

LATVIJAS UNIVERSITĀTE
PEDAGOĢIJAS UN PSIHOĢIJAS FAKULTĀTE
PSIHOĢIJAS NODAĻA

**NEGAUSĪGAS ĒŠANAS SAISTĪBA AR EMOCIJU REGULĀCIJU UN
APZINĀTĪBU**

BAKALaura DARBS

Autors: **Jekaterina Krišjansone**

Studenta apliecības Nr.: jk13136

Darba vadītāja: doc., Dr. psych. Ilze Damberga

RĪGA 2016

ANOTĀCIJA

Pētījuma mērķis bija noskaidrot, kādas savstarpējas saistības pastāv starp negausīgas ēšanas, emociju regulācijas un apzinātības fenomeniem. Pētījumā piedalījās 106 respondenti. Lai noteiktu šīs saistības, tika pielietotas trīs aptaujas: Negausīgas ēšanas skala (The Binge Eating Scale); Emociju regulācijas aptauja (Emotion Regulation Questionnaire); Apzinātības piecu aspektu aptauja (Five Facet Mindfulness Scale).

Veiktā pētījuma dati apstiprina, ka pastāv statistiski nozīmīga saistība starp negausīgas ēšanas tendenci un grūtībām emociju regulācijā, kā arī saistība starp augstu apzinātības līmeni un negausīgas ēšanas tieksmes trūkumu.

Atslēgas vārdi: negausīga ēšana, emociju regulācija, apzinātība.

ABSTRACT

The purpose of the study was identification of the relationship between the phenomena of binge eating, emotion regulation and mindfulness. 106 respondents participated in the study. In order to understand whether there is a statistically significant relationship between these mentioned phenomena, three questionnaires were used in the study: The Binge Eating Scale; Emotion Regulation Questionnaire; Five Facet Mindfulness Scale.

The data of the conducted study confirm that there is a statistically significant relationship between the tendency for the binge eating and difficulties in emotion regulation, as well as the inverse relationship between the high level of mindfulness and indisposition for binge eating.

Keywords: binge eating, emotion regulation, mindfulness.

SATURS

Ievads	2
Negausīgas ēšanas raksturojums.....	4
Emociju regulācijas procesu raksturojums	7
Negausīgas ēšanas un emociju regulācijas saistība	10
Apzinātības fenomena raksturojums.....	12
Negausīgas ēšanas un apzinātības saistība.....	15
Apzinātības un emociju regulācijas savstarpējā saistība	18
Metode	21
Pētījuma dalībnieki	21
Pētījuma instrumentārijs	21
Pētījuma procedūra	22
Rezultāti	23
Diskusija	26
Secinājumi	29
Izmantotā literatūra un avoti	30

IEVADS

Ar katru dienu pieaug ēšanas uzvedības traucējumu gadījumi, un arvien plašāk tiek atzīts, ka pārēšanās ir nopietns traucējums ar nopietnām sekām fiziskajai un psiholoģiskajai veselībai. Ēšanas uzvedības veidošanos ietekmē daudzi faktori: sociālie, ekonomiskie, etnokulturālie, personības īpatnības un citi. Tāpat svarīga loma ēšanas uzvedībā ir arī emocionālajām vajadzībām.

Pētījumi rāda, ka ēdiena uzņemšanas traucējumi populācijā sastopami diapazonā no 1 % līdz 3 % iedzīvotāju (Bruce, & Agras, 1992; Spitzer, Devlin, & Walsh, 1992). Starp cilvēkiem ar lieko svaru un aptaukošanos, kuriem nepieciešama ārstēšanās svara samazināšanai, negausīgas ēšanas slimnieku izplatības līmenis ir 20% - 30% (Striegel-Moore, & Franko, 2003).

Virkne pierādījumu liecina par to, ka pārēšanās bīstamība saistīta ar augstāku aptaukošanās smaguma pakāpi, kas šiem cilvēkiem palielina noslieci uz medicīniskiem sarežģījumiem (Spitzer et al., 1993). Bieži emocionālā atkarība no ēdiena saistīta ar palielinātu svaru (Geliebter, & Aversa, 2003), ēšanas uzvedības traucējumiem, piemēram, bulīmiju (Allen, Byrne, La Puma, McLean, & Davis, 2008), un depresiju (Ouwens, Van Strien, & Van Leeuwe, 2009). Vienlaikus ar sekām, ko veselībai rada aptaukošanās, un saistību ar psihiskiem traucējumiem negausīgas ēšanas slimnieki tāpat cieš arī no diskriminācijas darbā un sliktākiem dzīves apstākļiem, viņiem ir zemāki ienākumi, lielākas grūtības iestāties augstskolās, viņi nevar lepoties ar daudz draugiem un romantiskām attiecībām (Husted, Shapira, & Goodman, 2005).

Ņemot vērā plašo izplatību un ar to saistītās nopietnās fiziskās un psiholoģiskās saslimšanas, pārēšanās ir būtiska problēma sabiedrības veselības aizsardzības jomā. Tā kā emocionālā atkarība no ēdiena saistīta ar daudzām psiholoģiskām un fiziskām ietekmēm uz veselību, ir svarīgi izpētīt faktoru mijiedarbību, kas var novest pie negausības ēdiena uzņemšanā.

Negausīgo ēšanu un tās saistību ar stresu savā maģistra darbā pētījis Edmunds Vanags, taču tās saistība ar tādiem fenomeniem kā emociju regulācija un apzinātība Latvijā vēl nav izpētīta.

Pētījuma mērķis: noskaidrot negausīgas ēšanas saistību ar emociju regulāciju un apzinātību.

Pētījuma jautājums: kādas saistības pastāv starp negausīgas ēšanas tendenci, emociju regulāciju un apzinātības līmeni?

Pētījuma mainīgie lielumi: negausīga ēšana, emociju regulācija, apzinātība.

Pētījuma izlase: pētījumā piedalījās 106 respondenti vecuma diapazonā no 18 līdz 55 gadiem un vairāk. Respondentu sadalījums pa dzimumiem: 89 sievietes un 17 vīrieši.

Pētījuma dizains un datu ievākšanas metodes: sakarā ar izvirzīto pētījuma jautājumu tika pielietotas trīs aptaujas, lai identificētu šīs mijiedarbības.

1. Negausīgas ēšanas skala (The Binge Eating Scale / BES / Gormally, Black, Daston, & Rardin, 1982), ko Latvijā ir adaptējis Edmunds Vanags, 2013.
2. Emociju regulācijas aptauja (Emotion Regulation Questionnaire / ERQ/ Gross & John, 2003), ko Latvijā ir adaptējusi Ginta Jansone (2011).
3. Apzinātības piecu aspektu aptauja (Five Facet Mindfulness Scale (FFMQ), Baer, Smith, Hopkins, Krietmeyer, Toney, 2006), ko Latvijā ir adaptējis Māris Majors (2013).

Bakalaura darbs sastāv no 37 lappusēm un iekļauj sevī teorētisko un praktisko daļu. Teorētiskajā daļā tika izpētīti un sistematizēti pētnieciskie darbi par tēmām: negausīgas ēšanas traucējums, emociju regulēšanas procesi un apzinātības fenomena raksturojums, un šo faktoru savstarpējā mijiedarbība; praktiskajā daļā tika veikta respondentu aptauja, lai noskaidrotu šo mijiedarbību, veikta datu statistiskā analīze, izanalizēti iegūtie rezultāti un izdarīti secinājumi.

NEGAUSĪGAS ĒŠANAS RAKSTUROJUMS

Saskaņā ar Amerikas psihologu asociāciju (turpmāk tekstā – APA) negausīga ēšana (angliski „binge eating”) tiek skaidrota kā liela daudzuma (lielāka nekā parasti) ēdiena apēšana īsā laika periodā (jebkuru divu stundu ietvaros) un kontroles zaudēšana pār ēšanu šajā laikā (APA, 1994).

1959.gadā Stunkards (Stunkard, 1959) publicēja klīnisku novērojumu par to, ka daži pacienti, kuri cieš no aptaukošanās, apraksta pārēšanās epizodes ar sajūtu, ka pārtikas uzņemšana atrodas ārpus viņu gribas kontroles (tas ir, izjūt nespēju pārtraukt pārtikas uzņemšanu vai kontrolēt to, kāds ēdiens un kādā daudzumā tiek lietots). Viņš arī raksturoja šo uztura fenomenu kā tādu, kuram ir „orgiastisks raksturs”, un atzīmēja, ka šeit „milzīgs daudzums pārtikas tiek izlietots salīdzinoši īsos laika periodos”. Tāpat arī autors atzīmēja, ka šīs pārēšanās lēkmes bieži „izraisa noteikti emocionāli pārdzīvojumi vai notikumi, un tās regulāri pavada iekšējā diskomforta un vainas izjūta” (Stunkard, 1959). Lai arī šis fenomens atklājas visā ēšanas uzvedības traucējumu spektrā, tā stāvoklis Psihisko traucējumu diagnostikas un statistikas rokasgrāmatas 4. klasifikatorā (turpmāk tekstā DSM-IV) ir nostiprinājies tikai bulīmija nervosa struktūrā.

Tomēr Stunkarda (Stunkard, 1959) klīniskais novērojums noveda pie pētnieciski diagnostisku kritēriju parādīšanās ēšanas uzvedības traucējumiem pēc negausīgas ēšanas *binge-eating disorder* tipa. Šis traucējums tika iekļauts DSM-IV (APA, 1994) pielikumā kā kategorija turpmākiem pētījumiem atipisku ēšanas uzvedības traucējumu kontekstā. Negausīgas ēšanas kritēriju ieviešana DSM-IV pētnieciskajos kritērijos pagājušajā desmitgadē veicināja lielu skaitu zinātnisko pētījumu un izraisīja daudz kritisku jautājumu attiecībā uz šīs jaunās diagnozes pamatotību.

Psihisko traucējumu diagnostikas un statistikas rokasgrāmatas pēdējā izdevumā (DSM-V; APA, 2013) negausīga ēšana ir izdalīta jau kā atsevišķs traucējums, kam raksturīgs liela ēdiena daudzuma patēriņš īsā laika periodā ar daudzuma kontroles zaudēšanas epizodēm un neatrodies fiziska izsalkuma stāvoklī. Šīs epizodes var pavadīt vainas apziņa, garīgā līdzsvara traucējumu stāvoklis, un tām var būt saistība ar stresu.

Negausīgas ēšanas attīstības retrospektīvie pētījumi, kurus veica Maikls Lovs (Lowe, 1991), pētīja faktorus, kuri veicina negausīgas ēšanas sākšanos. Pētījumi parādīja, ka salīdzinājumā ar sievietēm bez ēšanas uzvedības traucējumiem vai ar citiem psihiskiem

traucējumiem 60-80% aptaujāto atzīmēja savā personiskajā dzīvē seksuālas vardarbības (15%), fiziskas vardarbības (50%), psiholoģiskas vardarbības (56%) gadījumus, ģimenes problēmas (piemēram, psihiski traucējumi vecākiem, pārmērīga kritizēšana no vecāku puses, pamestības un vientulības izjūta, vecāku šķiršanās). Šīm personām bija raksturīgs pazemināts pašvērtējums, kautrīgums, kas veicināja negausīgas ēšanas attīstību (Lowe, 1991).

Negausīgas ēšanas traucējums skar visu tautību un abu dzimumu cilvēkus, pie tam no šī traucējuma biežāk cieš sievietes nekā vīrieši (3 sievietes uz 2 vīriešiem), un parasti šī traucējuma simptomi sāk parādīties pusaudžu vecuma beigās (Grilo & Masheb, 2002). Citi pētījumi parāda, ka bieži šis izjauktais ēšanas režīms sākas divdesmit gadu vecumā (Spitzer et al., 1993), un 2/3 cilvēku, kuri cieš no negausīgas ēšanas un aptaukošanās, atzinuši, ka tā sākās vēl pirms aptaukošanās attīstīšanās (Wilson, Nonas, & Rosenblum, 1993).

Lai arī liekais svars nav negausīgas ēšanas kritērijs, ir stipra pozitīva saistība starp svaru un negausīgas ēšanas simptomiem, un vairāk kā 65% pacientu ir cilvēki, kuriem ir liekais svars (Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007). Tiem, kuri cieš no liekā svara negausīgas ēšanas dēļ, ir smagākas aptaukošanās formas, nozīmīgākas psihopatoloģijas, lielākas problēmas ar svaru un formām un neapmierinātība ar ķermeni, negatīvāks pašvērtējums, zemāka pašapziņa un vājāka veselība, kas ietekmē dzīves kvalitāti, salīdzinājumā ar tiem, kuri necieš no kompulsīvās aptaukošanās (Javaras, 2008; Vancampfort, 2014). Piemēram, gandrīz 70 % no negausīgas ēšanas slimniekiem ir vismaz viens papildu ilgstošs psihiskais traucējums (Javaras et al., 2008; Grilo et al., 2013). Izplatītākie traucējumi ietver garastāvokļa traucējumus, trauksmes traucējumus un atkarību no dažādām vielām.

Trauksme tiek minēta kā visvairāk sastopamā emocija pacientiem ar aptaukošanos, kuri cieš no negausīgas ēšanas (Marcus, 1995). Tas izvirzīja pirmajā plānā to, cik svarīgi ir pētīt negausīgas ēšanas epizožu kā sava stāvokļa regulēšanas paņēmiena funkcionālos aspektus. Literatūras apskats parāda, ka cilvēki, kuri cieš no aptaukošanās savienojumā ar negausīgo ēšanu, būtiski atšķiras no personām, kuras cieš no aptaukošanās bez negausīgas ēšanas, šādās svarīgās pozīcijās: pirmkārt, agrāks vecums, kurā sākas aptaukošanās attīstība, biežāks un ilgstošāks dzīves periods diētas ieturēšanā un bieži lielā amplitūdā svārstīgs svars, kas pārstāv tā saukto „šķēru” fenomenu (Lowe, & Caputo, 2002).

Pacienti, kuri cieš no negausīgas ēšanas, ievērojami atšķiras, no vienas puses, no cilvēkiem ar normālu svaru un, no otras puses, no subjektiem ar aptaukošanos bez negausīgas ēšanas traucējuma visdaudzveidīgākajos ēšanas uzvedības aspektos. Negausīgas ēšanas fenomena

saistība ar aptaukošanos kļūst arvien pamanāmāka, palielinoties ķermeņa masas indeksam. Pacienti ar negausīgo ēšanu konstatē līdzību ar pacientiem, kuri cieš no bulīmijas nervosa, viņiem raksturīgo disfunkcionālo attiecību ar ēdienu un pārdzīvojumiem attiecībā uz svaru un ārējo izskatu ziņā. Subjektiem ar negausīgo ēšanu konstatē nozīmīgi lielāku neapmierinātību ar sava ķermeņa izmēriem un ārējo izskatu nekā pacientiem bez negausīgas ēšanas (Grissett, & Fitzgibbon, 1996). Šī korelācija tika konstatēta gan klīniskos pētījumos, gan populācijā, un nebija depresijas izpausmju sekas (Striegel-Moore et al., 2002). Turklāt tika atzīmēts, ka pacienti ar negausīgo ēšanu, kuri vērsās pēc palīdzības, bieži nēsā tādu apģērbu, kas palīdz noslēpt ķermeņa liekā svara parādīšanos, viņiem ir tieksme uz kompulsīvu to ķermeņa daļu pārbaudi, kuras, viņuprāt, pieņēmušās svarā. Šie rezultāti parāda līdzību starp pacientiem ar bulīmiju nervosa un negausīgas ēšanas traucējumu attiecībā uz viņu pārliecīgo norūpēšanos par savu ārējo izskatu un svaru.

Pētot pārdzīvojumu psiholoģisko kontekstu pārēšanās epizodēs personām ar negausīgo ēšanu, tika atzīmēts, ka, salīdzinot ar pārēšanās epizodēm nervu bulīmijas nervosa gadījumos, šīs personas izjūt ievērojami lielāku prieku no ēdiena, baudot tā smaržu, garšu, lielāku atslābināšanās līmeni un mazāku diskomforta līmeni (Guss, 2002). Saistībā ar šo līdzību autori atzīmē biežu kopēju kognitīvo uzvedības stratēģiju izmantošanas pamatotību negausīgas ēšanas un nervu bulīmijas gadījumos.

Klīniskajos un populācijas pētījumos tika atzīmēts lielāks sastopamo psihisko traucējumu biežums pacientiem, kuri cieš no aptaukošanās un negausīgas ēšanas, nekā personām ar aptaukošanos bez negausīgas ēšanas, taču būtiski zemāks nekā personām ar nervu bulīmiju (Raymond, 2002). Šīs psihopatoloģiskās izpausmes ietver augstākus depresijas, trauksmes smaguma rādītājus, biežāk sastopamas uzmācīgas domas ar nepatīkamu saturu, paaugstināta uzbudināmība un impulsivitāte. Tiek atzīmēta biežāka vēršanās pie psihoterapeita. Pacienti ar negausīgo ēšanu un aptaukošanos ziņo par zemāku pašvērtējumu un zemāku sociālo funkcionēšanu (Hsu, 2002). Tā, pēc rīcībā esošajiem datiem, risks saslimt ar vieglas un vidējas smaguma pakāpes depresijas epizodi dzīves gaitā personām ar negausīgo ēšanu saskaņā ar dažādiem pētījumiem ir no 31 % līdz 91% (Mussell, 1996). Komorbīdā psiholoģiskā patoloģija ievērojami lielākā pakāpē saistīta ar negausīgas ēšanas izpausmēm nekā ar pavadošo aptaukošanos. Depresīvs stāvoklis var veicināt negausīgas ēšanas attīstību, padarot subjektu ievainojamāku, un ir faktors, kurš provocē recidīvu klīniskos gadījumos, kur negausīgas ēšanas

fenomens tiek skatīts kā diskomforta stāvokļa pārvarēšanas paņēmiens. Ir dati par to, ka negausīga ēšana var būt afekta attīstības simptomu priekšvēstnesis.

Virkne pētījumu, kas veltīti negausīgas ēšanas fenomena izpētei populācijā, norāda uz to, ka ir lielāks risks depresīvo traucējumu, panikas traucējumu, fobiju un alkoholisma attīstībai (Didie, & Fitzgibbon, 2005). Taču esošajiem datiem nepieciešami precizējumi, jo pastāv pētījumi, kuros populācijā nav atrastas būtiskas atšķirības starp dažādu problēmu rādītājiem sievietēm ar negausīgo ēšanu un bez tās (Hsu, 2002).

Tādējādi epidemioloģiski un klīniski pētījumi par ēšanas uzvedības traucējumiem liecina par to, ka negausīga ēšana ir plaši izplatīta populācijā un ir bieži sastopama to vidū, kuri vēršas pēc palīdzības svara samazināšanas jautājumā. Negausīga ēšana ir modulējošais faktors komorbīdai psihiskai patoloģijai ķermeņa liekā svara gadījumos. Tādā veidā pārēšanās ir nopietns traucējums, kas var veicināt arī fizisku problēmu rašanos saistībā ar veselību (piemēram, aptaukošanās, hipertoniya, dislipidēmija un 2.tipa cukura diabēts), kā arī būtiskas sociāli psiholoģiskas disfunkcijas (Hudson et al., 2010; Yanovski, 2003).

EMOCIJU REGULĀCIJAS PROCESU RAKSTUROJUMS

Emociju regulāciju aprot kā psiholoģisko procesu, psiholoģisko mehānismu un regulējošo stratēģiju kopumu, ko cilvēks izmanto, lai saglabātu spēju produktīvi darboties emocionālas slodzes apstākļos, lai nodrošinātu optimālu kontroli pār stimuliem un emocijām, lai uzturētu emocionālo uzbudinājumu tā optimālajā līmenī (Gross, 1998). Zinātnisko darbu analīze ļauj secināt, ka emociju regulācijas pilnīgākais modelis, kas aptver plašu spektru regulēšanas stratēģiju un izvieto tās laika kontinuitātē, kā arī ir pamatots ar pietiekamu daudzumu empīrisku pētījumu, ir procesuālais modelis, kurš sniegts Grosa skolas darbos (Gross, 1998). Emociju regulācijas modelis, kurš aplūkots Grosa un viņa kolēģu darbos, ir ieguvis nosaukumu - emociju regulācijas procesuālais modelis. Tā autori piedāvā skatīt emociju regulāciju kā laikā izvērstu procesu, kurā izdalīti divi posmi, par „robežu” starp kuriem kalpo emocionālā impulsa ģenerēšanas moments (Gross, 1998). Saskaņā ar autoru viedokli, pirmajā gadījumā regulācijai būtībā tiek pakļauta nevis pati emocija kā tāda, bet drīzāk subjekta „virzība” uz situāciju, kura var emociju izraisīt. Kad impulss jau ir uzģenerēts, tiek īstenota tieši emocijas un tās seku regulācija fizioloģiskā stāvoklī, uzvedībā un subjektīvajā pārdzīvojumā. Šie divi „globālo” stratēģiju tipi var būt izmantot gan adaptīvi, gan dezadaptīvi (Gross, 2003; Gross, 2004; Gross & Rottenberg, 2007).

Grosa modelī tiek izdalītas vairākas emociju regulācijas stratēģiju klases. Populārākās stratēģijas, kuras visbiežāk tiek izmantotas emociju regulācijas aptaujās: kognitīvā pārvērtēšana un izpausmju apspiešana.

Grosa modelī kognitīvās pārvērtēšanas stratēģija – atspoguļo emociogēnās situācijas interpretācijas izmaiņas ar mērķi tikt galā ar emocijām. Virknē pētījumu parādīts kognitīvās pārvērtēšanas adaptīvais ieguldījums cilvēka emocionālajā labklājībā. Kognitīvās pārvērtēšanas izmantošana ir pozitīvi saistīta ar augstāku pozitīvu emociju pārdzīvošanas biežumu un zemāku negatīvu emociju pārdzīvošanas biežumu, kā arī – ar psiholoģisko labklājību un labvēlīgām starppersonu attiecībām (Gross, & John, 2003). Taču no otras puses pārvērtēšana var novest pie sevis nepieņemšanas (piemēram, „Citu acīs es tagad izskatos kā muļķis”). Parādīts, ka indivīdi ar tieksmi uz biežu pašnovērtēšanu, pārdzīvo vairāk negatīvu emociju un ir ar lielāku tendenci uz depresiju (Barden et al., 1985).

Cita stratēģija sekojošajā emociju regulācijas procesā skar pašas emocionālās reakcijas izmainīšanu. Šajā posmā regulācijas galvenie varianti ir emocionālā ekspresija un emocionālās ekspresijas apspiešana. Emocionāli ekspresīvās uzvedības loma ir neviennozīmīga: no vienas puses, tiek uzskatīts, ka negatīvo emociju izpaušana noved pie stāvokļa uzlabošanās, taču Izards (Izard, 1990) savā pētījumā parādīja, ka emocionāli ekspresīvā uzvedība nevis pazemina, bet pat nedaudz paaugstina pārdzīvojamās emocijas intensitāti. Emociju apspiešana var pastiprināt negatīvo emocionālo stāvokli (neautentiskuma dēļ). Šī stratēģija saistīta ar augstu fizioloģisko cenu: tika parādīts (Dozier, & Kobak, 1993), ka indivīdi, kuri izmanto apspiešanas stratēģiju, ar grūtībām atceras negatīvi iekrāsotus notikumus, taču tajā pašā laikā demonstrē augstu fizioloģisko reaktivitāti uzdevuma pildīšanas laikā. Pētījumu rezultāti parāda, ka tieksme apspiest emocionālo ekspresiju (Gross, 1998; Gross, & Levenson, 1993) pazemina pozitīvo emociju intensitāti, taču atstāj tādā pašā līmenī negatīvo emociju intensitāti.

Emociju regulācija var tikt definēta kā mērķtiecīgs process, kas virzīts uz to, lai ietekmētu izjūtamā emociju intensitāti, ilgumu un veidu (Gross, & Thompson, 2007). Tāda emociju regulācija var notikt gan atklātā, gan slēptā formā (Bargh, & Williams, 2007; Gross, & Thompson, 2007; Mauss, Evers, Wilhelm, & Gross, 2006). Atklāta emociju regulācija ietver sevī procesus, kuri pieprasa apzinātus pūliņus iniciēšanai, kā arī pieprasa noteiktu kontroles veidu pār visu realizāciju (Gyurak, Gross, & Etkin, 2011). Atšķirībā no tās slēptā emociju regulācija ir process, ko automātiski izraisa pamudinājums, kas beidzas bez kontroles un notiek bez apzināšanās un izpratnes.

NEGAUSĪGAS ĒŠANAS UN EMOCIJU REGULĀCIJAS SAISTĪBA

Traucējumi emociju regulācijas procesos ir vispārējs un plaši izmantots negausīgas ēšanas rašanās un attīstības skaidrojums. Tiek pieņemts, ka pacienti, kuri cieš no negausīgas ēšanas un izjūt grūtības savu negatīvo emociju regulēšanā, izmanto negausīgo ēšanu, lai tiktu galā ar šīm emocijām un izjustu atvieglojumu. Tomēr nav pietiekams skaits eksperimentālu pētījumu, kuri pēta šo pieņēmumu, un netiek pārbaudīta personu, kuras cieš un kuras necieš no negausīgas ēšanas, atšķirības attiecībā uz emociju regulēšanas modeli.

Neirobioloģiskie procesi, kuri attiecas uz pašregulāciju, tai skaitā kontrole pār savu uzvedību ēšanas laikā, ir raksturīgi ar to, ka ir lielā mērā atkarīgi no emocijām (Heatherton, & Baumeister, 2011). Emociju regulācija tiek skaidrota kā „mēģinājums ietekmēt to, kādas emocijas mums ir, kad tās mums ir un kā šīs emocijas tiek pārdzīvotas vai izpaustas” (Gross, 1998). Ja emociju regulācija nesniedz rezultātus, pašregulācija citās jomās, tādās kā uzvedības kontrole ēšanas laikā, arī var ciest neveiksmi. Tādējādi ticams šķiet fakts, ka skaidrojošie uzvedības modeļi negausīgas ēšanas un pārlietas aptaukošanās gadījumos noved pie pašregulācijas trūkuma, ko izraisa spēcīgas emocijas. Emocionālās pārēšanās teorija skata ēšanu kā stratēģiju grūtību pārvarēšanai, reaģējot uz emocionālo stresu, tādējādi apraksta dezorganizētas ēšanas uzvedības subklīnisku formu kā atbildi uz emocijām (Bennett, Greene, & Schwartz-Barcott, 2013; Bruch, 1973). Emocionālā pārēšanās tika īpaši rūpīgi izpētīta attiecībā uz cilvēkiem, kuri cieš no aptaukošanās, un cilvēkiem ar normālu svaru (Ganley, 1989; Konttinen, Männistö, Sarlio-Lähteenkorva, Silventoinen, & Haukkala, 2010, 2010; Rommel, Nandrino, Ducro, Andrieux, Delecourt, & Antoine, 2012). Ir vairākas teorijas attiecībā uz emocionālo pārēšanos, tādu kā pārēšanās un negausīga ēšana. Izvairīšanās teorija (Heatherton, & Baumeister, 1991) piedāvā skatījumu, ka pārēšanās laikā notiek atvieglojums no negatīvas darbības, bet citas teorijas, kā, piemēram, afektīvās regulācijas teorija (Polivy, & Herman, 1993), piedāvā iedarbības korekciju pēc negausīgas ēšanas. Saskaņā ar emocionālā uzbudinājuma teoriju pārēšanos izraisa emocionāls uzbudinājums ar mērķi mazināt uzbudinājuma līmeni (Pine, 1985.). Katra no augstāk minētajām emociju regulācijas teorijām ietver vismaz vienu no šādām sastāvdaļām: konkrētas vai nespecifiskas negatīvas emocijas kā ierosinājuma motīvs pārēsties (t.i. ierosinājuma komponents) un specifisku vai nespecifisku negatīvu emociju apspiešana (t.i. atvieglojuma komponents) ar negausīgas ēšanas palīdzību īstermiņa perspektīvā (pārēšanās laikā) vai ilgtermiņa perspektīvā (pēc vienreizējas pārēšanās).

Ir pieaudzis to pētījumu skaits par ēšanas uzvedības traucējumiem, kuri pēta emociju regulācijas lomu negausīgas ēšanas gadījumos (Gianini, White, & Masheb, 2013; Whiteside, Chen, Neighbors, Hunters, Lo, & Larimer, 2007). Šie pētījumi konsekventi saista nopietnas grūtības kontrolēt ēšanu ar atklāto emociju regulāciju, tai skaitā nepietiekamu emociju atpazīšanu, personām ar ēšanas uzvedības traucējumiem salīdzinājumā ar cilvēkiem bez ēšanas uzvedības traucējumiem (Brockmeyer, Skunde, Wu, Bresslein, Rudofsky, Herzog, & Friederich, 2014; Gilboa-Schechtman, Avnon, Zubery, & Jeczmiem, 2006; Harrison, Sullivan, Tchanturia, & Treasure, 2010; Haynos, & Fruzzetti, 2011; Oldershaw, 2009; Racine, & Wildes, 2013). Patiešām, salīdzinājumā ar cilvēkiem, kuri necieš no negausīgas ēšanas, cilvēkiem, kuri cieš no negausīgas ēšanas, konstatēta spēcīgāka negatīvās iedarbības pārdzīvošana un pazemināta spēja izpaust un aprakstīt savus emocionālos stāvokļus (Zeeck, Stelzer, Linster, Joos, & Hartmann, 2011).

Bez tam pētījumu dati liecina par saistību starp emociju regulācijas grūtībām un negausīgo ēšanu (Lilenfeld, Wonderlich, Riso, Crosby, & Mitchell, 2006; Whiteside et. al.; 2007; Womble, Williamson, Martin, Zucker, Thaw, & Netemeyer, 2001). Atsevišķi pētījumi tika veikti par slēpto emociju regulāciju ēšanas traucējumu gadījumos anoreksijas nervosa vai bulīmijas nervosa gadījumos. Piemēram, salīdzinājumā ar kontroles grupas veselajiem pārstāvjiem sievietes ar nervu anoreksiju vai nervu bulīmiju uzrādīja būtiskākas uzmanības novirzes (Stroop, 1935).

APZINĀTĪBAS FENOMENA RAKSTUROJUMS

Pēdējo desmitgažu laikā ārzemju literatūrā tiek atzīmēts tādu darbu skaita noturīgs pieaugums, kuri veltīti apzinātības (angl. *mindfulness*) koncepcijas zinātniskai izstrādei (Allen, Blashki, Chambers, Ciechomski, Gullone, & Hassed, 2006). Apzināšanās tehnikas meditatīvajās praksēs pastāvēja jau daudzus gadsimtus kā budisma un citu Austrumu garīgo tradīciju daļa. Apzinātības fenomena pētīšana zinātniskas izpētes kontekstā klīniskajā psiholoģijā un psihoterapijā sākās 1990.-tajos gados, un mūsdienās tā ir izveidojusies kā patstāvīgs virziens (Kabat-Zinn, 1990).

Zinātnieki attiecina apzinātības fenomenu uz metakognitīvo regulācijas spēju jomu. Psiholoģijā ir pieņemts runāt par apzinātību kā par iezīmi, kura raksturo indivīda kognitīvi personisko stilu, un pētījuma priekšmets šajā gadījumā ir apzinātības funkcija cilvēka iekšējās dzīves organizēšanā. Ar apzinātību tiek saprasta spēja pašam koncentrēt uzmanību uz notiekošajiem notikumiem un izjūtām, pašam pārslēgt uzmanību no vieniem aspektiem uz citiem, pie tam izjutot koncentrēšanās procesa kontrolējamību un vadāmību. Apzinātības stāvoklī subjekts fokusējas uz pašreizējā mirkļa pārdzīvojumiem, cenšoties nepievērsties pagātnes notikumiem vai domām par nākotni. Īpaši jāatzīmē, ka runa ir par tiešu fokusēšanos uz pārdzīvojumiem, fokusēšanos bez uztveramās pieredzes konceptualizācijas. Vispārīgāka apzinātības izpratne nozīmē spēju nevērtējot, priekšmetiski un burtiski apzināties savu dzīves pieredzi (pārdzīvojamo notikumu un parādību satura pilnīgumu un daudzveidīgumu) un vienlaikus apzināšanos, ka pārdzīvojamās sajūtas ir pieredzes iekšējā reprezentācija, subjektīvs realitātes attēlojums, nevis pati objektīvā realitāte (Keng, Smoski, & Robins, 2011). Apzinātība un pieredzes pieņemšana nozīmē, ka subjekts ieņem metakognitīvu, novērojošu pozīciju attiecībā pret savu pieredzi un iekšēju tās izpratni. Tā rezultātā domas tiek uztvertas kā pārejoši, nebūtiski mentāli notikumi, nevis kā precīzi realitātes attēlojumi. Šo procesu daži pētnieki sauc par decentrāciju vai kognitīvo elastīgumu (Raes, Dewulf, Van Heeringen, & Williams, 2002). Abos gadījumos runa ir par attieksmi pret domu kā vienkārši domu, nevis kā pret ontoloģisku īstenības attēlojumu. Šāda attieksme sniedz augstāku efektivitāti negatīvo pārdzīvojumu pārvarēšanā, konkrēti - ir vieglāk aktualizēt pieredzes alternatīvos aspektus, atturēties no neitrālu notikumu negatīvas konceptualizācijas, parādās plašāks diapazons un adaptivitāte atbildēm uz negatīviem stimuliem. Spēja apzināties realitātes iekšējā attēlojuma subjektivitāti tādējādi tiek skatīta kā efektīvs līdzeklis tikt galā ar dažādiem psiholoģiskā stresa veidiem – trauksmi, bailēm,

aizkaitinājumu, dusmām, rumināciju. Minēto stresa veidu disfunkcionālais raksturs bieži lielā mērā saistīts ar destruktīvām stresa pārvarēšanas stratēģijām: izvairīšanos, apspiešanu vai pārlieku ļaušanos negatīviem pārdzīvojumiem un domām (Nolen-Hoeksema, 2000). Minēto stratēģiju kontrproduktivitāte savukārt pastiprinās no tā, ka šie veidi ātri automatizējas un paradoksālā kārtā subjekts tos uztver kā efektīvus un nepieciešamus, neraugoties uz acīmredzamu apliecinājumu par pretējo. Tā izvairīšanos pastiprina pārlicība, ka izjust nepatīkamas emocijas ir kaitīgi; apspiešanu - pārlicība, ka šāds veids, kā apieties ar emocijām, liecina par garīgo spēku; uzstājīgu nepatīkamo domu un emociju „pārcilāšanu” - pārlicība, ka tad, ja tiks nonākts līdz negatīvo jūtu „virsotnei”, notiks insaits un atradīsies efektīvs problēmas risinājums. Šādās situācijās apzinātība palīdz dezautomatizēt disfunkcionālās stereotipiskās reakcijas un pārraut augstāk aprakstīto negatīvo emocionālo stāvokļu pastiprināšanās burvju apli. Citiem vārdiem sakot, sākt šķetināt psiholoģiskā stresa smagos kamolus var, koncentrējoties uz to, kas burtiski notiek cilvēka iekšienē un viņam apkārt (Didonna, 2009).

Apzinātības fenomēns ir centrālā sastāvdaļa vairākās psihoterapeitiskajās pieejās: apzinātībā balstītā stresa samazināšanas programma (Mindfulness-Based Stress Reduction, turpmāk tekstā MBSR), (Kabat-Zinn, 2008); apzinātībā balstītā kognitīvā terapija (Mindfulness-Based Cognitive Therapy, turpmāk tekstā MBCT), (Teasdale, Segal, & Williams, 2008), dialektiskā uzvedības teorija (Dialectical Behavior Therapy, turpmāk tekstā DBT), (Chiesa, & Serretti, 2001). Augstāk minētās pieejas kopumā attiecas uz kognitīvi biheiviorālo virzienu, kuram ir iespaidīgi empīriski pierādījumi par efektivitāti trauksmes un depresijas traucējumu ārstēšanā. Teorētiskajā modelī un daudzos empīriskajos pētījumos parādīts, ka cilvēka spēja koncentrēties, apzināties pašreizējo iekšējo un ārējo pieredzi, vadīt apzināšanās procesu ir svarīgs faktors noturībā pret stresu un psiholoģiskajā labklājībā.

Vairāki pētījumi uzrādīja psiholoģiskās intervences uz apzinātības pamata efektivitāti, novēršot recidīvus nopietnai depresijai (Ma & Teasdale, 2004; Segal, Williams, & Teasdale, 2002; Teasdale, 1999) un depresijas simptomiem (Kingston, Dooley, Bates, Lawlor, & Malone, 2007), trauksmei (Evans, Ferrando, Findler, Stowell, Smart, & Haglin, 2008; Kabat-Zinn, 1990), psihozei (Bach, & Hayes, 2002; Gaudiano, & Herbert, 2006), problēmām ar ķermeņa tēlu (Stewart, 2004), toksikomānijai (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999), traumām (Follette, Palm, Pearson, 2006; Ogden, Minton, & Pain, 2006), ekshibicionismam (Paul, Marx, & Orsillo, 1999), ēšanas traucējumiem (Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003; Telch, Agras, & Linehan, 2000), nikotīna atkarībai (Gifford, Kohlenberg, Hayes, Antonuccio, Piasecki, & Rasmussen-Hall,

2004), uzmanības deficītam un hiperaktivitātei (Zylowska, Ackerman, Yang, Futrell, Horton, & Hale, 2008), psiholoģiskajiem traucējumiem un neirotismam (Brown, & Ryan, 2003). Psiholoģiskās intervences uz apzinātības pamata tāpat arī izrādījās efektīvas daudzu fizisku slimību ārstēšanai, tādu kā psoriāze un hroniskas sāpes (Kabat-Zinn, 1982), kā arī noskaņojuma un labklājības stāvokļa uzlabošanai personām ar onkoloģiskām saslimšanām (Specia, Carlson, Goodey, & Angen, 2000; Tacon, Caldera, & Ronaghan, 2004) un fibromialģiju (Kaplan, Goldenberg, & Galvin-Nadeau, 1993). Jauni pētījumi tāpat arī norāda uz apzinātības efektivitāti smagu un hronisku fizisku stāvokļu blakusefektu ārstēšanā bērniem un pusaudžiem (Thompson, & Gauntlett-Gilbert, 2008). Intervences uz apzinātības pamata personām bez klīniskiem traucējumiem bija saistītas ar stresa intensivitāti samazināšanos (Brown, & Ryan, 2003; Chambers, Lo, & Allen, 2008), trauksmes samazināšanos (Shapiro, Schwartz, & Bonner, 1998), adaptīvākām reakcijām uz stresu (Davidson et. al., 2003), uzlabojumiem romantiskajās attiecībās (Cordova, & Jacobson, 1993), sev pievērstās negatīvās uzmanības mazināšanos (Murphy, 1995), melatonīna līmeņa paaugstināšanos, kas novērš vēzi (Massion, Teas, Hebert, Wertheimer, & Kabat-Zinn, 1995), uzlabojumiem atmiņas funkcionēšanā uz vispārējās pašsajūtas uzlabošanās fona (Chambers et. al., 2008; Tang, Ma, Wang, Fan, & Feng, 2007).

NEGAUSĪGAS ĒŠANAS UN APZINĀTĪBAS SAISTĪBA

1986.gadā van Štrīns ar citiem pētniekiem (Van Strien, Frijters, Bergers, & Defares, 1986) paziņoja, ka saskaņā ar psihosomatisko un eksternālo teoriju tas, ka cilvēki kļūdaini uztver iekšējos stāvokļus, veicina emocionālo pārēšanos, tas ir, pārēšanos kā atbildi uz emocionālajiem stāvokļiem, un eksternālo pārēšanos kā atbildi uz ārējiem faktoriem. Bez tam nepārtrauktā cīņa ar izsalkumu, izmantojot ierobežojošu kontroli ar mērķi zaudēt svaru (atturība ēšanā), arī var novest pie tā, ka tiek zaudēts kontakts ar iekšējiem stāvokļiem (Van Strien, et al., 1986).

Ja cilvēks ir dispozionālā apzinātības stāvoklī, viņš ir vairāk informēts par domām, emocijām un darbībām pašreizējā mirklī, un tas savukārt ir saistīts ar emociju un iekšējo ķermenisko stāvokļu apzināšanos, kas veicina veselīgāku ēšanas uzvedību. It īpaši pazeminātā dispozionālā apzinātība ir saistīta ar nepareizu emociju uztveri, tādus gadījumos kā izsalkums (emocionālā ēšana), un/vai lielāku ēdiena patērēšanu kā atbildi uz ārējiem faktoriem, nevis uz ķermeņa signāliem, piemēram, izsalkumu (eksternālā ēšana) (Kabat-Zinn, 2005).

Neraugoties uz to, ka Kirnijs un citi pētnieki neatrada nekādus pierādījumus tam, ka vispārējā programma stresa samazināšanai uz apzinātības pamata bija saistīta ar pozitīvām izmaiņām ēšanas uzvedībā, daži citi autori ziņo par pozitīviem rezultātiem uz apzinātības pamata balstītās intervencēs, kuras konkrēti vērstas uz ēšanas uzvedību dažādām pacientu grupām ar ēšanas traucējumiem (Kearney, Milton, Malte, McDermott, Martinez, & Simpson, 2012). Piemēram, Lihijs pozitīvi apraksta uz kognitīvi biheiviorāliem principiem un apzinātības principiem balstītas intervenču grupas ietekmi uz negausīgas ēšanas un depresijas simptomiem, emociju regulāciju un motivāciju mainīt neadekvātu ēšanas uzvedību ar bariatriskās ķirurģijas palīdzību pacientiem pēc ķirurģiskas iejaukšanās (Leahey, Crowther, & Irwin, 2008).

Nesens randomizēts kontrolēts pētījums par apzinātības apmācību sievietēm ar lieko svaru tika koncentrēts uz tādu pārdzīvojumu apzināšanos, kuri saistīti ar fizisku izsalkumu, sāta sajūtu, apmierinātību ar garšu un emocionāliem stimuliem pārēsties, un tas parādīja, ka apzinātība bija vairāk novājināta emocionālās un eksternālās ēšanas gadījumos, taču nekādas izmaiņas netika konstatētas atturīgā ēšanā (Daubenmier, Kristeller, Hecht, Maninger, Kuwata, & Jhaveri, 2011). Nesenu pētījumu pārskatu dati parāda arī intervenču uz apzinātības pamata pozitīvās sekas pacientiem, kuri cieš no ēšanas uzvedības traucējumiem (Kristeller, & Wolever, 2011); Wanden-Berghe, Sanz-Valero, & Wanden-Berghe, 2011). Studenšu vidū arī tika konstatēts, ka dispozionālā apzinātība (pamatojoties uz Kentuki apzinātības prasmju sarakstu) atrodas

negatīvā saistībā ar emocionālo un nekontrolēto (ļoti līdzīgu eksternālajai) ēšanu, vienlaikus netika konstatētas nekādas būtiskas saiknes ar kognitīvo atturību (Lavender, Gratz, & Tull, 2011). Saistībā ar apzinātību un ēšanas uzvedības stiliem depresīvie un trauksmes simptomi var būt kā iespējamie izkropļojošie faktori, jo bieži tika konstatēta to saistība ar apzinātību un mazāk labvēlīgu ēšanas uzvedību, lai arī cēloņsakarību virziens ir neskaidrs. Lai arī dati par depresijas kā cēloņa lomu aptaukošanās attīstībā ir pretrunīgi un uz pastāvošās literatūras bāzes nevar izdarīt gala secinājumus par trauksmi kā cēloņfaktoru, gan trauksmes, gan depresijas simptomi ir dominējoši aptaukošanās slimībā.

Ņemot vērā, ka saistība starp afektīviem stāvokļiem un ēšanas uzvedību ir sastopama sievietēm, kuras raizējas par savu svaru, un sievietēm, kuras cieš no negausīgas ēšanas, depresijas un trauksmes simptomi šai pacientu grupai var būt saistīti ar ēšanas uzvedību (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006). Pamatojoties uz citu modeļu teorētiskiem apsvērumiem un empīriskiem rezultātiem, kas minēti iepriekš, var izdarīt pieņēmumu, ka apzinātība šiem pacientiem būs labvēlīgā veidā saistīta ar mazāk emocionālu un eksternālu, taču ne ierobežotu ēšanas uzvedību. Pēdējā laikā tiek novērota interese par apzinātības un apzinātībā balstītu pieeju izmantošanu dezorganizētas ēšanas gadījumos. Apzinātība tiek formulēta kā „apzināšanās, kura rodas, vērsot uzmanību uz mērķiem pašreizējā mirklī, un vērtējošas attieksmes neesamība pret pārdzīvojumiem, kas rodas”. Apzinātības prakses teorētiskais modelis pieņem, ka būtiskākie komponenti ir nodoms, uzmanība un attieksme, kas noved pie atkārtotas uztveres. Tiek pieņemts, ka apzinātība veicina informētību par reaģēšanu uz ēšanu, izsalkumu un apmierinājumu, iespējams, noved pie baudas iegūšanas no ēdiena, un iekšējo emocionālo un ārējo eksternālo faktoru, kuri mudina uz ēdiena patērēšanu, apzināšanās pastiprināšanos.

Kroskultūrālā pētījumā par ēšanas traucējumiem pieaugušām sievietēm tika konstatēts, ka dispozicionālajai apzinātībai ir būtiska savstarpējā saistība ar nekontrolētu ēšanu un emocionālo ēšanu, bet ne ar kognitīvo atturību (Lattimore, Fisher, & Malinowski, 2011). Pastāv ļoti maz intervenču pētījumu par apzinātības programmām attiecībā uz ēšanas uzvedības rezultātiem personām bez ēšanas uzvedības traucējumiem, un vairums pastāvošās literatūras piemēru ietver pētījumus galvenokārt par sievietēm. Randomizētā kontrolētā pētījumā tika salīdzināta apzināta ēšanas uzvedības intervence restorānā (nodarbības ilga 6 nedēļas pa divām stundām) bez ārstēšanas sievietēm (n = 35), kuras bieži ēda restorānos, un atrasti pierādījumi tam, ka viņas zaudēja vairāk svara un viņām bija zemāks patērēto ogļhidrātu un tauku līmenis (Timmerman, & Brown, 2012). Cits pētījums novērtēja 6 nedēļu apzinātas ēšanas intervenci 10 pieaugušajiem,

kuri cieta no aptaukošanās (7 sievietes), un konstatēja, ka visiem samazinājās svars, un randomizēts pētījums par 62 sievietēm, kuras izgāja 4 sesiju intervenci, balstītu Pieņemšanas un uzticēšanās terapijā, sniedza pierādījumus apzinātības paaugstināšanas metodiku izmantošanas noderīgumam (Dalen, Smith, Shelley, Sloan, Leahigh, & Begay, 2010).

Tādējādi izteiktāka apzinātība var veicināt veselīgāku mehānismu izmantošanu, lai tiktu galā ar stresu. Pastiprinātai apzinātībai ir arī iespējas pazemināt depresijas simptomus, kuri parasti veicina dezorganizēto ēšanas ieradumu rašanos personām, kuras necieš no ēšanas traucējumiem.

APZINĀTĪBAS UN EMOCIJU REGULĀCIJAS SAVSTARPĒJĀ SAISTĪBA

Nesen izstrādātās psihoterapijas metodes ietver sevī apzinātības prakses attiecībā uz emocionālā stāvokļa daļēju uzlabošanu. Piemēram, DBT, MBSR, MBCT bija noderīgas emocionālo traucējumu samazināšanā, kā tika konstatēts, samazinot depresiju, dusmas un trauksmi personām ar robežstāvokļa tendencēm (Bohus, Haaf, Simms, Limberger, Schmahl, Unckel, Lieb, & Linehan, 2004). MBCT arī bija noderīga depresijas un nemiera samazināšanā (Evans, Ferrando, Findler, Stowell, Smart, & Haglin, 2008; Mathew, Whitford, Kenny, & Denson, 2010; Segal, Williams, & Teasdale, 2002). Līdzās depresijai, dusmām un trauksmei izmaiņas starp pozitīvajiem un negatīvajiem afektiem tika arī novērotas kā MBCT mācīšanās efekts (Schroevers, & Brandsma, 2010).

Taču vienlaikus daudzi apzinātības un emociju regulācijas savstarpējās saistības aspekti vēl nav līdz galam izpētīti. Piemēram, nav veikti pētījumi, kuri skatītu tiešu savstarpējo saistību starp apzinātību un emocionālo labilitāti vai emociju mainīgumu.

Vēsturiski izveidojies tā, ka emocijas tiek skatītas vai nu kā iedzimti pamatinstinkti, kur emocijas ir fizioloģiskas reakcijas, ko izraisa ārēji notikumi un kas izsauc smadzeņu un perifērijas noteikta veida aktivitāti, vai kā tiešs rezultāts, kas rodas, kad cilvēki vērtē ārējos notikumus saistībā ar vajadzībām, mērķiem vai problēmjautājumiem (Wilson-Mendenhall, Barrett, Simmons, & Barsalou, 2011). Šajos modeļos salīdzinoši maz vietas ir atvēlēts tādiem faktoriem kā apzinātība, lai veidotu cilvēku emocionālo pieredzi. Atšķirībā no šī, vēlākajos psiholoģiskajos emociju konstruktīvajos modeļos, tādos kā Baretta konceptuālais modelis, secinājumu pamatā ir tas, ka emocijas – tā ir virkne mainīgu mentālu notikumu, kas sastāv no psiholoģiskajiem pamatkomponentiem, tai skaitā bioloģiskā faktora un lēmumu nozīmīguma, kā no ārējiem, tā iekšējiem sensorajiem vai afektīvajiem stāvokļiem (Barrett, 2009).

Taču Baretta konceptuālajā modelī kategorizācijai un subjektīvo stāvokļu novērtējumam ir piešķirta lielāka nozīme tādā ziņā, ka indivīdi novērtē subjektīvos pārdzīvojumus ar vārdu palīdzību un atbilstoši piešķir subjektīvu raksturu (Barrett, 2009). Saskaņā ar šo modeli katrs mirklis, kuru mēs pārdzīvojam, sastāv no ārējiem notikumiem, iekšējām izjūtām un iepriekšējās pieredzes, kas mijiedarbojas, lai izveidotu mūsu mentālos stāvokļus. Dažādas katra pieredzi veidojošā pamatelementa apsvēršanas var palīdzēt izskaidrot mainīgumu, kas ir novērojama mentālajos notikumos, tādos kā uztvere, domāšanas process un emocijas (Barrett, 2009). Dažādi Baretta piedāvātie faktori var izskaidrot emocijās novērojamo daudzveidību. Viens no faktoriem

ir tas, ka indivīdiem ir dažādi emocionālās reakcijas līmeņi. Emocionālā labilitāte ir viena no emocionālās reaktivitātes formām (DSM-IV-TR, APA, 2000). Ja personība ir reaktīva, tā var likt lielu akcentu uz noteiktiem elementiem, kas veido pieredzi - tādu kā iepriekšējās pieredzes, ierobežojot pieeju citiem faktoriem, tādiem kā iekšējās izjūtas, un tas, iespējams, ved pie izkropļotas uztveres un pieredzes novērtējuma. Vēl vairāk, šo ierobežoto pieredzes aspektu dēļ vērtējums var notikt ātrāk personām, kuras ir reaktīvas, atšķirībā no tādām, kas pievērsīs uzmanību katram mentālo stāvokli veidojošās informācijas elementam. Uzmanīgākas pozīcijas ieņemšana attiecībā pret pārdzīvojumiem un emocijām var būt noderīga, lai paaugstinātu emociju regulāciju, ierobežojot reaktivitāti, tai skaitā emocionālu labilitāti (Linehan, Bohus, & Lynch, 2007). Tādējādi viens no raksturojumiem, kas var būt raksturīgs cilvēkiem, kuri pieņem apzinātības tendences, – tā ir emocionālās labilitātes samazināšanās. Patiesībā apzinātības tendences vai apmācība tika nesen saistītas ar mazāku emocionālo reaktivitāti uz ārējiem kairinātājiem (Arch, & Craske, 2010) un domām, kuras atkārtojas (Feldman, Greeson, & Senville, 2010), ar mazāku atgriešanos pie depresīvas domāšanas (Kuyken, Watkins, Holden, Whittr, Taylor, Byford, Evans, Radford, Teasdale, & Dalgleish, 2010) un informācijas apstrādei galvas smadzenēs, kas saistīta ar samazinātu reaktivitāti (Van den Hurk, Janssen, Gionmi, Barendregt, & Gielen, 2010). Tādējādi pētnieki pieņem, ka augstākam apzinātības līmenim jābūt saistītam ar zemāku emocionālās labilitātes līmeni, kopumā gan pozitīvām, gan negatīvām emocijām, kā arī atsevišķām diskrētām emocijām.

Spēja izšķirt vai diferencēt diskrētas emocijas ir saistīta ar efektīvu emociju regulāciju (Barrett, Gross, Christensen, Benvenuto, 2001). Liela emociju diferenciācija jeb augsta emociju diferenciācijas pakāpe tiek uzskatīta par nozīmīgu, jo, ja cilvēks spēj izšķirt savas emocijas, tad viņš vai viņa visdrīzāk ievēros konkrētu informāciju, kura attiecas uz šo emociju un tās rašanos (Barrett et al., 2001).

Apzinātība var būt arī noderīga emocionālās regulācijas uzlabošanā informētības paaugstināšanas ceļā, konkrētāk - ar emocionālo informētību par tikko pamanāmām atšķirībām starp emocionālajiem pārdzīvojumiem tagadnē (Erisman, & Roemer, 2010). Emocionālā informētība jau agrāk tika atzīmēta kā svarīgākā pazīme efektīvai emociju regulācijai (Gratz, & Gunderson, 2006). Emocionālā informētība tiek definēta kā tas, „kādā pakāpē cilvēki ir informēti par savām un citu emocijām” (Ciarrochi, Caputi, & Mayer, 2003). Ideja, ka apzinātība var paaugstināt apzināšanos un it īpaši emocionālo apzināšanos, nav jauna. Patiesībā ir labi zināms, ka budisma meditācija uzlabo emocionālo apzināšanos un kontroli ar mācīšanās palīdzību, lai

koncentrētu savu uzmanību uz emocionālo reakciju aspektiem (Nielsen, & Kaszniak, 2006). Ja šī koncepcija ir pareiza, apzinātībai jābūt saistītai ar emocionālās apzināšanās veidiem, kas attiecas uz pašreizējo mirkli.

Apzinātība ir saistīta ar emocionālo intelektu, tai skaitā ar emociju skaidrību un spēju novērtēt savas emocijas (Baer, et.al., 2004; Brown, Ryan, 2003), un ir negatīvi saistīta ar aleksitīmiju vai jūtu identificēšanas grūtībām (Baer et al., 2004). Tomēr saistība starp apzinātību un precīzu emocionālās apzināšanās raksturu pilnībā nav izprasta.

Bez tam apzinātāka attieksme pret saviem pārdzīvojumiem un emocijām – un it īpaši, skatot tos kā psihiskus stāvokļus, kuriem nav nepieciešama tūlītēja reakcija – var ierobežot ātru psihisko stāvokļu vērtējuma asociāciju. Patiesībā cita individuāla atšķirība, uz kuru norādīja Baretts, ir izmaiņas apzinātības spējās. Šī apzinātības spēja var būt samazināta, ja cilvēkam ir tendence ātri reaģēt uz subjektīviem emocionāliem stāvokļiem (Barett, 2009). Kā tika atzīmēts agrāk, daži cilvēki var likt lielu akcentu vai vērst savu uzmanību uz noteiktiem komponentiem, kas veido emocionālu psihisko stāvokli (piemēram, pagātnes pieredze). Tāpēc viņi var ātri novērtēt psihisko stāvokli, neņemot vērā visus iespējamās emocionālās pieredzes aspektus. Tas var ierobežot savas pieredzes izvēli. Ātrs vērtējums balstās uz dažiem psihiskā stāvokļa aspektiem (piemēram, pagātnes pieredzes) un var novest pie diviem mazliet līdzīgiem psihiskajiem stāvokļiem, lai tos novērtētu kā šos pašus stāvokļus. Tādējādi cilvēki nevar precīzi izšķirt emocionālo stāvokli efektīvi, ja viņu apzinātības spēja ir notrulināta reaktivitātes dēļ.

Apkopojot iepriekš aplūkotos pētījumus, jāsecina, ka grūtības emociju regulācijā, tai skaitā nepietiekama emociju atpazīšana, ir saistīta neveselīgiem ēšanas uzvedības modeļiem un ēšanas traucējumiem. Tāpat arī pētnieki atklājuši saistību starp emociju regulāciju un apzinātības izteiktību.

Tādējādi šī pētījuma mērķis ir atklāt iespējamo savstarpējo saistību starp emociju regulāciju, apzinātības līmeni un negausīgas ēšanas tendenci.

Šī pētījuma ietvaros izvirzīts pētījuma jautājums: Kādas saistības pastāv starp negausīgas ēšanas tendenci, emociju regulāciju un apzinātības līmeni?.

METODE

Pētījuma dalībnieki

Pētījumā piedalījās 106 respondenti vecuma diapazonā no 18 līdz 55 gadiem un vairāk.

Vīrieši $n=17$ (16%), sievietes $n=89$ (84%) ($N=106$). Vecumā diapazonā no 18 līdz 23 gadiem – 11 respondenti (10,4%), no 24 līdz 30 gadiem – 25 respondenti (23,6%), no 31 līdz 40 gadiem – 40 respondenti (37,7%), no 41 līdz 50 gadiem – 24 respondenti (22,6%), vairāk nekā 50 gadi – 6 respondenti (5,7%).

Tā kā pētāmie fenomeni piemīt jebkuram cilvēkam no populācijas, pētāmā izlase tika veidota pēc pieejamības principa.

Pētījuma instrumentārijs

Sakarā ar izvirzīto pētījuma jautājumu tika pielietotas trīs aptaujas.

Negausīgas ēšanas skala (The Binge Eating Scale / BES / Gormally, Black, Daston, & Rardin, 1982), ko Latvijā ir adaptējis Edmunds Vanags, 2013. Šī aptauja sastāv no 16 apgalvojumu grupām, un katrā no tām ir 3 līdz 4 apgalvojumi, no kuriem respondentam jāizvēlas viņa domām un izjūtām visatbilstošākais. Skala novērtē negausīgas ēšanas uzvedību jeb to, cik lielā mērā indivīds nododas negausīgai, pārmērīgai ēšanai. Katrs apgalvojums iegūst no 1 līdz 4 punktiem, kas attiecīgi ļauj, summējot kopējos rezultātus, noskaidrot negausīgas ēšanas pakāpi: nav negausīgas ēšanas; vidēja negausīgas ēšanas pakāpe; smaga negausīgas ēšanas pakāpe. Oriģinālais Kronbaha alfa iekšējās saskaņotības rādītājs $\alpha = 0,87$ (Gormally et al., 1982).

Emociju regulācijas aptauja (Emotion Regulation Questionnaire / ERQ/ Gross & John, 2003), ko Latvijā ir adaptējusi Ginta Jansone (2011). Šī aptauja sastāv no 10 apgalvojumiem, kuri ir jānovērtē 7 punktu Likerta skalā. Aptaujai ir divu faktoru struktūra un divas savstarpēji nekorelējošas apakšskalas: 1) emociju kognitīvā pārvērtēšana un 2) emociju ekspresijas apspiešana. Skalas rezultāts tiek iegūts, summējot balles katrai skalai. Kronbaha alfa iekšējās saskaņotības rādītājs emociju apspiešanas skalai $\alpha = 0,77$; pārvērtēšanas skalai $\alpha = 0,69$ (Jansone, 2011).

Apzinātības piecu aspektu aptauja (Five Facet Mindfulness Scale (FFMQ), Baer, Smith, Hopkins, Krietmeyer, Toney, 2006), ko Latvijā ir adaptējis Māris Majors (2013). Aptauja izstrādāta, lai zinātniskos un klīniskos nolūkos iegūtu indivīdu apzinātības un tās apakšskalū rādītājus. Aptaujā ietilpst 5 apakšskālas, kuras atspoguļo dažādus apzinātības aspektus: vērošana, aprakstīšana, apzināta rīcība, nevērtēšana, nereagēšana. Kronbaha alfa iekšējās saskaņotības rādītājs skalai kopumā $\alpha = 0,90$; aprakstīšanas apakšskalai $\alpha = 0,89$; apzinātas rīcības apakšskalai $\alpha = 0,81$; nevērtēšanas apakšskalai $\alpha = 0,87$; vērošanas apakšskalai $\alpha = 0,74$; nereagēšanas apakšskalai $\alpha = 0,62$ (M. Majors, 2013). Oriģinālās aptaujas iekšējās saskaņotības rādītāji ir robežās no $\alpha = 0,75$ līdz $\alpha = 0,91$ (atsauce).

Pētījuma procedūra

Pētījuma dati tika ievākti elektroniskā veidā interneta vietnē www.webanketa.com 2015.gada oktobrī. Ar visām aptaujām individuāli tika aptaujāti visi 106 pētījuma dalībnieki. Vispirms tika lūgts aizpildīt Emociju regulācijas aptauju, tad Apzinātības piecu aspektu aptauju un Negausīgas ēšanas noteikšanas aptauju bez laika ierobežojuma. Un nobeigumā respondentiem tika lūgts norādīt demogrāfiskos datus – dzimumu un vecuma diapazonu. Kopumā aptaujas procedūra katram dalībniekam aizņēma aptuveni 10 minūtes.

REZULTĀTI

Lai apkopotu un analizētu iegūtos rezultātus, tika izmantota statistikas programmas SPSS 21.versija. Lai aprēķinātu mainīgo korelāciju, tika izmantots Spīrmena korelācijas koeficients.

Vispirms tika aprēķināti vidējie lielumi visiem mērījumiem, to standartnovirzes, ka arī atbilstība normālam sadalījumam un aptauju skalu Kronbaha alfas (skat. 1.tabulu). Lai pārbaudītu pētāmo pazīmju biežumu sadalījumu atbilstību normālajam sadalījumam, tika izmantots Kolmogorova-Smirnova Z kritērijs . Rezultāti parāda, ka empīriskie rādītāji atbilst normālajam sadalījumam visām skalām, izņemot negausīgas ēšanas rādītājiem (skatīt 1. tabulu).

1.tabula. Negausīgas ēšanas, emociju regulācijas un apzinātības aspektu aptauju aprakstošās statistikas rādītāji un Kronbaha alfas koeficienti (N=106)

Mainīgie lielumi	<i>M</i>	<i>SD</i>	α	Kolmogorova-Smirnova kritērijs
Negausīga ēšana	26,76	8,07	0,91	0,03*
Emociju regulācija (kopējie rādītāji)	42,23	8,64	0,79	0,08
Kognitīvā pārvērtēšana	28,47	6,44	0,82	0,21
Izpausmju apspiešana	13,75	4,22	0,69	0,26
Apzinātības aspekti (kopējie rādītāji)	132,36	17,58	0,88	0,59
Vērošana	27,03	5,57	0,78	0,36
Aprakstīšana	29,42	5,65	0,85	0,73
Apzināta rīcība	27,35	5,70	0,84	0,46
Nevērtēšana	28,79	7,04	0,89	0,10
Nereaģēšana	19,77	3,76	0,61	0,36

* $p < 0,05$

Pētījuma ietvaros tika aprēķināti izmantoto metožu ticamības rādītāji konkrētajā izlasē. Skalu ticamība tika aprēķināta ar Kronbaha alfas koeficientu: negausīgas ēšanas rādītāji ($\alpha = 0,91$), vispārējās emociju regulācijas ticamības rādītāji ($\alpha = 0,79$), kognitīvā pārvērtēšana ($\alpha = 0,82$), izpausmju apspiešana ($\alpha = 0,69$), vispārējās apzinātības aspektu rādītāji ($\alpha = 0,88$),

vērošana ($\alpha = 0,78$), aprakstīšana ($\alpha = 0,85$), apzināta rīcība ($\alpha = 0,84$), nevērtēšana ($\alpha = 0,89$), nereaģēšana ($\alpha = 0,61$).

Lai atbildētu uz jautājumu: „Kādas saistības pastāv starp negausīgu ēšanu, emociju regulāciju un apzinātību?” un balstoties uz to, ka vienai no skalām nav normālā sadalījuma, tālākai datu analīzei tika izmantota neparametriskās statistikas metode - Spīrmena korelācijas koeficients (skatīt 2. tabulu).

2.tabula. Negausīgas ēšanas, emociju regulācijas un apzinātības Spīrmena korelācijas koeficienti (N=106)

	Negausīga ēšana
Emociju regulācija (kopējie rādītāji)	-0,12
Kognitīvā pārvērtēšana	-0,24*
Izpausmju apspiešana	0,15
Apzinātības aspekti (kopējie rādītāji)	-0,49**
Vērošana	-0,21*
Aprakstīšana	-0,29**
Apzināta rīcība	-0,49**
Nevērtēšana	-0,35**
Nereaģēšana	-0,16

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

No iegūtajiem datiem redzams, ka negausīgas ēšanas rādītāji ir negatīvi saistīti ar kognitīvo pārvērtēšanu ($r_s = -0,24$, $p < 0,05$), negatīvi saistīti ar apzinātības aspektu kopējiem rādītājiem ($r_s = -0,49$, $p < 0,01$), kā arī negatīvi saistīti ar vērošanu ($r_s = -0,21$, $p < 0,05$), aprakstīšanu ($r_s = -0,29$, $p < 0,01$), apzinātu rīcību ($r_s = -0,49$, $p < 0,01$) un nevērtēšanu ($r_s = -0,35$, $p < 0,01$). Iegūtie dati apliecina, ka pastāv statistiski nozīmīga saistība starp šiem rādītājiem.

Lai saprastu, kāda saistība pastāv starp emociju regulācijas un apzinātības aspektiem, papildus tika veikta šo rādītāju korelācijas analīze (skatīt 3.tabulu)

3.tabula. Emociju regulācijas un apzinātības aspektu Spīrmena korelācijas koeficienti (N=106)

	Emociju regulācija		
	Kognitīvā pārvērtēšana	Izpausmju apspiešana	Emociju regulācija (kopējie rādītāji)
Apzinātības aspekti (kopējie rādītāji)	0,29**	-0,21*	0,09
Vērošana	0,16	-0,25**	-0,01
Aprakstīšana	0,13	-0,31**	-0,05
Apzināta rīcība	0,21*	-0,03	0,11
Nevērtēšana	0,07	-0,13	-0,02
Nereaģēšana	0,41**	0,14	0,34**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

No iegūtajiem datiem redzama statistiski nozīmīga saistība starp apzinātības kopējiem rādītājiem un kognitīvo pārvērtēšanu ($r_s=0,29$, $p < 0,01$), negatīva saistība starp apzinātības kopējiem rādītājiem un izpausmju apspiešanu ($r_s=-0,21$, $p < 0,05$), konstatēta arī negatīva saistība starp vērošanu un izpausmju apspiešanu ($r_s=-0,25$, $p < 0,01$), negatīva saistība starp aprakstīšanu un izpausmju apspiešanu ($r_s=-0,31$, $p < 0,01$), starp apzinātu rīcību un kognitīvo pārvērtēšanu ($r_s=0,21$, $p < 0,05$), starp nereaģēšanu un kognitīvo pārvērtēšanu ($r_s=0,41$, $p < 0,01$), starp nereaģēšanu un emociju regulācijas kopējiem rādītājiem ($r_s=0,34$, $p < 0,01$).

DISKUSIJA

No darba teorētiskās daļas var izdarīt secinājumus, ka agrāk veiktie pētījumi uzrāda negausīgas ēšanas savstarpējo saistību ar emociju regulāciju (Heatheron & Wagner, 2011), kā arī negausīgas ēšanas savstarpējo saistību ar pazeminātu apzinātības līmeni (Ouwens, van Strien, & van Leeuwe, 2009).

Atbildot uz pētījumā izvirzīto jautājumu: *Kādas savstarpējās saistības pastāv starp negausīgo ēšanu, emociju regulāciju un apzinātību?*, ir redzams, ka pastāv statistiski nozīmīga saistība starp emociju regulāciju un tieksmi uz negausīgu ēšanu, un tieši, jo augstāki emociju regulēšanas rādītāji, jo attiecīgi mazāk izteikta ir negausīga ēšana. Statistiski nozīmīga saistība ir konstatēta arī attiecībā uz apzinātību un negausīgas ēšanas izpausmēm, un tieši, jo augstāks apzinātības līmenis, jo zemāka ir nosliece uz negausīgu ēšanu.

Tika konstatēta negatīva saistība starp negausīgo ēšanu un kognitīvo pārvērtēšanu, kas liecina par to, ka, jo izteiktāka cilvēkam kognitīvā pārvērtēšana emociju regulācijā, jo mazāku tieksmi viņš izjūt pret negausīgo ēšanu. Šo faktu apstiprina arī Grossa teorētiskais modelis, kurā aprakstīts, ka kognitīvās pārvērtēšanas izmantošana skaitās visadaptīvākā stratēģija emociju regulācijā un ka tās izmantošana pazemina negatīvo emociju subjektīvo pārdzīvojumu, kā arī fiziskā uzbudinājuma līmeni (Gross & John, 2003), jo negausīga ēšana ir veids, kā tikt galā ar nepatīkamām emocijām, un cilvēki, kuri izmanto šo veidu, lai tiktu galā ar stresu, izjūt grūtības savu emociju regulēšanā (Heatheron & Wagner, 2011).

Virknē pētījumu parādīts kognitīvās pārvērtēšanas ieguldījums cilvēka emocionālajā veselībā. Kognitīvās pārvērtēšanas izmantošana ir pozitīvi saistīta ar augstāku pozitīvo emociju pārdzīvošanas biežumu un zemāku negatīvu emociju pārdzīvošanas biežumu, kā arī ar psiholoģisko labklājību un labvēlīgām starppersonu attiecībām (Gross, Jazaieri, 2014). Kognitīvās novērtēšanas stratēģijas izmantošana attiecībā uz ēšanu var izpausties tādā veidā, ka cilvēks, sajūtot bada signālus, sākumā cenšas novērtēt situāciju kognitīvā līmenī, piemēram, paprasot sev, vai tiešām viņš tagad izjūt fizisku izsalkumu vai arī tie ir trauksmes signāli, kurus cilvēks grib "apēst", izjūtot pozitīvas emocijas.

Tika konstatēta statistiski nozīmīga negatīva saistība starp negausīgo ēšanu un kopējiem apzinātības aspektiem, kas liecina par to, ka, jo augstāks indivīda apzinātības līmenis, jo mazāka būs viņa tieksme uz negausību ēšanā. Zinātniskās literatūras izpēte par šo jomu vairākkārt

apstiprina faktu, ka pastiprināta apzinātība saistīta ar zemāku depresīvo simptomu līmeni un kavē problemātisku ēšanas paradumu rašanos (Ouwens, van Strien, & van Leeuwe, 2009).

Šī saistība izpaužas ne tikai ar kopējiem apzinātības rādītājiem, bet arī ar lielu skaitu apzinātības apakšskalu: ar vērošanu, aprakstīšanu, apzinātu rīcību un nevērtēšanu, kas ir loģisks apstiprinājums visiem izpētītajiem pētījumiem šajā jomā.

Šis pētījums apstiprina šo faktu un parāda, ka pastāv statistiski nozīmīga savstarpējā saistība starp augstiem vērošanas prasmes rādītājiem un tieksmi uz negausīgo ēšanu, kas liecina par to, ka, ja indivīds veltīs uzmanību savām izjūtām, jūtām, domām, viņš tās ievēros un tādā gadījumā nerīkosies automātiski, kas raksturīgi negausīgajai ēšanai. To var attiecināt arī uz prasmi aprakstīt savus emocionālos stāvokļus, jūtas, izjūtas, pārlicības, viedokļus un gaidas.

Savu darbību apzinātība ir mēreni izteikta koncentrēšanās uz to, kas notiek konkrētajā brīdī, un palīdz indivīdam pareizi uztvert izsalkuma signālus, kas veicina veselīgus uztura paradumus. Augsts nevērtējošas attieksmes līmenis pret savu iekšējo pieredzi ir raksturīgs ar to, ka trūkst tieksmes vērtēt un apspiest emocijas, kas lielākajā daļā gadījumu tieši pretējā veidā izpaužas negausīgajā ēšanā.

Piemēram pētnieki (Ouwens, van Strien, & van Leeuwe, 2009) norāda, ka saskaņā ar psihosomatisko un eksternālo teoriju tas, ka cilvēki kļūdaini uztver iekšējos stāvokļus, veicina emocionālo pārēšanos, tas ir, pārēšanos kā atbildi uz emocionālajiem stāvokļiem, un eksternālo pārēšanos kā atbildi uz ārējiem faktoriem. Bez tam nepārtrauktā cīņa ar izsalkumu, izmantojot ierobežojošu kontroli ar mērķi zaudēt svaru, arī var novest pie tā, ka tiek zaudēts kontakts ar iekšējiem stāvokļiem.

Neraugoties uz to, ka šī darba ietvaros galvenais pētāmais fenomens bija negausīga ēšana un tās saistība ar emociju regulāciju un apzinātību, autorei bija interesanti paraudzīties arī atsevišķi uz emocionālās regulācijas un apzinātības savstarpējo saistību. Veiktā korelācijas analīze atklāja interesantas savstarpējās saistības. No iegūtajiem datiem redzama statistiski nozīmīga saistība starp kopējiem apzinātības rādītājiem un kognitīvo pārvērtēšanu, kas liecina par to, ka, jo augstāks indivīda apzinātības līmenis, jo biežāk viņš izmanto emociju regulācijas kognitīvo stratēģiju.

Šāda pati saistība atklāta arī ar atsevišķiem apzinātības aspektiem, tādiem kā apzināta rīcība un nereaģēšana. Nereaģēšanas aspekts tāpat arī korelē ar emociju regulācijas kopējiem rādītājiem, kas liecina par to, ka, tendences iegrimt savās jūtās un domās trūkums, kas raksturīgi nereaģēšanas skalai, ļauj indivīdam kontrolēt savus emocionālos stāvokļus.

Savukārt konstatēta apgrieztā saistība starp kopējiem apzinātības rādītājiem un izpausmju apspiešanu, norādot uz to, ka, jo augstāka ir indivīda apzinātība, jo mazāka tieksme viņam ir apspiest emocijas. Saskaņā ar Grosu, tieksme apspiest emocionālo ekspresiju pazemina pozitīvo emociju intensitāti, taču atstāj tādā pašā līmenī negatīvo emociju intensitāti, kas ir neadaptīvāka reaģēšanas metode (Gross, 2009). Izpausmju apspiešanas skalas apgrieztā saistība konstatēta arī ar atsevišķiem apzinātības aspektiem, tādiem kā vērošana un aprakstīšana.

Par šī pētījuma stipro pusi var nosaukt to, ka pašlaik Latvijā nav veikti pētījumi, kur tiktu mērīta savstarpējā saistība starp visiem trijiem fenomeniem kopā: negausīgu ēšanu, emociju regulāciju un apzinātību, un arī rezultātu ticamība konkrētajā izlasē uzrāda labus rādītājus.

Runājot par pētījuma vāmajām pusēm, var minēt to, ka šis pētījums parāda saistību tikai starp mainīgajiem, bet no tā nevar spriest par cēloņsakarībām, piemēram, kas ir vispirms negausīgai ēšanai - apzinātības trūkums vai emociju regulāciju grūtības.

Par šī pētījuma ierobežojumu varētu nosaukt to, ka pārbaudāmo lielākā daļa bija sievietes un vīriešu izlase bija neliela. Taču būtu interesanti paskatīties, kā visi šie rādītāji atšķirtos dažādiem dzimumiem, jo var pieņemt, ka dominējošās emociju regulācijas stratēģijas vīriešiem varētu atšķirties no tām, kas biežāk raksturīgas sievietēm. Turpmākiem pētījumiem būtu vēlams atbilstoši palielināt arī vīriešu izlasi.

Jebkurā gadījumā šī pētījuma rezultāti var tikt ņemti vērā, jo demonstrē statistiski nozīmīgu saistību starp pētāmajiem fenomeniem. Par šī pētījuma galveno secinājumu var nosaukt konstatēto savstarpējo saistību starp tieksmi uz negausīgo ēšanu un pazeminātu apzinātības līmeni un neadaptīvu emociju regulācijas stratēģiju izvēli, kas tika apstiprināts arī zinātniskās literatūras teorētiskajā apskatā un agrāk veiktajos pētījumos.

SECINĀJUMI

Pētījuma „Negausīgas ēšanas saistība ar emociju regulāciju un apzinātību” mērķis bija, pamatojoties uz teorētisko analīzi, noskaidrot, kādas savstarpējas saistības pastāv starp negausīgas ēšanas, emociju regulācijas un apzinātības fenomeniem.

Zinātniskās literatūras analīze un veiktā pētījuma dati apstiprina, ka pastāv statistiski nozīmīga saistība starp negausīgas ēšanas tendenci un grūtībām emociju regulācijā, kā arī saistība starp augstu apzinātības līmeni un negausīgas ēšanas tieksmes trūkumu. Pētījumā apstiprinājās arī loģiska likumsakarība: jo augstāks indivīda apzinātības līmenis, jo veiksmīgāk viņš spēj regulēt savas emocijas.

Pamatojoties uz veikto pētījumu, var pieņemt, ka terapeitiskās programmas pacientiem ar ēšanas uzvedības grūtībām var tikt vērstas uz apmācību, kā regulēt emocijas, paaugstinot apzinātību.

Turpinot šo pētījumu, būtu lietderīgi palielināt vīriešu izlasi un paskatīties uz šo savstarpējo saistību atšķirībām vīriešu un sieviešu izlasēs atsevišķi.

Veiktā pētījuma ietvaros un teorētiskajā modelī parādīts, ka cilvēka spēja koncentrēties, apzināties pašreizējo iekšējo un ārējo pieredzi, vadīt apzināšanās procesu ir svarīgs faktors emociju regulācijā un ēšanas uzvedības kontrolēšanā. Ņemot vērā strauji pieaugošo stresogēno traucējumu skaitu, uz kuriem attiecas arī ēšanas uzvedības traucējumi, kuriem ir raksturīgi izteikti traucējumi emociju regulācijas sfērā, ir ļoti svarīgi paplašināt priekšstatus par psiholoģiskajiem mehānismiem, kuri nodrošina efektīvas emociju regulācijas iespēju, kas liecina par šī pētījuma praktisko pienesumu.

IZMANTOTĀ LITERATŪRA UN AVOTI

- Agras, W. S., & Telch, C. F. (1998). The effects of caloric deprivation and negative affect on binge eating in obese binge-eating disordered women. *Behavior Therapy*, 29, 491–503
- Aimé, A., Sabourin, S., & Ratté, C. (2006). The eating disturbed spectrum in relation with coping and interpersonal functioning. *Eating and Weight Disorders*, 11(2), 66-72
- Allen, K. L., Byrne, S. M., La Puma, M., McLean, N., & Davis, E. A. (2008). The onset and course of binge eating in 8- to 13-year-old healthy weight, overweight, and obese children. *Eating Behaviors*, 9, 438–446
- Bach, P., & Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1129–1139
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27–45
- Bagby, R.M., Parker, J., & Taylor, G. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32
- Barrett, L. F. (2009). Variety is the spice of life: A psychological construction approach to understanding variability in emotion. *Cognition & Emotion*, 23(7), 1284-1306
- Barrett, L.F., Gross, J., Christensen, T., & Benvenuto, M. (2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition and Emotion*, 15, 713-724
- Bauman, E. M., Haaga, D. A. F., & Dutton, M. A. (2008). Coping with intimate partner violence: Battered women's use and perceived helpfulness of emotion-focused coping strategies. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 17, 23–41
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. *New York: Guildford. Behavior Modification*, 28(6), 783–811.
- Bennett, J., Greene, G., & Schwartz-Barcott, D. (2013). Perceptions of emotional eating behavior. A qualitative study of college students. *Appetite*, 60, 187–192

- Bishop, S. R. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosomatic Medicine*, 64, 71–84
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., et al. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science Practice*, 11, 230–241
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M., Schmahl, C., Unckel, C. Lieb, K., Linehan, M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: A controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 42(5), 487-499
- Brown, K.W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18, 211–237
- Bruce, B. & Agras, W. S. (1992). Binge eating in females: A population-based investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 365—373
- Chambers, R. H., Lo, B. C. Y., & Allen, N. A. (2008). The impact of intensive mindfulness training on attentional control, cognitive style, and affect. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 303–322
- Chiesa A., Serretti A. (2001). Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 441—453
- Ciarrochi, J., Caputi, P., & Mayer, J. (2003). The distinctiveness and utility of a measure of trait emotional awareness. *Personality and Individual Differences*, 34, 1477–1490
- Cordova, J. V., & Jacobson, N. S. (1993). Couple Distress. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders*, 481–512
- Daubenmier, J., Kristeller, J., Hecht, F. M., Maninger, N., Kuwata, M., Jhaveri, K., et al. (2011). Mindfulness intervention for stress eating to reduce cortisol and abdominal fat among overweight and obese women. An exploratory randomized controlled study. *Journal of Obesity*, 2-15
- Davidson, R. J., & Irwin, W. (1999). The functional neuroanatomy of emotion and affective style. *Trends in Cognitive Science*, 3, 11–21

- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., et al. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564–570
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C. Smart, C., & Haglin, D., (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 716-721
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behavioral Research and Therapy*, 41(5), 509–528
- Feldman, G., Greeson, J., Senville, J. (2010). Differential effects of mindful breathing, progressive muscle relaxation, and loving –kindness meditation on decentering and negative reactions to repetitive thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 1002-1011
- Follette, V., Palm, K.M., & Pearson, A. N. (2006). Mindfulness and trauma: Implications for treatment. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 24(1), 45–61
- Gaudio, B. A., & Herbert, J. D. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using acceptance and commitment therapy: Pilot results. *Behavior Research and Therapy*, 44, 415–437
- Geliebter, A., Aversa, A., 2003. Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals, *Eating Behaviors*, 341–347
- Germer, C. K. (2005). Mindfulness: What is it? What does it matter? In R. D. S. C. K. Germer & P.R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and Psychotherapy New York: The Guildford Press*
- Gianini, L.M., White, M.A., & Masheb, R.M. (2013). Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. *Eating Behaviors*, 14, 309–313
- Gifford, E., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M. M., Rasmussen-Hall, M. L., et al. (2004). Acceptance-based treatment for smoking cessation. *Behavior Therapy*, 35(4), 689–705

- Gilboa-Schechtman, E., Avnon, L., Zubery, E., Jeczmierni, P., 2006. Emotional Processing in eating disorders: specific impairment or general distress related deficiency? *Depressive Anxiety* 23, 331–339
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors*, 7, 47–55
- Gratz, K., & Gunderson, J. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 37, 25-35
- Grilo CM, Masheb RM, Wilson GT. (2002). A comparison of different methods for assessing the features of eating disorders in patients with binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 69:317–322
- Gyurak, A., Gross, J.J., & Etkin, A. (2011). Explicit and implicit emotion regulation: A dual-process framework. *Cognitive Emotion*, 25, 400–412
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2010). Emotional functioning in eating disorders: Attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. *Psychological Medicine*, 40, 1887–1897
- Harvey, P., Greenberg, B., & Serper, M. (1989). The affective lability scales: Development, reliability, and validity. *Journal of Clinical Psychology*, 45(5), 786-793
- Hayes, S. C., & Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 255–262
- Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86–108
- Hudson J.I., Hiripi E., Pope Jr.H.G., Kessler R.C. (2003). The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 348–358
- Husted, D.S., Shapira, N.A., Goodman, W.K. The neurocircuitry of obsessive–compulsive disorder and disgust. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 389–399
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present and future. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 10, 144–156

- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8(2), 163–190
- Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., et al. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149(7), 936–943
- Kaplan, K. H., Goldenberg, D. L., & Galvin-Nadeau, M. (1993). The impact of a meditation based stress reduction program on fibromyalgia. *General Hospital Psychiatry*, 15(5), 284–289
- Kearney, D. J., Milton, M. L., Malte, C. A., McDermott, K. A., Martinez, M., & Simpson, T. L. (2012). Participation in mindfulness-based stress reduction is not associated with reductions in emotional eating or uncontrolled eating. *Nutrition Research (New York, N.Y.)*, 32, 413–420
- Keng S., Smoski M., Robins C. Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies // *Clinical Psychology Review*. 2011. Vol. 31. P. 1041—1056
- Kingston, T., Dooley, B., Bates, A., Lawlor, E., & Malone, K. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychology and Psychotherapy*, 80, 193–203
- Kontinen, H., Männistö, S., Sarlio-Lähteenkorva, S., Silventoinen, K., Haukkala, A., 2010. Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption. A population-based study. *Appetite*, 54, 473–479
- Krasner, M. (2004). Mindfulness-based interventions: A coming of age? *Families, Systems, and Health*, 22, 207–212
- Kristeller, J. L., & Wolever, R. Q. (2011). Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder. The conceptual foundation. *Eating Disorders*, 19, 49–61
- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R. S., Watkins, E., Holden, E., White, K., et al. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 966–978
- Lattimore P, Fisher N, Malinowski P. A cross-sectional investigation of trait disinhibition and its association with mindfulness and impulsivity. *Appetite* 2011, 56 (2):241–8

- Lavender, J., Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2011). Exploring the relationship between facets of mindfulness and eating pathology in women. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40, 174–182
- Leahey, T., Crowther, J. H., & Irwin, S. R. (2008). A cognitive-behavioral mindfulness group therapy intervention for the treatment of binge eating in bariatric surgery patients. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 364–375
- Lowe, Michael R. The effects of dieting on eating behavior: A three-factor model. *Psychological Bulletin*, Vol 114(1), Jul 1993, 100-121
- Lutz, A., Greischar, L. L., Rawlings, N. B., Ricard, M., & Davidson, R. J. (2004). Long-term meditators self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 101, 16369–16373
- Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 31–40
- Massion, A. O., Teas, J., Hebert, J., Wertheimer, M., & Kabat-Zinn, J. (1995). Meditation, melatonin and breast/prostate cancer: Hypothesis and preliminary data 1. *Medical Hypotheses*, 44(1), 39–46
- Nielsen, L., & Kaszniak, A. (2006). Awareness of subtle emotional feelings: A comparison of long-term meditators and nonmeditators. *Emotion*, 6(3), 392-405
- Ouwens, M.A., Van Strien, T., Van Leeuwe, J.F.J.(2009). Possible pathways between depression, emotional and external eating. A structural equation model. *Appetite*, Volume 53, Issue 2, 245-248
- Paul, R. H., Marx, B. P., & Orsillo, S. M. (1999). Acceptance-based psychotherapy in the treatment of an adjudicated exhibitionist: A case example. *Behavior Therapy*, 30, 149–162
- Polivy, J., Herman, C., 1993. Etiology of binge eating: psychological mechanisms. In: Fairburn, C., Wilson, G. (Eds.), *Binge Eating – Nature, Assessment, and Treatment*. The Guilford Press, New York, 173–205
- Racine, S.E., & Wildes, J.E. (2013). Emotion dysregulation and symptoms of anorexia nervosa: The unique roles of lack of emotional awareness and impulse control

- difficulties when upset. *The International Journal of Eating Disorders*, 46, 713–720
- Rommel, D., Nandrino, J.-L., Ducro, C., Andrieux, S., Delecourt, F., Antoine, P., 2012. Impact of emotional awareness and parental bonding on emotional eating in obese women. *Appetite* 59, 21–26
- Schroevers, M. J., & Brandsma, R. (2010). Is learning mindfulness associated with improved affect after mindfulness-based cognitive therapy? *British Journal of Psychology*, 101, 95-107
- Shapiro, S. L., Schwartz, G. E., & Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine*, 21 (6), 581–599
- Specia, M., Carlson, L. E., Goodey, E., & Angen, M. (2000). A randomized, waitlist controlled clinical trial: The effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 62, 613–622
- Spitzer, R. L., Devlin, M., Walsh, B. T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A., Wadden, T., Yanovski, S., Agras, W. S., Mitchell, J. & Nonas, C. (1992). Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 191—203
- Stewart, T. M. (2004). Light on body image treatment: Acceptance through mindfulness. *Behavior Modification*, 28(6), 783–811
- Striegel-Moore, R.H., & Cachelin, F.M. (2001). Etiology of eating disorders in women. *Journal of Counseling Psychology*, 29, 635–661
- Stroop, J.R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology: General*, 18, 643–662
- Tacon, A. M., Caldera, Y. M., & Ronaghan, C. (2004). Mindfulness-based stress reduction in women with breast cancer. *Family Systems and Health*, 22, 193–203
- Tang, Y. Y., Ma, Y., Wang, J., Fan, Y., Feng, S., Lu, Q., et al. (2007). Short-term meditation training improves attention and self-regulation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 104(43), 17152–17156
- Teasdale, J.D. (1999). Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6, 146–155

- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2000). Group dialectical behavior therapy for binge-eating disorder: A preliminary, uncontrolled trial. *Behavior Therapy*, 31, 569–582
- Thompson, M., & Gauntlett-Gilbert, J. (2008). Mindfulness with children and adolescents: Effective clinical application. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(3), 395–407
- Van Strien, T., Frijters, J. E., Bergers, G. P., & Defares, P. B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional and external eating behavior. *The International Journal of Eating Disorders*, 5, 295–315
- Whiteside, U., Chen, E., Neighbors, C., Hunter, D., Lo, T., Larimer, M., 2007. Difficulties regulating emotions: do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect? *Eating Behaviors*, 8, 162–169
- Zylowska, L., Ackerman, D. L., Yang, M. H., Futrell, J. L., Horton, N. L., Hale, T. S., et al. (2008). Mindfulness meditation training in adults and adolescents with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11(6), 737–746
- Zylowska, L., Ackerman, D. L., Yang, M. H., Futrell, J. L., Horton, N. L., Hale, T. S., et al. (2008). Mindfulness meditation training in adults and adolescents with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11(6), 737–746