

**LATVIJAS UNIVERSITĀTE
PEDAGOĢIJAS, PSIHOLOĢIJAS UN MĀKSLAS FAKULTĀTE
PSIHOLOĢIJAS NODAĻA**

Psiholoģijas maģistratūras studiju
programmas
studentes Sofias Semenovas
stud. apl. Nr. sk10308

Maģistra darbs

**„Ēšanas traucējumu saistība ar bērnības vardarbības pieredzi un piesaistes
stilu sievietēm”.**

Darba vadītāja:
doc., Dr. psych. Laura Pirsko

Rīga 2017

Satura rādītājs

Rezumējums	2
Abstract	3
Ievads	5
Ēšanas traucējumu simptomi.....	5
Piesaistes stilu ietekme uz ēšanas traucējumu attīstību.....	12
Vardarbības pieredzes ietekme uz ēšanas traucējumu attīstību.....	14
Metode.....	17
Rezultāti	19
Iztirzājums	23
Izmantotā literatūra	27

Rezumējums

Pētījuma dalībnieki ir 78 respondenti, sievietes vecumā no 18 līdz 48 gadiem. Respondenti ir bez hroniskām slimībām.

Pētījuma metodē tika izmantotas trīs aptaujas. Aptauja par attieksmi pret ēšanu – EAT-40 (Eating Attitudes Test: Garner, et al., 1979), kura tiek adaptēta maģistra darba ietvērās S.Ozoliņas 2011.gadā. Attiecību stilu aptauja (Relationship Styles Questionnaire; Bartholomew, & Horowitz, 1991), aptaujas tulkošanas un aprobācijas procedūru veikusi I. Bite (1998). Un bērnības vardarbības pieredzes aptauja – CAHQ (Childhood Abuse History Questionnaire: Straus, Hamby & Finkelhor, 1998). Latvijā šī aptauja tika adaptēta 2002.gadā un to ir adaptējusi Ieva Bite.

Hipotēze daļēji apstiprinājās: ēšanas traucējumu simptomi ir saistīti ar vardarbību. Pastāv saistība starp anorektiskās uzvedības simptomu grupām un emocionālo vardarbību, kas ir pārdzīvota bērnībā. Savukārt bulīmiskās uzvedības simptomiem ir atrasta saistība ar diviem vardarbības veidiem: ar emocionālu vardarbību un seksuālu vardarbību. Bet bērnības vardarbībai ir saistība ar piesaistes stilu rādītājiem. Taču starp piesaistes stiliem un ēšanas traucējumiem netika atklāta saistība.

Kopumā rezultāti parāda, ka ēšanas traucējumu simptomi ir saistīti ar bērnības vardarbības piedzīvotu pieredzi.

Atslēgas vardi: ēšanas traucējumu simptomi, piesaistes stili, bērnībā pārdzīvotā vardarbība

Abstract

The main aim of this study work was to understand whether there is eating disorder symptoms have association with childhood abuse experience and attachment style. Study participants are 78 respondents, women aged 18 to 48 years. Respondents are free of chronic diseases.

The research method was used in the three surveys: The survey for the treatment of eating - EAT-40 (Eating Attitudes Test: Garner, et al., 1979). Which is adapted for master's work includes S.Ozoliņas 2011. Relationship style questionnaire (Relationship Styles Questionnaire, Bartholomew & Horowitz, 1991). Polls translation and approbation procedure performed I. Bite (1998). Childhood experience of violence and poll - CAHQ (Childhood Abuse History Questionnaire: Straus, Hamby & Finkelhor, 1998). Latvian this survey was adapted in 2002, a survey acclimated to Ieva Bite.

The hypothesis of partial approval: eating disorder symptoms has the relationship with abuse. There is a relationship between the behavior of anorexic symptoms group and emotional violence experienced in childhood. Bulimic behavioral symptoms found in connection with emotional abuse and sexual abuse. Contrast has: childhood experience of violence has influence in a relation with the attachment style. Connection between the attachment styles and eating disorders were not found.

Overall results show that eating disorder symptoms are related to the childhood experience of violence.

Key word: symptoms of eating disorders, childhood abuse experience, attachment style

Ievads

Pētījumos par ēšanas traucējumiem bieži nonāk redzeslokā jautājums par ģimenes sistēmām un informācija par ģimenes faktoriem, kuri ietekmē simptomu veicināšanu un attīstību. Šajā darbā specifiska uzmanībā tiek vērsta uz ēšanas traucējumu saistību ar bērnības vardarbības pieredzi un uz jautājumu vai pastāv atšķirības starp piesaistes stiliem cilvēkiem ar dažādiem ēšanas traucējumu simptomiem. Šī tēmā ir ļoti aktuālā mūsdienas, no vienas puses katru gadu Eiropā strauji pieaug cilvēku skaits, kuriem tiek diagnosticēti kādi no ēšanas traucējumiem. Bet no otras puses mūsu sabiedrība ir ļoti maz izglītota par to, kā ģimene un bērnības vardarbības un jebkura cita pieredze ietekmē ēšanas traucējumu attīstību, un kas tas ir ēšanas traucējumi kopumā, kādi tiem ir simptomi. Darba mērķis ir uzzināt, kādā situācijā ir Latvijas populācija. Jo mūsu valstī ir ļoti maz informācijas par šo jautājumu. Latvijā diemžēl statistikas par šo jautājumu nav. Latvija ēšanas traucējumu apzināšanā un ārstēšanā ir zemā līmenī.

Pēc "Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem" 2009. gadā ar diagnozi "Ēšanas traucējumi" (F 50) ir 88 pacienti. Šis skaitlis ir ļoti tālu no patiesības, un saslimšana ar ēšanas traucējumiem ir daudz izplatītāka. Tie cilvēki, kuri nonāk uzskaitē, sasniedz kādu no slimības galējībām. Pastāv arī dati par cilvēki, kuriem ir dažādi simptomi un neviena no diagnozēm nav īsta. Amerikas Psihiatru Asociācija ir devusi nosaukumu šai simptomu grupai - nespecifiskie, netipiskie jeb nediferencētie ēšanas traucējumi (EDNOS - eating disorder not otherwise specified) (Thomas, Vartanian, & Brownell, 2009). Neprecizēti ēšanas traucējumi (F50.9) ir ļoti svarīga kategorija, tā ietver sevī dažādus ēšanas traucējumu simptomus un ir bieži sastopama. Vienā pētījumā atklājas statistika, ka aptuveni 60 % cilvēkucieš no kādiem ēšanas traucējumiem. (Striegel-Moore, R., Wonderlich, S., Walsh, B. T., & Mitchell, J. 2011).

Ģenētiskā ir slimību mantojuma princips - ja vienam no vecākiem ir noteikta slimība, ir 50 procentu iespējamība, ka bērni būs slimi un 50 procenti, ka bērni būs veseli, bet tie bērni, kuri būs veseli, tik un tā būs slimības nēsātāji. (Martínez-Nava & Fernández-Niño et al., 2016) Līdzīgi notiek ar piesaistes stilu, no ģimenes uz ģimeni piesaistes stils var atkārtoties. Protams, ir arī izņēmumi. Tomēr bieži vien cilvēkiem ar bērnības vardarbības pieredzi un ar noteikto piesaistes stilu var rasties psiholoģiskas grūtības. (Banford & Brown et al., 2015)

Dž. Boulbijs (Bowlby, 1969, 1973) ir piesaistes teorijas dibinātājs, šī teorija izstrādāta pirms vairāk nekā 35 gadiem. Viņš mēģināja integrēt psiholoģiju un pediatriju, rezultātā ir izveidota piesaistes teorija, kura savukārt ir dominējoša starp daudziem sociāli emocionāliem modeļiem. Galvenā ideja teorijai ir attiecības starp māti un bērnu vai citu aprūpētāju. Piesaiste veidojas zīdaiņa vajadzības apmierināšanas rezultātā. Piesaistes stils veidojas bērna pirmajos 7 dzīves mēnešos. Pastāv trīs piesaistes stili: drošā piesaiste, izvairīgā un ambivalentā. (Ainsworth, et.al., 1978) Mūsdienu pētījumos tiek minēts ceturtais - dezorganizētais piesaistes stils. (Yusmarhaini, Carpenter, 2012). Visi šie jautājumi pētniecībā joprojām ir ļoti aktuāli. Piesaistes teoriju mēģina izpētīt ļoti dažādas zinātnes jomas.

Šo darbu ļoti ietekmē zinātniskais darbs, kurš parēda agras separācijas saistību ar tādiem faktoriem kā trauksme un pieķeršanās stils sievietēm ar ēšanas traucējumiem. Šajā pētījumā tiek pieņemts, ka ēšanas traucējumu simptomi ir uz āru vērsta uzvedība, kura savulaik novirza uzmanību no pieķeršanās objekta un no problēmām, kuras rodas sakarā ar nedrošību attiecībās ģimenē. (Dozier, Stovall, & Albus, 1999) Pamatojoties uz šo modeli ir sagaidāmā prognoze, ka cilvēki ar nedrošu piesaistes stilu biežāk cieš no ēšanas traucējumu simptomiem nekā cilvēki ar drošu piesaistes stilu. Šo prognozi apstiprina daudzi klīniski un neklīniski pētījumi. Sakarā ar ko rodas secinājums, ka ir svarīgi turpināt pētīt šo jautājumu, paplašināt pētījuma tēmas diapazonu. Ir pētījums, kura rezultāti parāda, ka pastāv saistība starp piesaistes stilu un anoreksijas slimību, šis pētījums parāda arī, ka piesaistes stils mantojas no iepriekšējām paaudzēm. (Terenio et al., 2008)

Ēšanas traucējumu simptomi

Pastāv daudz sociālo, ģimenes un individuālo faktoru, kas var ietekmēt uztura uzvedības traucējumu attīstību. Cilvēki, kuriem ir grūtības ar savu identitāti un paša iztēlošanu var atrasties riska zonā, kā arī tie, kuri ir pārdzīvojuši traumējošu notikumu (atskaite par psiholoģiskām saslimšanām Kanādā, 2002.). Turklāt, daudzi pacienti ar uztura uzvedības traucējumiem atzīmē bezpalīdzības viņu sociāli ekonomiskajā vidē, kā arī redz diētu, fiziskas slodzes un kuņģa tīrīšanu kā pastiprināšanas kontroli par savu dzīvi.

Ēšanas traucējumu simptomi ir ļoti izplatīti mūsu sabiedrībā, bieži vien aiz sociāli pieņemtas uzvedības slēpjas slimības aina. Ēšanas traucējumi ir psihiskās un fiziskās veselības traucējumi, kad cilvēks interesējas tikai par savu svaru, par to, ko viņš ēd, kad zaudē citas intereses un komunikāciju ar cilvēkiem un tuviniekiem (Pace & Cavanna, et al.,

2015). Visizplatītākie un sabiedrībā pazīstamākie ēšanas traucējumi ir: anoreksija, bulīmija un pārēšanās. Šie traucējumi sāk parādīties pusaudžu vecumā. Pārsvarā ēšanas traucējumus novēro sievietēm, bet tagadējā statistika liecina par to, ka arī vīriešiem ir tadas diagnozes. Šo parādību vajag izskatīt no medicīniskā aspekta, ēšanas traucējumi iedalās: anorexia nervosa, bulimia nervosa, kompulsīvi ēšanas traucējumi un nespecifiski ēšanas traucējumi (EDNOS - eating disorder not otherwise specified). (Garīgo slimību diagnostikas un statistikas rokasgrāmatas 4. izdevums).

Ēšanas traucējumi ir aprakstīti kā uzvedība ar mērķi kontrolēt ķermeņa svaru, kas ievērojami pasliktina fizisko veselību un psihosociālo funkcionēšanu. (Barone and Guiducci,2009) Ēšanas traucējumu diagnosticēšana ir ļoti sarežģīts process, sakarā ar to, ka pazīmes un simptomi ar laiku var izmainīties, anoreksiju var aizstāt bulīmija, bieži kopā ar ēšanas traucējumiem tiek diagnosticēta depresija, trauksme, suicidālas domas (Fairburn et al, 2003). Ēšanas traucējumu recidīva risks ir ļoti augsts. Vienā pētījumā tika iesaistītas 136 sievietes ar anoreksiju un 110 ar bulīmiju. Pēc terapijas uzsākšanas viņas tika apsekotas ik gadu deviņus gadus pēc kārtas. Pētījuma rezultāti izrādījās sekojoši: 36% anorexia nervosa gadījumu un 35% bulimia nervosa gadījumu pēc terapijas kursa pabeigšanas notika recidīvs. Sievietēm ar sākotnēji diagnosticētu anoreksiju recidīva laikā bija tendence uz bulīmijas simptomu attīstību, savukārt bulīmijai vai anoreksijai kompulsīvās pārēšanās/apzinātas vemšanas izraisīšanas tipa pacientes recidīva laikā atgriezās pie bulīmijas simptomātikas. Tika arī noskaidrots, ka, jo spēcīgāki bija sava ķermeņa uztveres traucējumi slimības sākumā, jo augstāks arī recidīva risks pēc terapijas kursa pabeigšanas, turklāt tas bija raksturīgs katrai no minētam slimībām. Pētījuma autori secina, ka recidīvu profilaksē ir jāvelta īpaša uzmanība gan psiholoģiskai, gan medicīniskai palīdzībai ar mērķi koriģēt pacientu ķermeņa pašuztveri, jo tieši tā ir atslēga uz ilgstošu remisijas periodu. (Keel et al. , 2005)

Anorexia nervosa ir smaga psihopatoloģijas forma, kas ir grūti ārstējama (Steiner et al., 2003). Simptomi ietver atteikumu saglabāt minimālu ķermeņa svaru, kas būtu atbilstošs vecumam un augstumam (mazāk nekā 85%), intensīvas bailes pieaugot svarā (pat tad, ja objektam ir nepietiekams svars), pārspīlētas svara problēmas, amenoreja –mēnešreižu zudums, atkārtoti mēģinājumi novērst svara pieaugumu, izmantojot vemšanu, caurejas līdzekļus vai pārmērīgas diētas. Viens no simptomiem ir nepareiza izpratne par ķermeņa daļas izskatu (dysmorphophobia)(American Psychiatric Association [APA], 1994) *Anorexia nervosa* tiek diagnosticēta kopā ar depresiju, obsesīvi kompulsīvajiem traucējumiem,

fobijām, panikas lēkmēm, alkoholismu un dažādiem personības traucējumiem (Godast et.al., 2000, Ivarssin et.al.,2000). *Anorexia nervosa* slimniekiem ir augstākais mirstības līmenis starp visiem psihiskiem traucējumiem (Attia, 2010). Tas ir 10 reizes biežāk sievietēm nekā vīriešiem(Woodside et al., 2001), un augstākais biežums ir novērots pusaudžu meitenēm un jaunām sievietēm (American Psychiatric Association [APA], 1994) Vīriešiem papildus var tikt diagnosticēti garastāvokļa traucējumi, šizofrēnija, atkarības (Striegel-Moore et.al. 1999). Bieži vien ēšanas traucējumu iemesls ir mīlestības, uzmanības, atbalsta trūkums, taču šīs emocijas netiek izpaustas tieši. Pacientes domā, ka noņemot nepieciešamo daudzumu svara, kļūs citu mīļtākas un cienītākas, tādēļ motivācija virzīties uz mērķi ir īpaši spēcīga. Paškontrolē – ierobežojot ēdienu, slimniece pierāda sev, ka ir lietas, ko viņa savā dzīvē spēj kontrolēt un mainīt. Gadījumos, kad apkārtējo cilvēku emocijas un attieksmi mēs nevaram mainīt, ir svarīgi just kontroli vismaz kādā dzīves jomā (Fairburn & Cooper, Shafran, 2003).

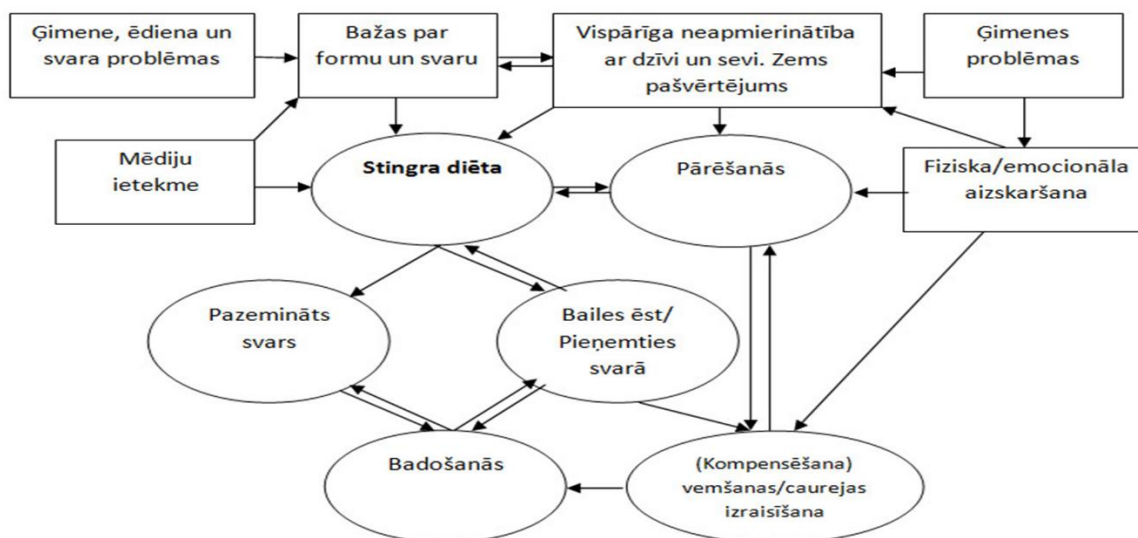
Bulimia nervosa – nopietna un dzīvībai bīstama saslimšana. Viņa no raksturīgām pazīmēm ir atkārtotas pārēšanās epizodes. Pacients regulāri cenšas atbrīvoties no visa apēstā, biežāk tiek izmantota vemšana, retāk caureja, un citi līdzekļi ķermeņa masas samazināšanai un organisma attīrīšanai. DSM šo pārēšanos definē kā nekontrolētu ēšanu ne vairāk par 2 stundām. Slimība izpaužas kā nekontrolējamas, regulāras pārēšanās lēkmes (>2 epizodes nedēļā, 3 mēnešus). Nereti pēc pārēšanās seko ilga badošanās (American Psychiatric Association [APA], 1994). Slimības galējā izpausmē cilvēks pēc katras ēdienreizes tualetē uzreiz atbrīvojas no apēstā. Bulīmija ir grūtāk pamanāma, un par to ilgu laiku tuvākie var nemaz pat nenojaust. Bulīmijas slimnieces bieži vien saprot un skaidri apzinās, ka viņu uzvedība un attieksme pret ēdienu nav normāla. Bulīmijas cēlonis bieži ir negatīvas emocijas un stress - ‘aizēd’ problēmu līdz jūtas ‘pilns’. Uzdzīves laikā var apēst tik daudz, cik normāls cilvēks nemaz nevar apēst dienas laikā. Pēc apēšanas epizodēm parādās kauna un vainas sajūta, diskomforts, pēc nekontrolētas ēšanas lēkmes mēdz atbrīvoties no apēstā izvemjot, lietojot caurejas līdzekļus vai pārmērīgi sportojot. Jebkāda rīcība vai attieksme ir simptoms, kas norāda, ka svara zudums, diēta vai ēšanas kontrole kļūst par centrālo cilvēka dzīves jēgu.

Kompulsīvā pārēšanās - jeb tā saucamās rīšanas lēkmes, kas pēc savas būtības ir atkarība no ēdiena. Tai raksturīga nekontrolēta ēšana, kam seko vainas apziņa un kauna sajūta. Kompulsīvās ēšanas lēkmes var būt īslaicīgas vai ilgstošas – vairākas dienas, nedēļu ilgās. Ēšanas lēkmēm nav sakara ar izsalkumu, pat nepatīkama pārēšanās sajūta nespēj apturēt

lēmumi. Daži piefiksē sajūtu, ka ir bail no nespējas apstāties, taču rīšana turpinās. Šādi tiek kompensētas citas emocijas – stress, nomākums, skumjas, depresija, trauksmainība, dusmas, zems pašvērtējums. Ēdiens tikai uz īsu brīdi dod apmierinājuma sajūtu – jau tūlīt pēc pārēšanās vietā nāk citas sliktās jūtas – kauns un vainas apziņa, sevis šausmīšana un šīs emocijas cilvēkiem ar kompulsīviem ēšanas lēmumiem ir vēl vairāk raksturīgas nekā bulīmijas slimniekiem. Epizodes atkārtojas vismaz divas reizes nedēļā 6 mēnešu laikā (Freeman & Daily, 2004)

Nespecifiski ēšanas traucējumi – tiek novēroti diagnostikas kritēriji, kas atbilst gan anoreksijai, gan bulīmijai. Ēšanas traucējumi, kas neatbilst specifisku ēšanas traucējumu kritērijiem: sievietes, kuras atbilst visiem AN kritērijiem, izņemot ir saglabātas regulāras menstruācijas. Pacients atbilst visiem anoreksijas kritērijiem, taču, par spīti ievērojamam svara zudumam, pašreizējais svars atbilst normai. Individīds atbilst visiem bulīmijas kritērijiem, taču kompulsīva ēšana vai neveselīgi kompensatorie mehānismi atkārtojas retāk kā divas reizes nedēļā vai laika periodā, kas mazāks par 3 mēnešiem (Orbitello, et al, 2006). Nespecifiski ēšanas traucējumi tiek diagnosticēti, ja indivīds atbilst visiem bulīmijas kritērijiem, taču kompulsīva ēšana vai neveselīgi kompensatorie mehānismi atkārtojas retāk kā divas reizes nedēļā vai laika periodā, kas mazāks par 3 mēnešiem. Vairums cilvēku ir tukli un korpulentī (BMI vairāk par 30). Ir novērojama neapmierinātība ar savu ķermeni (Petel, Wheatcroft, Park, & Stein, 2002)

Dažos pētījumos un grāmatās var atrast faktorus, kuri ietekmē ēšanas uzvedības modeļus: diētas un badošanās provocē un darbojas kā sprūdnās mehānisms (shēma 1). Nav zināms cik cilvēki reāli populācijā cieš no ēšanas traucējumiem, vienā amerikāņu pētījumā parādās tāda informācija, ka viens no desmitiem slimniekiem ārstējas, un viens no desmit cilvēkiem ar ēšanas traucējumiem iet bojā (Abraham & Llewellyn-Jones, 2001). Dažos pētījumos var atrast statistiku par riska grupām: sportistiem ēšanas traucējumi ir 13%, elites klases sportistiem ēšanas traucējumi ir 20%, meitenēm vingrotājām, baletdejojājām, daiļslidotājām ēšanas traucējumu risks ir 20% (Pace & Cavanna, et al.,2015).



(Abraham & Llewellyn-Jones, 2001)

Sociālai izolācijai ir kaitīga iedarbība uz cilvēka fizisko un emocionālo stāvokli. Sociāli izolētiem cilvēkiem ir liels mirstības procents, kopumā, salīdzinājumā ar cilvēkiem, kuriem ir sociālas attiecības. Dotā ietekme uz mirstību ievērojami palielinās cilvēkiem ar iepriekšējiem medicīniskiem un psihiskiem traucējumiem, un bija īpaši manāms pie sirds koronārās nepietiekamības. Sociālā izolācija pati par sevi var būt stresa, depresiju un satrauci izraisīša. Cenšoties novērst šīs nepatīkamas sajūtas cilvēkam var sākties emocionāla pārēšanās, kad ēdiens kalpo tikai par apmierinājuma avotu. Tādā veidā, saistīti vientulība pie sociālas izolācijas un neizbēgamie stresa faktori arī tiek iesaistīti kā kompulsīvās pārēšanos attīstības iniciējošie faktori (Verma & Avgoula, 2015).

Tika parādīts, ka vecāku ietekme ir uztura uzvedības attīstības iekšējais komponents. Šī ietekme tiek izteikta un noformēta ar dažādu faktoru liela skaita palīdzību, tādu kā ģimenes ģenētiskais disponētums, diētas izvēle atbilstoši kultūras diktātam vai etniskām priekšrocībām, ķermeņa parametri un ēdināšanas uzvedība vecākiem, iesaistīšanas pakāpe un ēdināšanas uzvedības gaidīšanas bērniem, kā arī personīgas savstarpējas attiecības starp bērniem un vecākiem, kas ietekme uz piesaistes stila formēšanu. Tas papildina kopējo ģimenes psihosociālo klimatu un bērna audzināšanas stabilas apkartējas vides esamību vai trūkumu. (Brown & Ogden, 2004). Tika atzīmēts, ka nepietiekoši adaptācijas uzvedība vecākiem spēlē svarīgu lomu uztura uzvedības traucējumu bērniem attīstībā. Kas attiecas uz smalkākiem vecāku ietekmes aspektiem, tad tika atzīmēts, ka uztura uzvedība veidojas agrā vecumā, un ka bērniem jāļauj izvēlēties, kad viņu apetīte ir apmierināta jau divu gadu vecumā. Tika parādīta tiesa saikne starp aptaukošanu un vecāku piespiešanu ēst vairāk.

Piespiedu taktika attiecībā pret diētu tika pierādīta par neefektīvu bērna uztura uzvedības kontrolē. Bija sniegts, ka affekcija un uzmanība ietekmē bērna kaprīzuma pakāpi un viņa daudzveidīgas pārtikas pieņemšanu (Brown & Ogden, 2004). Anoreksija biežāk vien rodas meitenēm, kas izcili mācās, ir paklausīgas un vienmēr cenšas pakļauties vecākiem. Viņu vecākiem ir tendence pārmērīgai kontrolei, un viņiem neizdodas atlīdzināt emociju parādīšanu, apslāpējot pašu meitu pašu jūtu un vēlmju pieņemšanu. Meitenes – pusaudzes savās valdonīgās ģimenēs nevar būt neatkarīgas no savām ģimenēm, un realizēt savas vajadzības, kas bieži pieved pie atklātas nepaklausības. Maltītes kontrole var veicināt justies pārliecinātākam, pa cik piešķir tām kontroles sajūtu. Tādās ģimenēs bieži vien tiek vērojama saikne starp uztura uzvedības simptomiem un piesaistīšanas tipu (Steiger & Richardson et al., 2010). Spiediens no vienaudžu puses arī ietekme šo simptomu izplatīšanā. Atbilstoši viena pētījuma rezultātiem, 40% meiteņu vecumā no 9 līdz 10 gadiem jau cenšas samazināt svaru. Tiek atzīmēts, ka tādu diētu ietekmē vienaudžu uzvedība, pa cik daudzi no viņiem, kuri sēž uz diētas, arī apgalvo, ka viņu draugi arī sēž uz diētas. Draugu skaits, kuri sēž uz diētas, un draugu skaits, kuri piespiež viņus uzsēties uz diētas, arī spēlē ievērojamu lomu viņu pašu izvēlē (Paxton & Schutz et al., 1999). Augstās klases atlētiem ir ievērojami lielāks ēšanas uzvedības traucējumu procents. Atlēti – sievietes sportā, tādā kā vingrošana, balets, daivingsun citi sporta veidi, atrodas maksimāla riska grupā visu sportistu vidū. Sievietēm ar lielāku varbūtību, nekā vīriešiem attīstās ēšanas uzvedības traucējumi vecumā no 13 līdz 30 gadiem. 0 – 15% ar bulīmiju un anoreksiju sastāda vīrieši (Verma & Avgoula, 2015).

Daži pētījumi analizē vecāku pieķeršanās stilu bērniem, kuriem ir ēšanas traucējumi. Tereno (2008) atklāja, ka pacientu mātēm bija nedrošs stils, kā instruments pieķeršanās stila atklāšanai tika izmantota pašaptauja (the Adult Attachment Scale, AAS-R; Collins un Read, 1990). Konkrētāk, mātēm no kontroles grupas lielākoties tika konstatēts drošais pieķeršanās stils salīdzinoši ar anoreksijas pacientu mātēm, savukārt bulīmijas pacientu mātēm lielākoties bija izvairīšanas stils. Tādu pētījumu ir salīdzinoši maz. Bet jautājums ir ļoti aktuāls, jo informācija, kas ir iegūta ar iepriekš minētajiem pētījumiem, liecina par to, ka piesaistes stils mantojas no ģimenes uz ģimeni, un tam ir sekas. Svarīgi saprast arī kādēļ pastāv atšķirības starp piesaistes stiliem un ēšanas traucējumu diagnozēm (Delvecchio et al., 2014).

Pētījumā rezultāti parāda, ka 83% no anoreksijas pacientu mātēm ir nedrošais piesaistes stils, un 67% ir neatrisināta traumatiska pieredze, saistīta ar zaudējumu. (Tereno et al., 2008)

Kopā ar šiem minētajiem faktoriem novērojams zemas refleksijas radītājs un augsts idealizācijas līmenis. To var izskaidrot ar hipotēzi, ka tāda mātes pieredze var būt kā riska faktors ēšanas traucējumu attīstībai (Ward et al.,2001). Savukārt tieši šo jautājumu mēģināja noskaidrot citā jaunā pētījumā, kur atklājās citi dati: anoreksijas pacientu mātēm salīdzinoši ar kontroles grupu –65% nedrošais piesaistes stils, kontroles grupai 45%. Apstiprinājās hipotēze par traumatisku pieredzi, anoreksijas pacientu mātēm vairāk nekā 80% tika konstatēta bērnības vardarbības pieredze. Par instrumentu traumatiskai pieredzes konstatēšanai tika izmantota intervija. (Pace & Cavanna, et al.,2015) Latvijā tādi pētījumi nav veikti, un nav zināms cik ģimenēs šī problēma ir aktuāla.

Kādā pētījumā tika iesaistītas 46 sievietes, kurām bija raksturīga kompulsīvas pārēšanās uzvedība. Pētījuma laikā dalībniecēm bija jāpilda emociju dienasgrāmata, kurā sievietes ierakstīja visus dienas notikumus un pārdzīvojumus. Rezultāti parādīja, ka neatkarīgi no depresivitātes pakāpes, stress bija saistīts ar paaugstinātu pārēšanās lēmju risku tajā pašā dienā, kad tika piedzīvotas negatīvās emocijas vai apstākļi, kas radīja stresu. Savukārt apkārtējo cilvēku atbalsts, komplimenti un uzslavas samazināja pārēšanās epizožu incidenci (Freeman, 2004). Cilvēki ar ēšanas traucējumiem vairāk meklē atalgojumu, pozitīvu attieksmi vai uzslavu no apkārtējās vides (draugiem, kolēģiem, ģimenes locekļiem, sabiedrības) nekā tie, kam ēšanas traucējumu nav.

Pēc iepazīšanas ar visu augstak minēto informāciju, var secināt cik svarīgs ir ģimenes mikroklimate. Nedrošo uzvedības stilu veido daudzi faktori: neveselīgas ģimenes attiecības bērnībā, psiholoģiskas traumas, neveiksmīgas attiecības pusaudžu gados un citi iespiedi, viņi visi var atstat iespiedi arī uz ēšanas paradumiem pieguša cilvēka dzīvē.

Kā jau bija minēts ievaddaļā, piesaistes koncepciju psiholoģijā izstrādāja angļu psihologs Džons Boulbijs. (Bowlby, 1969, 1973) Viņš atklāja, ka bērna attīstībai ir svarīgs bērna un mātes kontakts agrīnā attīstības periodā.

Galvenā piesaistes teorijas ideja ir tāda, ka aprūpētāji, kuri sākumā rūpējas par bērnu, laikus reaģē uz viņu vajadzībām un apmierinā tos – tieši tas ļauj bērnam justies droši. Bērns zina, ka pieaugušiem var uzticēties, un tas dod viņam drošu pamatu turpmākai pasaules pētīšanai. Tā veidojas *droša piesaiste*.

Pētnieki konstatēja, ka piesaistes stili, kuri formējas bērniem jau agrīnā vecumā, var novest pie vairākām sekām. Piemēram, bērniem, kuriem ir droša piesaiste, ir vairāk attīstīta pašcieņas sajūta un viņi spēj labāk sevi nodrošināt, ar vecumu šīs spējas aug kopā ar bērnu. Šiem bērniem arī ir tendence būt vairāk neatkarīgiem, viņiem labāk padodas skolā mācības, viņi spēj veiksmīgāk veidot sociālās attiecības un ir mazāk pakļauti depresijai un trauksmei. (Banford & Brown et al., 2015)

Piesaistes stilu ietekme uz ēšanas traucējumu attīstību

Piesaiste ir fenomens, kuru var loģiski paskaidrot. Šo faktu ļoti aktīvi pēta atsevišķi un kopā ar dažādiem citiem fenomeniem un diagnozēm. Ja izskata piesaistes saistību ar ēšanas paradumiem, var atrast interesantus faktus, kuri ir pierādīti ar pētījumiem: piemēram cilvēkiem, kuri cieš no bulīmijas, ir raksturīga izvairīgā piesaiste, kurai esot, cilvēkam piemīt patstāvība, neatkarība, emocionālā atstumtība un tendence aizvietot emocionālā siltuma trūkumu ar ēšanu. Tāda īpatnība veidojas bērnībā, ja vecāki reti apkāmpj bērnu, kad viņš lūdz mierināšanu vai ir uztraukts, parāda, ka viņu mīlestība ir saistīta ar bērna sasniegumiem un uzvedību, dod viņam maz emocionāla atbalsta un daudz intelektuālu paskaidrojumu. Cilvēks, kas kopš bērnības cieš no bulīmijas, mācās būt neatkarīgs no tā, vai viņam kāds dod emocionālo atbalstu vai nē, un cenšas patstāvīgi apmierināt šo vajadzību. Vientulība, mīlestības un atbalstīšanas trūkums izpaužas ar nekontrolējamām pārēšanās lēkmēm, ar kuru palīdzību cilvēks iepriecina un nomierina sevi.

Protams, ar ēšanu nevar apmierināt vajadzības pēc emocionāla atbalsta un uzmanības, tāpēc cilvēks, kas cieš no ēšanas traucējumiem, vienmēr paliek izsalcis, cieš pašnovērtējums, un pašcieņas atgūšanas nolūkā nākas pielietot diētu, nomest svaru vai izraisīt vemšanu un lietot caurejas līdzekļus. Tādējādi no ēšanas traucējuma cietušais cilvēks ar ēšanu aizvieto reālu cilvēku, ar kuru viņš varētu būt tuvs. Ēdiens vienmēr ir rokas attālumā, tas nevar pamest, novērsties un atteikties no mīlestības.

Ar anoreksiju slimojošo cilvēku vecāki bieži vien tiek aprakstīti kā ārkārtīgi stingro prasību cilvēki, no vienas puses, cenšoties, lai viņiem būtu ideāls bērns, no citas – nesniedzot viņam pietiekošo atbalstu un nepaužot mīlestību un piesaisti. Bērns nejūt mīlestību pret sevi kā personību. Viņš redz, ka par kādiem sasniegumiem viņu slavē un pamudina. Taču neviens veiksmīgums nenoved pie stabila pašnovērtējuma un kontakta izveidošanas ar vecākiem. Anoreksija ļauj piesaistīt sev uzmanību, pierādīt sev savu spēku un spēju kontrolēt savu dzīvi (Abraham, Beumont, 1982). Tādējādi sievietes, kurām bērnībā bija konflikti saistībā ar

pieaugšanu, separāciju, seksualitāti, pašnovērtējumu (Józefik, Iniewicz, 2010) un grūtībām, regulējot psihisko sasprindzinājumu, iespējams, ir lielāka nosliece uz ēšanas traucējumam.

Pacientēm, kuras cieš no bulīmijas, arī sevišķi aktuāla ir tēma par atkarību no apkārtējo cilvēku pozitīva novērtējuma. Savas pašvērtības stabilizēšanai cilvēkiem, kas cieš no bulīmijas, ir nepieciešams būt pārliecinātiem par apkārtējo atzīšanu. Viņi cenšas uzvesties tā, lai atbilstu cilvēku (kuri atrodas apkārt viņiem) gaidām, savas vēlmes viņi apspiež, atiet otrajā plānā, pirmo vietu ieņem vēlme padarīt laimīgus apkārtējos. Viņi domā, ka, lai būtu mīļētiem ir jābūt pilnīgiem. Viens no pilnības iemiesošanas aspektiem – tas ir kalsnums. Viņiem ir grūti pieņemt sevi ne tādus, kā tiek gaidīts, un tas apgrūtina viņu adekvāto pašuztveri un savstarpējās attiecības. Tā kā pacienti ar bulīmiju grib patikt apkārtējiem, viņi uzskata par vajadzīgu slēpt savas emocijas; izpaust niknumu nozīmē aizvainot kādu, nepatikt viņam. Tāpēc viņi veic daudz tādas darbības, kuras negribētu darīt, no tā izriet zems pašizpaušmes līmenis. Tādai uzvedībai, neapšaubāmi, ir agrīnās bērnības saknes.

Tādējādi slimnieku, kuri cieš no ēšanas traucējumiem, vēl viena raksturīga īpatnība ir tieksme uz perfekcionismu. Nepietiekami siltas attiecības ar vecākiem un problēmas ar atdalīšanos no viņiem noved pie pašnovērtējuma nestabilitātes un grūtībām, veidojoties pieaugušai personībai. No šejienes rodas nosliece uz perfekcionismu, atkarība no apkārtējo cilvēku atzinības. Bieži vien pacientes ar ēšanas traucējumiem apraksta sevi kā neveiksmnieces, kuras visu dara „nepietiekami labi”. Pat daudz strādājot vai mācoties, viņi nekad nevar būt gandarīti ar sevi, apmierināti ar padarīto, pārliecināti par savu vērtību un nozīmību. Vēlme būt pilnīgam, rodas tāpēc, ka nav pietiekami izveidojušās un neatkarīga sava tēla.

Fonagi (1996) pētījums parādīja, ka daudzām pacientēm, kuras cieš no ēšanas uzvedības traucējuma, dzīves laikā notika smagi zaudējumi, traumas, attiecībā pret kurām 64% sieviešu saglabājās situācijas neatrisinātība. Tātad, to slimnieku, kuri cieš no ēšanas traucējumiem, iepriekšminētās problēmas un īpatnības rodas bērnības situāciju dēļ. Tāpēc ir nepieciešams aplūkot psihoanalītisko pieeju šai problēmai kā visvairāk virzīto uz bērnības pacientu īpatnībām. Psihoanalītiskajā koncepcijā ēšanas traucējumi tiek aplūkoti kā orālais regress, uztura pieņemšanas process tiek interpretēts kā atgriešanās mierīguma stāvoklī un siltumā blakus mātei. Pacienšu vairākums apraksta ēšanas procesu kā „primārās harmonijas izjūtu”, mierīguma, svētlaiimes stāvokli – tuvināto zīdaiņa stāvoklim pēc viņa barojošās māmiņas piesātināšanas ar pienu. Uztura lietošana – tā ir savdabīga atgriešana pie mātes krūts sūkšanas.

Tādējādi, ēšana tiek aplūkota kā orālais kompensācijas paņēmieni. Pēc klīnicistu novērojumiem, pacienšu vairākums ar ēšanas uzvedības traucējumu vai nu agri bija atšķirtas no krūts, vai nu viņām bija citas krūts barošanas problēmas (Fairburn & Cooper, Shafran, 2003). Konstatēts, ka starp *bulimijas* riska faktoriem ir jaundzimušā hiperaktivitāte un agrīni barošanās traucējumi.

Vardarbības un traumatiskas pieredzes ietekme uz ēšanas traucējumu attīstību

Vardarbība ir visu veidu fiziska vai emocionāla, seksuāla vardarbība, nolaidība vai cita veida izturēšanās, kas apdraud vai var apdraudēt bērnu fizisku vai psiholoģisku veselību, dzīvību, attīstību un pašcieņu (Steinger, 2010). Vardarbība ģimenē ir pakļaujošas uzvedības modelis, kas var ietvert atkārtotu sišanu un ievainošanu, psiholoģisko vardarbību, seksuālus uzbrukumus, progresējošu sociālo izolēšanu, deprivāciju un iebiedēšanu. To veic kāds, kurš ir vai ir bijis iesaistīts tuvās attiecībās ar upuri (AMA, 1992) Vardarbības ilstošas sekas ir:

- Emocionālās sekas: depresija, zems pašvērtējums, vainas sajūta, kauna sajūta, trauksme, dusmas.
- Kognitīvās sekas: noliegšana, kognitīvi izkropļojumi, disociācija, amnēzija, uzmācīgas atmiņas.
- Fiziskās sekas: psihosomatiskas sāpes, miega traucējumi.
- Uzvedības izmaiņas: pašdestruktīva, pašsakropļojoša uzvedība, suicīds, ēšanas traucējumi, narkotisku vielu lietošana.
- Interpersonālās sekas: izolēšanās, atsvešināšanās, grūtības attiecībās attiecībās ar sievietēm, vīriešiem, vecākiem, bērniem, bailes no intimitātes, reviktimizācija.

Pētījumi liecina, ka ēšanas traucējumi neizbēgami ir saistīti ar bērībā pārdzīvotu seksuālu vai fizisku vardarbību. Līdz ar to traumai, iespējams, ir augsts attīstības riska faktors dažiem no ēšanas traucējumiem. Pārējie mainīgie, tādi kā ģimenes vide, vecāku un bērnu pieķeršanās kvalitāte, sociālā kompetence un fiziskā pievilcība, dzimumlomas socializācija, arī ir neapšaubāmi svarīgi (Carter et al., 2006). Bērniem, kuri ir piedzīvojuši vardarbību, var attīstīties ēšanas traucējumi, cenšoties iegūt kādu kontroles vai komforta sajūtu, kura tika pazaudēta traumatiskas pieredzes dēļ. Bērnu ļaunprātīga izmantošana un nevērtība rada pamatīgas izmaiņas fizioloģiskos un neiroķīmiskos procesos smadzeņu attīstībā (Tarren-Sweeney, 2006). Bērni, kuri atrodas valsts aprūpē, dzīvo bērnu namos vai audžuģimenēs, ir ēšanas traucējumu riska grupā. Pētījumā Jaunzēlandē 25% no dalībniekiem, kuri tiek

audzināti audžuģimenēs, paradījās ēšanas traucējumi (Tarren-Sweeney M. 2006). Nelīdzsvarota mājas vide negatīvi ietekmē bērna emocionālo stāvokli.

Psiholoģiska trauma – tas ir kaitējums, kas ir nodarīts personas psihiskai veselībai, nelabvēlīgas vides faktori intensīvas iedarbības rezultātā, vai reakcija uz akūtu emocionālo stresu. Bieži vien ir saistīta ar fizisku traumu, dzīvības apdraudēšanu vai drošības sajūtu pazaudēšanu (Begoyan, 2014) Pie traumatiskām pieredzēm var pieskaitīt tuva cilvēka slimību, zaudēšanu vai nāvi, distancēšanos vai ilgstošu separāciju no vecākiem un citas dzīves situācijas. Savukārt separācija, slimība un aprūpētāja nāve līdz noteiktam vecumam bērībā ietekmē arī piesaistes stila veidošanos.

Daudzi pētījumi apstiprina ēšanas traucējumu saistību ar bērībā pārdzīvotu traumatisku pieredzi un vardarbību. (Tschann et al., 2006; Rayworth et al., 2004; Sanci et al., 2008) Šo faktoru saistība interesē dažādām pētījumu jomām gan medicīnā, gan psihiatrijā, gan psiholoģijā, kas mēģina atrast saistības un sakarības starp šiem faktoriem. Ārstiem jau sen ir aizdomas, ka seksuālai vardarbībai bērībā ir cēloņsakarības ar ēšanas traucējumiem (Molinari, 2001; Smolak&Murnen, 2002; Stice, 2002)

Pēdējo 20 gadu laikā piesaistes teorija (Bowlby, 1973,1988) ir saņēmusi lielu uzmanību no ārstiem un pētniekiem ēšanas traucējumu jomā, līdz ar to tiek veikts pietiekami daudz klīnisko pētījumu par šo jautājumu. Ir atrasta saistīta starp ēšanas paradumiem un piesaistes stiliem. Pētījumi līdz šim liecina, ka respondentiem ar ēšanas traucējumiem no 70 līdz 90 % ir vērojams nedrošs piesaistes stils (Delogu et al.,2008; Barone and Guiducci, 2009; Delvecchio et al.,2014). Minētos pētījumos ir aprakstīta novērotā saistība starp komunikācijas stiliem un ēšanas paradumiem: tendence noliegt emocijas un jūtas, atkāpšanās no tuvām attiecībām. Dažos pētījumos tiek apstiprināta hipotēzē par to , ka cilvēkiem ar ēšanas traucējumiem ir vēlme attīrīties no pagātnē iegūtiem sāpīgiem traumatiskiem notikumiem: izvēršanā, kāda tuva cilvēka zaudēšana. Liela daļa no tādiem pētījumiem kā instrumentu izmanto Pieaugušo Pieķeršanaās Interviju (AAI, George et al., 1985/1996), šo aptauju uzskata par "zelta standartu" (Bakermans-Kranenburg un van IJzendoorn, 2009).

Daži agrāk veikti pētījumi ziņoja, ka seksuālā vardarbība nav vairāk izplatīta sievietēm ar ēšanas traucējumiem nekā starp citiem psihiskiem traucējumiem vai vispārējā populācijā (Wonderlich, 1997; Connors & Morse, 1993). Metodoloģiskie ierobežojumi, iespējams, veicināja pretrunīgos rezultātus. Daudzos pētījumos kontroles grupa tika salīdzināta ar grupu, kur respondentiem tika diagnosticēti kādi no ēšanas traucējumiem, bet kontroles grupa netika

pārbaudīta ar speciāliem instrumentiem uz klīniskiem gadījumiem, sakarā ar šo vardarbības pieredze abās grupās bija bez statistiski nozīmīgām atšķirībām (Connors & Morse, 1993). Viens mūsdienīgs, longitudināls pētījums apgāž šos datus; pētījums tika veikts no 1992. gada līdz 2003 gadam ieskaitot. Pētījumā tika iesaistīti 1936 respondenti, no kuriem 999 bija sievietes. Tika salīdzināta seksuālās vardarbības pieredze, kas iegūta līdz 16 gadiem, ar bulīmijas vai anoreksijas simptomiem. Rezultāti bija sekojoši: bulīmijas sindroma sastopamība pusaudžu gados bija 2,5 (95% ticamības intervāls, 0.80-8.0) reizes lielāks tiem, kuri ziņoja par vienu vardarbības epizodi un 4.9 (95% ticamības intervālu, 1.9-12.7) reizes lielāks tiem, kas ziņoja par 2 vai vairāk epizodēm, salīdzinājuma ar sievietēm, kuras atzīmēja, ka viņām nebija seksuālas vardarbības pieredzes (Sanci et al., 2008)

Apkopojot visus šos datus, ir skaidri saprotams, ka šeit atspoguļotie svarīgie fakti ir savstarpēji saistīti un tos ir vērts turpināt pētīt Latvijas populācijā. Savukārt dati par visiem trim faktoriem netiek atrasti. Sakarā ar ko šis jautājums paliek vēl aktuāls.

Metode

Pētījuma dalībnieki

Pētījuma dalībnieki ir 78 respondenti, sievietēs vecumā no 18 līdz 48 gadam ($M = 28,27$; $SD = 6,59$). Respondenti ir bez hroniskām slimībām.

Instrumentārijs

Pētījumā tika izmantotas četras metodes:

1. Šim pētījumam izstrādāta demogrāfisko datu anketa, lai ievāktu vispārīgo informāciju par vecumu, dzimumu, ķermeņa svaru un auguma garumu
2. Aptauja par attieksmi pret ēšanu – EAT-40 (Eating Attitudes Test: Garner, et al., 1979). Aptauja izveidota, balstoties uz ēšanas traucējumu klīniskajiem kritērijiem. Tā palīdz atklāt ēšanas traucējumu pazīmes un Amerikā tiek plaši pielietota kā primāra metode pacientu atlasei tālākai diagnostikai. Metode sastāv no 40 apgalvojumiem, uz kuriem tiek doti seši atbilžu varianti intervālu skalā – nekad (0), reti (0), dažreiz (0), bieži (1), parasti (2), vienmēr (3), no kuriem respondents izvēlas sev atbilstošāko. 1., 27. un 39. jautājums ir negatīvs, respektīvi, datu apstrādē tas tiek analizēts apgrieztā veidā. Aptauja satur trīs skalas – dietēšanās, kurā ir 15 apgalvojumi, bulīmijas ar 12 apgalvojumiem un ēšanas kontroles skala ar 13 apgalvojumiem.
3. Attiecību stilu aptauja (Relationship Styles Questionnaire; Bartholomew, & Horowitz, 1991). Aptauja ir adaptācija S. Hazanas un F. Šeivera (Hazan, & Shaver, 1987) veidotajam attiecību novērtējumam. Attiecību stilu aptaujas mērķis ir piesaistes stilu izpēte emocionāli tuvās attiecībās, un tā veidota, lai izvērtētu pieaugušo piesaisti četru kategoriju ietvaros. Aptaujā tiek izdalīti četri piesaistes stili, kas balstīti uz indivīda Es un Cita iekšējās darbības modeļiem: A – drošais stils (pozitīvs priekšstats par sevi un citiem), B - izvairīgi bailīgais stils (negatīvs priekšstats par sevi un citiem), C – pārņemtais stils (negatīvs priekšstats par sevi, pozitīvs par citiem) un noraidošais stils (pseido-pozitīvs priekšstats par sevi, negatīvs par citiem). Instrukcija: pirmkārt, respondentu lūdz izvēlēties sev atbilstošāko attiecību stilu no četriem piedāvātajiem un atzīmēt to aptaujas lapā. Otrkārt, respondentam katru no stiliem jāizvērtē skalā no 1 līdz 7, (1 – nemaz neraksturo mani, un 7 – ļoti līdzīgi man), vadoties no tā cik katrs no šiem stiliem ir raksturīgs konkrētajam respondentam. Aptaujas tulkošanas un aprobācijas procedūru veikusi I. Bite (1998).

4. Bērnības vardarbības pieredzes aptauja – CAHQ (Childhood Abuse History Questionnaire: Straus, Hamby & Finkelhor, 1998). Latvijā šī aptauja tika adaptēta 2002.gadā, aptauju adaptējusi Ieva Bite. Ar aptaujas palīdzību ir iespējams izdalīt un novērtēt emocionālu vardarbību, fizisko vardarbību un seksuālo vardarbību. Rezultātu analizēšana notiek sekojošā veidā: emocionāla vardarbība ir bijusi, ja kaut viens no aptaujas apgalvojumiem atbildēts ar „bieži” (4) vai „vienmēr” (5). Tāpat tiek atzīmēts, ka, ja respondents kaut uz vienu no 2. jautājuma C – G apgalvojumiem atbildējis apstiprinoši. Par fizisku vardarbību runā, ja uz 2. jautājuma A, B un H apgalvojumu un 4. jautājuma B apgalvojumu saņemtas apstiprinošas atbildes. Savukārt, par seksuālas vardarbības pieredzi var spriest, ja respondents apstiprinoši atbildējis uz vismaz 1 no 3. jautājuma apgalvojumiem vai 4. jautājuma A apgalvojumu.

Procedūra

Datus tiek plānots savākt frontāli. Pētījuma dati tika vākti elektroniskā veidā, tika izveidots links internet vidē, šis links tika ievietots vairākos diētu portālos un sociālajos tīklos. Visi pētījuma dalībnieki pētījumā piedalījās brīvprātīgi un anonīmi. Respondentiem tika skaidrots anonimitātes un brīvprātības princips, un arī pētījuma mērķis, kas pēta ēšanas uzvedības saistības ar bērnības vardarbības pieredzi un piesaistes stilu. Tika uzsvērts, ka pētījuma dalībnieku ieguldījums pētījumā, kurš tiek veikts diplomdarba ietvaros, ir ļoti vērtīgs un nozīmīgs. Pētījuma respondenti secīgi aizpildīja visas pētījumā paredzētās aptaujas. Kad dati tika savākti, ar SPSS programmu tie tika analizēti.

Pētījuma jautājumi:

1. Vai pastāv statistiski nozīmīgas saistības starp ēšanas traucējumu simptomiem un bērnības vardarbības pieredzi?
2. Vai pastāv savstarpējas saistības starp ēšanas traucējumu simptomiem un piesaistes stilu ja pastāv tad kādas?
3. Vai pastāv savstarpējas saistības starp piesaistes stilu radītājiem, ēšanas traucējumu simptomiem un vardarbības stilu?

Rezultāti

Visam trim aptaujām tiek izrēķināts ticamības koeficients. Attieksmes pret ēšanu aptaujai tiek pārbaudīti ticamības koeficienti (2.tab.). Šajā pētījumā ticamības pantu koeficienti ir diezgan līdzīgi kā Santas Ozoliņas darbā, kurā tiek veikta šī testa Latvijā sākotnējā adaptācija. Dietēšanas skalai $\alpha = 0,86$, bulīmiskas uzvedības skalai $\alpha = 0,79$ un orālās kontroles skalai $\alpha = 0,69$. (Ozoliņa, 2011)

Bērnības vardarbības pieredzes aptaujai ticamības koeficients: emocionālas vardarbības skalai – $\alpha = 0,89$; fiziskas vardarbības skalai – $\alpha = 0,71$ un seksuālas vardarbības skalai – $\alpha = 0,69$. Kronbaha alfas koeficients uzrādīja vidēji augstu ticamību (3.tab.).

1.tabula Attieksmes pret ēšanu aptaujas skalu Kronbaha alfas rādītāji latviešu valodā un oriģinālvalodā (N=78)

Skalas apzīmējums	Pantu skaits	Kronbaha alfa	
		latv. val.	oriģināl val.
Dietēšanās	15	0,86	0,79
Bulīmiska uzvedība	12	0,83	0,78
Ēšanas kontrole	13	0,61	0,81

2.tabula Bērnības vardarbības pieredzes aptaujas Kronbaha alfas rādītāji

Skalas apzīmējums	Pantu skaits	Kronbaha alfa
Emocionāla vardarbība	13	0,89
Fiziska vardarbība	4	0,71
Seksuāla vardarbība	4	0,69

Normālā sadalījuma pārbaudei izmantots Kolmagorova – Smirnova test ar Liliforsa korekciju. Nevienam no mainīgajiem netika konstatēta atbilstība normālajam sadalījumam. Sakara ar to tika imantotas neparametriskās matemātiskās statistikas metodes.(4.tabl.)

3.tabula Ēšanas traucējumu pazīmju, vardarbības aptaujas skalas un pieasistēs stilu radītājus aptaujas skalas aprakstošas statistikas radītāji

	M (N =79)	SD (N =79)	Kolmogorova- Smirnova tests ar Liliforsa korekciju
Anorektiska uzvedība	5,24	5,41	0,22
Bulīmiska uzvedība	2,59	4,23	0,28
Ēšanas kontrole	6,42	3,33	0,11
Emocionālā vardarbība	3,01	3,87	0,21
Fiziskā vardarbība	0,67	1,14	0,36
Seksuālā vardarbība	0,72	1,12	0,35
Drošais stils	4,49	1,71	0,17
Izvairīgi bailīgais	3,92	1,89	0,17
Pārņemtais stils	3,58	2,02	0,16
Noraidošais stils	3,23	1,75	0,19

p < 0,05

Lai saprastu, ka ēšanas pazīmes ir saistītas ar vardarbību, tika veikta korelācijas pārbaude ar Spīrmena testa palīdzību. Pēc analīzes veikšanas var secināt, ka ēšanas traucējumu simptomiem ir cieša saistība ar vardarbību. Kā var redzēt 6.tabulā, statistiski vidēji cieša korelācija pastāv starp anorektiskas uzvedības simptomu grupu un emocionālo vardarbību, pārdzīvotu bērnībā ($r_s = 0,24, p < 0,05$). Savukārt bulīmiskas uzvedības simptomiem pastāv statistiski nozīmīga saistība ar diviem vardarbības veidiem: ar emocionālu vardarbību ($r_s = 0,34, p < 0,01$) un seksuālu vardarbību ($r_s = 0,24, p > 0,05$).

4..tabula Ēšanas traucējumu pazīmju , bērības vardarbības pieredzes rādītāju un piesaistes stilu rādītāju Spīrmena korelācijas koeficienti (N =78)

	Anorektiska uzvedība	Bulīmiska uzvedība	Ēšanas kontrole
Droša piesaiste	0,03	-0,08	-0,18
Izvairīgi bailīgā piesaistē	0,06	0,11	0,03
Pārņemtā piesaistē	0,19	0,09	0,07
Noraidoša piesaiste	-0,07	-0,09	-0,10
Emocionāla vardarbība	0,24*	0,33**	0,06
Fiziska vardarbība	0,13	0,15	-0,04
Seksuāla vardarbība	0,13	0,24*	-0,07

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

Otrkārt, tika meklēta saistība starp ēšanas skalas simptomiem ar piesaistes stilu rādītājiem. Statistiski nozīmīga korelācija starp šiem faktoriem netika konstatēta.

Runājot par bērības vardarbības un piesaistes rādītāju savstarpējo korelāciju (6.tab.), tika atrastas statistiski nozīmīgas korelācijas. Droša piesaiste (A) negatīvi korelē ar emocionālas un fiziskas vardarbības skalas rādītājiem, jo vardarbības rādītāji pieaug, drošas piesaistes rādītāji samazinās ($r_s = -0,26$, $p > 0,05$). Izvairīgi bailīgam stilam (B) pastāv cieša korelācija ar emocionālas vardarbības rādītājiem ($r_s = 0,34$, $p < 0,01$). Pārņemtais stils (C) statistiski nozīmīgi saistīts ar pārdzīvotu emocionālu vardarbību ($r_s = 0,25$, $p > 0,05$) un seksuālu vardarbību ($r_s = 0,29$, $p < 0,01$) Nav noteiktas statistiski nozīmīgas korelācijas starp noraidošo stilu (D) rādītājiem un jebkāda veida vardarbību.

5.tabula Bērības vardarbības pieredzes un piesaistes stila rādītāju Spīrmena korelācijas koeficienti (N =78)

Skalas	Droša piesaiste	Izvairīgi bailīgā piesaistē	Pārņemtā piesaistē	Noraidoša piesaiste
Emocionāla vardarbība	-0,26*	0,34**	0,25*	-0,01
Fiziska vardarbība	-0,26*	0,22	0,08	0,08
Seksuāla vardarbība	-0,11	0,08	0,29**	0,04

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

Lai uzzinātu, vai kāds no mainīgajiem lielumiem spēj prognozēt un cik lielā mērā prognozē ēšanas traucējumu radītājus, tika veikta regresiju analīze (skat.6.tab.). Regresiju analīze tika veikta, pielietojot backward metodi. Visos gadījumos F rādītāji ir augsti un statistiski nozīmīgi. No visiem modeļiem tika izslēgts drošas piesaistes radītājs.

6.tabula Ēšanas traucējumu apakšskalu regresijas analīzes rezultāti anorektiskas, bulimiskas uzvedības un ēšanas kontroles prognozēšanai

Modelis	Neatkarīgais mainīgais	B	SE B	β	R ²	F
Anorektiska uzvedībā	Emocionāla vardarbība	2,50	3,74	0,05	12%	1,25*
	Fiziska vardarbība	0,51	0,25	0,51		
	Seksuāla vardarbība	-0,56	0,85	0,98		
	Izvairīgi bailīgā piesaistē	-0,02	0,63	0,79		
	Pārņemtā piesaistē	0,12	0,44	0,90		
	Noraidoša piesaiste	-0,05	0,38	0,22		
Bulimiska uzvedībā	Emocionālā vardarbībā	0,39	0,20	0,06	14%	2,25**
	Fiziska vardarbībā	-0,63	0,68	0,36		
	Seksuālā vardarbībā	-0,12	0,50	0,81		
	Izvairīgi bailīgā piesaistē	-0,12	0,35	0,74		
	Pārņemtā piesaistē	0,04	0,30	0,90		
	Noraidoša piesaiste	0,19	0,25	0,45		
Ēšanas kontrole	Emocionālā vardarbībā	0,06	0,16	0,68	9%	1,15*
	Fiziska vardarbībā	-0,42	0,53	0,43		
	Seksuālā vardarbībā	-0,27	0,39	0,49		
	Izvairīgi bailīgā piesaistē	-0,16	0,24	0,50		
	Pārņemtā piesaistē	0,15	0,20	0,44		
	Noraidoša piesaiste	-0,26	0,24	0,28		

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

Iztirzājums

Dotais pētījums daļēji apstiprināja pētījuma jautājumi par to, ka ēšanas satraukuma simptomi saistīti ar bērnībā pārdzīvotu vardarbību, kā arī, ka pastāv savstarpēja saikne starp pieķeršanos un vardarbību, pārdzīvotu bērnībā. Un nozīmē, ka sievietes, kuras bērnībā tika pakļautas emocionālas vardarbības darbībām no savu vecāku vai tuvinieku puses, biežāk cieš no ēšanas uzvedības traucējumiem. Pētījums ir parādījis, ka respondenti, kuriem tika atklāti izteikti anoreksijas un bulīmijas uzvedības simptomi vecumā līdz 18 gadiem, tika pakļauti emocionālai vardarbībai. Dotajā gadījumā zem emocionālas vardarbības tiek saprotams jebkurš spiediens bērnam: draudi, kliedzieni, manipulācijas, šantāža, ka arī pazemojošie komentāri attiecībā pret bērnu. Secinot iepriekš minētu, var teikt ka respondenti, kuriem dzīvē nācās pārdzīvot iepriekšējā teikumā aprakstītas darbības, cenšas uzlabot savu iekšējo stāvokli mainot savu ēšanas uzvedību. Ēšanas uzvedība kalpo par emociju regulācijas instrumentu un palīdz tikt galā ar savu iekšējo nepārliecinātību sevī. Ir zināms, ka cilvēkiem ar ēšanas satraukumu simptomiem ir grūtības sevis pieņemšanā (Halmi, 2013.), varbūt šāda uzvedība, kā viņiem liekas, kompensē pašu atteikšanos, un kalpo par mehānismu, kas palīdz aizmirst reālas problēmas. Jo, cik ir zināms, sievietēm ar anoreksiju un bulīmiju bieži vien uzmanības fokuss ir pagriezts uz svara un pašu ārēja izskata problēmām. Cilvēki, kuri cieš no bulīmijas pazīmēm „uzēd” savas emocijas un jūtas, šī ēšanas uzvedība var sākties vēl bērnībā, kas sakarā ar grūtiem emocionāliem pārdzīvojumiem bērns meklē mierinājumu ēdienā. Tālāk šī uzvedība kļūst par hronisku un pārnēsas pieaugušajā dzīvē, formējot ēšanas atkarību (Fairburn & Cooper, Shafran, 2003).

Dotais pētījums arī noteica sakarību starp piesaistīšanās tipu un bērnībā pārdzīvotu vardarbību. Pētījumā tika konstatēts, ka dotiem respondentiem pēc emocionālas un fiziskas vardarbības radītāju paaugstināšanas mēra, samazinās drošas piesaistes radītājs. Tas nozīmē, ka cilvēki, kuriem ir drošs piesaistīšanās tips vecumā līdz 18 gadiem ir vardarbības minimālie radītāji. Kas arī ir loģiski un pamatots ar pieķeršanās teoriju Kouvo & Voeten, Silv, 2015.). Kā arī pastāv saite starp formējošos izvairīgu piesaistes stilu un bērnībā pārdzīvotu emocionālu vardarbību. Kā ir zināms *izvairīgā piesaiste* - veidojas tad, kad aprūpētājs izturas pret bērnu noraidoši, neņem vērā bērna vajadzības, ir emocionāli auksts un atturīgs. Rezultātā bērns iemācas slēpt savas emocijas, lēnāk attīstās. (Schore, 2005). Savukārt, dotais pētījums ir noteicis, ka pastāv statistiski nozīmīgs sakars starp formējošos ambivalento

piesaistes pieķeršanās un seksuālo tipu, kā arī seksuālo vardarbību. *Ambivalentai piesaistei* ir raksturīga dažādās situācijās nekonekventa, neprognozējama vecāku uzvedība un attieksme pret bērnu. Var runāt par to, ka, jo grūtāka ir pieredze, pārdzīvota bērnībā, jo mazāk drošs ir pieķeršanās tips.

Dotais pētījums nav noteicis sakaru starp pieķeršanās tipu un ēšanas uzvedības simptomu esamību. Var padomāt, ka tas ir saistīts ar to, ka aptauja, kas tika izmantota, kā pieķeršanās tipa mērīšanai domāts instruments nebija pietiekoši precīzs, un ir pašaptauja.

Kā secinājums, sievietes, kurām bērnībā bija konflikti saistībā ar pieaugšanu, separāciju, seksualitāti, pašnovērtējumu (Józefik, Iniewicz, 2010) un grūtībām, regulējot psihisko sasprindzinājumu, iespējams, ir lielāka nosliece uz ēšanas traucējumam. Tas sasaistās kopa ar pirmā pētījumā jautājumu: vai pastāv statistiski nozīmīgas savstarpējas saistības starp ēšanas traucējumu simptomiem un bērnības vardarbības pieredzi? Ir vērts atzīmēt, ka secinājums ir bērnībā visāda veida pārdzīvotas vardarbības integrācijas svarīgums. Kas ļaus atrast apzinātu izeju emocijām un iemācīsies pārdzīvot savas jūtas, neizmantojot ēšanas ieradumu traucējumus.

Pētījumā tiek gūts apstiprinājums tam, ka gan emocionālā vardarbībā, gan fiziska, gan seksuālā vardarbībā ietekme ēšanas simptomus. Un visa veida pārdzīvotā vardarbībā bērnība, var izraisīt aizsarg mehānismus, kuri savukārt var novest pie slimības attīstībai. Sakara ar to, ka visas atbildēs netika atrastas ir vērts turpināt tālāku šo tēmas izpētī. Starp pētījuma ierobežojumiem gribas minēt mazu respondenta skaitu, un neatbilstošu instrumentāriju pieķeršanas stila noteikšanai. Instrumentārijs, kurš tika izmantots pieķeršanas stila noteikšanai pagrūtina pieķeršanas tipa mērīšanu un tā izteikšanos. Kā ir zināms no teorijas, pieķeršanos tiek izteikta daudzos veidos un formējas vēl bērnībā. Ir vērts atzīmēt, ka tālākai dotā jautājuma pētīšanai ir vērts detalizētāk izpētīt citus instrumentus pieķeršanas tipa mērīšanai un izvēlēties to, kurš ļaus detalizētāk izskatīt šo jautājumu. Kā ir zināms, ja pieķeršanās traucējums attīstījās bērnam traumu dēļ, kas tika pārdzīvot personu, pret kuriem viņš jūt pieķeršanos dēļ, ir vērts, pēc iespējas, izpētīt šos cilvēkus arī par to pozīciju attiecībā pret pieķeršanos. Citos pētījumos pieaugušos novērtē ar „Intervija par pieķeršanos pieaugušiem” palīdzību (Main & Goldwyn, 1982) vai „Projektīvais tests uz pieķeršanos pieaugušiem” (George, West & Pettem, 1999). Pēdējā metodika jau tiek izmantota pētījumos, ko veica Vācijā (Buchheim et al., 2003). Atšķirībā no izvēlētas metodikas, šīs divas metodikas pārbauda piesaistes reprezentāciju pieaugušajiem un ļauj attiecināt tos pie drošas,

ambivalentā un izvairīgi bailīgās piesaistēs kritērijiem. Attiecībā pret izstudējošu traumatizāciju cilvēkam, kuram bērns ir piesaistīts – tad te bija atrasts starp paaudžu sakars ar bērna piesaistes dezorganizētu uzvedību. Tālākajā izpēte ir vērts pavērst tam jautājumam lielāku uzmanību.

Pateicības

Gribas izteikt pateicību par morālu atbalstu darba vadītājai Laurai Pirsko. Un manai ģimenei par iespēju veltīt laiku maģistra darbam.

Izmantotā literatūra

Abraham S.F., Beumont P.J. How patients describe bulimia or binge eating. *Psychol Med.* 1982 Aug;12(3):625-35.

Abraham, S., & Llewellyn-Jones, D. (2001). *Eating disorders: the facts*. New York:Oxford University Press.

Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, New York: Lawrence Erlbaum.

Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, New York: Lawrence Erlbaum.

American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic, and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Available at: <http://www.psychiatryonline.com/DSMPDF/dsm-iv.pdf>

Bakermans-Kranenburg, M. J., and van IJzendoorn, M. H. (2009). The first 10,000 adult attachment interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attach. Hum. Dev.*11, 223–263. doi:10.1080/14616730902814762

Banford A. J., Brown M. D., Ketring S. A, Mansfield T.R. (2015) “The Relationship Between Family-of-Origin Experience and Current Family Violence: A Test of Mediation by Attachment Style and Mental Health Symptom Distress” *The American Journal of Family Therapy*, 43:84–96 (2015) ISSN: 0192-6187 print / 1521-0383 online DOI: 10.1080/01926187.2014.954491

Barone, L., and Guiducci, V. (2009). Mental representation of attachment in eating disorder: a pilot study using the adult attachment interview. *Attach. Hum. Dev.* 11, 405–417. doi:10.1080/14616730902814770

Begoyan, A. (2014) *An Anatomy of Psycho-trauma: Pain, Illness and Recovery // International Journal of Psychotherapy.*— vol. 18, No 3. — 41-51

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss. Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books, and London: Hogarth Press.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss. Vol. 2: Separation: Anxiety and Anger*. New York: Basic Books, and London: Hogarth Press.

Brown, R., Ogden, J.. (2004). «Children's eating attitudes and behaviour: a study of the modelling and control theories of parental influence». *Health education research* 19 (3): 261–71. doi:10.1093/her/cyg040. PMID 15140846.

Cervical Cancer Genetic Susceptibility: A Systematic Review and Meta-Analyses of Recent Evidence Gabriela A. Martínez-Nava, Julián A. Fernández-Niño, Vicente Madrid-Marina, Kirvis Torres-Poveda, Synovial Fluid Laboratory, Instituto Nacional de Rehabilitación“Luis

Guillermo Ibarra” (INR LGII), Meta-Analyses of Cervical Cancer Associated Polymorphisms (2016) Martínez-Nava GA, Fernández-Niño JA, Madrid-Marina V, Torres-Poveda K (2016) Cervical Cancer and Meta-Analyses of Recent Evidence. PLoS ONE 11(7): e0157344. doi: 10.1371/journal.pone.0157344

Cole-Detke, H., & Kobak, R. (1996). Attachment processes in eating disorder and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 282–290

Connors, M.E., Morse, W.. (1993) Sexual abuse and eating disorders: a review. *International Journal of Eating Disorder* 13 (1) 1- 11

Delogu, A. M., Tortolani, D., and Zavattini, G. C. (2008). La valutazione dell’attaccamento in famiglie anoressiche [The assessment of attachment in anorexic families]. *Infanzia Adolescenza* 7, 98–109.

Delvecchio, E., Di Riso, D., Salcuni, S., Lis, A., and George C. (2014). Anorexia and attachment: dysregulated defense and pathological mourning. *Front. Psychol.* 5:1218. doi: 10.3389/fpsyg.2014.01218

Dozier, M. K., Stovall, K. C., & Albus, K. E. (1999). Attachment and psychopathology in adulthood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 497–519). New York: Guilford Press.

Fairburn C. G., Cooper Z., Shafran R. (2003) Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy* 41 (2003) 509–528 University Department of Psychiatry, Warneford Hospital, Oxford OX3 7JX, UK www.elsevier.com/locate/brat Oxford

Favaro A. et al. Perinatal factors and the risk of developing anorexia nervosa and bulimia nervosa//*Arch Gen Psychiatry*, 2006; 63(1): 82-8

Freeman L. M., Gil K. M. Daily stress, coping, and dietary restraint in binge eating//*Int J Eat Disord*, 2004; 36(2): 204-12.

Garner, D.M., Garfinkel, P.E. (2009). «Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa». *Psychological Medicine* 10 (4): 647–56. doi:10.1017/S0033291700054945. PMID 7208724.

George, C., Kaplan, N., and Main, M. (1985/1996). *Adult Attachment Interview Protocol*. Berkeley: University of California

Halmi K.A. (2013). «Perplexities of treatment resistance in eating disorders». *BMC Psychiatry* 13: 292. doi:10.1186/1471-244X-13-292. PMC 3829659. PMID 24199597

Jacobi, C.H., Kraemer, M., Agras, H.C., WS Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin* 2004;130 (1) 19- 65

Józefik B.; Iniewicz G. (2010) Attachment patterns, self-esteem, gender schema in anorexia and bulimia nervosa. *Ułasińska RPsychiatria Polska* 2010 Sep-Oct; Vol. 44 (5), pp. 665-76.

Kouvo A. M., Voeten M., Silv M. (2015) Fathers' and mothers' attachment representations as predictors of preadolescents' attachment security: A ten-year follow-up of Finnish families. *Scandinavian Journal of Psychology*, 2015, 56, 527

Main, M. & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying disorganized/disoriented infants during the Ainsworth Strange Situation. In M.Greenberg, D. Cicchetti & M. Cummings (Eds), *Attachment in the preschool years* , pp. 121-160. Chicago: University of Chicago Press.

Molinari, E.. (2001) Eating disorders and sexual abuse. *Eat Weight Disorder*. Original Research Paper ;6 (2) 68- 80

Orbitello, B., Ciano, R., Corsaro, M., Rocco, P. L., Taboga, C., Tonutti, L., Armellini, M., & Balestrieri, A. (2006). The EAT – 26 as screening instrument for clinical nutrition unit attenders. *International Journal of Obesity*, 30, 977-981.

ORIGINAL PAPER A Survey of Family Therapists' Adult Attachment Styles in the United Kingdom Yusmarhaini Yusof John S. W. Carpenter 2012

Patel, R., Wheatcroft, R., Park, R. J., & Stein, A. (2002). The children of mothers with eating disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, Vol. 5, No. 1, 1- 19.

Paxton, S.J., Schutz, H.K., Wertheim, E.H., Muir, S.L. (1999). «Friendship clique and peer influences on body image concerns, dietary restraint, extreme weight-loss behaviors, and binge eating in adolescent girls». *Journal of Abnormal Psychology* 108 (2): 255–66. doi:10.1037/0021-843X.108.2.255. PMID 10369035.

Rayworth, B.B., Wise, L.A.; Harlow, B.L.. (2004) Childhood abuse and risk of eating disorders in women. *Lippincott Williams & Wilkins*

Sanci, L., Coffey, C., Olsson, C., Reid, S., Patton, G.. (2008) “Childhood Sexual Abuse and Eating Disorders in Females”. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine Journal* 162(3):261-267. doi:10.1001/archpediatrics.2007.58

Schaffer, H. R., Emerson, P.E. (1964) Monographs of the Society for Research in Child Development *The Development of Social Attachments in Infancy*: Vol. 29, No. 3

Schore, A. N. (2005). Attachment, Affect Regulation, and the Developing Right Brain : Linking Developmental Neuroscience to Pediatrics. *Infant Mental Health Journal*, 22, 7–66.

Smolak, L., Murnen, S.K..(2002) A meta-analytic examination of the relationship between child sexual abuse and eating disorders. *International Journal of Eating Disorder* 31 (2) 136-150

Steiger H., Richardson J., Schmitz N., Israel M., Bruce K.R, Gauvin L.. (2010) “Trait-Defined Eating-Disorder Subtypes and History of Childhood Abuse” *International Journal of Eating Disorders* 43:5 428–432

Stice, E.. (2002) Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin* 128,(5) 825- 848

Striegel-Moore, R., Wonderlich, S., Walsh, B. T., & Mitchell, J. (Eds). (2011). Towards an evidence based classification of eating disorders. American Psychiatric Association monograph on eating disorders. Washington DC: American Psychiatric Press

Tarren-Sweeney, M; Hazell, P (2006). «Mental health of children in foster and kinship care in New South Wales, Australia». *Journal of paediatrics and child health* 42 (3): 89–97. doi:10.1111/j.1440-1754.2006.00804.x. PMID 16509906.

Tereno, S., Soares, I., Martins, C., Celani, M., and Sampaio, D. (2008). Attachment styles, memories of parental rearing and therapeutic bond: a study with eating disordered patients, their parents and therapists. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 16, 49–58. doi: 10.1002/erv.801

Thomas, J.J., Vartanian, L.R., & Brownell, K.D. (2009). The relationship between eating disorder not otherwise specified (EDNOS) and of ficially recognized eating disorders: Meta-analysis and implications for DSM5. *Psychological Bulletin*, 135, 407–433.

Tschann, J. M., Flores, E., Pasch, L. A., & Van Oss Marin, B. (2006). Emotional distress, alcohol use, and peer violence among children. *Journal of Adolescent Health*, 37.

Verma, A., Avgoulas, I.M.. (2015) Eating Disorders: Perceptions of Young Women and Social Media. *International Journal of Health*, 97.

Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Steele, M., Steele, H., and Treasure, J. (2001). Attachment in anorexia nervosa: a transgenerational perspective. *Br. J. Med. Psychol.* 74, 497–505. doi:10.1348/000711201161145

Wonderlich, S.A., Brewerton, T.D., Jolic, Z., Danskey, B.S., Abbott, D.W.. (1997) Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36 (8) 1107- 1115