio kontrolės dėl išsąmoninimo susiaurėjimo, kai bandoma atsiriboti, pabėgti nuo nemalonių emocijų (cit. pg. Blackurn, 2006). Šis procesas panašus į disociaciją. Maistas bent laikinai suteikia nusiramino, paguodos jausmą, įtampos sumažinimą, padeda „užsimiršti“. Tačiau netrukus palengvėjimą pakeičia kaltė, gėda, bejėgiškumas dėl prarastos kontrolės bei imamas priemonių pašalinti maistui. Dauguma seksualinę prievartą patyrusių merginų naudoja kompensacinį elgesį tokį kaip dirbtinai sukeliamas vėmimas ir liuosuojančių vartojimas. Tyrimai patvirtina ryšį tarp seksualinės prievartos patyrimo ir dažnesnio išitraukimo į elgesį, susijusį su maisto šalinimu (Carter, kt., 2006; Wonderlich, kt., 1996). Šioje tiriamųjų grupėje kompensacinis elgesys gali būti motyvuotas ne tik noro atsikratyti maisto siekiant kontroliuoti svorį, bet gali tarnauti ir kaip būdas sumažinti įtampą, reguliuoti disforines nuotaikas (Carter, kt., 2006).

Merginos, sergančios nervine bulimija ir šalinančio tipo nervine anoreksija pasižymi tam tikromis temperamento predispozicijomis: didesniu impulsyvumu bei nuotaikų nepastovumu (Polivy, Herman, 2002). Šie asmenybės bruožai gali suintensyvėti patyrus seksualinę prievartą, kuri užtvindo intensyviomis emocijomis, sutrikdo emocijų reguliacijos įgūdžių formavimąsi. Kadangi kompensacinis elgesys gali padėti reguliuoti neigiamas vidines būsenas, merginos su seksualinės prievartos patirtimi, gali dažniau susirgti valgymo sutrikimais su šalinančiu elgesiu.

Apibendrinant galima pasakyti, kad šiame tyrime seksualinę prievartą patyrusios merginos ir moterys pasižymi daugiau bulimijos simptomatika. Galbūt turėdamos mažiau gebėjimų verbalizuoti ir simbolizuoti vidinį patyrimą bei turėdamos mažiau įgūdžių reguliuoti intensyvias emocijas, šios merginos dažniau reguliuoja savo vidines būsenas elgesio simptomų lygmenyje.

Kitas, turbūt labiausiai stebinantis patologinio nusiramino ir intensyvių emocinių būsenų reguliavimo būdas – savęs žalojimas (Herman, 2006). Šiame tyrime seksualinę prievartą patyrusios merginos dažniau nurodė save žalojusios (pjaustė, degino odą, kt.), tokiu būdu galbūt nors trumpam pasiekdamos nusiramino ir palengvėjimo būseną, kurios kitaip pasiekti nemoka, negali. Mūsų tyrimo rezultatai atitinka užsienio tyrimų duomenis, kurie rodo, kad save žalojantis elgesys dažniau stebimas tarp seksualinę ar kitas prievartos formas patyrusių VS sergančių merginų lyginant su prievartos nepatyrusiomis VS sergančiomis merginomis (Svirko, Hawton, 2007; Claes, Vandereycken, 2007).

Hipotezė, kad VS sergančioms merginoms, patyrusioms seksualinę prievartą, būdingas aukštesnis depresijos ir nerimo lygis, pasitvirtino iš dalies. Prievartą patyrusios merginos pasižymėjo labiau išreikštu depresiškumu vertinant Becko depresijos klausimynu bei dažniau turėjo gydytojo psichiatro nustatytą depresijos sutrikimo arba depresijos epizodo diagnozę lyginant su prievartos nepatyrusiomis merginomis. Daugumai VS sergančiųjų būdinga vidutinė ar sunki depresija, ypač tarp patyrusių seksualinę prievartą. Depresijos išreikštumas siejamas su didesne suicido rizika, tad esant depresijos simptomams svarbu įvertinti ir suicido riziką. Prievartą patyrusios merginos šiame tyrime nurodė dažniau yra turėjusios suicidinių minčių, dažniau yra bandžiusios nusižudyti lyginant su seksualinės prievartos nepatyrusiomis.

Patyrusios seksualinę prievartą pasižymi šiek tiek aukštesniu situacinio nerimo lygiu ir nerimastingumu kaip santykinai pastovia asmenybės savybe lyginant su prievartos nepatyrusiomis, tačiau patikimo skirtumo šiame tyrime nerasta. Taigi, mūsų tyrimo rezultatai atitinka ankstesnius tyrimus, kurie rodo, kad valgymo sutrikimais sergančios merginos su seksualinės prievartos vaikystėje patirtimi lyginant su seksualinės prievartos nepatyrusiomis merginomis pasižymi aukštesniu depresiškumo ir nerimo lygiu, dažnesniu save žalojančiu elgesiu (Carter, kt., 2006; Briere, Scott, 2007).

5.3. Tyrimo dalyvių grupių įveikos strategijų ir emocijų reguliacijos ypatumai bei jų sąsajos su depresijos ir nerimo išreikštumu

Streso įveika yra kasdieninė mūsų gyvenimo dalis, parodanti, kaip sugebama įveikti sunkumus, prisitaikyti prie jų, tvarkytis su gyvenimo eigoje vis iškylančiomis problemomis. **Hipotezė, kad seksualinę prievartą patyrusioms merginoms labiau būdinga psichologinio vengimo strategija ir mažiau išreikšta problemų sprendimo bei socialinės paramos streso įveika lyginant su prievartos nepatyrusiomis, pasitvirtino iš dalies.** Patyrusios seksualinę prievartą rečiau naudoja su socialine parama susijusias streso įveikos strategijas, tačiau abiejų grupių merginos vienodai dažnai linkusios naudoti į problemos sprendimą nukreiptą įveiką bei vienodai dažnai taiko psichologinio vengimo strategijas.

Socialinės paramos ieškojimas apima tiek patarimo ar konkrečios pagalbos prašymą, tiek emocinės paramos, supratimo ir užuojautos siekimą. Prievartą patyrusios merginos rečiau linkusios siekti socialinės paramos stresinėse situacijose. Prievartos patyrimas siejamas su pasitikėjimo žmonėmis praradimu, išdavystės jausmu (Howe, 2005). Prievartą patyrusios merginos jaučiasi labiau nesaugios tarpasmeniniuose santykiuose vertinant EDI-3 klausimynu, nors šis skirtumas ir nėra reikšmingas, tačiau rodo šių merginų didesnę polinkį socialinėse situacijose jaustis nepatogiai ir baimingai, atsiriboti ir izoliuotis nuo kitų.

Tiek patyrusios seksualinę prievartą, tiek prievartos nepatyrusios merginos dažniau nei kontrolinės grupės merginos naudoja emocinės iškrovos strategijomis (t.y. linkusios dažniau ieškoti kaltųjų ir išlieti susikaupusias emocijas), tačiau šia strategija naudojasi rečiau nei kitomis. Valgymo sutrikimais sergančios merginos apibūdinamos kaip linkusios slopinti jausmus bei dažniau linkusios kritikuoti ir kaltinti save (Fassino, kt., 2002). NA ir NB sergančiosios apibūdinamos kaip turinčios stiprų pritarimo poreikį ir jautrios atmetimui, tad išlieti savo pyktį, kritikuoti ir kaltinti kitus gali būti nesaugu.

Mažiau tikėtasi rezultato, kad kontrolinės ir patyrusių seksualinę prievartą grupių merginos vienodai dažnai naudoja psichologinio vengimo strategijas, o VS sergančios, nepatyrusios prievartos – rečiau lyginant su kontroline grupe. Dauguma tyrimų rodo, kad NA ir NB sergančios merginos dažniau naudoja vengimo strategiją lyginant su sveikomis merginomis, o VS simptomatikos mažėjimas siejamas su vengimo strategijos mažesniu išreikštumu (Block, Furth, 2005). Tačiau kituose tyrimuose naudojamose metodikose vengimas apibrėžiamas kaip atsiribojimas, pabėgimas iš situacijos, neigimas, alkoholio ar vaistų vartojimas, bandant pakeisti psichinę būseną ir tokiu būdu pabėgant nuo problemos, jos sprendimo (Blackburn, kt., 2006; Nagata, kt., 2000). Šiame tyrime vengimas rodo įvairius dėmesio nukreipimo būdus arba teigiamą situacijos interpretaciją (Grakauskas, Valickas, 2006). Tad mūsų ir užsienio tyrimų rezultatų palyginti negalime. Situacijos interpretacijos keitimas nesąmoningai gali būti gynybinio pobūdžio, tačiau situacijose, kuriose negalima nieko pakeisti juokavimas, dėmesio nukreipimas į malonius dalykus gali būti adaptyvi streso įveika, susijusi su geresne emocine savijauta.

Abiejų VS sergančių grupių merginos lyginant su kontrolinės grupės merginomis rečiau siekia socialinės paramos bei rečiau naudoja į problemos sprendimą orientuotas įveikos strategijas, taip pat dažniau bando įveikti stresines situacijas ieškodamos kaltųjų ir išliejant susikaupusias neigiamas emocijas. Galima sakyti, kad valgymo sutrikimais sergančios merginos, tiek patyrusios seksualinę prievartą, tiek nepatyrusios prievartos gana panašios tarpusavyje pagal naudojamas streso įveikos strategijas. Galbūt merginos, vaikystėje patyrusios seksualinę prievartą ir vėliau susirgusios valgymo sutrikimais, jau sirgdamos daugiau atspindi valgymo sutrikimų ypatumus vertinant sąmoningų, pastangų reikalaujančių įveikos startegijų naudojimą.

Seksualinę prievartą patyrusių grupėje į problemos sprendimą orientuota įveika ir socialinės paramos siekimas neigiamai susiję su depresiškumu, o į problemos sprendimą orientuota įveika ir su nerimastingumu. Mažiau adaptyvių streso įveikos strategijų naudojimas, tikėtina sukelia daugiau distreso, kurioms įveikti valgymo sutrikimais sergančios gali turėti ribotus įgūdžius. Kita vertus, depresija ir nerimas taip pat gali trukdyti efektyviai įveikti stresines situacijas.

Valgymo sutrikimais sergančios merginos lyginant su kontroline grupe dažniau linkusios save kaltinti, ištraukti į save žlugdantį mąstymą, katastrofuoti ir rečiau linkusios nukreipti dėmesį į planavimą, pozityviai pervertinti situaciją ir vertinti įvykį lyginant su blogesniais dalykais. Seksualinę prievartą patyrusios dažniau linkusios kaltinti save ir kitus, katastrofuoti, tačiau šie skirtumai nėra statistiškai reikšmingi lyginant su prievartos nepatyrusių grupę. Savęs kaltinimas bei save žlugdantis mąstymas patikimai susijęs su depresijos, vidinio ir situacinio nerimo lygiu seksualinės prievartos nepatyrusių merginų grupėje. Tyrimai patvirtina, kad depresija sergantys vaikai ir suaugusieji linkę ištraukti į tokias strategijas kaip save žlugdantis mąstymas, savęs kaltinimas, kurios palaiko depresijos simptomus (Stegge, Terwogt, 2007; Garnefski, kt., 2007), tačiau tokių sąsajų nepastebėta prievartą patyrusių grupėje. Daugumai seksualinę prievartą patyrusių merginų būdinga labai gili depresija ir aukštas nerimas, kai galbūt jau nebelieka erdvės viduje ir prasmės svarstyti, kaip ir kodėl jaučiasi, kaltinti save ar ieškoti kaltųjų, nes atmintyje ir kūne saugoma prievartos patirtis bei kasdienybė sergant nervine bulimija gali apskritai iškelti prasmės gyventi klausimą ir pasidavimą gyventi. Žinoma, tai tik bandymai paaiškinti gautus duomenis, kuriuos svarbu būtų toliau tyrinėti ir tikrinti. Be to, tyrime naudotas Emocijų reguliacijos klausimynas matuoja sąmoningas, kognityvines emocijų reguliacijos strategijas ir vertina tai, ką asmuo galvoja patirdamas neigiamas emocijas, o ne tai ką daro. Šiuo metu išties didelis dėmesys skiriamas kognityviniams procesams ir kognityviniam vertinimui. Galbūt valgymo sutrikimais sergančios merginos vienaip įvertina situaciją, tačiau labiausiai stokoja įgūdžių susitvarkyti su intensyviomis emocijomis, kai sužlunga bandymai reguliuoti emocijas ir maisto pagalba bandoma atsiriboti nuo emocinio patyrimo. Tad tiriant valgymo sutrikimais sergančias merginas galbūt neužtenka vertinti emocijų reguliaciją vien kognityviniame lygmenyje.

Šiame tyrime **pasitvirtino hipotezė, kad seksualinę prievartą patyrusioms VS sergančioms merginoms būdinga labiau sutrikusi emocijų reguliacija, sunkumai identifikuojant ir apibūdinant vidinį emocinį patyrimą.** Patyrusios seksualinę prievartą pasižymėjo didesniais sunkumais atpažįstant ir įvardinant vidines emocines būsenas. Jos dažniau nurodė nežinančios, kas vyksta jų viduje (ar jaučiasi piktos, liūdnos ar išsigandusios), išgyvenančios jausmus, kuriuos sunkiai gali įvardinti. Taip pat prievartą patyrusios merginos dažniau nurodė nerimaujančios, kad jausmai taps nekontroliuojami, išsigąsta, kai jausmai tampa labai intensyvūs. Tai gali rodyti intensyvių emocijų užtvindymo baimę, kuri sunkiai ištoleruojama. Tokiais momentais maistas gali būti naudojamas kaip

padedantis pabėgti nuo užtvindančių emocijų, bent trumpam užblokuojant emocijas. Emocijos, įvardintos ar neįvardintos, siekia išraiškos. Individas sąmoningai ar nesąmoningai siekia atsikratyti neigiamo jausmo, tačiau mažiau suprasdamas, kokią emociją išgyvena, kodėl, kaip galėtų reaguoti, gali įsitraukti į neadaptyvų elgesį, kuris bent laikinai suteikia palengvėjimo būseną. Valgymas nervine bulimija sergančioms merginoms gali padėti reguliuoti intensyvias emocijas: persivalgymas ir vėmimas tarsi tampa „apdovanojančiais“, nes suteikia nusiramimą, sumažina nuotaikų svyravimus (Lynch, kt., 2000; Whiteside, kt. 2007).

Šiame tyrime seksualinę prievartą patyrusių grupėje sunkumai įvardinant vidines emocijas būsenas susiję su depresijos ir vidinio nerimo lygiu. Šie rezultatai atitinka duomenis literatūroje (Howe, 2005; Paivio, Paurent, 2001), kad sunkumai įvardinant ir apibūdinant išgynenamas emocijas siejami su somatizacija, depresija ir nerimu. Tačiau sunkumus įvardinti vidines emocijas būsenas prievartą patyrusių grupėje galima būtų aiškinti aukštu nerimu ir gilia depresija bei pasikartojančia emocijų užtvindymo grėsme.

Šiame tyrime seksualinę prievartą patyrusios merginos lyginant su prievartos nepatyrusiomis pasižymi labiau sutrikusia emocijų reguliacija (nuotaikų nepastovumu, polinkiu į pykčio protrūkius) vertinant EDI-3 skale. Aukšti balai šioje skalėje nurodomi kaip blogas prognostinis rodiklis valgymo sutrikimų atveju. Šios skalės teiginiai matuoja emocijas savybes, kurios būdingos ypatingai atsparių gydymui pacienčių pogrupiui (Garner, 2004). Įdomu tai, kad seksualinę prievartą patyrusios merginos pasižymi aukštesniais įverčiais tiek sutrikusios emocijų reguliacijos, tiek padidintos kontrolės bendroje skalėje. Emociškai nesaugioje ir nepalaikančioje aplinkoje prievartą patiriantys ar patyrę vaikai išmoksta pasikliauti tokiomis strategijomis kaip disociacija, neigimas, perdėta kontrolė tvarkantis su užtvindančiomis emocijomis (Howe, 2005). Suaugusios seksualinės prievartos aukos dažnai ir toliau stengiasi neprarasti jausmų kontrolės, tačiau kontrolė dažnai būna nesėkminga ir pasireiškia emocijų proveržiais (Herman, 2006). Šiame tyrime VS sergančios seksualinę prievartą patyrusios merginos pasižymi padidinta kontrole ir kartu labiau sutrikusia emocijų reguliacija. Dauguma prievartą patyrusių šiame tyrime serga NB arba šalinančio tipo NA, kurių metu stebimos intensyvios pastangos kontroliuoti valgymą bei riboti maistą ir kartu galbūt išlaikyti jausmų kontrolę, tačiau esant intensyviems jausmams, patiriant stresą kontrolė gali „sugriūti“, ko pasekmėje gali pasireikšti persivalgymo epizodai. Po persivalgymo priepuolių griebiamasi kraštutinių priemonių pašalinti maistą, galbūt tokiu būdu bandant vėl susigrąžinti kontrolės jausmą, tad šios merginos gali pastoviai svyruoti tarp bandymų kontroliuoti ir žlungančios kontrolės epizodų (Schwartz, Gay, 1996).

Sutrikusi emocijų reguliacija šiame tyrime patikimai susiję su depresija bei nerimastingumu. Neadaptivi emocijų reguliacija gali vis labiau didinti nusivylimą savimi, didinti nerimą, depresiją, o

aukštas nerimo ir depresijos lygis atitinkamai gali riboti galimybes adaptyviai reguliuoti emocijas būsenas.

VS sergančios prievartą patyrusios merginos dažniau nurodė, kad turi būti atsargios dėl savo polinkio piktnaudžiauti alkoholiu ir/ ar narkotikais. Pastarąjį faktą reikėtų vertinti atsargiai ir labiau kaip tendenciją, nes vertinama remiantis dviem teiginiais ir dėl mažų įverčių statistiniai metodai gali rodyti patikimus skirtumus. Tačiau ši tendencija atitinka kitus tyrimus, kurie rodo, kad prievartą patyrusios merginos ir moterys gali dažniau įsitraukti į alkoholio vartojimą, kaip būdą užsimiršti ir pabėgti nuo skaudžių prisiminimų. Matsunaga ir kolegų tyrime (1999) praėjus bent vieneriems metams po pasveikimo nuo nervinės bulimijos, prievartą patyrusios merginos turėjo daugiau problemų dėl piktnaudžiavimo alkoholiu lyginant su pasveikusiomis nuo nervinės bulimijos nepatyrusiomis prievartos merginomis. Seksualinę prievartą patyrusios merginos metai po pasveikimo Matsunaga tyrime (1999) taip pat pasižymėjo didesniais sunkumais įvardinant vidines emocijas būsenas bei aukštesniu vidiniu ir situaciniu nerimu.

Apibendrinant šio tyrimo rezultatus galima pasakyti, kad VS sergančioms merginoms, patyrusioms seksualinę prievartą, lyginant su prievartos nepatyrusiomis būdingas aukštesnis depresijos lygis, labiau sutrikusi emocijų reguliacija ir didesni sunkumai įvardinant bei apibūdinant vidines emocijas būsenas bei mažesnis naudojimas socialine parama stresinėse situacijose. Tačiau lyginant su kontrolinės grupės merginomis visos VS sergančios merginos pasižymėjo žemesniu psichologiniu funkcionavimu vertinant EDI-3 skalėmis, aukštesniu depresijos ir nerimo lygiu, tad galima sakyti, kad seksualinės prievartos patyrimas VS atveju lemia didesnius gretutinius sunkumus.

Svarbu atsižvelgti ir į tyrimo ribotumus. Merginų patyrusių ir nepatyrusių seksualinę prievartą grupės nėra pakankamai didelės, tad statistiniai metodai ne visada gali parodyti patikimus skirtumus. Skirtingos prievartos formos priklausomai nuo amžiaus, kuriame buvo patirta prievarta, taip pat ilgalaikė prievarta lyginant su vienkartinę prievartą gali turėti skirtingas pasekmes vaiko raidai ir vėlesniems sunkumams, tačiau dėl mažos dalyvių grupės šitų aspektų negalėjome išsamiau patyrinėti. Be to, tyrinėjant tokią sritį kaip seksualinės prievartos patyrimas, visada kyla klausimų ir abejonių dėl prisiminimų subjektyvumo bei galimos klaidingų prisiminimų įtakos.

Šiame tyrime buvo keliamas tikslas įvertinti emocijų reguliacijos ir streso įveikos ypatumus siejant su seksualinės prievartos patyrimu. Tačiau valgymo sutrikimais sergančios merginos šiame tyrime nurodė dažnai patiriančios ir fizinį bei psichologinį smurtą, kitus stresinius ar traumuojančius įvykius, tad neaišku, kiek šiame tyrime rastų skirtumų galėtų būti paaiškinta kitų kintamųjų įtaka, taigi gautus duomenis reikėtų vertinti atsargiai.

IŠVADOS

1. Valgymo sutrikimais sergančioms merginoms, patyrusioms seksualinę prievartą, būdingas aukštesnis depresijos lygis lyginant su prievartos nepatyrusiomis, tačiau visoms valgymo sutrikimais sergančioms merginoms būdingas išreikštas nerimo lygis.
2. Seksualinę prievartą patyrusioms merginoms labiau būdinga nervinės bulimijos simptomatika: dažnesni persivalgymo epizodai ir kompensacinis elgesys lyginant su prievartos nepatyrusių merginų grupe.
3. Patyrusios seksualinę prievartą merginos stresinėse situacijose rečiau siekia socialinės paramos lyginant su nepatyrusiomis seksualinės prievartos merginomis, tačiau abiejų valgymo sutrikimais sergančių grupių merginos vienodai dažnai taiko psichologinio vengimo ir į problemos sprendimą orientuotas streso įveikos strategijas.
4. Seksualinę prievartą patyrusiųjų grupėje socialinės paramos siekimo ir į problemos sprendimą orientuota įveika neigiamai susijusi su depresijos lygiu, o į problemos sprendimą orientuotos įveikos ir su vidinio nerimo lygiu.
5. Patyrusios seksualinę prievartą merginos pasižymi didesniais sunkumais įvardinant ir apibūdinant vidines emocijas būsenas, būdinga labiau sutrikusi emocijų reguliacija.
6. Patyrusių seksualinę prievartą grupėje sunkumai įvardinant ir apibūdinant emocijas būsenas bei sutrikusi emocijų reguliacija patikimai susiję su depresijos lygiu ir vidiniu nerimu.

LITERATŪRA

1. Amirkhan J. H. A Factor Analytically Derived Measure Measure of Coping: The Coping Strategy Indicator// *Journal of Personality Assessment and Social Psychology*, 1990, Vol. 59, No. 5., p. 1066-1074.
2. Anderson S. M. Meaning Ascription in the Elicitation of Emotional Responce: Automatic and Non-Conscious Processing// *Psychological Inquiry*, 1995, Vol. 6, p. 197-204.
3. Aputytė V. Nervinės anoreksijos ir nervinės bulimijos klinikiniai psichologiniai ypatumai Lietuvoje. Vilniaus universitetas, daktaro disertacija, 1999.
4. Ball K., Lee C. Relationship Between Psychological Stress, Coping and Disordered Eating: A Review// *Psychology and Health*, 2000, Vol. 14, p. 1007-1035.
5. Blackburn S., Johnston L., Blampied N., Kallen R., Popp D. An Application of Escape Theory to Binge Eating Eating // *European Eating Disorders Review*, 2006, 14, p. 23–31.
6. Blažys V., Miežutavičiūtė V. Vaikų seksualinės prievartos paplitimas Lietuvoje // Vaikų fizinė ir seksualinė prievarta: pranešimai ir metodinės rekomendacijos specialistams. Vilnius, 1996.
7. Bloks H., Furth van E. F. Coping Strategies and Recovery in Patiens with a Severe Eating Disorder// *Eating Disorders*, 2004, Vol. 12, p. 157-169.
8. Briere J., Scott C. Assesment of Trauma Symptoms in Eating-Disordered Populations// *Eating Disorders*, 2007, Vol. 15, Iss. 4, p. 347-358.
9. Brookings J.B., Wilson J.F. Personality and Family–Environment Predictors of Self–Reported Eating Attitudes and Behaviours // *Journal of Personality Assessment*, 1994, Vol. 63, No. 2, p. 313 – 326.
10. Bruch H. Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within. 1973, N.Y.: Basic Books.
11. Bulic C. M., Sullivan P. F., Fear J. L., Pickering A. Outcome of Anorexia Nervosa: Eating Attitudes, Personality, and Parental Bonding // *International Journal of Eating Disorders*, 2000, Vol. 28, p. 139-147.
12. Bulik C. M., Prescott C. A., Kendler K. S. Features of Sexual Abuse and the Development of Psychiatric and Substance Use Disorders// *British Journal of Psychiatry*, 2001, Vol. 179, p. 444-449.
13. Carter J. C., Bewell C., Blackmore E., Woodside D. B. The Impact of Childhood Sexual Abuse in Anorexia Nervosa.// *Child Abuse and Neglect*, 2006, Vol. 30, Issue 3, p 257-269.

14. Chambry J., Bydlowski S., Corcos M., Jeammet P., Paterniti S., Berthoz S., Laurier C., Consoli S.M. Emotion-Processing Deficits in Eating Disorders// *International Journal of Eating Disorders*, 2005, No. 37, p. 321–329.
15. Claes L., Vandereycken W. Is There a Link between Traumatic Experiences and Self-Injurious Behaviors in Eating-Disordered Patients? // *Eating Disorders*, 2007, Vol. 15, Iss. 4, p. 305-315.
16. Cochrane C. E., Brewerton T. D., Wilson D. B., Hodges E. L. Alexithymia in the Eating Disorders// *International Journal of Eating Disorders*, 1993, Vol. 14, No. 2, 219-222.
17. Coyne J. C., Gottlieb B. H. The Mismeasure of Coping by Checklist// *Journal of Personality*, 1996, Vol. 64, p. 959-991.
18. Corstorphine E. Cognitive–Emotional–Behavioural Therapy for the Eating Disorders: Working with Beliefs about Emotions // *European Eating Disorders Review*, 2006, 14, p. 448–461.
19. Corstorphine E. Distress Tolerance in the Eating Disorders// *Eating Behaviors*, 2007, Vol. 8, Iss. 1, p. 91-97.
20. Costin C. Body Image Disturbance in Eating Disorders and Sexual Abuse// In *Sexual Abuse and Eating Disorders*, ed. by Schwartz M. F., Cohn L. 1996, N.Y.: Brunner/Mazel Publisher, p. 109-127.
21. Diagnostic criteria from DSM – IV TR. Washington: APA, 2002.
22. Endler N. S., Parker J. D. A. Assessment of Multidimensional Coping: Task, Emotion, and Avoidance Strategies// *Psychological Assessment*, 1994, Vol. 6, No. 1, p. 50-60.
23. Fairburn C. Kaip įveikti pastovų persivalgymą. Vilnius: Valgymo sutrikimų gydymo ir informacijos centras, 2004.
24. Fairburn C., Cowen P. J., Harrison P. J. Twin Studies and the Etiology of Eating Disorders // *International Journal of Eating Disorders*, 1999, No. 26, p. 349-358.
25. Fassino S., Abbate-Daga G., Piero A., Leombruni, Rovera G. G Anger and Personality in Eating Disorders // *Journal of Psychosomatic Research*, No. 51, 2001, p. 757-764.
26. Fassino S., Abbate-Daga G., Amianto F., Leombruni P., Boggio S., Rovera G. G Temperament and Character Profile of Eating Disorders: A Controlled Study with the Temperament and Character Inventory // *International Journal of Eating Disorders*, 2002, Vol. 32, p. 412-425.
27. Federici A., Kaplan A. The Patient’s Account of Relapse and Recovery in Anorexia Nervosa: A Qualitative Study// *European Eating Disorders Review*, 2008, Vol. 16, Iss. 1, p. 1-10.
28. Foa E.B., Rothbaum B.O., Riggs D.S., Murdock T.B. Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Rape Victims: A Comparison Between Cognitive-Behavioral Procedures and Counseling// *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1991, Vol.59. Nr.5, p. 715-723.

29. Friedrich W. N. *Psychotherapy with Sexually Abused Boys: An Integrated Approach*. 1995, London: Sage Publications.
30. Furnissas T. *Vadovėlis įvairių sričių specialistams apie vaikų seksualinį išnaudojimą*. Vilnius: Vaiko teisių informacijos centras, 2002.
31. Garnefski N., Kraaij V. The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire Psychometric Features and Prospective Relationships with Depression and Anxiety in Adults // *European Journal of Psychological Assessment*, 2007, Vol. 23(3), p. 141–149.
32. Garner D. M. *Eating Disorders Inventory-3. Professional Manual*. Psychological Assessment Resources, 2004.
33. Ghaderi A., Scott B. Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2001, Vol.104, p. 122-130.
34. Gilboa-Schechtman E., Avnon L., Zubery E., Jeczmierny P. Emotional Processing in Eating Disorders: Specific Impairment or General Distress Related Deficiency? // *Depression and Anxiety*, 2006, No. 23, p. 331-339.
35. Grakauskas Ž., Valickas G. Streso įveikos klausimynas: keturių faktorių modelio taikymas // *Psichologija*, 2006, Nr. 33, p. 64-75.
36. Gross J. J. Emotion Regulation: Past, Present, Future // *Cognition and Emotion*, 1999, Vol. 13 No.5, p. 551-573.
37. Herman J. L. Trauma ir išgyjimas. Prievartos pasekmės – nuo buitinio smurto iki politinio teroro. 2006, Vilnius: Vaga, p. 135-160.
38. Howe D. *Child Abuse and Neglect: Attachment, Development and Intervention*. NY: Palgrave Macmillan, 2005, psl. 46 – 111.
39. Jermann F., Van der Linden M., d'Acremont M., Zermatten A. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Confirmatory Factor Analysis and Psychometric Properties of the French Translation// *European Journal of Psychological Assessment*, 2006, Vol. 22, No. 2, p. 126-131.
40. Joseph J. M. Sexual Abuse, Eating Disorders and Related Symptoms// *Healthy Weight Journal*, 2003, November/December, p. 86-90.
41. Kajokienė I. Psichologiniai valgymo sutrikimų ypatumai // *Nervų ir psichikos ligos*, 2002, Nr. 4 (8), p. 38 – 39.
42. Lask B., Wren B. Aetiology// in *Childhood Onset Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders*, ed. by Lask B. and Bryant-Waugh R. UK: Psychology Press, 1999, p. 69 – 86.
43. Lazarus R.S., Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. NY: Springer, 1984.

44. Lynch W. C., Everingham A., Dubitzky J., Hartman M., Kasser T. Does Binge Eating Play a Role in the Self-Regulation of Moods? // *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 2000, Vol. 35, Issue 4, p.
45. Loumidis K., Wells A. Exercising for the Wrong Reasons: Relationships Among Eating Disorder Beliefs, Dysfunctional Exercise Beliefs and Coping// *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2001, Vol. 8, p. 416-423.
46. Luterek J.A., Orsillo S. M., Marx B. P. An Experimental Examination of Emotional Experience, Expression, and Disclosure in Women Reporting a History of Childhood Sexual Abuse // *Journal of Traumatic Stress*, 2005, Vol. 18, No. 3, p. 237-244.
47. Matsunaga H., Kaye W. H., McConaha C., Plotnicov K., Pollice C., Rao R., Stein D. Psychopathological Characteristics of Recovered Bulimics Who Have a History of Physical of Sexual Abuse// *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1999, Vol. 187, No. 8, p. 472-477.
48. Miller K. J. Prevalence and Process of Disclosure of Childhood Sexual Abuse Among Eating-Disordered Women// In *Sexual Abuse and Eating Disorders*, ed. by Schwartz M. F., Cohn L. 1996, N.Y.: Brunner/Mazel Publisher, p. 36-51.
49. Nagata T., Kaye W. H., Kiriike N., McConaha C., Plotnicov K., Rao R. Physical and Sexual Abuse Histories in Patients with Eating Disorders: A Comparison of Japanese and American Patients// *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2001, Vol. 55, p. 333-340.
50. Nagata T., Matsuyama M., Kiriike N., Iketani T., Oshima J. Stress Coping Strategy in Japanese Patients with Eating Disorders// *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2000, Vol. 188, p. 280-286.
51. Nash C. L., Futa K. T., Hansen D. J., Garbin C. P. Adult Survivors of Childhood Abuse: An Analysis of Coping Mechanisms Used for Stressful Childhood Memories and Current Stressors// *Journal of Family Violence*, 2003, Vol. 18, No. 4, p. 227-239.
52. Paivio S. C., Laurent C. Empathy and Emotion Regulation: Reprocessing Memories of Childhood Abuse // *In Session: Psychotherapy in Practice*, 2001, Vol. 57(2), p. 213-226.
53. Penas-Lledo E, Vaz Leal F., Waller G. Excessive Exercise in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Relation to Eating Characteristics and General Psychopathology // *International Journal of Eating Disorders*, 2002, No. 31, p. 370–375.
54. Polivy J., Herman C. P. Causes of Eating Disorders // *Annual Review in Psychology*, 2002, No. 53, p. 187–213.
55. Ryan C. M., Dahlen E. R. Cognitive Emotion Regulation in the Prediction of Depression, Anxiety, Stress, and Anger// *Personality and Individual Differences*, 2005, Vol. 39, 1249-1260.
56. Root M. P. P. Persistent, Disordered Eating in Gender – Specific, Post – Traumatic Stress Response to Sexual Assault// *Psychotherapy*, 1991, Vol. 28, No. 1, p. 96 – 102.

57. Rorty M., Yager J. Speculations on the Role of Childhood Abuse in the Development of Eating Disorders Among Women// In *Sexual Abuse and Eating Disorders*, ed. by Schwartz M. F., Cohn L. 1996, N.Y.: Brunner/Mazel Publisher, p. 23-35.
58. Rosenbloom D., Williams M. B., Watkins B. E. *Life After Trauma: A Workbook for Healing*. 1999, N.Y.: The Guilford Press.
59. Schmidt U. Aetiology of Eating Disorders in the 21st Century // *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2003, No. 12, p. 30-37.
60. Schwartz M. F., Gay P. Physical and Sexual Abuse and Neglect and Eating Disorder Symptoms// In *Sexual Abuse and Eating Disorders*, ed. by Schwartz M. F., Cohn L. 1996, N.Y.: Brunner/Mazel Publisher, p. 91-108.
61. Sim L., Zeman J. The Contribution of Emotion Regulation to Body Dissatisfaction and Disordered Eating in Early Adolescent Girls// *Journal of Youth and Adolescence*, 2006, Vol. 35, No.2, p. 219–228.
62. Smolak L., Murnen S. A Meta-Analytic Examination of the Relationship Between Child Sexual Abuse and Eating Disorders// *International Journal of Eating Disorders*, 2002, Vol. 31, p. 136-150.
63. Spielberger C. D., Rickman R. L. Assessment of State and Trait Anxiety// in *Anxiety: Psychobiological and Clinical Perspectives*, ed. by Satorius N. Eisenberg E., 1999, Washington: Hemisphere/Taylor and Francis, p. 69-83.
64. Spielberger C.D., Vagg P.R. Psychometric Properties of the STAI// *Journal of Personality Assessment*, 1984, Vol. 48, No. 1, p. 95-97.
65. Stegge H., Terwogt M. M. Awareness and Regulation of Emotion in Typical and Atypical Development// In *Handbook of Emotion Regulation*, ed. by Gross J. J. 2007, N.Y.: Guilford Press, p. 269-287.
66. Steiner H., Kwan W., Shaffer T. G., Walker S., Miller S., Sagar A., Lock J. Risk and Protective Factors for Juvenile Eating Disorders // *European Child & Adolescent Psychiatry*, No. 12, 2003, p. 38-46.
67. Svirko E., Hawton K. Self-Injurious Behavior and Eating Disorders: The Extent and Nature of the Association// *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2007, Vol. 37, Iss. 4, p. 409-421.
68. TLK-10 psichikos ir elgesio sutrikimai: Klinika ir diagnostika// red. R.Bunevičius ir A.Dembinskas, 1997, Kaunas: Medicina, p. 138 – 141.
69. Treuer T., Koperdak M, Rozsa S., Fuderi J. The Impact of Physical and Sexual Abuse on Body Image in Eating Disorders// *European Eating Disorders Review*, 2005, Vol. 13, p. 106-111.

70. Wenar Ch., Kerig P. Risks in the Family Context: Child Maltreatment and Domestic Violence// in *Developmental Psychopathology*, Fifth Edition, 2005, psl. 429 – 464.
71. Whiteside U., Chen E., Neighbors C., Hunter D., Lo T., Larimer M. Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect? // *Eating Behaviors*, 2007, Vol. 8, Issue 2, p. 162-169.
72. Wonderlich S. A., Wilsnack R. W., Wilsnack S. C., Harris T. R Childhood Sexual Abuse and Bulimic Behavior in a Nationally Representative Sample// *American Journal of Public Health*, 1996, Vol. 86, No. 8, p. 1082-1086.

PRIEDAI

ASMENINIAI DUOMENYS

Kiek jums metų? _____ Šeiminė padėtis _____ Jūsų išsilavinimas: pradinis/
pagrindinis(10 kl.)/ vidurinis/ aukštesnysis/ aukštasis.

Ar kada nors yra buvę taip blogai, kad galvojote apie savižudybę? Taip Ne. Ar kada nors bandėte
žudyti? Taip Ne (jei Taip, kiek kartų bandėte? _____ kartų). Ar kada nors yra buvę taip blogai,
kad žalojote save (pjaustėte odą, deginote odą, kt.)? Taip Ne

2 priedas

INFORMACIJA APIE VALGYMO SUTRIKIMŲ SIMPTOMATIKA

Koks jūsų ūgis? _____ Koks jūsų dabartinis svoris? _____ Kiek norėtumėte sverti?

Per pastaruosius 3 mėnesius, kaip dažnai:

	niekada	vienąkart per mėn. arba rečiau	2-3 kartus per mėn.	1 k. per savaitę	2-6 k. per savaitę	Vienąkart per dieną arba dažniau
1. patyrėte gausaus persivalgymo epizodus (kai suvalgėte didelį maisto kiekį ir jautėtės praradusi kontrolę)	0	1	2	3	4	5
2. sukėlėte sau pykinimą (vėmėte) siekdami kontroliuoti svorį	0	1	2	3	4	5
3. vartojote liuosuojančius vaistus siekdami kontroliuoti svorį ar figūrą	0	1	2	3	4	5
4. sportavote 60 min arba daugiau, kad numestumėte ar kontroliuotumėte svorį	0	1	2	3	4	5
5. ar per pastaruosius 6 mėn. numetėte 10 kg arba daugiau?	Ne	Taip				

INFORMACIJA APIE STRESINIUS ĮVYKIUS IR PATIRTĄ PRIEVARTĄ

Ar kada nors bet kuris suaugęs arba bet kuris asmuo vyresnis už Jus įtraukė Jus į nepageidaujamą įvykį:

- kvietimas ar reikalavimas padaryti ką nors seksualaus
- apkabino/ bučiavo seksualiu būdu
- lietė ar glamonėjo jūsų intymias vietas
- rodė savo lytinius organus
- privertė liesti jį/ją seksualiu būdu
- kėsinosi ir/ar atliko lytinius santykius

Kiek jums buvo metų, kai pirmą kartą patyrėte prievartą: _____ m.

Kiek kartų patyrėte prievartą? *1 k.* > *nei 1 k.* Kiek metų truko prievarta? _____

Ar prievartos metu buvo panaudota fizinė prievarta/ patyrėte grėsmę gyvybei: *Taip* *Ne*

Santykis su prievartautoju: *šėimos narys/ giminaitis už šėimos ribų/ pažįstamas asmuo ne giminė/ nepažįstamas asmuo*

Prievartautojo lytis: *Vyras* *Moteris*

Ar galėtumėte įvertinti laipsnį, kuriuo jus tai prisilėgė, nuliūdino: 1--- 2---3---4---5---6---7

Ar galėtumėte įvertinti laipsnį, kiek kaltės dėl to išgyvenote: 1--- 2---3---4---5---6---7

Ar kam nors papasakojote apie patirtą/ tuo metu patiriamą prievartą? *Niekam nepasakojau / Papasakojau (įrašykite asmenį, kuriam papasakojote)* _____

Jei kam nors papasakojote, kokios reakcijos susilaukėte iš asmens, kuriam papasakojote:

nepatikėjo jums/ apkaltino, nubaudė jus/ suprato, parėmė jus

Ar po to, kai papasakojote apie prievartą kitam asmeniui, prievarta buvo nutraukta? *Taip* *Ne*

Ar kada nors esate kreipusis profesionalios pagalbos į psichologą/psichiatrą dėl patirtos prievartos?

Taip *Ne*

Valgymo sutrikimų klausimynas
(*Eating Disorders Inventory* (EDI – 3), Garner D.)

EDI-3 valgymo sutrikimų rizikos skalės:

- **troškimo sulieknėti** skalė matuoja kraštutinį troškimą būti lieknesne, susirūpinimą dietomis ir svoriu ir intensyvią baimę priaugti svorio. Ši skalė leidžia prognozuoti persivalgymo epizodus ir klinikinius kriterijus atitinkančių valgymo sutrikimų susiformavimą.
- **bulimijos** skalė matuoja polinkį galvoti ir įsitraukti į nekontroliuojamą persivalgymą, polinkį persivalgyti kaip reakciją į nusiminimą ir galvojimą apie bandymą atsikratyti suvalgyto maisto. Bulimijos skalė patikimai diferencijuoja nervinę buliją ir anoreksijos šalinantį tipą nuo ribojančios anoreksijos.
- **nepasitenkinimo kūnu** skalė vertina nepasitenkinimą kūno forma ir dydžiu kūno dalių (pilvas, klubai, krūtinė, kt.), kurios kelia ypatingą susirūpinimą sergančioms valgymo sutrikimais.

EDI-3 psichologinės skalės:

- **žema savivertė** atspindi neigiamą savęs vertinimą, nesaugumo, neefektyvumo ir neadekvatumo jausmą, asmeninės vertės trūkumą.
- **asmeninis atitolimas** atspindi prasismelkiantį vidinės tuštumos jausmą, vienatvę ir prastą savęs supratimo jausmą, atskirtumo nuo kitų jausmą, neįvertinimo jausmą, norą būti kuo nors kitu ir bendrą kontrolės jausmo gyvenime neturėjimą.
- **tarpasmeninis nesaugumas** atspindi nepatogumą, baimingumą ir uždarumą socialinėse situacijose, ypatingai sunkumus išreikšiant asmenines mintis ir jausmus kitiems, taip pat matuoja polinkį atsiriboti ir izoliuotis nuo kitų.
- **tarpasmeninis atsitraukimas** vertina nusivylimą, distanciją, atitolimą, pasitikėjimo santykiuose trūkumą, taip pat jausmą apie įstrigimą santykiuose ir jausmą apie supratimo ir meilės trūkumą iš kitų. Aukštas balas šitoje skalėje nurodo bazinį prieraišumo santykiuose pažeidimą.
- **vidinių būsenų suvokimo trūkumas** atspindi sumaištį, susijusią su gebėjimu tiksliai atpažinti ir reaguoti į emocines būsenas. Vidinių būsenų suvokimo trūkumo skalę sudaro dvi subskalės: afektų baimės subskalė atspindi distresą, kai emocijos labai intensyvios ir atrodo nekontroliuojamos, o afektų sumaišties subskalė atspindi sunkumus atpažįstant emocines būsenas, ar jaučiamas pyktis, baimė ar liūdesys.

- **sutrikusi emocijų reguliacija.** Ši skalė matuoja tendenciją į nuotaikos nestabilumą, impulsyvumą, pyktį, savidestruktyvumą, potencialias problemas dėl alkoholio ir narkotinių medžiagų vartojimo. Prasta impulsų reguliacija ir žema nuotaikų tolerancija nurodoma kaip blogas prognostinis rodiklis valgymo sutrikimų atveju. Šios skalės teiginiai matuoja emocines savybes, kurios būdingos ypatingai atsparių (rezistentišku) gydymui pacienčių pogrupiui.
- **perfekcionizmas** atspindi aukštus tikslus ir standartus pasiekimams. Dalis teiginių atspindi sau keliamus griežtus reikalavimus, kita dalis – atspindi aukštus lūkesčius ir reikalavimus, kylančius iš tėvų ir mokytojų.
- **asketizmas** atspindi tendenciją siekti dorybės per savidiscipliną, savęs neigimą, savo poreikių ribojimą, pasiaukojimą ir kūniškų poreikių kontrolę. Asketizmas gali būti išreikštas per dietų laikymąsi kaip apsivalymą, plonumą kaip skaistybę, pasninkavimą kaip atgailą. Maisto atsisakymas arba oralinis savęs ribojimas gali būti fizinio malonumo atsisakymo forma. Asketizmas gali turėti teigiamą prasmę, tiek neigiamą, susijusią su kalte, gėda dėl malonumo patyrimo. Tai gali apimti sąmoningą miego ribojimą, skausmo sukėlimą per savęs žalojimą, žarnyno išvalymą, sportavimą kaip kaltės išpirkimą ir bet kokio malonumo vengimą.
- **subrendimo baimė** atspindi norą grįžti į vaikystės saugumą. Subrendimo baimė reiškia ne tik seksualinio, bet ir asmenybinio subrendimo baimę; atsakomybės, susijusios su suaugusiųjų gyvenimu, baimę, nepasiruošimą priimti vaidmens pasikeitimus ir lūkesčius, susijusius su suaugusiojo vaidmeniu.

Sudėtinės skalės:

- **neefektyvumo** (*žemas savivertė + asmeninis atitolimas*) skalės aukšti balai atspindi prastą savęs vertinimą ir vidinės tuštumos jausmą, kurie atspindi bazinį trūkumą asmeniniame identiškume.
- **tarpasmeninių problemų** (*tarpasmeninis nesaugumas + tarpasmeninis atsitraukimas*) skalės aukštesni įvertinimai atspindi asmens įsitikinimus, kad socialiniai santykiai yra keliantys įtampą, nesaugūs, nuviliantys, nesuteikiantys pasitenkinimo ir bendrai prastos kokybės.
- **afektyviųjų problemų** (*vidinių būsenų suvokimo trūkumas + sutrikusi emocijų reguliacija*) skalė atspindi sunkumus interpretuojant ir reaguojant į emocinius stimulus. Pacientams, kurie patiria sunkumų suprasdami ir įvardindami savo emocines būsenas, linkę į nuotaikos svyravimus bei reaguoti impulsyviai, pykčiu sudaro ypatingai gydymuisi atsparių pacienčių pogrupį, kurių emociniai sunkumai palaiko valgymo sutrikimus.
- **padidintos kontrolės** (*perfekcionizmas + asketizmas*) skalė atspindi tobulumo siekimą per savęs atsisakymą, savo poreikių ribojimą ir kontrolę.