

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ
"ПРОФ. Д-Р ПАРАСКЕВ СТОЯНОВ"-Варна
ФАКУЛТЕТ ПО МЕДИЦИНА
КАТЕДРА ПО ПСИХИАТРИЯ И МЕДИЦИНСКА ПСИХОЛОГИЯ**

Елисавета Веселинова Павлова

**ОЦЕНКА И ВАЛИДИРАНЕ НА МЕТОДИКА ЗА СКРИНИНГ НА
ХРАНИТЕЛНИ НАРУШЕНИЯ**

АВТОРЕФЕРАТ

**на Дисертационен труд за присъждане на
образователна и научна степен "доктор"**

Научна специалност "Медицинска психология"

Научен ръководител

Доц. Мариана Арнаудова, д.м.

Научен консултант

Доц. Иван Александров, д.пс.

Варна, 2016

Дисертационният труд съдържа 123 страници, в които са включени 14 фигури и 14 таблици. Библиографията обхваща 160 литературни източника, от които 3 на кирилица и 157 на латиница. Публикациите, свързани с дисертационния труд са 4 на брой.

Дисертационният труд е обсъден и предложен за защита от катедрения съвет на Катедрата по психиатрия и медицинска психология при Медицински университет- Варна на 28. 11. 2016.

Публичната защита на дисертационния труд ще се състои на..... отч. в..... Материалите по защитата са публикувани на интернет страницата на МУ-Варна.

www.mu-varna.bg

СЪДЪРЖАНИЕ

I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ	2
1. ВЪВЕДЕНИЕ.....	2
2. АКТУАЛНОСТ НА ПРОБЛЕМАТИКАТА С ХРАНИТЕЛНИТЕ НАРУШЕНИЯ.....	4
II. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИ	17
1. ЦЕЛ	17
2. ЗАДАЧИ	17
3. ХИПОТЕЗИ	17
4. МЕТОДИ ЗА СЪБИРАНЕ НА ДАННИ.....	18
4.1. <i>The SCOFF Questionnaire (Morgan, 1999) - (Sick, Control, Fat, Food)</i>	18
4.2. <i>Body Shape Questionnaire (BSQ; Cooper et al., 1987)</i>	19
4.3. <i>Eating Disorder Diagnostic Scale (EDDS)</i>	20
4.4. <i>Въпросник на Beck за депресия (Beck Depression Inventory II- BDI; Beck et al., 1961; 1988)</i>	20
4.5. <i>Методи за анализ на данните – статистически</i>	22
4.6. <i>Организация на изследването и извадка</i>	22
4.7. <i>Ограничения и рамки на изследването</i>	22
III. РЕЗУЛТАТИ.....	23
1. ИЗСЛЕДВАНИ ЛИЦА	23
2. SCOFF ВЪПРОСНИК.....	25
3. BSQ ВЪПРОСНИК.....	26
4. ВЪПРОСНИК EDDS	31
5. ВЕСК ВЪПРОСНИК ЗА ДЕПРЕСИЯ.....	36
6. КОРЕЛАЦИОНЕН АНАЛИЗ	37
7. ОБСЪЖДАНЕ	39
8. ИЗВОДИ	42
9. ПРИНОСИ	43
УЧАСТИЯ В НАЦИОНАЛНИ И МЕЖДУНАРОДНИ НАУЧНИ ФОРУМИ	44
НАУЧНИ ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....	44

I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

1. ВЪВЕДЕНИЕ

Нарушенията в хранителното поведение са значими био-психо-социални заболявания с нарастваща разпространеност сред всички възрасти, етноси, социални слоеве на обществото и сред двата пола.

Всеобхватността на проблема, високият процент на леталитет и редицата физиологични, психологични и социални последици, до които водят тези разстройства създават потребността от изготвяне на програми за информираност, насърчаване към здравословен живот, както и от активна превенция включваща ранно откриване и навременни интервенции при хранителните нарушения.



Фиг.1 От нормалното хранене до хранителните разстройства

Пътят от нормалното до нарушеното хранене, както е показано на Фиг.1 започва от приемането на храната и тялото, преминава през обсебването от храна и тяло, прераства в субклинични нарушения в храненето и достига до класифицираните хранителни разстройства. Очевидно водещата значимост на нарушените хранителни навици и неправилното възприемане на формата на тялото в развитието на хранителни разстройства (ХР) определя и ключовата им роля, като рискови фактори за тези нарушения при диагностициране и превенция на хранителните нарушения в настоящият научен труд (Haltom, 2008).

Хранителните разстройства на клинично и субклинично ниво са едни от най-честите психиатрични проблеми при жени и момичета и се характеризират с хроничност и чести релапси (Stice et Shaw, 2004). При тези комплексни синдроми се наблюдава постоянно нарушение на храненето или хранително поведение, което води до променено приемане или абсорбция на храната и това значително нарушава физическото здраве или психо-социалното функциониране на засегнатите (Stice, Shaw et Marty, 2007; Langmessaer et Verscheure, 2009). Хранителната патология предизвиква субективен дистрес, функционални нарушения, хоспитализация, суицидни опити и смъртност. Увеличава риска за бъдещо затлъстяване, депресивни и тревожни разстройства (Swinbourne J et al., 2012), злоупотреба с психоактивни вещества (Bulik CM et al., 2004) и редица здравословни проблеми (Савова, 2005).

Всички хранителни разстройства водят до сериозни физически и психологически последици. Освен живото застрашаващата загуба на тегло при анорексия невроза, други физиологични последици от хранителните нарушения също могат да бъдат сериозни или живото застрашаващи, като например електролитния дисбаланс или спирането на сърцето, които са следствие от нездравословни компенсаторни механизми (или т.нар. прочистващи поведения, като повръщане, компулсивно спортуване, периоди на гладуване, редовна употреба на лаксативи, диуретици, слабители, клизми и др.) при булимия невроза, рестриктивен или прочистващ под-тип анорексия невроза. Дори и да не са изпълнени всички диагностични критерии за дадено хранително разстройство, патологията свързана с нарушеното хранене (например, често повръщане, прекомерни физически упражнения, тревожност), често може да имат дългосрочни последици и изискват професионална намеса. Ранното откриване на ХН може да предотврати прогресията към пълен „разцвет“ на клинично хранително разстройство.

В обобщение, хранителните разстройства са болести, а не избор, които са често срещани и широко разпространени не само сред жените, но и сред мъжете, както и сред всички социални слоеве на обществото. Те са психо-био-медицински заболявания със сериозни физически и психични последици върху засегнатите, в

чиято основа са нарушените хранителни навици и неправилното възприемане на формата на тялото.

2. АКТУАЛНОСТ НА ПРОБЛЕМАТИКАТА С ХРАНИТЕЛНИТЕ НАРУШЕНИЯ

Хранителните нарушения са сред най-разпространените психиатрични разстройства сред момичетата в пубертетна и младежка възраст, като засегнати са 10% от младите жени (Berg F, 2001).

В Табл. 1. е представено „Полово-специфичното разпространение и 12-месечно разпространение и съотношение между 12-месечно разпространение и Разпространение през живота на хранителни разстройства сред 10 123 подрастващи“ в Америка. В първата категория е посочено Разпространение през живота за отделните категории ХН, от където се вижда, че най-висок е % при субклиничното безконтролно преяждане с общо 2,5, като са изненадващи данните демонстриращи по-висока разпространеност при мъжете 2,6 в сравнение с при жените 2,3%. По отношение на 12 месечното разпространение, от данните се вижда най-висок % при жените в категорията безконтролно преяждане 1,4, последвана от жени при категорията субклинично безконтролно преяждане 1,2 и общо (мъже и жени)- 1,1 отново в категорията безконтролно преяждане. В категорията: Съотношение между 12-месечно разпространение и разпространение през живота данните посочват обаче други интересни показатели, а именно, най-висок % при булимия нервоза, последвана от анорексия нервоза, безконтролно преяждане и субклинично безконтролно преяждане.

Табл.1 Полово-специфично разпространение и 12-месечно разпространение и съотношение между 12-месечно разпространение и разпространение през живота на хранителни разстройства сред 10 123 подрастващи (Swanson S, 2011)

Разпространение или съотношение	%				
	АН	БН	БП	САН	СБП
Разпространение през живота					
<i>Общо</i>	<i>0.3 (0.06)</i>	<i>0.9 (0.16)</i>	<i>1.6 (0.22)</i>	<i>0.8 (0.09)</i>	<i>2.5 (0.26)</i>
<i>Мъже</i>	<i>0.3 (0.09)</i>	<i>0.5 (0.19)</i>	<i>0.8 (0.19)</i>	<i>0.1 (0.04)</i>	<i>2.6 (0.41)</i>
<i>Жени</i>	<i>0.3 (0.10)</i>	<i>1.3 (0.22)</i>	<i>2.3 (0.40)</i>	<i>1.5 (0.20)</i>	<i>2.3 (0.36)</i>
12месечно Разпространение					
<i>Общо</i>	<i>0.2 (0.05)</i>	<i>0.6 (0.15)</i>	<i>0.9 (0.16)</i>	<i>NA</i>	<i>1.1 (0.12)</i>
<i>Мъже</i>	<i>0.2 (0.08)</i>	<i>0.3 (0.22)</i>	<i>0.4 (0.09)</i>	<i>NA</i>	<i>1.0 (0.17)</i>
<i>Жени</i>	<i>0.1 (0.06)</i>	<i>0.9 (0.17)</i>	<i>1.4 (0.33)</i>	<i>NA</i>	<i>1.2 (0.22)</i>
Съотношение между 12-месечно разпространение и разпространение през живота					
<i>Общо</i>	<i>57.9 (11.32)</i>	<i>72.0 (8.50)</i>	<i>56.0 (5.81)</i>	<i>NA</i>	<i>44.5 (3.64)</i>
<i>Мъже</i>	<i>69.9 (15.54)</i>	<i>73.7 (19.89)</i>	<i>43.3 (9.86)</i>	<i>NA</i>	<i>38.0 (5.40)</i>
<i>Жени</i>	<i>46.7 (12.05)</i>	<i>71.3 (8.04)</i>	<i>60.9 (6.85)</i>	<i>NA</i>	<i>52.4 (6.41)</i>

Съкращения: АНанорексия нервоза; БП безконтролно преяждане; БН булимия нервоза; НОне се отнася; САНсубклинична (атипична) анорексия нервоза; СБП суклинично (атипично) безконтролно преяждане

Според Световната здравна организация през последните няколко години случаите на анорексия и булимия сред младежите на възраст от 12 до 16 години са нараснали два пъти. При това 67% от тях страдат от тежка степен на изтощение и изразено душевно разстройство. Заради недоволството от външността си един от сто подрастващи се е опитал да се раздели с живота си. Освен това, ХН са станали много често срещани сред юношите, които се обясняват с различни теории на тяхното развитие. Младежите, които са имали трудно преминаване от детството към пубертета, е по-вероятно да развият анорексия нервоза и булимия нервоза (Rieger et al., 2010; Herpertz-Dahlmann et al., 2014;). Момчетата е по-вероятно отколкото момчетата да развият нарушени хранителни поведения (Verge et al., 2014). Изчислено е, че от анорексия в света страдат около 12 на 100 000 души, а от булимия – 24 на 100 000. Деветдесет процента от страдащите от анорексия са девойки на възраст от 12 до 24 години. В останалите 10% влизат жени на зряла възраст и мъже.

По-долу в Табл.2 е показано разпространението през живота по социодемографски корелации сред 10123 подрастващи. Отчетени са резултатите

по отделните категории хранителни разстройства (ХР), които за целта на конкретното изследване са разпределени в следните групи:

Табл. 2. Разпространение през живота по социодемографски корелации сред 10 123 подрастващи (Swanson S, 2011)

Социодемографски корелации	%				
	АН	БН	ПР	САН	СПР
Но.	34	92	164	98	273
Разпространение като цяло	0.3 (0.06)	0.9 (0.16)	1.6 (0.22)	0.8 (0.09)	2.5 (0.26)
Възраст					
13-14	0.3 (0.12)	0.8 (0.25)	1.4 (0.39)	0.6 (0.15)	2.4 (0.45)
15-16	0.3 (0.12)	0.9 (0.21)	1.6 (0.28)	0.9 (0.19)	2.5 (0.33)
17-18	0.2 (0.10)	0.9 (0.21)	1.9 (0.38)	1.1 (0.18)	2.5 (0.42)
Пол					
Мъже	0.3 (0.09)	0.5 (0.19) _a	0.8 (0.19) _a	0.1 (0.04) _a	2.6 (0.41)
Жени	0.3 (0.10)	1.3 (0.22) _a	2.3 (0.40) _a	1.5 (0.20) _a	2.3 (0.36)
Образование на родителите					
Средно училище	0.1 (0.07)	1.1 (0.41)	1.5 (0.34)	0.6 (0.22)	2.7 (0.49)
Средно училище	0.3 (0.15)	0.9 (0.21)	1.6 (0.30)	0.7 (0.17)	2.5 (0.35)
Някакъв колеж	0.3 (0.16)	1.0 (0.36)	2.0 (0.84)	1.2 (0.28)	2.9 (0.41)
Завършили висше образование	0.3 (0.09)	0.7 (0.18)	1.4 (0.30)	0.7 (0.15)	2.1 (0.52)
Родителски/семеен статус					
Женени или живеещи заедно	0.2 (0.07)	0.8 (0.18)	1.6 (0.33)	0.8 (0.18)	2.3 (0.43)
Жененеи преди това	0.4 (0.24)	1.6 (0.63)	2.8 (1.34)	0.8 (0.27)	1.6 (0.48)
Никога Нежененеи	0.0 (0.00)	1.1 (0.76)	0.7 (0.34)	0.2 (0.14)	2.5 (1.15)
Не знаещи	0.3 (0.14)	0.8 (0.15)	1.3 (0.23)	0.8 (0.16)	2.8 (0.36)
Индекс съотношение на бедност					
<1.5	0.1 (0.04)	1.2 (0.27)	1.2 (0.47)	0.8 (0.29)	2.6 (0.40)
1.5 to <3.0	0.2 (0.12)	0.7 (0.23)	1.6 (0.33)	1.0 (0.20)	1.9 (0.36)
3.0 to <6.0	0.3 (0.14)	0.9 (0.39)	1.4 (0.23)	1.0 (0.21)	2.5 (0.38)
>=6.0	0.4 (0.12)	0.8 (0.23)	1.9 (0.51)	0.5 (0.14)	2.7 (0.56)
Населео място					
Живеещи в метрополиси	0.3 (0.07)	0.9 (0.26)	1.5 (0.34)	0.9 (0.17)	2.7 (0.35)
Други градове	0.2 (0.12)	0.9 (0.24)	1.8 (0.29)	0.7 (0.12)	2.2 (0.50)
Селски райони	0.3 (0.23)	0.8 (0.19)	1.3 (0.24)	0.9 (0.22)	2.3 (0.55)

Съкращения: АН-анорексия нервоза; БП- безконтролно пречждане; БН- булимия нервоза; НО-не се отнася; САН- субклинична (атипична) анорексия нервоза; СПН- суклинично (атипично) безконтролно пречждане

От посочените по-горе в Табл.2 резултати се установява, че освен при пола, където има по-висок % разпространението през живота за жените в сравнение с мъжете за всички категории ХР, за останалите социодемографски показатели е доказана сходност в % разпространение, което доказва популярното становище, че хранителните разстройства са широко разпространени и не дискриминират по възраст, образование, семеен статус и населено място.

Друг водещ учен Ерик Стайс и колегите му са изследвали историята на клинични, субклинични и частични хранителни разстройства сред извадка от 496 момичета в пубертетна възраст, които попълнили годишни диагностични интервюта през 8 годишен период. Разпространеността през живота, разпределена до 20 годишна възраст е представена на Таблица 3.

Табл.3. Разпространеност на хранителните разстройства през живота до 20 год.възраст

Вид хранително нарушение	Разпространеност в %
Клинклична анорексия	0,6%
Субклинична анорексия	0,6%
Клинична булимия	1,6%
Субклинична булимия	6,1%
Клинично системно преяждане	1,0%
Субклинично системно преяждане	4,6%
Прочистващо разстройство	4,4%

Според изследването на Е. Стайс, общо 12% от момичетата в пубертетна възраст били засегнати от някаква форма на хранителни нарушения. Субклиничните форми на булимия, системно преяждане и прочистващо разстройство били асоциирани с повишено лечение, нарушения и дистрес. Пикова възраст за разцвет на хранителните разстройства била 17-18 години за булимия и системно преяждане, 18-20- за прочистващо разстройство. Средната месечна продължителност на епизоди била 3.9 м. за булимия и системно преяждане и 5,1 м. за преяждащо разстройство. Резултатите от изследването показали че субклиничните хранителни разстройства са по-голяма разпространеност в сравнение с клиничните хранителни разстройства, като първите се асоциират със значителни нарушения, а освен това преминаването от субклинични към клинични форми на хранителни разстройства е много често особено при булимия и системно преяждане и за това е нужно да бъдат навреме диагностицирани и лекувани.

По непотвърдени статистически данни, тъй като липсва точна статистика, болните в България само от анорексия нервоза и булимия нервоза са минимум 300 000, като тази цифра не включва третата клинична диагноза хранително

разстройство-безконтролно преяждане, както и 4 и 5 групи хранителни нарушения, които официално бяха признати за отделни категория в DSM-5 през месец май 2013 г. (APA, 2013). Данни от национално проучване в България в периода 2010/2011г. съобщават, че 20% от момчетата и 8% от момчетата на възраст между 10-19 години са в риск от развитие на някакъв вид хранително нарушение (Дулева, 2012). Друго национално проучване проведено в периода 1998-2004 г. посочва, че при младите жени от 19 до 29 годишна възраст е установено значително разпространение на поднормено тегло с тенденция за нарастването му (Петрова и сътрудници, 2012). В същото лонгитудно проучване, авторите дискутират и т.нар. „двойно бreme“ с болести-едновременно наличие на висока честота както на свръх тегло и затлъстяване, така и на поднормено тегло при всички възрастови групи, чиято ситуация е характерна за бедни популации и страни в икономическа криза. Други изводи от същото изследване посочват че, след 2004 г. се установява значително нарастване на разпространението на затлъстяване при деца в ученическа възраст 9-18 години. За периода 1998- 2004 год. се наблюдава и значително увеличаване на свръх теглото и затлъстяването и при възрастното население над 30 годишна възраст. Според редица изследователи по отношение на причинността за хранителните нарушения са единодушни, че свръх теглото през детските и подрастващите години са една от много често цитираните фактори допринасящи за развитие на ХН. Следователно по-горе цитираните тенденции в България се явяват един от факторите обясняващи ръста на хранителни нарушения през последните около 2 десетилетия.

В "Национален план за действие Храни и хранене (2005-2010)" се отбелязва, че нездравословното хранене и честите диети крият рискове от разстройства на хранителното поведение, както и застрашават от смъртност. Един от изводите в направения ситуационен анализ на основните проблеми на храненето на българското население е увеличаване при момчетата след пубертета и при младите жени на нарушенията в хранителното поведение (анорексия нервоза и булимия нервоза), свързани със сериозни здравни проблеми. През 1997 г. болните от булимия в България са били едва 15% от жените до 30-годишна възраст. Година по-късно болните момчета се увеличават

с 1%. До края на 2004 г. са регистрирани 17,5% болни от булимия и анорексия, през 2005 г. вече са над 40 на сто. Жертви на анорексията са предимно тийнейджърките, а от булимия най-често страдат младите жени, обясняват лекарите.

Редица специалисти по хранене и диетика посочват, че в последните пет години 4 пъти се е увеличил броят на заболелите от анорексия в България. Сега те са над 200 000, всяка четвърта болна девойка умира. Болните от булимия и анорексия крият проблемите си, а и те са трудно установими, затова болните с хранителни смущения са около 500 000, предимно млади жени между 15 и 40 годишни, смятат споменатите по-горе лекари. Според данни на НСИ жените у нас на тази възраст са 1 340 000, като според тези цифри над 40% от момичетата и младите са с хранителни смущения. Счита се, че у нас от анорексия по 1 девойка на 250 – между 12-18 години (най-високата рискова група) може да се разболе (Петрова, Байкова, Даниела Попова, 2005).

Коморбидност на хранителните нарушения с други психични разстройства

Съществува коморбидност на хранителните нарушения с някои психични разстройства като депресия, obsесивно-компулсивно разстройство (ОКР), биполарно разстройство, личностови разстройства и други. Освен това не малка част от тези хора имат зависимости към алкохола и психоактивни вещества (Табл.4).

Научни изследвания подкрепят, че повечето юноши с АН и БН показват характеристики на депресия, тревожност, перфекционизъм и ОКР като деца (Кауе, 2008). Самите психични разстройства нарушават образа на тялото и предпоставят началото на ХН. В комбинация с други рискови фактори правят юношите по-чувствителни към развитие на ХН.

В проучване Swinbourne et al. (2012) установяват висока коморбидност между тревожност и хранително разстройство. От жените, лекуващи се за хранително разстройство 65% са имали критерии за поне едно тревожно разстройство, а 69% от тях съобщават за предхождащо тревожно разстройство

(Stice, E, et al., 2012). Някои изследвания представят данни за значителна коморбидност с генерализирано тревожно разстройство (ГТР) сред жени с хранителни нарушения. Според някои автори има значителна разлика в данните от различни проучвания, които се дължат на хетерогенността на групите, методите. Независимо от различията и пропуските проучванията показват, че ГТР се свързва с всички типове на хранителни нарушения и не е точно свързано с отделни поведения като рестрикция на хранителен прием, преяждаши и прочистващи поведения (Godart, Flament, Curt, Perdereau, Lang, Venisee et al., 2003).

В поредица проучвания се наблюдава честа коморбидност на социалната фобия с хранителните нарушения като социалната фобия е най-често срещана при булимия нервоза: разпространение през живота 36.0% в прочистващ подтип в сравнение с 8.1% сред съответните контроли, а 36.8% сред не-прочистващ подтип, последвана от анорексия нервоза: разпространение през живота 37.8% сред рестриктиращият подтип в сравнение с 5.4% сред съответните контроли, а 41.8% сред преяждащо-прочистващият подтип към 12.7% сред съответните контроли (Godart et al., 2003). Но други не споделят тези резултати за анорексия нервоза. (Bulik, Sullivan, Fear, and Joyce, 1997).

Както е известно, obsесивно-компулсивното разстройство се характеризира с непрекъснато повтарящи се натрапливи мисли (obsесии) и/или натрапливи действия (компулсии). Страдащият чувства, че принудително трябва да извършва ирационални, отнемащи време действия, за да отстрани тревожността (Bucchianeri et al., 2013). При хранителните нарушения, това разстройство се проявява с непрестанното изчисляване на калории, извършване на упражнения в определен час, нарязването и подреждането на храната по точно определен начин, само провокирано повръщане след преяждане (Faiburn CG et Harrison PG, 2013).

Употребата на алкохол и психоактивни вещества е често срещано явление при хранителните нарушения, но все още не могат да се установи точната корелацията между тези заболявания. Подобно поведение може да бъде причина за суицидно поведение, различни престъпления, насилие и дори смърт. Някои проучвания показват, че при хора с булимия процентът на коморбидност с

алкохолизъм и употреба на различни видове психоактивни вещества е по-висока. Хората с тези нарушения са силно тревожни, емоционални, депресивни и често изпитват чувство за вина. Според някои изследователи съществува генетична предразположеност към тези разстройства. Твърди се, че хората, които са склонни да се пристрастяват са по-застрашени от развитието на хранително нарушение и алкохолизъм (Eating Disorders Review, 2013).

В опит да осветлят процесите, които допринасят за коморбидността между булимия, депресия и злоупотреба с вещества Stice E, Burton EM, Shaw H (2004) тестват времевите връзки между тези нарушения при 496 подрастващи момичета. Чрез мултивариационен анализ се установява, че депресивните симптоми предсказват начало на булимична патология, но не злоупотреба с вещества; булимичните симптоми предсказват начало на депресия, но не злоупотреба с вещества и злоупотребата с вещества предсказва начало на депресия, но не начало на булимична патология. Според тях, коморбидността възниква, защото някои разстройства са рискови фактори за други разстройства.

Изследване на шведски учени от университета в Гьотеборг върху гризачи, установява известна връзка между хормона грелин, известен като „хормона на глада“, и желанието за алкохол. При повишено количество в организма, грелинът повишавал апетита не само към храната, но също така и към алкохола (Halton et al., 2006). Според Bulik et al. (2004) хранителните разстройства и различните видове разстройства, свързани с алкохол съ-съществуват често, въпреки че моделите на коморбидност са различни при отделните субтипове хранителни нарушения. В проучване намират, че такива индивиди проявяват фенотипни профили, характеризиращи се с тревожност, перфекционисти черти и импулсивни, драматични действия. Тези черти отразяват модела на контрол и дисконтрол, наблюдаван при този коморбиден профил и предполагат, че тревожната модулация може да се бъде свързана с алкохолна употреба в тази група (Merryl, 2011).

Около 30% от хранителните разстройства се представят с личностови разстройства (Polivy J et Herman CP, 2002), особено с гранични и хистрионни.

Някои от поведенческите нарушения при хранителните разстройства съдържат липса на самоконтрол (преяждащи поведения, прочистващи поведения, автоагресия и др.) Описват се и други разстройства на контрола като клептомания и трихотиломания (Pallister, E & Waller G. Waller, 2008).

Коморбидността между хранителните разстройства и биполярното афективно разстройство е често неразпознавана и може да се представи с лош отговор на антидепресанти, но постигането на стабилизиране на настроението е важно за постигане на стабилизиране на хранителното поведение.

Табл. 4. Коморбидност при хранителните нарушения

Вид Разстройство	Анорексия нервоза	Булимия нервоза	Безконтролно преяждане	ДСРХ
Общо	55,2%	88%	83,5%	0,1% - 79,8%
Разстройства, свързани с настроението	10,9%	49,9%	45,3%	23,3% - 33%
Разстройства, свързани с тревожност	23,9%	66,2%	65,2%	37,1% - 59,4%
Поведенчески разстройства	31,7%	7,8%	42,6%	39,2% - 41,4%
Употреба на алкохол	9,1%	14,3%	13,9%	10,8% - 12,8%
Употреба на психоактивни вещества	13%	19,3%	22,5%	15,1% - 19,2%

Нарушения в храненето и депресивни състояния

Голяма част от хората с хранителни нарушения имат и симптоми от депресивния кръг.

Немалък брой проучвания са посветени на коморбидността на голям депресивен епизод (ГДЕ) при пациенти с анорексия невроза и булимия невроза (Godart et al., 2007; Godart, 2007; Herzog et Eddy, 2015) като болестността е по-голяма от тази на пациенти с ГДЕ без хранителни нарушения (Laessle et al., 1989; Herzog, 1999).

Няма съмнение, че депресията е свързана с хранителните нарушения. Именно поради коморбидността между хранителни нарушения и депресия и поради сериозните последици върху здравето на засегнатите, в настоящето изследване е включен и въпросник за депресия на Beck, като ще бъде проучена и съответната коморбидност в изследваната популация.

Лонгитудинално проучване на 631 юноши в общността, проведено от Stice et al. (2000) намира, че негативният афект модерира връзката между диетата и неконтролирано преяждане, но също предполагат, че диетите и негативният афект представляват независими рискови фактори за неконтролирано преяждане. Липсата на проспективни ефекти може да предполага, че интерактивните връзки имат кратък времеви период или са трудни за проспективно откриване.

Екип на същия автор през 2000г. провежда лонгитудинално изследване на 1124 юноши с цел да се проучи евентуалната връзка на увеличените случаи на голяма депресия при подрастващи момичета с телесния образ и хранителните нарушения, които възникват след пубертета. Недоволството от тялото, ограничената диета, булимичните симптоми предсказват евентуално начало на депресия при първоначално недепресивни млади хора. Въпреки че резултатите от мултивариационния анализ не са били сигнификантни този сет от рискови фактори в значителна степен би могъл да има предсказващ ефект за развитие на голяма депресия (Stice E, Chris H, Rebecca C, Joel K, Taylor, Barr C., 2000).

В проучване Dèbska E et al. (2011) изследват депресивността при пациенти, страдащи от АН и БН като използват Beck Depression Inventory (BDI) и намират по-голяма честота ($p < 0.001$) на депресивни симптоми и суицидни мисли в сравнение с контролната група. Уточняват, че за прецизното диагностициране на депресия е необходимо да се съпоставят клиничната картина и резултатите от приложената скала и би трябвало да се отграничава депресия от депресивност при подрастващи (Janas A, Wańczyk W, Janas-Kozik M, 2011).

В проучвания на Kaye (2008) и Herpertz-Dahlmann et al. (2014) се акцентира върху корелация на депресивни симптоми и хранително разстройство, сравнено с

контролна група. Депресивността корелира с анорексично поведение, докато тревожността е повече свързана с binge eating behaviors, които допринасят за затлъстяване.

Екип на Godart (2015) в проучване на клинична популация на пациенти с АН и БН установяват висока честота (около 80%) на настояща и пожизнена болестност на афективни разстройства, особено ГДЕ с акцент ГДЕ и дистимия. Уточнява се, че изследваната група е с голяма тежест на хранителните нарушения и коморбидност (Таблица2), което не може да е репрезентативно. Друг важен въпрос, който дискутират е релативната хронология за началото на ГДЕ и ХН и който остава отворен, защото в някои случаи депресивните симптоми предшестват хранителното нарушение, а в други се появяват впоследствие (Godart N, Radon L, Curt F, Duclos J, Perdereau F, Lang F, et al. 2015).

Смъртност при хранителните разстройства

За съжаление, за немалко индивиди хранителните разстройства остават хронични и често скъсяват живота на болелите. Установено е, че анорексия нервоза има най-висока смъртност сред всички психични разстройства (Harris et Barraclough, 1998). Сравнени с техни връстници без заболяването, рискът от преждевременна смърт при АН е около 10 пъти по-голяма (Button et al., 2010).

Суицидното поведение сред хората с хранителни нарушения, както и извършването на самоубийство, е често явление.

На Табл.5 представяме връзката между хранителните разстройства, суицидно поведение и самоубийствен акт (Swanson et al., 2011).

Табл. 5. Суицидно поведение при някои хранителни разстройства

Вид хранително разстройство	Анорексия нервоза	Булимия нервоза	Безконтролно преяждане
Суицидни мисли	31,4%	53%	34,4%
Суицидни планове	2,3%	25,9%	25,9%
Опит за самоубийство	8,2%	35,1%	15,1%

Както е видно от Табл.5 при анорексия нервоза(АН) суицидните мисли са 31,4%, докато при булимия нервоза са значително повече- 53%, но виждаме че и при безконтролно преяждане имаме високи показатели, които дори надминават тези при АН- 34,4%. Можем да направим извод, че противно на общоизвестната водеща заплаха от анорексия нервоза, булимия нервоза е също толкова застрашаваща здравето и живота на болните, характеризираща се дори със по-висок % суицидни мисли. По отношение на суицидните планове, от същата таблица е видно, че с най-висок съотношение-с равни цифрови показатели са булимия нервоза и безконтролно преяждане- 25,9%. Интересен е резултатът при анорексия нервоза, който е значително по-нисък-2,3%.

Тук отново се потвърждава сериозната симптоматика и висок процент застрашаващ леталитет, освен при анорексия нервоза, но дори в пъти повече в процентно отношение при булимия нервоза и безконтролно преяждане. И поглеждайки отново към таблицата, се вижда и последната категория в съотношения към ХН, а именно опити за самоубийство, които отново изненадващо са в най-нисък % при анорексия нервоза- 8,2%, последвана от безконтролно преяждане -15,1%, а най-високо съотношение е показано при булимия нервоза-35,1%. Затвърждава се изводът, че не само анорексия нервоза е живота застрашаваща и с висока смъртност, но и булимия нервоза и безконтролно преяждане са също толкова опасни и се характеризират дори в

посочените параметри на суицидност с по-висок % сериозна застрашеност от самоубийствени опити и леталитет.

Друго мащабно изследване, проведено в САЩ, от Swanson и сътрудници и през 2011 (Табл.6) включва подобни категории за съпоставка: суицидни намерения, планове и опити, включвайки и субклиничните видове на тези комплексни синдроми: АН-анорексия нервоза; БП- безконтролно преяждане; БН- булимия нервоза; НО-не се отнася; САН- субклинична (атипична) анорексия нервоза; СБП- субклинично (атипично) безконтролно преяждане; БЕЗ ХР- без форма на хранително разстройство.

Данните в таблицата посочват, че в категорията суицидни намерения, най-висок е процентът застрашеност при булимия нервоза, последван от безконтролно преяждане и анорексия нервоза, субклинична анорексия, субклинично безконтролно преяждане и без ХН. В другата категория: суицидни планове най-висок е процентът на застрашеност при булимия нервоза, последвана от субклинична анорексия, безконтролно преяждане и субклинично безконтролно преяждане, а в най-нисък % проявеност при категорията без ХР и анорексия нервоза.

В последната категория Суицидни опити отново най-висока е застрашеността при булимия нервоза, безконтролно преяждане, последвани от субклинична анорексия нервоза и анорексия нервоза, а в най-ниска степен измерена при субклинично безконтролно преяждане и при индивиди без ХР.

Табл. 6. Разпространеност пре живота на суицидността при отделните категории хранителни разстройства сред 10 123 подрастващи

Суицидни намерения и поведения	%					
	АН	БН	БП	САН	СБП	БЕЗ ХР
Суицидни намерения	31.4 (11.24) ^a	53.0 (5.93) ^a	34.4 (6.18) ^a	30.0 (6.04) ^a	18.3 (4.32) ^a	11.2 (0.55)
Суицидни планове	2.3 (1.42)	25.9 (6.46) ^a	5.1 (1.91)	14.2 (5.40) ^a	5.1 (1.37)	3.6 (0.37)
Суицидни опити	8.2 (5.75)	35.1 (6.56) ^a	15.1 (7.17) ^a	12.4 (4.83)	5.3 (1.56)	3.0 (0.24)

Съкращения: АН-анорексия нервоза; БП- безконтролно преяждане; БН- булимия нервоза; НО- не се отнася; САН- субклинична (атипична) анорексия нервоза; СБП- субклинично (атипично) безконтролно преяждане; БЕЗ ХР- без форма на хранително разстройство

II. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИ

1. ЦЕЛ

Оценка на приложимостта на комплексен прогностичен скрининг модел за превенция на хранителните разстройства.

2. ЗАДАЧИ

Осъществяването на посочената цел провокира решаването на следните задачи:

- Да се направи анализ на състоянието и актуалността на проблема, свързан с хранителните нарушения (ХН).
- Да се проучи съвременната литература и опит по отношение на прилаганите инструменти за скрининг на ХН.
- Да се създаде и аргументира прогностичен скрининг модел за улавяне на хранителни нарушения.
- На основата на емпирични изследвания да се валидизират тестови скрининг методики за ранно откриване на хранителни нарушения.

3. ХИПОТЕЗИ

- Предлаганата методика отговаря на условията за надеждност в български условия.
- Предполага се, че факторната структура на използваната методика за български условия е сходна с факторната структура в другите страни.
- Предполага се наличието на коморбидност между хранителни нарушения и депресивни състояния.
- Предполага се, че по-изразената хранителна патология е тясно свързана и с по-високи стойности на нарушена представа за собственото тяло.

4. МЕТОДИ ЗА СЪБИРАНЕ НА ДАННИ

4.1. The SCOFF Questionnaire (Morgan, 1999) - (Sick, Control, Fat, Food)

Въпросникът SCOFF е високо ефективен като скринингов инструмент за откриване на нарушения в храненето; той е прост, запомнящ се, лесно се прилага и е предназначен за повишаване на съмнение за наличие на вероятен случай, а не за диагностицирането му (Приложение 1). Въпросникът демонстрира добра валидност в сравнение с DSM-IV диагностиката на клинично интервю. При определяне на първична медицинска помощ той има чувствителност 84,6% и специфичност 89.6%, за откриване на всички истински случаи на анорексия нервоза и булимия нервоза и седем от девет случая на EDNOS. Надеждността между писмени и устни версии на SCOFF е висока, с капа статистика от 0.82. SCOFF въпросника, който е адаптиран за използване на различни езици, се явява много ефективен като инструмент за ранна диагностика и е бил широко приет като скрининг за повишаване на индекса на съмнение за хранително нарушение (Hill LS et al., 2010).

Това е инструмент за скрининг на хранителни нарушения включващ само 5 въпроса. Поради краткостта си е бил създаден за използване от тези, които не са специалисти в сферата на хранителни нарушения, което го прави широко приложим в различни здравни сфери и особено използван от лекари, оказващи първични грижи (лични лекари) в другите страни.

Ранното диагностициране на пациенти с неочаквана загуба на тегло значително подобрява прогнозите за успешно лечение на хранителни нарушения и може да бъде подпомогнато от употребата на SCOFF (Въпросник, разработен от John Morgan в Leeds Partnerships NHS Foundation Trust). Доказана е 100% чувствителност на този въпросник и особено 90% за анорексия нервоза. Въпреки всичко, при някои случаи на анорексия нервоза се отричат дори и тези симптоми и затова е важно да се преразгледа теглото на лицето, ако тази диагноза е заподозряна.

Скрининг въпросникът е полезен за оценка на пациенти при съмнение за хранителни разстройства, където всеки положителен отговор дава една точка. Две или повече точки предполагат хранително разстройство, което следва да се диагностицира допълнително от специалист в сферата на хранителни нарушения или от психиатър.

4.2. Body Shape Questionnaire (BSQ; Cooper at al.,1987)

Въпросникът BSQ е инструмент за самооценка на формата на тялото (Приложение 2). BSQ се основава на идеята, че опасенията за образа на тялото са често срещани сред младите жени и представляват основна характеристика на хранителните разстройства анорексия нервоза и булимия нервоза. Въпреки че са разработени редица въпросници за оценка, занимаващи се с различни аспекти на образа на тялото, BSQ е една от малкото методики, която се фокусира върху притесненията относно формата на тялото. Едновременната и дискриминативна валидност на въпросника показват, че това е успешна методика за самооценка на формата на тялото. BSQ осигурява средства за разследване на ролята на притесненията относно формата на тялото в развитието, поддръжката и лечението на анорексия нервоза и булимия нервоза (BSQ; Cooper at al.,1987).

BSQ е самооценъчна скала за измерване на опасенията за телесната форма сред млади жени, съдържаща 34 въпроса. Базира се върху схващането, че нарушението на представата за телесната форма е централна характеристика на анорексия и булимия нервоза. Фокусира върху феноменологичното изживяване на "чувствам се дебел" (Cash TF, Smolak L. (Eds.), 2001, Cooper PJ, Taylor MJ, Cooper Z, Fairburn CG., 1987). The BSQ може да се използва и за оценка на терапевтичен резултат.

Оценъчна Скала на метода:

- < 80- липсват опасения за телесната форма
- 80-110 –леко безпокойство за телесната форма
- 111-140 -умерено безпокойство за телесната форма
- над 140- изразена загриженост за телесната форма

4.3. Eating Disorder Diagnostic Scale (EDDS)

Eating Disorder Diagnostic Scale е разработена и утвърдена като кратка самооценъчна методика за диагностициране на анорексия нервоза, булимия нервоза и неконтролно преяждане (Приложение 3) Изследвания включващи този скрининг представят доказателства за надеждността и валидността на тази скала в неклинични популации (Stice et al., 2000). Скалата е надеждна и валидна в рамките на разследването на хранителни нарушения и може да бъде полезна и за клинични и научни приложения. Пример за това е Холандското изследване на Krabbenborg (2012), първото, което разглежда психометричните характеристики на EDDS в клинична извадка на пациенти с хранителни разстройства и установява, че това е един полезен инструмент в клинични условия и за изследване на причините за хранителните нарушения, профилактика и изследвания за ефекта на лечения при ХР (Krabbenborg M et al., 2012).

EDDS е самооценъчна скала с 22 въпроса, а версията EDDS-DSM-5 с 23 въпроса, която оценява наличие на трите основни категории хранителни нарушения: анорексия нервоза, булимия нервоза и неконтролно преяждане. Тя е адаптирана от Stice през 2000 г. от валидизираното структурирано психично интервю The Eating Disorder Examination (EDE) и от модула за хранителни нарушения на Структурираното Клинично Интервю - The Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID). След промените относно диагностичните критерии в DSM-5 през 2013 год. EDDS скалата е адаптирана и в съответствие с критериите на вече и официално включената диагноза: Неконтролно преяждане, бивайки преименувана като: EDDS-DSM-5 версия, която е в процес на валидиране (Stice et al., 2013).

4.4. Въпросник на Beck за депресия (Beck Depression Inventory II- BDI; Beck et al., 1961; 1988)

Beck Depression Inventory II (BDI) представлява изключително успешна редакция на признат стандарт в измерването на депресивно настроение и се използва широко като клиничен инструмент за оценка на депресията. Въздействието на индикативната превенция и ранна интервенция на

коморбидни хранителни разстройства и депресивни симптоми показва предпочитанията за неговото използване в проучвания (Beck AT et al., 1988). Въпросника за депресия на Beck освен това е бил валидизиран през 1996 год. като резултатите от сравнение на факторните структури показват, че BDI е адекватна методика за лица засегнати от хранителни нарушения, както и проследяване на коморбидност между депресия и ХН. Гореописаното предначерта и избора ни за употреба на този въпросник за депресия пред макар и широко използваният в България въпросник за депресия на Цунг.

BDI е самооценъчна скала с 21 въпроса, която се използва за изследване на наличието и степента на депресията в клинични и в неклинични популации. Отделните въпроси включват по 4 твърдения, подредени в градация, отразяваща степента на изразеност на симптома-от неговата липса (0) до най-силната му изразеност (Beck AT, Steer RA, Carbin MG, 1988), както е показано по-долу:

- 0 – 9 Норма
- 10 – 15 Лека депресивност
- 16 – 19 Лека към умерено тежка депресивност
- 20 – 29 Умерено тежка към тежка депресивност
- >30 Тежка депресивност, ако симптомите продължават повече от 2 седмици. За поставяне на диагноза депресия е нужно клинично интервю по МКБ 10 от здравен специалист.

Ако са регистрирани под 4 т. трябва да се провери за възможен отказ от признаване на депресия, фалшиво чувство на благоденствие, това е под-нормалните показатели. Ако са регистрирани над 40 т., трябва да се обърне внимание че това е значително над нормата, показваща евентуално преувеличаване на депресията, възможни характеристики на хистрионни или гранични личностови разстройства. Значителни нива на депресия са все пак възможни.

4.5. Методи за анализ на данните – статистически

- Дескриптивна (описателна статистика): средни стойности, стандартни отклонения, ширина на дискретните променливи, разпределения, други мерки за централни тенденции
- Корелационен анализ за изследване на връзките между променливите
- Експлораторен и конфирматорен анализ за разкриване на факторната структура и суб-структурата на въпросниците
- Оценка на надежност на изготвените скали и коефициента на Кронбах
- Регресивен анализ за изследваните причинно-следствени взаимоотношения между променливите

4.6. Организация на изследването и извадка

Изследването е проведено от септември 2015 год. до март 2016 год. Включени са 201 лица от женски пол на възраст от 18 до 45 годишна възраст.

4.7. Ограничения и рамки на изследването

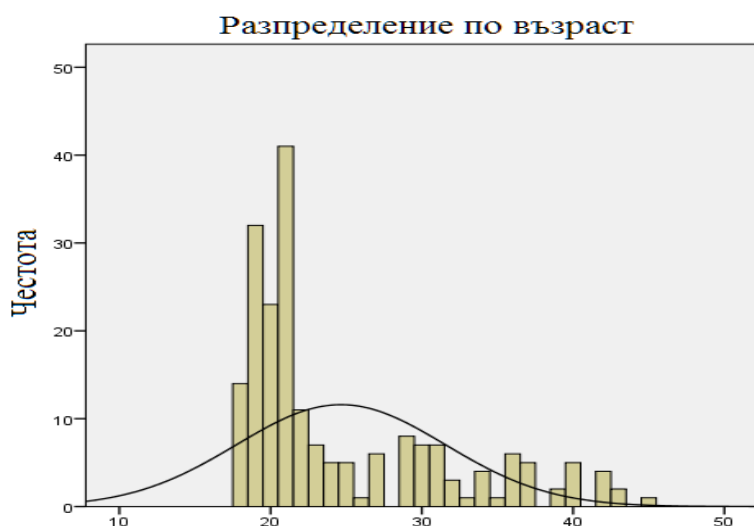
Изследването е насочено към валидизация на конкретните видове методики: SCOFF, BSQ и EDDS. Тези изследвания са обединени заради методологията и поради теоретични съображения. Изследването е проведено само с лица от женски пол.

III. РЕЗУЛТАТИ

1. ИЗСЛЕДВАНИ ЛИЦА

В изследването е включена извадка от 201 изследвани лица, студенти и служители – от женски пол от различни университети в България. На участниците в изследването от 4-те университета, бяха раздадени предварително изработените самооценъчни въпросници. Бяха дадени инструкции, за конфиденциалност при попълването и бяха помолени за максимална искреност в предоставяне на отговорите си всички участници. Първоначалната бройка на участниците в изследването беше 216 лица, но поради частично попълване на някои от въпросниците 15 участници бяха изключени от изследвания контингент.

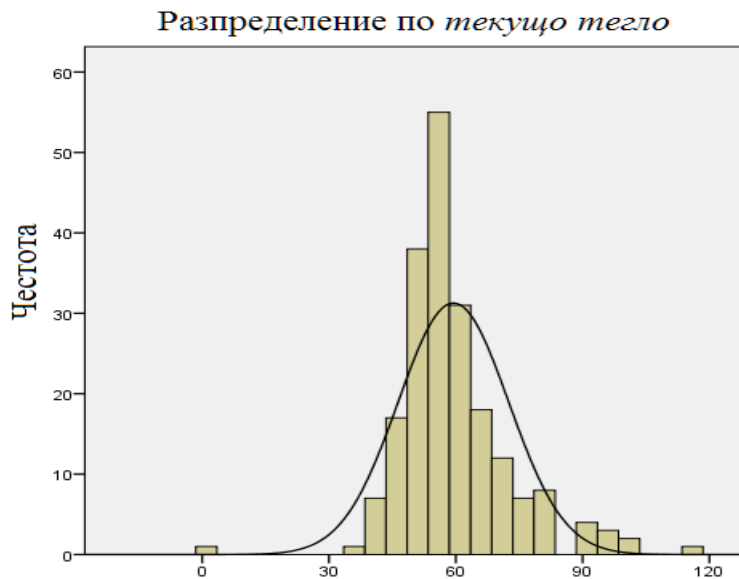
Средната възраст на изследваните лица е в диапазона от минимум 18 до максимум 45 години, като средната стойност е 24.7 (стандартно отклонение 6.9) години, а модата (най-често срещаната стойност) е 21 години. Разпределението на възрастта на изследваните лица е представено на фигура 2:



Фиг.2. Разпределение на изследваните лица по възраст

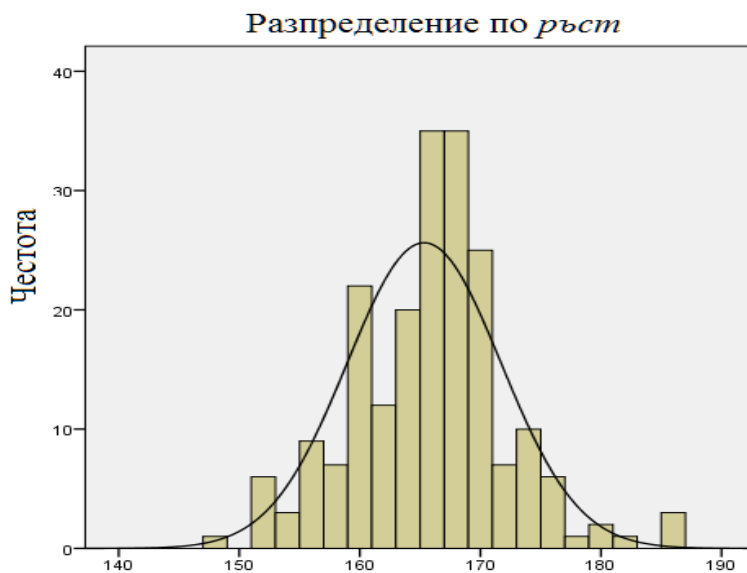
Като текущо тегло към момента на изследване изследваните лица са посочили килограми в диапазона от 35 до 115кг. (Фиг.3), като средната стойност е

59.4кг., стандартното отклонение е 13.1кг., а модата (най-често срещаната стойност) е 55кг.



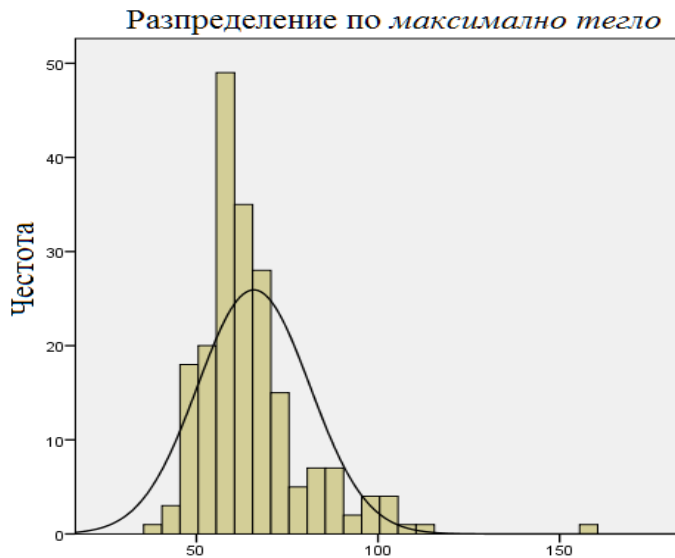
Фиг. 3. Разпределение по текущо тегло на изследваните лица

Изследваните лица са с ръст между 148 и 186см. (Фиг 4), като средната стойност е 165.33см., стандартното отклонение е 6.38см., а модата е 165см.



Фиг.4. Разпределение на ръст на изследваните лица

Изследваните лица бяха запитани и за максималното тегло, което някога са имали. Минималната стойност е 38, а максималната 160кг. (фиг. 5), като средната е 66.29, стандартното отклонение 15.8, а модата – 60кг.



Фиг.5. Разпределение на максимално тегло на изследваните лица

2. SCOFF ВЪПРОСНИК

Анализът на вътрешната консистентност на 18-те айтеми заложи в SCOFF не показва особено добра стойност на Алфа на Кронбах от .37. На Табл. 7 са дадени абсолютните стойности и процентните съотношения на отговорите на 5-те въпроса от SCOFF скринига.

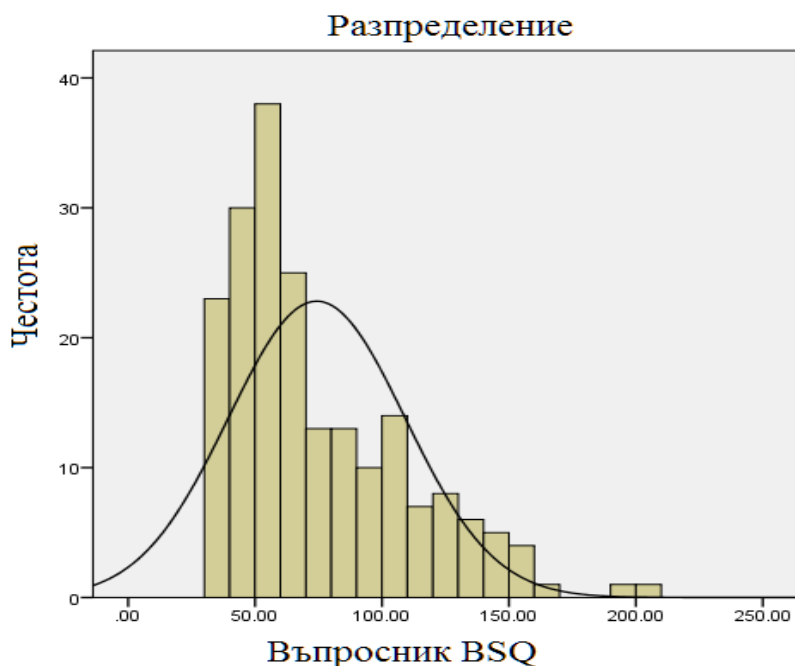
Табл. 7. Стойности и процентно съотношение на отговорите на въпросника SCOFF.

Въпроси:	Брой (%)	
	Да	Не
1. Опитвате ли да повръщате, защото се чувствате неприятно заситени?	5 (2.4%)	200 (96.6%)
2. Безпокои ли Ви мисълта, че не можете да контролирате количеството на храната, която консумирате?	63 (30.4%)	142 (68.6%)
3. Загубили ли сте повече от 6 кг тегло през последните 3 месеца?	22 (10.6%)	183 (88.4%)
4. Смятате ли, че сте с наднормено тегло, въпреки че другите казват, че сте слаб/а?	63 (30.4%)	142 (68.6%)
5. Смятате ли, че мислите за храна доминират живота Ви?	38 (18.4%)	165 (79.7%)

Забелязваме, че мнозинството от отговорите са „Не”, което не е изцяло неочакван резултат, имайки предвид естеството на извадката от изследвани лица. Средно аритметично, отговорите с „Да” на петте въпроса съставляват около 18% от общия брой, което говори за една специфична част от изследвани лица, за които има индикации за симптоми на хранително разстройство.

3. BSQ ВЪПРОСНИК

Средна стойност – 74.28, стандартно отклонение 34.79, минимум 34, максимум 204. На фиг. 6 е показано графично разпределението на отговорите по BSQ.



Фиг. 6. Разпределение на стойностите по BSQ.

На таблица 8 са представени отговорите, които изследваните лица са дали на въпросника BSQ, подредени спрямо класификацията на стойностите, както и процентно съотношение.

Табл. 8. Класификация на стойностите по BSQ

Класификация на резултати от BSQ		Брой (%)
< от 80	Няма притеснения за формата на тялото	129 (64,82%)
80 до 110	Леко безпокойство за формата на тялото	37 (18,59%)
111 до 140	Умерена тревога за формата на тялото	21 (10,55%)
> 140	Подчертани притеснения за формата на тялото	12 (6,03%)

Както е показано от резултатите в Табл.8, с липса на притеснения относно формата на тялото са 129 или 64,82% от изследваните лица. С леко безпокойство относно формата на тялото си са 37 от участниците в изследването ни или 18,59% от контингента ни. С умерена тревога изразяваща влошено възприемане на собственото тяло се характеризират 21 или 10,55% от изследваните лица. А с

подчертано сериозни притеснения за формата на тялото изследването ни посочва 12 от участниците в изследването ни или 6,03% от контингента ни.

За индикации на хранително разстройство приемаме последните две степени на класификацията на стойностите по BSQ. Отново, както при въпросника SCOFF по-горе, се наблюдава извадка от около 17% (сборът на изследваните лица със стойности от 111 до 140 и над 140) за които можем да имаме съмнения за симптоматика свързана с нарушения на храненето.

Имайки предвид извадката от изследвани лица, които са попълнили въпросника, данните говорят за едно мнозинство от 129 (или 64.82%) изследвани лица, за които няма повод за опасения за развитие или наличие на симптоми на хранително разстройство. Ако приемем, че при „умерена тревога“ и „подчертани притеснения“ можем да говорим за наличие на симптоми на хранителни разстройства (било то и не ясно структурирани по добре дефинирана ос на психиатрична диагноза по DSM-IV или МКБ-10), то при 33 (или 16.58%) от изследваните лица, наблюдаваме регистрация на индикатори. Такива стойности са повод за по-обстойни изследвания на индивидите, намиращи се в близост до психиатрични диагнози.

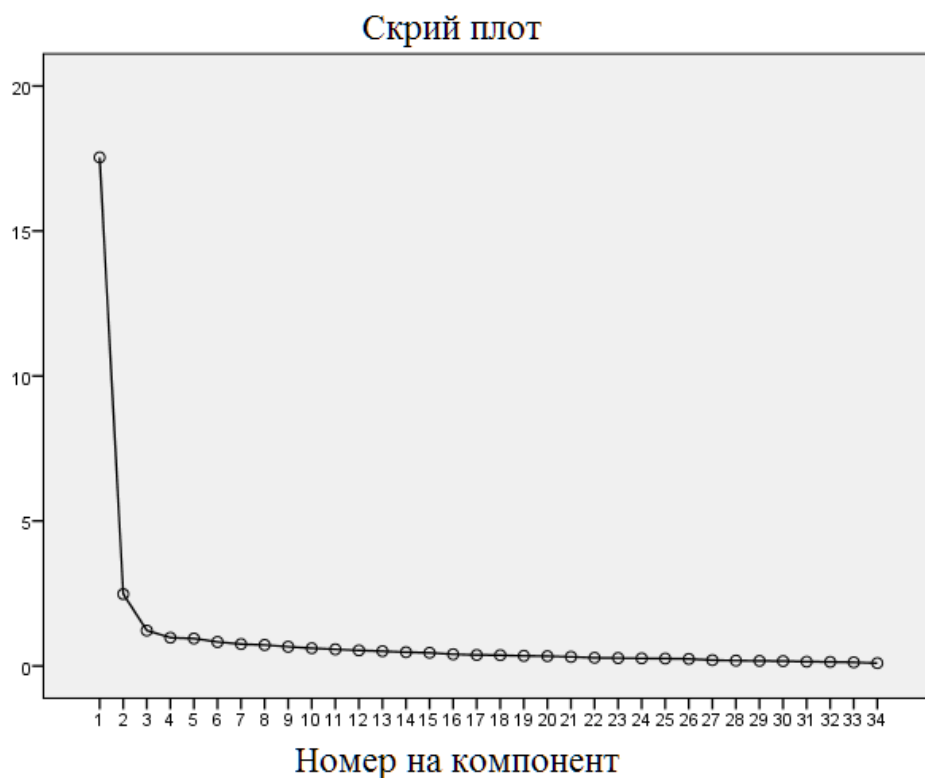
Анализът на вътрешната консистентност на 34-те айтеми заложи в BSQ показва забележително добра стойност на Алфа на Кронбах от .97.

За да проверим факторната структура на въпросника BSQ извършихме факторен анализ за извличане на принципните компоненти с метод на ротацията Varimax, резултатите от който са представени на таблица 9.

Табл. 9. Факторен анализ на въпросника BSQ

BSQ айтеми	Компонента матрица		
	Фактори		
	1	2	3
v1	.675	.241	.329
v2	.796	.174	.253
v3	.711	.220	.229
v4	.801	.297	.182
v5	.697	.329	.195
v6	.823	.243	.172
v7	.233	.262	.642
v8	.145	.315	.575
v9	.560	.513	.270
v10	.536	.595	.098
v11	.602	.321	.465
v12	.579	.467	.313
v13	.284	.088	.406
v14	.495	.574	.397
v15	.621	.489	.103
v16	.422	.323	.447
v17	.687	.392	.164
v18	.131	.363	.731
v19	.417	.480	.529
v20	.435	.556	.484
v21	.726	.270	.242
v22	.615	.095	.355
v23	.486	.407	.342
v24	.401	.558	.339
v25	.351	.402	.590
v26	.186	-.119	.804
v27	.042	.513	.622
v28	.501	.535	.069
v29	.398	.658	.386
v30	.452	.612	.136
v31	.270	.704	.242
v32	.098	.077	.724
v33	.345	.562	.463
v34	.718	.392	.083

В структурата на въпросника са заложи айтеми, които да регистрират наличие на симптоми от две хранителни разстройства както следва – анорексия нервоза и булемия нервоза. Следователно, предполагаемата структура се състои от два фактора. Анализът обаче говори за 3-факторна структура, както се вижда от Таблица 9. и от визуализацията на факторния анализ, представена чрез скрий плот на фигура 7.



Фиг.7. Скрый плот на факторен анализ на BSQ.

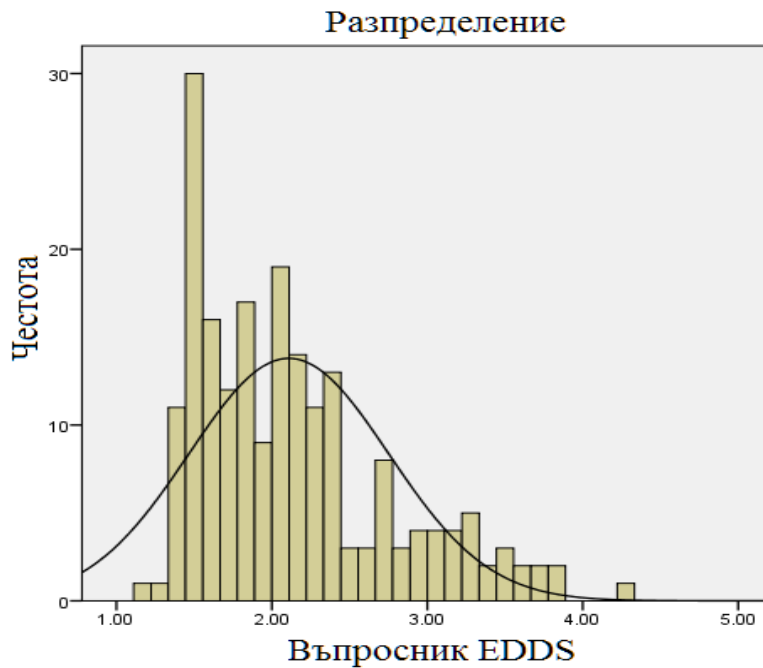
Въпросникът се базира на диагностичните критерии за съответните диагнози, както са описани в DSM-IV и айтемите целят регистрацията на индикаторите за конкретните диагнози (Cooper et al. 1986). Тук също важи аргументът, че изследваните лица са студентки в различни университети на територията на България, в по-голяма или по-малка степен функциониращи индивиди, здрави членове на нашето общество.

Въпреки демонстрирането (и съответно регистрирането) на отделни единични симптоми за едно или друго от изследваните разстройства, липсва диференциалното струпване на тегла на айтеми по ясно изразени оси на добре дефинирани диагнози, каквито бихме очаквали ако извадката се състоеше от вече диагностицирани пациенти.

Тъй като целта тук е изработка на скринингова методика, която да насочи изследващия за наличие на започнал процес по разстройване на хранителните навици и поведения, приемаме три-факторната структура на BQS за адекватна спрямо извадката от изследвани лица.

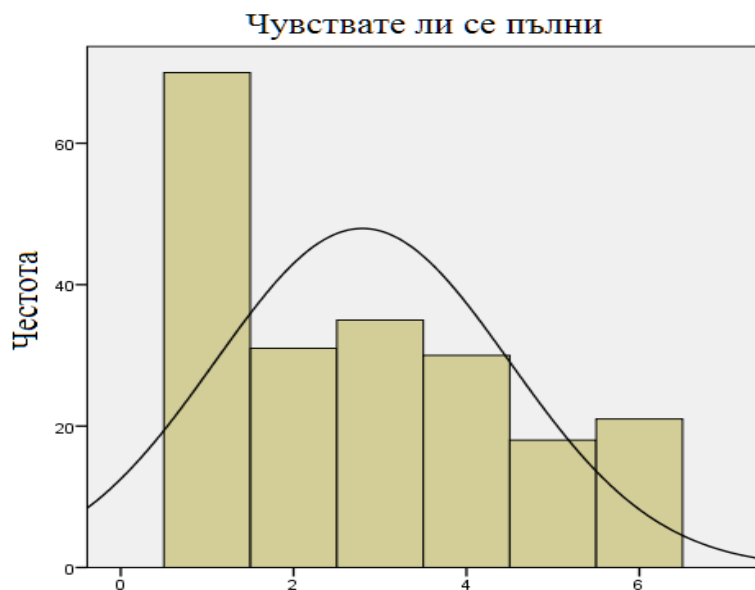
4. ВЪПРОСНИК EDDS

От направения дескриптивен и графичен анализ на стойностите от въпросника EDDS можем да забележим, че разпределението (представено на фигура 9) не е равномерно. Средната стойност е 2.11, стандартно отклонение от .64 и мода от 1.4.



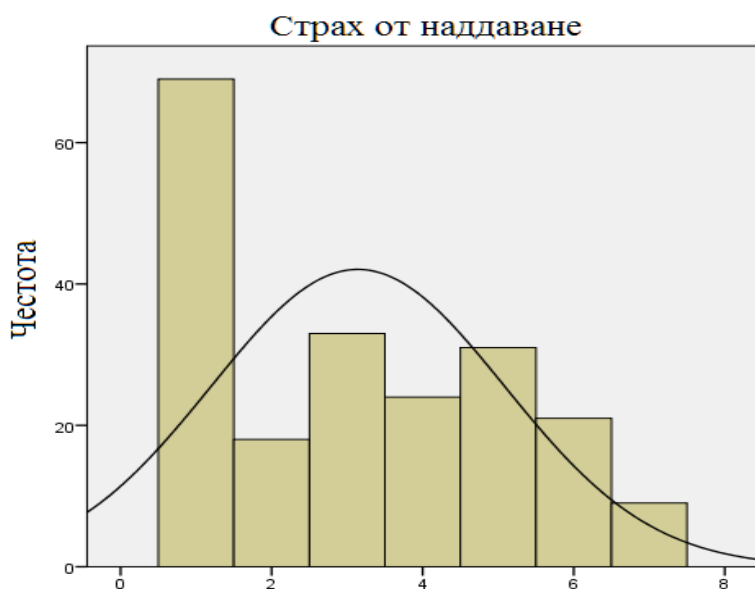
Фиг. 8. Разпределение на стойностите на въпросник EDDS

Визуализация на разпределението на първият айтем от въпросника за субективното възприятие за наднормено тегло („Чувствали ли сте се пълни? ”) е представена на фигура 9.



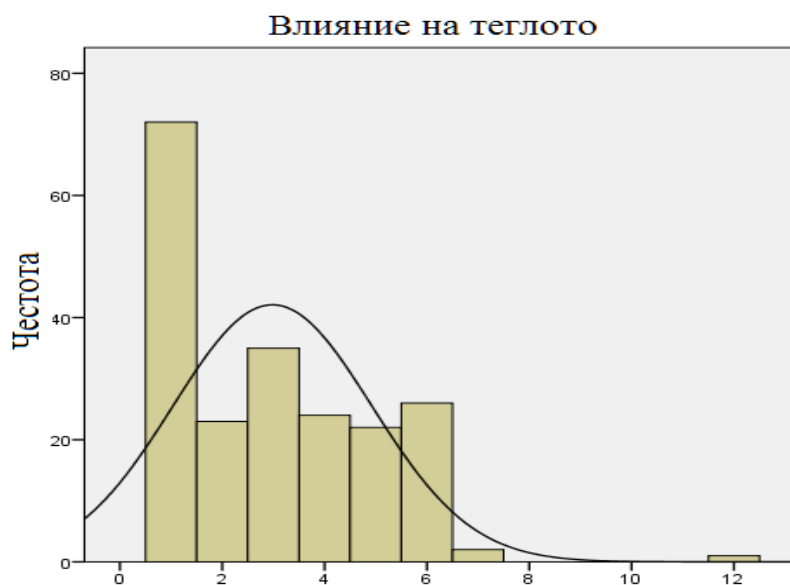
Фиг.9. Разпределение на изследваните лица по въпрос от EDDS „Чувствате ли се пълни?“

Визуализация на разпределението на вторият айтем от въпросника за субективното възприятие за страх от наднормено тегло („Имали ли сте определен страх, че може да наддадете на тегло или да напълнеете?“) е представена на фигура 10.



Фиг.10. Разпределение на изследваните лица по въпрос от EDDS „Имали ли сте определен страх, че може да наддадете на тегло или да напълнеете?“

Визуализация на разпределението на вторият айтем от въпросника за субективното възприятие за самооценка спрямо тегло и форма на тялото („Влияят ли теглото и формата на тялото Ви на това как се възприемате като личност?“) е представена на фигура 11.



Фиг.11. Разпределение на изследваните лица по въпрос от EDDS „Влияят ли теглото и формата на тялото Ви на това как се възприемате като личност?“

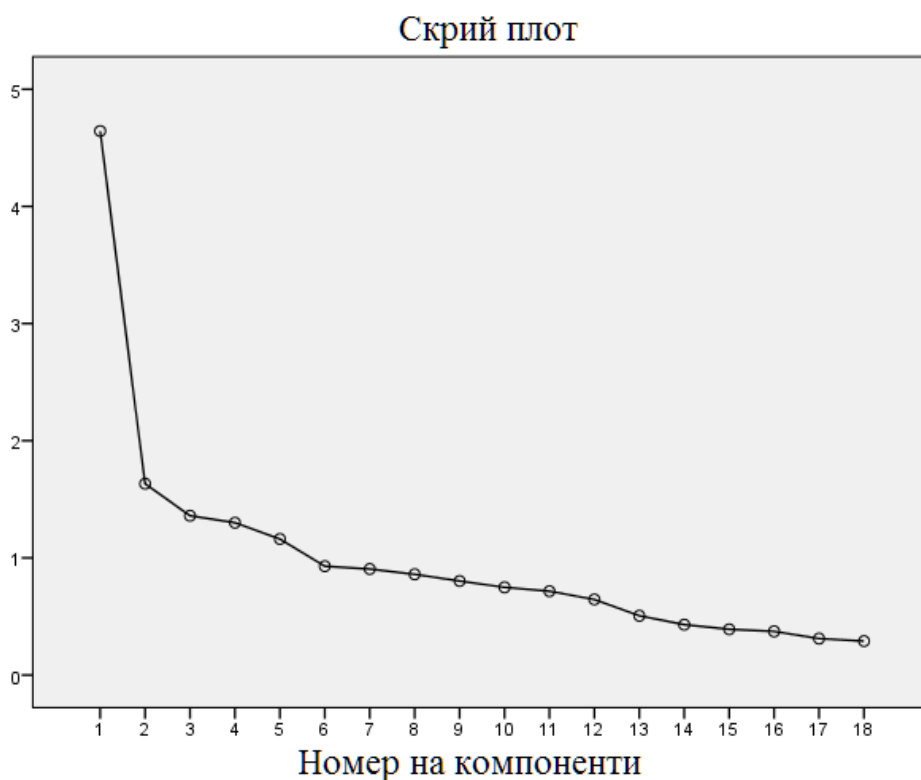
Анализът на вътрешната консистентност на 18-те айтеми заложи в EDDS не показва особено добра стойност на Алфа на Кронбах от .65.

За да проверим факторната структура на въпросника EDDS извършихме факторен анализ за извличане на принципните компоненти с метод на ротацията Varimax. В структурата на въпросника са заложи айтеми, които да измерват трите диагнози както следва – анорексия, булимия и безконтролно преяждане (binge eating disorder) от където предполагаемата структура се състои от три фактора (именно трите разстройства). Факторните тегла са представени на таблица 10.

Табл. 10. Факторен анализ на въпросника EDDS

EDDS айтеми	Компонентна матрица				
	Фактори				
	1	2	3	4	5
1	.577	.245	.473	-.123	.052
2	.659	.311	.356	-.107	.090
3	.617	.287	.222	-.147	.237
4	-.001	.497	-.088	-.084	-.652
5	-.490	.305	.176	.270	-.020
6	.593	-.510	.148	-.054	.020
7	-.323	-.049	.415	.422	-.074
8	-.302	.443	.256	.459	-.043
9	-.446	.409	-.413	-.175	.137
10	-.375	.348	.077	-.475	.096
11	-.646	-.139	.215	-.060	.361
12	-.651	-.066	.389	.015	.282
13	.406	-.181	-.334	.420	.067
14	.389	.234	-.123	.567	.082
15	.611	.108	.038	.091	.126
16	.459	.236	-.265	.047	.537
17	.449	-.266	.290	-.086	-.326
18	.651	.238	-.069	-.067	-.027

Резултатите от факторния анализ, изложените на таблица 11, говорят за за 5-факторна структура. Регистрацията на пет фактора изглежда неконсистентна с очакванията, както и с първоначално заложения във въпросника теоретичен модел. Визуализацията на факторния анализ, представена чрез скрий плот на фигура 12.



Фиг.12. Визуализацията на факторния анализ, представена чрез скрий плот

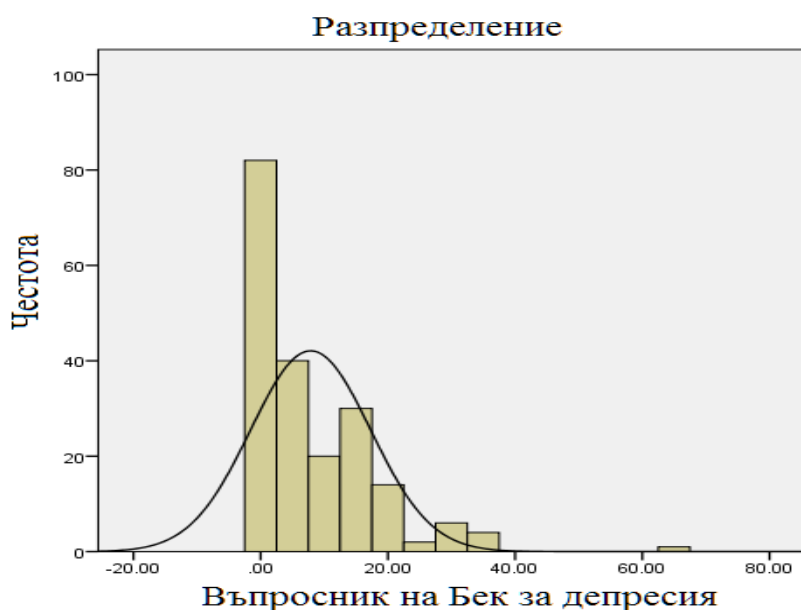
Въпросникът се базира на диагностичните критерии за съответните диагнози, както са описани в DSM-IV, както и на изводимите от ръководството „структурирани клинични интервюта за диагностициране” - СКИД (Structured Clinical Interview for Diagnosis - SCID). Следователно, айтемите целят регистрацията на индикаторите за конкретните диагнози (Stice, Telch, Rizvi, 2000). Както е описано по-горе, извадката с която е проведено текущото изследване се състои от жени, студентки в различни университети на територията на България, в по-голяма или по-малка степен функциониращи индивиди, здрави членове на нашето общество. Въпреки демонстрирането (и съответно регистрирането) на отделни единични симптоми за едно или друго от изследваните разстройства, липсва диференциалното сгрупване на тегла на айтеми по ясно изразени оси на добре дефинирани диагнози, каквито бихме очаквали ако извадката се състоеше от вече диагностицирани пациенти. Финото диагностично разграничение, или как точно ще бъде класифицирано регистрираното хранително разстройство спрямо диагностичните ръководства (DSM-IV или МКБ-10) не е задача на текущата разработка. По-скоро, ние целим

изработката на скринингова методика, която цели регистрирането на индикатори, които да подскажат на изследователя за наличие на започнал процес по разстройване на хранителните навици и поведения. На това основание приемаме пет-факторната структура на EDDS за адекватна спрямо извадката от изследвани лица.

5. ВЕСК ВЪПРОСНИК ЗА ДЕПРЕСИЯ

Въпросника на Бек за депресия демонстрира изключително добра вътрешна консистентност, със стойност на Алфа на Кронбах равна на .94.

Средната стойност извлечена от отговорите на нашите респонденти клони към ниските стойности – 7.85 със стандартно отклонение от 9.42. Модата (или най-често срещаната стойност) е 0. На фигура 13 е представено разпределението на стойностите по въпросника на Бек за депресия.



Фиг. 13. Разпределение на стойностите по въпросника на Бек за депресия.

На таблица 11 са изложени разпределенията на изследваните лица спрямо нормите, както и процентните съотношения.

Табл.11. Процентно съотношение на стойностите по BDI.

Стойност	Ниво	Брой (%)
0 – 9	Норма	132 (65%)
10 – 15	Лека депресивна симптоматика	33 (16%)
16 – 19	Лека към умерено тежка депресивна симптоматика	14 (6.9%)
20 – 29	Умерено тежка към тежка депресивна симптоматика	13 (6.4%)
>30	Тежка депресия депресивна симптоматика*	7 (3.4%)

*Ако симптомите продължават повече от 2 седмици. За поставяне на диагноза депресия е нужно клинично интервю по МКБ 10 от здравен специалист.

6. КОРЕЛАЦИОНЕН АНАЛИЗ

За изследване на взаимовръзките между изследваните конструкти (хранителни разстройства изследвани чрез въпросници SCOFF, EDDS и BSQ, депресия чрез BDI и включените в EDDS въпроси за текущо тегло, най-голямо тегло и ръст) е направена корелационна матрица, данните от която са изложени в таблица 12.

Табл. 12. Корелационна матрица с SCOFF, EDDS, BQS, BDI, и въпросите за текущо тегло, ръст и най-голямо тегло от EDDS

	SCOFF	EDDS	BSQ	BDI	Текущо тегло	Ръст	Най-голямо тегло
SCOFF	–	.590**	.529**	.365**	.210**	.036	.162*
EDDS	.590**	–	.687**	.452**	.189*	-.018	.229**
BSQ	.529**	.687**	–	.582**	.275**	-.096	.280**
BDI	.365**	.452**	.582**	–	.213**	-.002	.175*
Текущо тегло	.210**	.189**	.27	.213**	–	.266**	.634**
Ръст	.036	-.018	-.096	.002	.266**	–	.155*
Най-голямо тегло	.162*	.229*	.280**	.175*	.634**	.155*	–

** ниво на значимост на корелацията $p < .001$

* ниво на значимост на корелацията $p < .05$

От изложената корелационна матрица се забелязват високи и статистически значими корелации измежду методиките за измерване на индикациите за хранителни разстройства (SCOFF, EDDS и BSQ). Наблюдаваме висока положителна корелация между SCOFF и EDDS ($r = .590^{**}$, $p < .001$) както и между SCOFF и BSQ ($r = .529^{**}$, $p < .001$). Това говори за взаимовръзка, при високи стойности по единия въпросник наблюдаваме високи стойности и по другия.

Въпросникът BSQ демонстрира най-високата положителна корелация с EDDS ($r = .687^{**}$, $p < .001$), тоест тази взаимовръзка е най-силно изразена между тези два въпросника. Значимите корелации между стойностите на въпросници измерващи сходни състояния се приема за добър резултат, тъй като и двете методики отразяват наличието на такива симптоми в приблизително еднаква степен, в идентична пропорция от извадката от изследвани лица.

Наблюдава се и положителната корелация между въпросника на Бек за депресивна симптоматика (BDI) и въпросниците за хранителни разстройства SCOFF, BSQ и EDDS. Корелацията между BDI и SCOFF е статистически значима ($r = .365^{**}$, $p < .001$), както и корелацията между BDI и EDDS ($r = .452^{**}$, $p < .001$). Най-високата наблюдавана корелация с депресивния въпросник е с BSQ ($r = .582^{**}$, $p < .001$), което говори, че и тук е най-ясно изразена тенденцията високи стойности по скалата на BSQ да са свързани и с високи стойности на депресивни симптоми по BDI.

Интересни са също така и положителните корелации между текущото тегло на изследваните лица и въпросниците измерващи хранителните нарушения. Наблюдаваме значима положителна корелация между текущото тегло и SCOFF ($r = .210^{**}$, $p < .001$), както и между текущото тегло и EDDS и между текущото тегло и BSQ (съответно $r = .189^*$, $p < .05$ и $r = .275^{**}$, $p < .001$). Също така, по-големи стойности за текущо тегло са свързани и с по-ясно изразени депресивни симптоми, измерени с BDI ($r = .213^{**}$, $p < .001$).

Идентична посока в тенденцията на резултатите се наблюдава и когато търсим корелационни зависимости между въпросниците и максималното тегло на изследваните лица (Табл. 11). Логично, са налични и положителни корелации между ръст, текущо тегло и максимално тегло, които са статистически значими.

Чисто физиологично се предполага, че по-големия ръст предполага повече телесна маса, което предполага по-голямо тегло – както текущо ($r = .266^*$, $p < .001$), така и максималното, което изследваните лица някога са били ($r = .155^*$, $p < .05$).

7. ОБСЪЖДАНЕ

Формулираната цел на текущата разработка е оценка на приложимостта на комплексен прогностичен скрининг модел за превенция на хранителните разстройства. На база на резултатите изложени по-горе, можем да направим няколко заключения за приложимостта на методиките предназначени за регистрация на хранителни разстройства.

Като скрининг инструмент за хранителни нарушения SCOFF е отворил възможността за разширяване на използването му извън клинични условия за рутинни скрининги в общата популация. Валидността му е била потвърдена в редица базирани на първични грижи проучвания, като в UK (Morgan F, et al., 1999; Morgan F, et al., 2000; Luck J, 2002; Hill S, et al., 2010); в международен мащаб (Parker C, et al., 2005; Muro-Sans P, et al., 2008; Leung F, et al., 2009; et al., 2009; Garcia D, 2010; Pannocchia L et al., 2011) в сравнение с други инструменти за скрининг на ХН.

Въпреки по-горе описаната висока ефективност на SCOFF скрининга, в български условия психометричните характеристики на въпросника SCOFF не са най-добрите. Въпреки това с алфа на Кронбах от .37 и само 5 айтема, може да е подходяща методика за изследвания целящи ранна диагностика на многобройни групи. Прецизността на диференциалната диагностика от друга страна, не може да бъде изисквана от този въпросник.

Въпросникът на EDDS също има сравнително малък коефициент на вътрешна консистентност алфа на Кронбах от .65. От разпределението на айтемите представено на Фигура 8 се вижда, че множеството от отговорите са в ниските стойности.

Същото може да се каже и за разпределението на айтемите на въпросника BSQ, но този въпросник демонстрира забележително добър коефициент на вътрешна консистентност алфа на Кронбах от .94, което говори, че айтемите заложи в него измерват това, за което са предвидени и са консистентни в това си качество.

Към характеристиките на психометричните стойности на изследваните методики, трябва да погледнем и как се отнасят по между си, или по-конкретно, техните корелации (Таблица 11). Забелязваме, че по-високите корелации са тези с BSQ, като например корелацията с въпросника на Бек за депресия ($r = .582^{**}$, $p < .001$), което говори, че депресивните симптоми и загрижеността за външния вид (измерена чрез BSQ) са тясно свързани.

По-добрата отзивчивост на BSQ към изследваните лица може да се обясни с културните различия между западната култура, където е създаден EDDS, и особеностите на Българските културни условия. Базираният на симптомите от DSM-IV EDDS може да се приеме като методика ориентирана към загрижеността за здравословното състояние, докато BSQ (Body Shape Questionnaire) е ориентиран към оценка на загрижеността към външния вид. Бихме могли да интерпретираме резултатите, пречупени през особеностите на Българските културни условия, като загриженост на изследваните лица повече за външния вид, или формата на тялото.

Формулираните задачи, които се отнасят до психометричните характеристики на прогностични методики за скрининг за регистриране на симптоми на хранителни разстройства са както следва:

- Да се създаде и аргументира прогностичен скрининг модел за ранно улавяне на хранителни нарушения.
- На основата на емпирични изследвания да се валидизират тестови скрининг методики за ранно откриване на хранителни нарушения.

На основата на резултатите от емпиричното изследване представени по-горе предлагаме, въпросникът SCOFF като подходящ за изследване на големи

групи, поради малкия брой айтеми и удобството на лесна и бърза обработка на резултатите.

За индивидуална прецизна диференциално диагностична оценка, на база на резултатите, предлагаме BSQ като прецизна методика за регистрация на прекомерна загриженост за външния вид и по-специално, за формата на тялото. Това не е непременно регистрация на психопатологичен симптом от спектъра на хранителните разстройства, а по-скоро скринингова методика за превантивна оценка на опасността от развиване на хранително нарушение.

На основата на резултатите от емпиричното изследване представени по-горе, се предполага, че факторната структура на използваната методика EDDS за български условия е сходна само частично с факторната структура в другите страни. Тази методика не би била подходяща за изследване на големи групи индивиди в България, но би била подходяща за индивидуални изследване на етиологията и потенциални симптоми на хранителни нарушения с цел превенция и ранната им диагностика. Значимо би било приложението на EDDS въпросника и поради факта, че е включена и третата клинична диагноза-безконтролно преяждане, която официално беше призната като отделна категория и включена в DSM-5 през 2013 год.

Що се отнася до формулираните хипотези, можем да потвърдим някои от тях. Първата хипотеза:

1. Предлаганите методики отговарят на условията за надеждност в български условия.

Можем да сметем тази хипотеза за частично потвърдена, макар и не всички методики да демонстрират забележително задоволителен коефициент на вътрешна консистентност алфа на Кронбах, изложени по-горе.

2. Предполага се, че факторната структура на използваната методика за български условия е сходна с факторната структура в другите страни.

Тази хипотеза може да се счете за потвърдена, тъй като не всички от изследваните методики потвърдиха заложената факторна структура (Таблица 11 и Таблица 12).

3. Предполага се наличието на коморбидност между хранителни нарушения и депресивни състояния.

Тази хипотеза се потвърждава от високите положителни и статистически значими корелации между въпросниците за регистрация на хранителни разстройства (EDDS, SCOFF) и методиката за изследване на депресивни симптоми (BDI).

4. Предполага се, че по-изразената хранителна патология е тясно свързана и с по-високи стойности на нарушена представа за собственото тяло.

Тази хипотеза също може да се счете за потвърдена от високата положителна и статистически значима корелация между методиката за регистрация на симптоми от спектъра на хранителните разстройства (EDDS, SCOFF) и въпросникът за загрижеността с формата на тялото (BSQ).

8. ИЗВОДИ

1. На базата на проучени основни форми, методи и методики, прилагани в света за ранно откриване на ХН бяха комбинирани 3 теста, които оптимално да обхващат проблема със скрининга на хранителните нарушения.

2. Формира се тестова батерия за изследване на ХН със следните основни параметри: оценяване на нарушена представа за формата на тялото, както и скрининг за негативни нагласи и поведения на нарушено хранене, като ранни предиктори на хранителни разстройства.

3. Бе валидирана тестова батерия за ранно улавяне на хранителни нарушения за български условия с най-висока тежест и най-добра факторна структура на Body Shape Questionnaire и SCOFF (Sick, Control, Fat, Food) Questionnaire.

4. Бяха потърсени и изследвани взаимовръзки предполагащи коморбидност на хранителните нарушения с депресивна симптоматика. Най-високи взаимовръзки бяха установени между нарушената форма на възприемане на тялото и депресивната симптоматика измерени с Body Shape Questionnaire и Beck Depression Inventory II- BDI.
5. Хипотезата че, предлаганата методика отговаря на условията за надеждност в български условия частично бе потвърдена. Потвърждението беше в частта на методиките Body Shape Questionnaire и SCOFF (Sick, Control, Fat, Food) Questionnaire.
6. На основата на резултатите от емпиричното изследване се предполага, че факторната структура на използваната методика EDDS за български условия е сходна само частично с факторната структура в другите страни. Тази методика не би била подходяща за изследване на големи групи индивиди в България, но би била подходяща за индивидуални изследвания на етиологията и потенциални симптоми на хранителни нарушения с цел превенция и ранното им откриване. Значимо би било приложението на EDDS въпросника и поради факта, че е включена и третата клинична диагноза - безконтролно преяждане, което би улеснило симптоматичното разпознаване на типичната за този синдром психопатология в клинични, консултативни или терапевтични условия.
7. По-изразената хранителна патология е тясно свързана и с по-високи стойности на нарушена представа за собственото тяло.

9. ПРИНОСИ

- Валидизиране и апробиране на методика за ранно откриване на хранителни нарушения в български условия.
- Прилагане на комплексен, концептуален и прогностичен скрининг модел за ранно улавяне на хранителни нарушения в български условия.

Участия в национални и международни научни форуми

1. Павлова Е, Арнаудова М, Александров И, Янев Я. Рискови фактори за хранителни разстройства. Международна Научна Конференция „Приложна Психология-възможности и перспективи 2016: 24-26 юни 2016
2. Павлова Е, Арнаудова М, Александров И, Янев Я. Early detection for eating disorders and some risk factors. 26-th Annual Assembly of International Medical Association Bulgaria (IMAB) 12 - 15 May 2016
3. Павлова Е, Арнаудова М, Александров И. Хранителни разстройства- превенция и негативен образ за собственото тяло. X-та Национална научно-практична конференция по психология 7-8 май 2016

Научни публикации във връзка с дисертационния труд

1. Е. Павлова, М. Арнаудова, И. Александров. Върху някои аспекти на хранителните нарушения. Клинична психология, 2015, бр.4(26): 21-25
2. Е. Павлова, М. Арнаудова, И. Александров. Хранителни разстройства- превенция и негативен образ за собственото тяло. Национална Научно-практическа конференция по психология. Теория и практика, Варна 7-8 май, 2016, Сборник доклади, Част 1: 73 ISSN 2367-508X
3. Е. Павлова, М. Арнаудова, И. Александров, Я. Янев. Рискови фактори за хранителни разстройства. В: Сборник XV-та международна научна конференция. Приложна психология и научна практика. ВСУ” Черноризец Храбър”, 2016, 445-456. ISSN 1314–0507
4. Pavlova E, Arnaoudova M, Aleksandrov I, Yanev Y. Screening for early detection of eating disorders. J of IMAB. 2016 Oct-Dec; 22(4):1375-1378. DOI: 10.5272/jimab.2016224.1375