

СОФИЙСКИ УНИВЕРСИТЕТ „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ“



ФИЛОСОФСКИ ФАКУЛТЕТ

КАТЕДРА ПО ОБЩА, ЕКСПЕРИМЕНТАЛНА И ГЕНЕТИЧНА ПСИХОЛОГИЯ

Научна специалност: 3.2. Психология
(Обща психология – Психологическо измерване)

Автореферат на дисертация

за присъждане на научна степен „доктор“:

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИ ПРОФИЛИ И ХРАНИТЕЛНИ НАВИЦИ ПРИ ЮНОШИ
(14 – 18 г.)**

Докторант:

Иван Йорданов

Научен ръководител:

Проф. д-р Емилия Алексиева

София, 2018 г.

Въведение

Темата за човешкото хранене съпътства човека от най-ранната му документирана история. Нещо повече, човешкото хранене почти винаги, неотменно, е било съвместно. Тази съвместна дейност на хората датира от зората на съществуването на цивилизациите, като първите данни за България се свързват с праисторическите селища и обиталища, за които историческите източници ясно показват както споделянето на живота, така и споделянето на храненето. Основните източници на храна и в древността за прадедите ни се очертали земеделието и животновъдството. Трудностите, свързани с добива на реколта, с улова и неравната битка с често неблагоприятните природни условия и търсенето на плодородни земи обединявали и трайно запазвали съвместното съществуване на цели родове. Те не само живеели, отглеждали и ловували заедно прехраната си, но и споделяли трапезата, което гарантирало справедливост в разпределянето на богатата и по този начин запазване на съвместността пред конкурентното начало. Освен тези външноналожени традиции на съвместност, много мощна друга такава е религията. Предмодерната култура на българските общности е предимно християнска, като това предполага две основни дейности, свързани с храната и споделянето ѝ – съвместно ритуално хранене, създаващо чувство за заедност и любов и освещаването и споделянето на хляба и виното (Гаврилова, 2016).

Разстройствата в човешкото хранене съпътствали хората от най-далечно минало, като в последните години се откриват все повече исторически източници в подкрепа на тази хипотеза. Честотата на поведението, свързани с гладуване или прочистване от приета храна са различни през различните исторически периоди. Все повече изследователи приемат становището, че комбинации от социални и икономически фактори насърчават или ограничават подобни поведението (Engel et al., 2012). Исторически сведения от I век дават представа и за съществуването на състояния, познати днес като анорексия и булимия. По времето на Цезар (70 г. пр. Хр.) и организирани от него пирове, богатите римляни често прекалявали с храна. За да се почувстват по-добре, те отивали да повърнат и се връщали на трапезата, продължавайки да се хранят до края на пиршеството. Древните египтяни изобразявали чрез йероглиф препоръчителното месечно прочистване, което предпазвало от болести, според техните вярвания. В Персия и древен Китай медицински ръкописи свидетелстват за неразположения, които днес бихме характеризирали като хранителни

разстройства. В Африка редица племенни предания разкриват често случващо се явление по време на гладни години. Родители, в опит да заделят храна за децата си започват да се хранят все по-малко и по-малко, дори и след отминаване на бедността. Нещо повече, в племето продължаващите гладуването си често се изправят пред заплаха от смърт. В Рим след Христа, богатите дами понякога следвали спиритуалистични виждания, свързани с гладуването и по този начин обезценяване на тялото, считано за зло, за сметка на душата. В тази епоха се случва и първият случай на анорексия на жена от висшата римска класа. Поведението ѝ е изцяло мотивирано по религиозни причини.

Хранителните разстройства, като анорексия и булимия например, най-често се свързват със значителни притеснения относно теглото и телесната фигура. При анорексията са характерни страхът от наддаване на тегло или надебеляването, съпътствани от невъзможността за възприемане на измършавялото тяло като болестно слабо, наред със свръхмерното значение, отдавано на теглото и телесната форма от пациента. Тези дефинитивни критерии за поставяне на диагноза на едно или друго хранително разстройство очертават ярко значимостта на телесния образ за разбиране и обясняване на хранителните разстройства (Keel and Forney, 2013). Идеалът за слабо тяло, досега с този идеал в съвременното ни общество и интернализацията му и последващите притеснения, свързани с теглото са втъкани като етиология на заболяването в редица обяснителни модели за хранителните разстройства. По време на юношеството нагласите към външния вид на юношата играят много важна роля в себеуважението. Много ученици на тази възраст са погълнати от мисълта за тяхното тегло и усилия за оформяне на тяло с идеални пропорции. Водещите социо-културални фактори, оформят, подсилват или видоизменят за удобство на модната индустрия и средствата за масова информация слабото и физически правилно оформено тяло. Постигането на подобен идеал почти винаги засяга хранителното поведение на юношата и спазването на различни диети (Rus-Makovec & Tomori, 2000).

Нещо повече, редица личностни фактори оказват освен влияние, но и подкрепа на риска от развитие на хранително разстройство чрез податливостта на индивида към идеализирането на конкретен телесен образ (обичайно, това е идеалът за фино, слабо и изящно тяло в съвременната ни култура), както и чрез избора на среда, компания, връстници, които допълнително подкрепят и увеличават екпозицията на този идеал.

Част от целите на настоящият труд са установяване на рисковите фактори (социални, психологически, биологични) за развитие на хранително разстройство чрез

изследване на хранителните навици и личностната типология на юноши. В световен мащаб между 10 и 20 % от децата и юношите са имали или имат психично разстройство. Половината от психичните заболявания започват до 14 годишна възраст, а $\frac{3}{4}$ до средата на 20-тата година от живота. Оставени без лечение, тези състояния значително повлияват детското развитие, академичните постижения и потенциала за постигане на удовлетворяващ и ползотворен живот. Децата с психични разстройства срещат особени трудности, свързани със стигматизацията, изолацията и дискриминацията, както и със затруднения си достъп до здравни грижи и академична среда, което нарушава фундаменталните им човешки права (СЗО, 2017)

Основен акцент след установяването на тези рискови фактори ще бъде поставен върху възможността за превенция на хранителните разстройства в юношеството като сензитивен период на преход от детство към зрялост, неизбежно съпътстван от най-различни трудности, страхове, конфликти.

Измерването на хранителен прием е мултидисциплинарна изследователска дейност, свързана с установяване на връзка между типично хранене и болести, както и оценяване на промяната в храненето спрямо заболяемостта в следващи периоди от живота на изследваното лице, след интервенции, свързани с промяна режима и честотата на прием на определени храни или хранителни групи. Юношеството е ключов период за промоция на здраве и психологически интервенции, свързани с корекции на хранителни поведения и нагласи, водещи до хранителни разстройства. За избиране на адекватна психологическа интервенция в юношеството е необходимо детайлно познаване на хранителните навици на популацията. В периода на ранно юношество себеоценяването на хранителния прием е много по-акуратно за разлика от периода на късно юношество, поради което е необходимо детайлно познаване на основните методи за оценка на хранителен прием и правилното им прилагане в различните ситуации и етапи от живота на изследваните лица.

1. Теоретична постановка

1.1. Храната като биологична потребност, хранителни навици и разстройства на храненето

Универсална биологична потребност за всички живи същества е храната. Чрез храненето живите организми осигуряват развитие и растеж на клетките си, поддържат постоянство на вътрешната им среда и осигуряват енергия за всички основните жизнени процеси. След осигуряване на хранителен прием в даден организъм чрез процес на обмяна на вещества постъпилата храна се разгражда на съставки, които организъмът преработва в нови, специфични за него, отделят се отпадни продукти и енергия, осигуряваща жизнените функции дишане, кръвообращение, мозъчна дейност и др. За да може даден организъм да осъществи всички описани функции, освен храна е необходимо и осигуряването както на необходимите количества от нея, така и на веществата в нея, които генетично са му нужни. Както излишъкът, така и недостигът на количества и съставки в храната дисбалансира обмяната на веществата а оттам и жизнените функции (Бояджиева, С., 2000)

Контролът на хранителното поведение при хората се осъществява от мозъка и е възможен благодарение на сложно взаимодействие между физиологията на организма и околната среда. От една страна контролът е биологичен и хранителният прием зависи най-вече от състоянието на организма, неговия енергиен и хранителен баланс. По волята на еволюцията при хората особено влияние в този процес оказват и редица други фактори - природни, икономически, социални, индивидуални личностни фактори - житейски събития, емоции, воля, убеждения, както и фактори, специфични за дадена култура - естетически, религиозни, традиции и норми. Тази регулация се нарича психосоциална и йерархично е над биологичната. Освен по-висша, тази регулация има възможност за съзнавано и несъзнавано влияние над хранителното поведение на човека. В здравия индивид двата кръга на биологична и психосоциална регулация на хранителното поведение действат в синхрон и интегрирано. Всяко нарушение в която и да е от двете регулации води до нарушения в другата, и/или до нарушаване синхрона и интеграцията, което се отразява цялостно на индивида. Ето как пазенето на диети, (които за целите на настоящия труд ще опишем най-вече като съзнателно наложена промяна в психосоциалната регулация на хранителното поведение) често води до

отклонения и в биологичната регулация. Почти винаги това води до нарушаване чувството на ситост или глад. Обратното, нарушаването на биологичната регулация (например при редица соматични заболявания) води до нови и несъответни хранителни навици и предпочитания, несъобразяване с общоприети норми и т.н., което по-нататък почти винаги резултира в пълната невъзможност за осъществяване на контрол над храненето (Бояджиева, С., 2000) Често пъти ученици с хранителни разстройства, интервюирани от авторите на настоящият труд съобщават за безнадежно усещане свързано с изгубен контрол над храненето от болестта. Например пациентка на 17 г. олицетворява болестта със смъртта, която в даден момент вече не я плаши. Ето защо болести като анорексия и булимия се определят от редица чуждестранни и български изследователи и клиницисти най-вече като „отказ от живот (Савова, З., 2005)

Основната биологична функция на храненето като удовлетворяваща нуждата от енергия и продължаване на живот е общоизвестна, както и описана в настоящия труд. На следващите редове ще спрем вниманието си над функции, възникнали и като част от развитието и утвърждаването на културата в човешката цивилизация.

Храната от най-древни времена е била носител на интензивни удоволствени изживявания, дори само чрез функцията си да потисне, засити глада, което резултира в намаляване на неудоволственото изживяване, което е вид удоволствие. Както бе споменато, победите, празниците и тържествата винаги са се свързвали с храна. Това и в наши дни не се е променило, дори напротив – хранителната индустрия чрез развитите технологии е в състояние да предложи редица нови вкусове, консистенции, агрегатни състояния на храната, непознати до скоро. Всичко това се прави с цел повишаване на удоволствените изживявания при консумация или дори само дегустация на храната. Редица храни доставят удоволствието светкавично, почти без никакви рискове (за разлика от други стимули, преследвани от закона като например психоактивни вещества (ПАВ), нерегламентиран хазарт и др.) (Beckwith, 1987)

Едно ценно обобщение на вековния опит с храненето на цивилизацията прави Фройд, като определя функциите ѝ като изграждане и запазване на груповата, националната и религиозната идентичност, принадлежност (Фройд, 1992). Ето как още от най-древни времена се осъществява цивилизационен контрол над храненето на определени групи, цели народи чрез въвеждане на определени церемонии, почти винаги свързани с някакви рестрикции, или с насърчаване консумацията на определени храни.

По-късно, с възникването на религиите по света, в почти всяка се въвежда гладуването като вид пречистване от тленното, телесното, подготовка за близост до Бога, обуздаване на земната наслада. Достатъчно е да споменем 40 дневния пост на Христос (Православието, 2017) или свещения месец за мюсюлманите Рамазан (Път към Аллах, 2017). Ето как, от една страна чрез празниците, пиршествата от най-древни времена, а от друга – чрез религията или различни вярвания може да се направи кратък обзор на типичните поведения и навици при хранителни разстройства, всъщност характерни за човешката цивилизация от най-древни времена, но придобили сериозни размери в съвременното ни.

Днес е лесно да определим кое хранене е здравословно, нужно на човека. Освен изключително достъпните за всеки препоръки на СЗО, редица специалисти нутрициолози работят интензивно по популяризирането на здравословното хранене. Това днес е мода, индустрия, но и начин за живот без болести. Основната цел на подобни търсения е предпазване от болести, както и тяхното лечение, защото специфичния стил на хранене и съпътстващите го хранителни навици имат централна роля както за боледуването, така и за лечението и превенцията на редица болести (Ogden, 2010). Оригинален и ценен принос към темата имат и българските автори Лидия Ковачева и Георги Гайдурков. В един от трудовете си (Гайдурков, 2010), д-р Гайдурков обобщава вижданията на натуралната хигиена като отстраняване причините за дадено заболяване и възстановяване на липсващите, дефицитни за организма елементи. Нещо повече, в книгата си той твърди, че „има един основен човешки стил на хранене, специфичен за *Homo sapiens*, който природата ни е отредила и който гарантира живот без болести и лекарства“. За постигането на тази цел автора, отчитайки оригиналния принос на Лидия Ковачева, доразвива идеите ѝ за лечебно гладуване и здравословно хранене и сътворява специфичен хранителен режим, гарантиращ запазване на здравето. Нека споменем и факторите, които автора определя като също важни за постигане на устойчиво здраве в хода на човешкия живот – движение, въздух, слънце и вода.

За съжаление, освен хранителен режим, вреден за тялото, съществуват и редица хранителни режими, отразяващи се в разстройване на споменатата вече психичната регулация на храненето. Ще направим опит за кратко обобщение на знанията за разстройствата на храненето, като разгледаме популярните.

Наскоро завършило изследване (Wansink et al., 2017) дава отговор на важен въпрос – трябва ли родителите на дъщери с наднормено тегло да говорят за теглото

или е по-добре да държат устите си затворени? От една страна дори само обръщането на внимание относно наднорменото тегло засрамва подрастващите, докато разговори по темата често плашат родителите поради риска от хранително разстройство, но от друга родителите не могат да стоят безучастни при увеличеното и увеличаващо се тегло на децата си, защото то е рисков фактор както за соматични, така и за психични разстройства. От участвалите 501 ИЛ на възраст между 20 и 35 години, се извлича ценна информация, свързана със спомените им за коментарите на родителите им. Оказва се, че не само пълните момичета започват да желаят редуция на теглото си в хода на живота им, дори слабите продължават да живеят с усещането от коментарите на родителите си, че са пълни и че трябва да свалят по още някой и друг килограм. В изследването се цитират и данни от други изследвания, според които над 60% от пълните момичета, които от малки (10 годишна възраст) са етикетирани като „дебели“ от родителите си, остават с наднормено или още увеличават наднорменото си тегло до 19 годишната си възраст. В такъв случай, вследствие и на противоречивите данни от реалността всеки би се запитал как е правилно да постъпи един родител? Отговора на авторите е, че докато коментара на теглото се асоциира с риск от соматично, от психично разстройство или от комбинация от двете, то коментарите, разговорите с подрастващите за хранителните им навици и нагласи не се свързват в изследването с неудоволствени изживявания относно теглото им и телесния им образ. Това е важно напомняне за значението на хранителните навици и изследването им у нас. Към този момент в България все още няма стандартизиран въпросник за изследване на хранителните нагласи, което затруднява както оценката на риска за развитие на хранително разстройство, така и точната статистика за хранителните стилове на подрастващите.

В V глава на Международната класификация на болестите са описани хранителните разстройства, с най-важните им и отличителни черти.

Анорексия нервоза, кодирана като F50.0 е разстройство, характеризиращо се с предумишлено намаляване на теглото, предизвикано или поддържано от самия пациент. Под код F50.1 се описва атипичната анорексия нервоза, при която отсъстват един или повече от главните признаци на анорексия нервоза.

Булимия нервоза е синдром, с повтарящи се пристъпи на преяждане, при което мисълта на пациента е изцяло ангажирана с контрола на телесното тегло и го кара да използва крайни мерки за ограничаване „затлъстяващите“ ефекти от погълнатата храна. Важно е да се спомене, че този синдром може да се разглежда като последица от

персистираща анорексия нервоза, като обратната последователност също е възможна. Кодира се като F50.2. Атипичната булимия, както и атипичната анорексия се характеризира с отсъствие на един или повече от главните признаци, характерни за булимия нервоза.

Преяждане, довело до затлъстяване като реакция на стресогенни събития се кодира като F50.4.

Повръщането като повтарящо се поведение може да индикатор за наличие и на други психологични нарушения, освен на булимия нервоза и тогава се кодира като F50.5

Другите разстройства на храненето се кодират с F50.8, а неуточнените – с F50.9/

1.2. Хранителни нагласи през юношеството – същност, значение, измерване

На въпроса какво е нагласа могат да се дадат множество отговори, често пъти свързани с обзора на обширна област от социалното познание и множество публикации. Един възможен, кратък и в известна степен най-общ отговор е дефинирането ѝ като заучена и относително стабилна тенденция за реакция към хора, идеи и събития, която може да бъде измервана (АРА, 2017) Чрез нагласите и изследването им разбираме повече за психичните процеси на дадена група - подбора, приемането, съхранението и оценката на информацията. Тези психични процеси определят и съответна поведенческа реакция (Петрова, 1998). У нас в научната литература понятието атитюд се превежда най-често като нагласа, но популярни са и се използват и синонимите позиция и отношение (Джонев, 1996). За пръв път понятието въвежда Ланге, през 1888 г, в описание на експеримент, като с атитюд той описва готовността за отговор на изследваното лице. По-късно, в годините 1918-1920 Томас и Знанецки, (цит. по Джонев, 1996) въвеждат понятието по-систематично, представяйки го в свое изследване на полски емигранти в САЩ. Гордън Олпорт през 1935 година описва понятието като едно от най-необходимите за съвременната социална психология (Джонев, 1996).

Макар в началото на ХХ в. по-усилено да се установяват нови знания за нагласите, които са и емпирично потвърдени, темата вълнува отдавна различни управници. Интересен пример още от XVII в., е създаването на Колеж по пропаганда от римо-католическият папа с цел обучение на свещеници които да са мисионери и да пропагандират християнската вяра. Така е поставено историческо начало за оценка и

манипулиране на гласите на широката аудитория. Под пропаганда McDavid & Harari, 1974, цит. по Андреева, 2003) разбират всеки опит за влияние над развитието или промяната на гласите. Медиите днес са сред най-мощните оръжия на пропагандата, като още през 1984 г. (Oskamp, 1984, цит. по Андреева, 2003) телевизията се представя като изключително мощна машина, с възможно най-широк обхват и в същото време най-малко специализирана и най-способна да удовлетворява нуждите на хората от забавление и разнообразие; от информация и познания за света; от социален контакт (било чрез съпреживяване, било чрез въвеждане на теми за разговор с познатите) и от лична идентичност и самоопределение. Медиите имат възможност и да определят „дневния ред“ – най-вече като чрез влиянието им над хората, казвайки им „какво да мислят за“ (Cohen, 1963, цит. по Андреева, 2003), както и темите, на които хората да обръщат внимание, от които да се интересуват и реагират със „за“ и „против“, манипулирайки и насоката на зрителските мисли и действия. Днес в България има модерно законодателство, ограничаващо възможността за реклама както на цигари и алкохол, така и на генетично модифицирани храни (ГМО) и на храни, за които има нормативно въведени ограничения за употреба от деца. Забраната се въвежда с нов Закон за храните, приет на първо четене от парламента. Този проект е внесен от Министерския съвет и чрез него се утвърждава намерението да се гарантира "висока степен на защита на здравето и интересите на потребителите по отношение на храните и да осигури прилагането на правото на ЕС и националните мерки в областта на храните". Законът регламентира основните изисквания към опаковането, етикетиранието и рекламата на храните. Предвижда се информацията за храните, включително информацията на етикета, да се представя на български език. Няма да се допуска допълнително облепване на етиктиран продукт с информация, различна от първоначалната или по начин, който прикрива дори част от първоначалното етиктиране. Въвежда се изрична забрана за реклама на генетично модифицирани храни и на храни, за които има нормативно въведени ограничения за употреба от деца, посредством реклами или търговски съобщения, насочени към детска аудитория, в които участват деца или представят деца, консумиращи тези храни. Въвежда се и забрана по отношение рекламирането на храни и напитки, съдържащи съставки и вещества с хранителен или физиологичен ефект като мазнини, трансмастни киселини, сол и захар, които не отговарят на изискванията за здравословно хранене. (в-к Сега, 2017)

По време на юношеството нагласите към външния вид на юношата играят много важна роля в себеуважението. Много ученици на тази възраст са погълнати от мисълта за тяхното тегло и усилия за оформяне на тяло с идеални пропорции. Водещите социо-културални фактори, оформят, подсилват или видоизменят за удобство на модната индустрия и средствата за масова информация слабото и физически правилно оформено тяло. Постигането на подобен идеал почти винаги засяга хранителното поведение на юношата и спазването на различни диети (Rus-Makovec, Tomori, 2000)

1.3. Какво е хранителен прием?

Хранителният прием най-общо включва всички храни и напитки, консумирани през устата (перорално). Артикули, които най-често не класифицираме като храна – хранителни добавки и подправки, съдържащи енергия и/или хранителни вещества, би следвало да се разглеждат (макар това невинаги да се прави) като част от хранителния прием. Когато тези добавки и подправки са били изключени при оценяване на хранителен прием, това най-често се дължи на трудности при идентифицирането и измерването им, както и на липса на информация за точния им състав (Rutishauser, 2005).

1.4. Необходимост от измерване на хранителния прием

В повечето, но не във всички случаи, основната цел на измерването на хранителния прием както на отделно лице, така и на група лица, е получаването на количествена информация за енергията и хранителните вещества (нутриенти), доставени чрез метаболизма. Тази цел косвено се постига посредством измерване на хранителния прием. Косвеният характер на измерването на хранителния прием се изразява в това, че то се извършва от гледна точка на консумацията на определени храни, а не от гледна точка на тяхната енергийност и наличие на специфични хранителни вещества и защото енергията и количествата нутриенти, определени чрез измерването на хранителния прием са, в най-добрия случай намиращи се в приетата храна, а не достъпни за метаболизма на изследваното лице или групи лица (Rutishauser, 2005). Когато се измерва консумацията на определена храна, приемът на хранителни вещества от изследваното лице често се оценява чрез таблици, в които е описано количеството енергия и нутриенти в тази храна. В някои случаи от изследваните лица

се иска да пазят проби от консумираните от тях храни и чрез тези проби се анализира съдържанието на нутриенти в тях.

Консумацията на храна се различава от приема на хранителни вещества по това, че приемът на храна е поведенчески модел, а приемът на хранителни вещества е резултат от това поведение (Axelson, Brinberg, 1989). Така хората могат да имат сходен прием на хранителни вещества, и в същото време консумацията на определени храни да е коренно различна, като разликите продължават и с времевия интервал на консумация, с избора на сходни храни, но с различен начин на комбинирането им и кулинарната им обработка. Също така, хранителния прием може да има различни ефекти върху теглото, в зависимост от енергийния разход, наследствеността и начина на живот на хората (Lennernas, 1998). Ето защо измерването на хранителния прием дава ориентируваща представа, но не определя пряко количеството енергия и нутриенти, достъпни на метаболизма.

1.5. Методи за измерване на хранителния прием

Методите за измерване на хранителния прием могат да бъдат класифицирани в две основни категории: ретроспективни – за описване на хранителния прием от близкото или по-далечно минало и проспективни методи – за настоящата хранителна консумация. Тези две категории се разделят на различни субкатегории, като видът на добитата от индивидуалните изследвания информация се различава в зависимост от конкретно избрания от изследователя метод. Всеки един от методите за измерване на хранителен прием има силни и слаби страни и изборът на един или друг метод следва да бъде функция най-вече от конкретните цели на изследователя, както и от възможностите за приложение на съответния метод (Ferro-Luzzi, 2003).

1.7. Нововъведения и подобрения на методите за оценка на хранителния прием в юношество

Използването на мултимедия, настолни или преносими компютри е нова сфера за изследователите, търсещи ефективни подходи за активно включване на юношите при оценяване на хранителния им прием (Baranowski et al., 2002), (Struempfer, Raby,

2005). Включването на снимки при самооценъчните хранителни въпросници (първоначално предназначени за възрастни) подобрява данните при определяне на количествата на порциите (Lillegaard et al., 2005). Съчетанието на техническите възможности на снимковия материал заедно с компютрите и тяхната свързаност чрез интернет водят до създаване на уебсайта „Съветник за диети“ (The Diet Advice website). Съветникът е автоматизиран самооценъчен начин за измерване на хранителен прием, съчетаващ класическите методи „хранителен дневник“ и „въпросник за хранителна честота“ (Probst et al., 2014).

SCRAN24 (Self-Completed Recall and Analysis of Nutrition) е компютъризирана система за оценка на хранителния прием на юноши от 11 до 16-годишна възраст. Базирана е на метода „24 часово възпроизвеждане по памет“, като важно нововъведение, освен автоматизацията, е проверката и напомнянето за забравени и/или непопълнени хранителни артикули. Развитието на тази автоматизирана изследователска система се дължи както на обстоен обзор на литературата, така и на серии от фокус-групи и проверка на достъпността и лекотата на употреба (Foster et al., 2014).

Друг вид технология за автоматизация на дейностите по оценката на хранителния прием на юношите е известна като Technology Assisted Dietary Assessment (TADA). Тази технология е вид софтуерно приложение за обработка на снимков материал, изпратен чрез интернет и заснет с помощта на мобилен телефон, таблет или друго персонално устройство, имащо достъп до интернет. Целта на този софтуерен продукт е да улесни оценката на количествата храна, консумирана от потребителя, като намали грешките при определяне на тези количества (Schar et al., 2014). След заснемане на храната, снимката се изпраща до сървър, на който се намира приложението, което изчислява количеството автоматично. Това позволява идентифицирането на вида храна, заснет от потребителя. Резултатите от автоматичната хранителна идентификация и оценка на количество могат да бъдат изпращани в хранителни бази данни на съответната държава, в която функционира автоматизираната система. Там информацията би могла да се използва за детайлна оценка на храненето на цели популации, както и за други видове изследвания, свързани с диети и хранене (Schar et al., 2014).

Най-желаното в оценката на хранителния прием е създаването на методи, минимизиращи човешките усилия, времето и цената – както за събиране на данните, така и за превръщането на тези данни в информация за конкретен хранителен прием,

вид храни и количества (Adamson, Baranowski, 2014). Технологията с обработка на изпратени снимки на консумирани храни е обещаваща, но тя също индуцира грешки (Henkel, 2011), което означава, че е необходима внимателна валидизация на резултатите. Методите, разпознаващи и оценяващи хранителния прием, имат своите ограничения. Това налага съвместното ползване на автоматизираните компютърни системи с хора, които да въвеждат или коригират различни променливи в реално време. Остава в сила най-важното правило – винаги да се ползва този метод, който е най-подходящ за целите и вида на конкретното изследване и извадка (Adamson, Baranowski, 2014). Остава и търсенето на решения за намаляване на грешките в измерването на хранителния прием, увеличаване на точността и улесняване на изследователите при събиране и обработка на сметите данни от изследваните лица.

1.8. Юношеството – сензитивен период на преход

Юношеството е времето когато психичният Аз се дефинира наново (Erikson, 1950). Още в първите години след раждането се появяват личностни черти, които оформят сърцевината на психичната Аз-система. (McAdams & Olson, 2010) Тези черти определят многообразието на индивидуалния характер и интерперсоналните различия. След периода на детството целите и мотивите също започват да определят поведението, а в юношеството (след изграждане на когнитивни способности за абстрактно мислене) младите хора вече започват търсене на еднаквост и континуитет на Аз-а. Ерик Ериксън обобщава, че формирането на идентичност е основна задача на юношеското развитие (Erikson, 1950), а днес повечето изследователи на този период смята, че от юношите се очаква да успеят да създадат такава идентичност, която успява да придаде смисъл на живота (Klimstra, 2013).

Личностните черти и процесите, свързани с формирането на идентичност са не само теоретично-интересни, но и силно свързани със способността за психологическо приспособяване (psychological adjustment) (Caspi, Roberts & Shiner, 2005; Crocetti, Rubini & Meeus, 2008). Едно ранно и все още валидно обяснение на психологическото приспособяване е липсата/отсъствието, било то на диагностицирано психологическо разстройство, било то на психологически симптоми, или дори на доминиращо негативно настроение на дадено ИЛ. Това приспособяване нито е линеен процес, нито е универсален. Променливите, които влияят на хода на този процес са многобройни и твърде различни. Една отличаваща се по сила на влияние променлива обаче е

негативна промяна в здравето. Когато здравето на индивида се влоши, житейската му ситуация и тази на семейството му изисква да бъде вметена нова и различна информация в менталните им модели за функциониране и болест и така се нарушава крехкия баланс и напредък в психологическото приспособяване, случващ се допреди болестта (Larsen, 2016).

Ярък, отличителен и неповторим етап от ранното юношество е пубертетът. Мнозина изследователи считат пубертета за най-значимото събитие в процеса на съзряване на личността по време на ранното юношество. Многообразието от промени, които настъпват във фазата на съзряване в юношеството имат значима роля и описанието им допринася за разбирането на емоционалните процеси през този период, а като допълнение към споменатото многообразие са и промените в тялото на подрастващите. Новото тяло, с нови размери и характеристики, с вече ярко очертани вторични полови белези и други отличителни телесни различия спрямо предходния етап от развитието започва да се вметва в биопсихосоциално-изисквани чисто нови роли, както и в наново дефинирани роли, също толкова непознати до момента; появяват се нови очаквания, нови отношения в семейството на подрастващия, в групите с връстници и в училищната среда (Feldman & Elliott, 1990; Graber & Brooks-Gunn, 1996, цит. по Allen & Sheeber, 2009). Според Graber & Brooks-Gunn (2002), тази съвкупност от нови, или коренно променени биопсихосоциални характеристики се свързва с нови модели на емоционални реакции, а от друга страна хормоналните промени в пубертета се свързват от редица изследователи с промени в моделите на емоционално реагиране (Brooks-Gunn et al., 1994; Buchanan et al., 1992; Susman et al., 1991, цит. по Allen & Sheeber, 2009).

1.8.1. Юношеството в древността и близкото минало

Някога, в Древна Гърция, известните философи Платон и Аристотел (IV в. пр. Хр.) често разсъждавали над естеството на младостта. Платон поддържал възгледа, че разсъждението не е част от детството, а се появява с настъпване на юношеството, ето защо за децата е полезно да прекарват времето си в игри и музика, за разлика от юношите, които би следвало да изучават математика и други науки. Аристотел пък отявлено защитава тезата за способността на юношата за избор. Избор, който води до възможност за самоопределяне, което пък отличавало зрелия от незрелия човек (Santrock, 2014).

За много туземни племена преходът от детство към юношество е рязък. Почти винаги децата, навлезли или навлизащи в пубертета преминават различни ритуали на инициация.

В Средновековието децата и юношите са били умален модел на възрастни в представите на хората и тогавашното общество. Тази гледна точка ги е поставяла в позиция, която е свързана с много крути мерки и дисциплиниращи методики. През 18 век френският философ Жан-Жак Русо предлага нов поглед над юношеството, който връща представата за различие между децата и юношите, от една страна, и възрастните – от друга. Русо, както и Платон, смята, че способностите за избор и вземане на решение се развиват в юношеството. Русо пръв предлага отличаващи се фази в индивидуалното човешкото развитие (онтогенеза). Този негов възглед остава спекулативен до началото на 20 век, което е и начало на научното изследване на юношеството (Santrock, 2014; Hall, 1904).

1.8.2. Юношеството в наши дни

В края на ХХ в. вниманието на специалистите, изучаващи развитието на човека през целия жизнен цикъл е съсредоточено над типичните промени в това развитие и факторите, определящи ги по време на целия човешки живот (Baltes, Reese, Lipsit, 1980). Общозвестни са промените във физическото, когнитивното, социалното и емоционалното развитие, случващи се в ранна възраст и в детството както и това, че те продължават през юношеството и зрялата възраст. Макар и не така радикални, както в по-ранна възраст, те водят до промени в индивида, което потвърждава тезата, че човешкото развитие не завършва с достигането на полова зрялост. (Datan, Rodeheaver, Hughes, 1987; Petersen, 1988)

В този период се очаква не само завършване на физическото и в частност на половото съзряване, а и достигане на социална зрялост; настъпват важни биологични, психологически, когнитивни и поведенчески изменения, които са от критично значение за следващите етапи от развитието на личността.

Важна и характерна черта на емоционалното развитие в юношеска възраст е остротата на преживяванията, колебаещи се от крайна степен на радост до тежка тъга, мъка и загуба на смисъл. Наблюдава се емоционалност, силно повишена, която съпътства жизнения път на подрастващите почти през целия период и във всяко една тяхна дейност. Често срещани в този период са тревожните и депресивни

преживявания като свръхчувствителност, нереалистични страхове и опасения, срамежливост, чувства на неадекватност, проблеми със съня, страх от училище, разстройства от аутистичния спектър, злоупотреба с ПАВ, хранителни разстройства и др. (Allen & Sheeber., 2009)

В разглеждания период се оформят и утвърждават общите очаквания за влиянието върху резултатите от дейността и способността на личността да менажира самостоятелно живота си.

1.8.3. Развитие в юношеството

1.8.3.1. Основни подходи към изучаване на юношеството

Юношите днес осъществяват прехода към зрелостта в житейска ситуация, която най-точно може да бъде описана като динамична. В тази ситуация житейския проект за бъдещето на юношата не е отчетливо и категорично дефиниран чрез понятията на социалните роли и предписания (Силгиджиян-Георгиева, 1998) Този преход започва с кризата на пубертета, като почти всички изследователи равнопоставят значимостта на тази криза с кризата на третата година.

Биологичен подход към юношеството

Грандвил Стенли Хол е учен-пионер в разглеждане юношеството като самостоятелен и отделен период от развитието на личността. Юношеството той определя като период на „буря и стрес“, като разяснява ролята на психотравматичните събития и дистреса, случващи се в този период (Hall, 1904).

Хол е колос в изследователското поле на юношеството – най-вече с теоретизирането, систематизирането и проверката на събраните данни до момента а и най-вече с поставеното от него начало на научното изследване на периода от човешкото развитие, наречен юношество (Santrrock, 2014)

Социо-културален подход на М. Мийд

Образованието на Маргарет Мийд е антропология и тя изучава юношите от остров Самоа. Изводите, които прави, отхвърлят представата на Г. С. Хол за биологичното като основна на юношеската същност. Тя смята, че юношеството е социо-културален феномен и в култури, които позволяват плавен преход от детство

към юношество (каквато е културата на о. Самоа) юношите почти не преживяват феномена „буря и стрес“, описан от Хол. Мийд заключава, че култури, в които е позволено на юношата да наблюдава сексуални действия, да вижда как се раждат децата, да приема смъртта като естествена част от живота, да извършва важни работни задачи, да участва в сексуални игри, действия, и е ясна бъдещата им роля са култури, в които юношите са относително свободни от описания от Хол стрес и трудности.

Психоаналитичен подход към юношеството

За Фройд юношеството е изпълнено с напрежение и конфликти и той смята, че, за да намалят това напрежение, юношите решават да го „заровят“ в психична структура, която той нарича несъзнавано. Но там не всичко е „загубено“ – напротив, често дори необяснимо потрепване, шега, усмихване или драскулки на лист биха могли да издадат дълбоко заровения несъзнаван конфликт.

Според Зигмунд Фройд, през пубертета възниква окончателната сексуална организация, като „женският полов орган получава онова признание, което мъжкият отдавна е придобил“ (Фройд, 1990, цит. по. Димитров, 2001) В труда му от 1905 г. „Три студии върху теория на сексуалността“ Фройд прави първото описание на психосексуалното развитие през пубертета. След него, последователи на психоанализата като А. Фройд, Е. Якобсон, Е. Ериксон продължават изследванията си над пубертета и го представят като период, в който преобладава значителна емоционална нестабилност, а психичните структури се реорганизируют.

Анна Фройд, дъщеря на Зигмунд Фройд и негов последовател, изучава юношеството с методите на психоанализата и също като Хол определя периода като бурен, драматичен. Това, според нея, най-вече се дължи и поражда от сексуални желания, които в този период са изключително силни и актуални. Опитата на юношите да овладеят бурните сексуални импулси и да упътят желанията си към приемливи обекти, се превръща в хаотично и непредвидимо поведение, объркване, променливо настроение.

Питър Блос, както и Ана Фройд не поддържат тезата, че защитните механизми, могат да помогнат за разбирането на юношеското развитие. (Blos, 1989, Freud, 1966 цит. по Santrock, 2014). Блос дори смята, че регресията по време на юношеството съвсем не е защитен механизъм, а нормален, интегрален аспект, универсален аспект от съзряването. Това може да включва необичайно „изчистване“ на поведението, сътрудничество или връщане към пасивността от предпубертетния период.

Психо-социален подход към юношеството

В цялостното творчество на Ерик Ериксън водещи са темите, свързани с възможността човек сам да е автор и творец на съдбата си, да постига себе си и независимо и свободно да определя целите на своя живот. Там той разглежда една цялостна концепция за човешкото развитие и генезиса на идентичността, въвежда в психологията понятието за идентичността, възприемана като самостоятелна единица за анализ на психичния живот на човека; интерпретира идентичността като основа за психичното здраве и зрелост както на индивидуално (психосоциална идентичност), така и на колективно (етнокултурна идентичност) равнище. Понятието за идентичността в научните среди бързо бива възприето като представляващо изключително важна и значима стъпка в нормалното човешко развитие и поражда множество дискусии, емпирични изследвания, симпозиуми, дори преориентация в повечето психотерапевтични школи (Силгиджиян, 1996)

Ериксон разбира развитието на човек като преминаване през осем стадия. По време на всеки от стадията нова задача от развитието среща индивида с криза, която трябва да се преодолее, (раз)реша. Според Ериксон, кризата не е катастрофа, тя е повратен момент, в който присъстват и повишената ранимост и подобрения потенциал на развиващата се личност. Колкото по-успешно даден човек се справя с кризите, толкова развитието му ще е в синхрон със здравето (Santrrock, 2014).

Много от идеите на Ериксон за развитието на идентичността са продължени и доразвити канадския психолог и изследовател на развитието Джеймс Марша. Развивайки метод на полуструктурирано интервю с подрастващи, той обобщава резултатите, които ще представим под формата на четири възможни изхода) от развитието на идентичността, които той нарича статуси

Когнитивен подход към юношеството

Общоприето е схващането, че едни от най-съществените промени в когнитивно – познавателната схема на човека се случват в юношеството. Характерно за този период от развитието е интензивно нарастване на интелектуалните способности, разширяване диапазона и съдържанието на мислене - по-богато и сложно. Тези промени дават възможност на юношата за по-дълбока и цялостна представа както за себе си, така и за обкръжаващата го среда. Представени са накратко възгледите на Жан Пиаже, социокултуралната когнитивна теория на Лев Виготски и теориите за обработка на информация

1.8.4. Абнормност и психопатология в юношеството

Юношеството е времето, в което се случват забележителни промени във физическото развитие и поведение на индивида. Тези промени са свързани с и са следствие от функционални мозъчни процеси и структури (Giedd 2008; Paus et al. 2008). и основната им цел е оптимизирането на мозъка и подготовката му за новите предизвикателства, пред които неминуемо ще се изправят и ще бъде изправени подрастващите. Възможно е обаче въпросните промени да се окажат причина и за повишена заболяемост от психопатологични разстройства. В същото време на тези чисто телесни промени в структура и функция на мозъка се увеличават и психосоциалните изисквания към юношите. Чест пример са интензивните взаимоотношения с връстници – участие в спортни мероприятия, посещение на концерт, любима група, футболен отбор; посещение на дискотеки в късните часове от деня или уикенда. Увеличаващите се психосоциални изисквания към юношата съвпадат с намаляващия родителски контрол над тях – например - променя се изисквания от родителите час за лягане и/или прибиране вкъщи (Wolfson and Carskadon 1998). Почасовата работа след училище, късната работа и повишените родителски нужди и изисквания за включване юношите в домашни задължения и помощ, увеличаване достъп и употреба на телевизия и интернет са още от споменатите предизвикателства, с които юношата, в частност мозъка и психиката му трябва да се справят (Millman et al. 2005; Eliason et al. 2002) Нещо повече, има доказателства за увеличаване на емоционалната реактивност едновременно с увеличената значимост на обратната връзка от социалната среда. Това се отнася с още по-голяма сила за девойките (cf. Hyde et al. 2008). Все по-значима за подрастващите става независимостта от родното им семейство. С цел ускоряване процеса на независимост, откъсване от семейството те често демонстрират рискови поведения, нови поведения, неосъществявани досега, както и дейности, водещи до интензивната им гратификация. Като възможно следствие/последствие от тези експериментални дейности подрастващите стигат до употреба на психоактивни вещества (ПАВ), както и съвместни дейности с връстници – влюбване, сексуално или социално гратифициращи ги дейности и др. Тези сложни взаимовръзки между невроналните, психичните и социалните процеси, протичащи в юношеството обясняват защо психопатологията е

толкова разнообразна и с начало предимно в този период от човешкото развитие (Paus et al. 2008).

В последното десетилетие сме свидетели на забележителен напредък в разбирането на специфичните фактори, отнасящи се към детско-юношеската психопатология и днес можем добре да различим както специфичните детско-юношески разстройства, така и общите характеристики и механизми за тези иначе твърде различни психопатологични разстройства. Също толкова способни сме днес да отличим детско-юношеската психопатология от тази на възрастните, както и да утвърдим възгледа на психологията на развитие като силен обяснителен модел за разбиране хода на събитията, следващи детско-юношеската патология в хода на останалите етапи от живота на болните.

1.9. Изследвания по проблема за взаимовръзката между хранителните навици и личностовите характеристики в юношеството

Както по-рано отбелязахме, хранителните разстройства съпътстват човешката цивилизация поне откакто имаме исторически данни за битността и обичаите на предците ни. В същото време, едва след публикацията на Хилде Брух „Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within“ през 1973 г. се утвърждава траен научен интерес към темата. Важно е да споменем и прочутият пионерски експеримент на учените от Минесотския университет Ancel Keys, Josef Brozek и Austin Henschel издаден по-късно в двутомника *The Biology of Human Starvation*. В този експеримент, вдъхновен и от ужасите на Втората световна война, се поставят емпиричните основи на по-късното био-психо-социално разбиране на проблематиката, както и на редица въпроси, свързани с етиката на експерименталната дейност в психологията. Емпиричните описания на гладуващи хора са обяснени по-късно, не само от Брух като представител на психоанализата, а и от учени и изследователи, асоцииращи се останалите парадигми в психологията. Също от 70-те години на XX век датират и опитите за намиране на връзки между личностните черти и хранителните разстройства. Личностните черти на индивидите винаги са били ярко очертани в началото, изразената симптоматика и възстановяването от болестните разстройства на храненето. Нещо повече, самите автори на ЕАТ-40 предполагат наличието на личностни черти

като перфекционизъм или прекомерна отстъпчивост като предиктор или неизменно съпътстващи хранителните разстройства (Garner, Olmsted, Bohr and Garfinkel, 1982).

В статия-ревью на литературата от последното десетилетие (Lilenfeld et al, 2006) авторите установяват връзки между личността и разстройствата в храненето, както и преобладаващи личностни разстройства при пациенти с анорексия, булимия или хиперфагия, емоционално-доминантно хранене (от англ. binge eating disorder). Обичайната личностна структура на ИЛ се състои от черти като перфекционизъм, obsесивно-компулсивни прояви и мисли, невротизъм, негативна емоционалност, страх от загуба (на обект, на любовта на обект), лоша саморегулация и самоуправление, ниска кооперативност и тревожна (избягваща контакти) личност. Нещо повече, авторите забелязват и различия в групите на пациенти с хранителни разстройства (анорексия, булимия, хиперфагия) и личностната проблематика. По-късно, оценявайки случаите на страдащите от хранителни разстройства и заболяемостта им от личностни разстройства с процент от 0 до 58 се поставя под съмнение точността на самооценъчните въпросници като склонни към надценяване на проблематиката. Известно е, а и от изложеното в настоящият труд, че ММРІ е въпросник със силна дискриминативна способност, поради което избора му в настоящето изследване дава възможност да се снижи до минимум вероятността от фалшиво позитивни резултати, свързана с личностна проблематика и разстройства на личността.

През 1998 година група холандски изследователи (Nam et al, 1998) представя резултати от свое 4 годишно изследване над факторите, влияещи върху развитието на разстройство на храненето. В това проследяващо 4 годишно изследване участие вземат 49 ИЛ, диагностицирани с хранително разстройство. Резултатите красноречиво сочат значението на личностните фактори и характеристики, установени с инструмента Dutch Personality Questionnaire пред факторите на средата и поведенческите характеристики. Установява се също, че различните групи от пациенти с хранителни разстройства – например анорексици и булимици имат различни личностни характеристики, влияещи над болестта им. Фактори като силни страхови състояния, трудно отделяне от родителското семейство, незрели сексуални нагласи и очаквания, ниско самоуважение, както и продължителност на болестта (като отразяваща се на личността и промяната ѝ) са свързани с лоша прогноза.

Шведско лонгитюдно изследване (Ghaderi & Scott, 2000) свързва личностни характеристики с разстройства на храненето. Сред установените личностни черти от изследователите са ниски нива на емоционална стабилност, осъзнатост и

сътрудничество на фона на едно доста високо ниво на личностната черта приемане, склонност към приемане. Основен извод от това изследване, е че наличието на специфични личностни черти в даден индивид води до развитие на хранително разстройство в даден етап от живота му.

В друго изследване от 2006, проведено от нигерийски колеги (Izevbigie & Owie, 2006) са описани типични личностни фактори, участващи в картината на хранителното разстройство – обесивно-компулсивни компенсаторни реакции, загуба на приятелски контакти без чувство на съжаление, липса на асертивност и себеуважение, тревожност, социални дисфункции, депресивност. В изследването участват 1716 ученички на възраст между 13 и 17 години, всички от град Бенин.

В изследване, проведено 2015 година (Sanchez-Guarnido et al, 2015) бразилските автори изследват 158 бразилци с въпросниците Eating Disorder Inventory 2 (EDI-2) и познатия и у нас личностен въпросник NEO-PI –R. В изследването си те успяват да покажат най-характерния профил на болните от хранителни разстройства, а именно – липсата на достатъчен контрол, за разлика от разпространеното схващане за свързването на хората като по-уязвими от разстройства на храненето, макар те да остават също рискова група. Авторите уточняват нуждата от лонгитюдно изследване, чрез което да проверят по-подробно получените резултати.

В американско изследване от 1996 година (Pryor & Wiederman, 1996) изследователите решават да ползват MMPI-2 при клиничната оценка на диагностицирани 116 пациенти с анорексия и булимия в опит да намерят значими различия по основните клинични скали между двете основни групи болни, а по късно техен испански колега-изследовател (Espina, 2003) потвърждава и обособява данни, сочещи за по-голям обем от психопатологични черти сред булимичите в сравнение с пациентите, страдащи от други хранителни разстройства.

В направения обзор на литературата се срещат рядко изследвания на хранителни навици и личностни профили на юноши, а за България, доколкото ни е известно, това е първото подобно изследване. В изследване на проф. Карабелъва и д-т Бъзовска (Карабелъва, Бъзовска, 2014) на нагласите на хранене и връзката им с хранителните разстройства се прави проверка на психометричните характеристики на кратката версия на Въпросника за хранене – ЕАТ-26 с цел адаптация и стандартизация за българската социокултурна среда в съвременен смисъл на идеите за здравословно хранене. В труда са представени две изследвания – през 2010 и 2012 г. показващи

наличие на висока склонност към разстройство на хранителното поведение на лица със специфични нагласи към храненето, сравнени с лица, консумиращи всякакви продукти.

2. Постановка на емпиричното изследване

Чрез проучване на личностовите характеристики, които са най-силно свързани с развитието на хранителни разстройства в юношеството, можем в голяма степен да определим специфични рискови групи. Тези групи би следвало да получават превантивни интензивни грижи, а личностният профил на изследваните лица подпомага настоящ или бъдещ терапевтичен процес, като дефиниране на индивидуални терапевтични подходи, съобразени с конкретните нужди на юношата, а и спомага предвиждането на специфични стратегии както в училище, така и в семейна среда за борба с нови епизоди на болестта, или на внезапно излизане от ремисия.

2.1. Цели на изследването

Основната цел на разработката е да се изследва взаимовръзката между психологическите характеристики и хранителните навици на популацията от юноши в България на възраст между 14 и 18 г. Редица изследвания, главно сред възрастни, показват, че някои специфични личностни черти водят до развитието на хранителни разстройства в даден етап от живота на индивидите. Но все още са твърде малко такива изследвания сред лица в юношеска възраст. Поради това настоящото изследване цели да даде своя скромнен принос в осветляването на тази проблематика.

За постигане на тази основна цел си поставяме няколко подцели. Една от тях е да се направи оценка на хранителните навици на юношите от целевата група. В научната литература (главно англоезична), а и в практическите изследвания, са известни няколко инструмента за оценка на нагласите към храненето, най-популярният от които е Тест за хранителни нагласи (Eating attitude test, EAT-40). Все още обаче липсва стандартизиран инструмент за оценка на хранителните навици, подходящ за българските условия. Поради това, за осъществяването на тази цел, е необходимо адаптирането за българските условия на инструмент за оценка на хранителните навици/ нагласи към храненето. По-конкретно, да се направи българска адаптация и стандартизация на пълната форма на Теста за хранителни нагласи, разработен от Garner & Garfinkel (1979), предназначен за юноши на 14-18 години. В рамките на тази

цел си поставяме следните задачи: (1) да се направи адекватен превод на български език на айтемите в теста, (2) да се проведе пилотно тестиране с представителна извадка от целевата популация, (3) да се изследва скаловата структура на българската версия на теста, (4) да се направи оценка на надеждността на скалите и (5) да се изведат норми за българската популация в целевия възрастов диапазон.

Втора подцел на разработката е да се наблюдават и анализират някои основни психологически характеристики на лицата от целевата група. Тази цел ще бъде осъществена чрез използване на въпросника MMPI, форма А, предназначена за оценка на юноши, чрез който ще бъдат определени психологическите профили на лицата, обхванати в изследването.

Както беше отбелязано, основната цел на изследването е да се установи наличието и характера на взаимовръзката между хранителните нагласи и психологическите профили на българските юноши между 14 и 18 г. За тази цел първоначално ще бъде изследвана корелацията между различни аспекти на хранителните нагласи и психологическите профили на юношите. Ще бъдат анализирани междугрупови различия между юношите, класифицирани според здравния им статус, по основните им клинични профили. Най-накрая, ще бъде приложен един директен подход за установяване на взаимовръзката между различните аспекти на хранителните навици и психологическите профили на юношите.

2.2. Хипотези на изследването

За целите на изследването ще формулираме една обща хипотеза: юношите със специфични хранителни нарушения се характеризират с личностови особености, които са свързани със специфична психопатологична проблематика. Скалите на MMPI-А измерват различни психопатологични характеристики, присъщи или диагностичноопределящи за различни нозологични единици (Приложение 2)

По-конкретно, и в допълнение - позовавайки се на популярните изследвания, цитирани в т. 1.9 от настоящата дисертация и данни от други изследвания (Willianson et al., 1985, Schork, Eckert & Halmi цит. по Espina, 2003), (Graham, 1990, Sansone & Sansone, 1994, цит. по Pryor, 1996) очакваме статистически значими взаимовръзки между следните скали:

(1) Драстичните нарушения в храненето неминуемо се свързват с различни соматични оплаквания от пациентите. Те често negliжират първоначалните симптоми,

но със задълбочаване на патологията в храненето потискането на симптомите става невъзможно. Затова предполагаме, че скалите „Спазване на диета“, „Булимия и прекалено внимание към храненето“ и „Възприет обществен натиск върху хранителния режим“, както и общата нагласа към храненето, са свързани със скалата „Хипохондрия“

(2) Скалите „Спазване на диета“, „Булимия и прекалено внимание към храненето“ и „Възприет обществен натиск върху хранителния режим“, както и общата нагласа към храненето са, свързани с със скалата „Депресия“. В направения обзор на литературата не срещнахме автори, които да не откриват връзка между скала „Депресия“ от ММРІ-А и хранителните разстройства. Тук акцентираме основно над преживяването на принудително, нежелано различие в хранителните поведения спрямо останалите връстници, близки, приятели и др.

(3) Хранителните разстройства често прикриват нерешени конфликти, липса на адаптация в социалното обкръжение и бягство от отговорност. Ето защо очакваме скалите „Спазване на диета“, „Булимия и прекалено внимание към храненето“ и „Възприет обществен натиск върху хранителния режим“, както и общата нагласа към храненето, да са свързани със скала „Хистерия“ от ММРІ-А.

(4) Скалите „Булимия и прекалено внимание към храненето“ и „Възприет обществен натиск върху хранителния режим“ са свързани със скалата „Параноя“. Подобна хипотеза се свързва успешно с данните за протичане на хранителното разстройство. В голяма степен всички болни преживяват както чувството за безнадеждност, заедно с интензивното преживяване на вина, така и усещането, че са преследвани, зорко наблюдавани и подозирани за особеностите в храненето им, които те всячески се стараят да прикрият.

(5) Скалата „Спазване на диета“, както и общата нагласа към храненето, са свързани със скалата „Шизофрения“. Спазването на диета често се асоциира с лоша концентрация, лошо физическо здраве (като мотив за диета или следствие от нея), психотични тенденции, отхвърляне и сексуални проблеми. Тези симптоми в различна степен се откриват и от скала „Шизофрения“ на ММРІ-А. Нещо повече, в наскоро публикувано изследване (Berge et al., 2018) се установяват посттравматичните последици от родители, насърчаващи децата си към диетично хранене. Подобно насърчаване освен споменатите негативни последствия, има и свойството да се предава като бъдещ устойчив родителски стил на подтикваното към спазване на диети дете.

(6) Общата нагласа към храненето е свързано със скалата „Хипомания“. Скала

„Хипомания“ от ММРІ-А е както самостоятелна скала, така и свързана с резултатите от други скали (вж. Приложение 2). Това я поставя в особена връзка с общата нагласа към храненето.

2.3. Задачи на изследването

(1) Да се формира подходяща представителна извадка от юноши на възраст от 14 до 18 години

(2) Да се адаптира и стандартизира за българските условия Теста за хранителни нагласи (Eating attitude test, EAT-40).

(2.1) Да се определят прагови тестови балове на българската версия на Теста за хранителни нагласи, чрез който да се прогнозира проблемни случаи по отношение на хранителните навици.

(3) Да се проведе емпирично изследване, чрез което да се получат количествени данни за хранителните навици на ученици на възраст от 14 до 18 години.

(4) Да се проведе аналогично изследване на личностните профили на ученици чрез въпросника ММРІ-А.

(5) Да се направи анализ на емпиричните данни, включително и на взаимовръзките между хранителните навици и психологическите профили, като се приложат подходящи статистически методи.

2.4. Методология на изследването

2.4.1. Дизайн на изследването

Началната част от изследването е направено в рамките на корелационния анализ. Като променливи в тези анализи участват суровите тестови балове на изследваните лица по различните скали на Теста за хранителни нагласи и ММРІ-А.

Основните изследвания са направени чрез използване на статистическия дисперсионен анализ (ANOVA), в рамките на квазиекспериментално изследване. Независима променлива в тези анализи е здравният статус на изследваните лица с три равнища (здрав, лекуван и диагностициран) или с две равнища (лица с нормално и с проблематично хранене).

2.4.2. Инструментарий

Тест за хранителни нагласи (EAT-40)

Разработването на Теста за хранителни нагласи (EAT-40) отговаря на целта за стандартизиране на инструмент, който оценява широк спектър от поведения и нагласи, свързани с анорексията (Garner & Garfinkel, 1979). Авторите също така си поставят целите тестът да бъде лесен и бърз за администрация и обработка на резултатите; да дава надеждна оценка на състоянието на изследваните лица, както и да има прогностична способност.

Тестът за хранителни нагласи е най-често използваният инструмент за оценка на хранителните разстройства, които включват *anorexia nervosa*, *bulimia nervosa* и други разстройства, характеризиращи се с изживяването на силни емоции, специфични нагласи и поведения, свързани с теглото и храненето. По-популярна е кратката форма на теста (EAT-26), която също има много добри психометрични качества (Garner et al., 1982). Резултатите от теста не могат да се използват като основа за поставяне на диагноза за хранително разстройство, но могат да послужат като първа стъпка в индивидуални или групови скрийнингови изследвания на нагласите към храненето.

MMPI-A

MMPI-A е пренормирана и преработена форма на Минесотски многофакторен личностен въпросник (MMPI), тя е и първата, специално предназначена за оценяване на юноши.

2.4.3. Участници в изследването

В хода на пилотното тестиране в нормативната извадка бяха обхванати 441 участници. Всички и. л. са ученици от 8. до 12. клас в гимназиалната степен на обучение, посещаващи 11 училища, разположени в 4 населени места в страната. Най-голям е дялът на учениците от училищата в София – 289 (65.53% от валидните случаи в извадката); учениците от Дупница са 34 (7.71%), от Златица - 50 (11.34%) и от Баня - 68 (15.42%). Извадката е сравнително добре балансирана по пол – момчетата са 235 (53.291%), а момичетата - 206 (46.71%). Възрастта на участниците варира от 14 до 18 години, със средна възраст $M = 15.97$ години ($SD = 1.38$).

Таблица 3. Разпределение на участниците в изследването по възраст

Възраст (год.)	Брой	Кумулативен брой	Процент от валидните случаи
14	98	98	22.22
15	63	161	14.29
16	106	267	24.04
17	103	370	23.36
18	71	441	16.10
Липсващи	0	441	0.00

Таблица 4. Разпределение на участниците в изследването по пол

Възраст (год.)	Пол	Брой	Кумулативен брой
14	момичета	28	28
14	момчета	70	98
15	момичета	32	130
15	момчета	31	161
16	момичета	60	221
16	момчета	46	267
17	момичета	49	316
17	момчета	55	371
18	момичета	37	408
18	момчета	33	441
Липсващи		0	441

На таблици 3 и 4 са представени данни за разпределението на изследваните лица по възраст и пол от извадката, формирана за пилотното стандартизационно тестване с ЕАТ-40. Наблюдава се известна неравномерност в представителството на отделните възрастови групи, като сравнително по-малки са субизвадките на учениците на 15 и 18 години. От изследваните лица са събрани и редица антропометрични данни – ръст (см.), актуално тегло към момента на провеждане на изследването (кг.), най-високото тегло през последните 6 месеца, най-ниското тегло през последните 6 месеца, както и „идеалното“ тегло, което всяко и. л. би желало да има.

2.4.4. Процедура на изследването

Изследването на учениците бе проведено в периода 2016 – 2017 година. Бяха спазени всички законови изисквания за достъп до учениците. До директорите на различни училища бе изпратено писмо, в което изследователите се представят, описват целите на изследването и търсената възрастова група ученици. След одобрение от директор или зам. директор изследователите бяха насочвани към училищните психолози или педагогически съветници. След това с тяхна помощ се обърнахме за съдействие към класните ръководители на съответните класове, отговарящи на търсената възрастова група от извадката. Като най-удобно време за представяне изследването пред учениците бе избрано времето на часа на класния ръководител. След устно декларирано от учениците желание за участие, на тях им бе раздаван документ за информирано съгласие, който се подписва от родителите ако са съгласни детето им да бъде включено в изследването и се уведомяват, че събраните данни ще бъдат ползвани само за целите на изследването. (вж. Приложение). Отново класните ръководители съдействаха при събирането на тези писмени съгласия. Администрацията на Теста за хранителни нагласи отнема между 7 и 26 минути в различните училища, докато администрирането на ММРІ-А понякога не бе възможно да приключи в деня на започване на администрацията и бе завършван или на другия ден, или в най-кратки срокове (ако денят е петък – в понеделник). Винаги на учениците бе напомняно да четат внимателно инструкцията, като при въпроси бе уговорена процедура за задаването им, без това да пречи на останалите изследвани лица. В няколко училища (ТТЕ, 23СУ и др.) по препоръка на класните ръководители бе проведена и информационна среща-дискусия, посветена на храненето – от нормата до патологията, в която учениците участваха активно, но поради краткото време на един учебен час не бе възможно да се отговори на всички въпроси, поради което бе поет ангажимент за допълнителни срещи след приключване на настоящият труд.

3. Резултати

3.1. Адаптация на пълния вариант на теста за хранителни нагласи (ЕАТ-40) за юноши на 14-18 години

Както беше отбелязано, въпреки широкото използване на Въпросника за хранителни нагласи за изследователски цели, както и в клиничната практика от чуждестранни, а и от български автори (Бояджиева и Ганчев, 1993), този инструмент не е адаптиран за българските условия. Поради това първата фаза в анализа на емпиричните данни от изследването бе да се изгради психометричен модел на скаловата му структура, след което да се изведат нормите за българската целева популация. Изследването на измервателния модел беше направено чрез прилагане на статистическата техника на изследователския факторен анализ, по-конкретно на анализа на главните фактори. Като метод на факторизация беше приложен методът на главните оси, който се разглежда като особено подходящ за разработване на психологически скали (Kubinger, 2003).

Първоначалната скалова конфигурация, т. е. скаловата принадлежност на айтемите, беше определена въз основа на най-високото факторно тегла на съответния айтем по съответния фактор. Първичните фактори, в съгласие с дела от цялата дисперсия, която обясняват, формират скали с нееднакъв брой айтеми. Съгласно направеното първоначално разпределение, фактор 1 включва 18 айтема със следните номера: 1, 2, 5, 8, 9, 10, 13, 16, 19, 20, 22, 29, 30, 32, 36, 37, 38 и 40; фактор 2 включва 14 айтема с номера 3, 4, 6, 7, 11, 14, 15, 17, 23, 25, 28, 31, 34 и 39, а фактор 3 обхваща останалите 8 айтема с номера 12, 18, 21, 24, 26, 27, 33 и 35. Към фактор 1 принадлежат група от айтеми, които манифестират различни поведения и нагласи, свързани с *anorexia nervosa*, които се изразяват във внимателен подбор на храната и съблюдаване на хранителна диета. По-голяма част от айтемите във фактор 2 отразяват наличието на силен апетит, свръхангажираност с въпросите на храненето и същевременно нагласи и поведения за намаляване на телесната маса, а тези във фактор 3 са свързани с контрола върху храненето.

Почти всички айтеми, приписани към даден фактор, имат положителни факторни тегла по този фактор, докато сред останалите айтеми преобладават тези с отрицателни тегла или такива с положителна, но ниска стойност. Малък брой айтеми имат факторни тегла по фактора, към който са отнесени, по-ниско от 0.30, което се разглежда от някои изследователи като долна граница на приемливост (Riekert & Eakin, 2008). По първия фактор това е айтем 20 с факторно тегло 0.211; по втория – айтеми 28 (0.261) и 39 (0.174), а по третия фактор - айтеми 21 (0.207) и 35 (-0.200).

Успоредно с това, някои особености на част от айтемите като относително

ниски факторни тегла по основния фактор или наличието на равностойни тегла по два от факторите, дават основание да предположим, че първоначалната скалова конфигурация би претърпяла определени изменения, ако се изследват собствено психометричните характеристики на айтемите и на отделните скали. В настоящото изследване скалите са именувани както следва:

Скала 1. „Спазване на диета“, Скала 2. „Булимия и прекалено внимание към храненето“ и Скала 3. „Възприет обществен натиск върху хранителния режим“.

3.1.2. Анализ на надеждността на тестовите резултати

През 1982 година Garner и съавтори (Garner, 1982) разработват кратката версия на Въпросника за хранителни нагласи (EAT-26), която съдържа 26 айтема и, без съмнение, улеснява неговото администриране. Нашата цел, обаче, не е да редуцираме броя на айтемите в EAT-40 до 26 или до някаква друга кратка форма на въпросника. Обратно, целта, която си поставяме, е да разработим българската му форма с възможно най-високи измерителни качества, като използваме целия наличен ресурс от айтеми.

Тъй като валидността на въпросника е изследвана и потвърдена както от самите автори, така и в много други изследвания, ние се фокусирахме върху постигането на възможните максимални равнища на надеждност на тестовите резултати. Тази психометрична характеристика беше изследвана чрез анализи на вътрешната консистентност на айтемите на субскалово и скалово равнище. За основа беше използвано разпределението на айтемите в трите скали, получено въз основа на факторния анализ. В изследването на надеждността бяха обхванати всички айтеми, включително и тези с ниски факторни тегла по основния фактор или със съпоставими факторни тегла по два или повече фактора. Надеждността на теста на субскалово и скалово равнище, определена въз основа на първоначалното разпределение на айтемите, е представена в следващата таблица 11.

Таблица 11. Скалови и тестови статистики на първоначалната скалова конфигурация

Статистики	Скала 1	Скала 2	Скала 3	Тест
Брой на айтемите	18	14	8	40
Средна корелация между	0.17	0.21	0.15	0.11

айтемите				
α на Кронбах	0.76	0.79	0.59	0.83

Мерките за надеждност на две от скалите – първата и втората, както и на общата скала, могат да бъдат определени като много добри, тъй като стойностите на коефициента α на Кронбах са по-високи от приетото в психометричните изследвания прагово равнище от 0.70, препоръчано от Нунали (Nunnally, 1978). Неприемливо е обаче равнището на надеждност на третата скала, както и това на средните корелации между айтемите на скалово и тестово равнище. Briggs & Cheek (1986) посочват като оптимални граници на изменение на тази статистика 0.20 - 0.40, а в направеното изследване в този интервал попада само корелацията между айтемите в скала 2 ($r_{cp} = 0.21$). Относително ниските корелации между айтемите в скала 1 и в общата скала, а и в скала 2, са „компенсирани“ от по-големия брой на айтемите в тях, за да достигнат до приемливи равнища на надеждност. Обратно, ниското равнище на надеждност на скала 3 е обусловено от неблагоприятната комбинация от ниски корелации и малък брой айтеми.

Въз основа на тези критерии първоначално структурираните скали претърпяха известна модификация в няколко посоки: (1) айтемите с високи отрицателни корелации със съответния скалов бал бяха реверсирани; (2) айтемите с ниски отрицателни или положителни корелации, водещи до намаляване на надеждността на съответната скала, бяха извадени от нейния състав; (3) айтемите със слаб или негативен принос към надеждността на дадена скала, които имат равностойно факторно тегло по друг фактор и са смислово еднородни с айтемите от другата скала, бяха преместени в нея.

След направените преобразувания, финалният вариант на българската адаптация на Теста за хранителни нагласи е с обем от 35 айтема, разпределени в три скали както следва:

Скала 1. „Спазване на диета“, която включва 16 айтема с номера 2, 4, 5, 8, 9, 10, 16, 17, 19 R, 22, 29, 30, 32, 36, 37 и 38;

Скала 2. „Булимия и прекалено внимание към храненето“, която включва 13 айтема с номера 3, 6, 7, 11, 13, 14, 15, 25, 28, 31, 34, 35 и 40;

Скала 3. „Възприет обществен натиск върху хранителния режим“, която включва 6 айтема с номера 12, 18, 24, 26, 27 и 33.

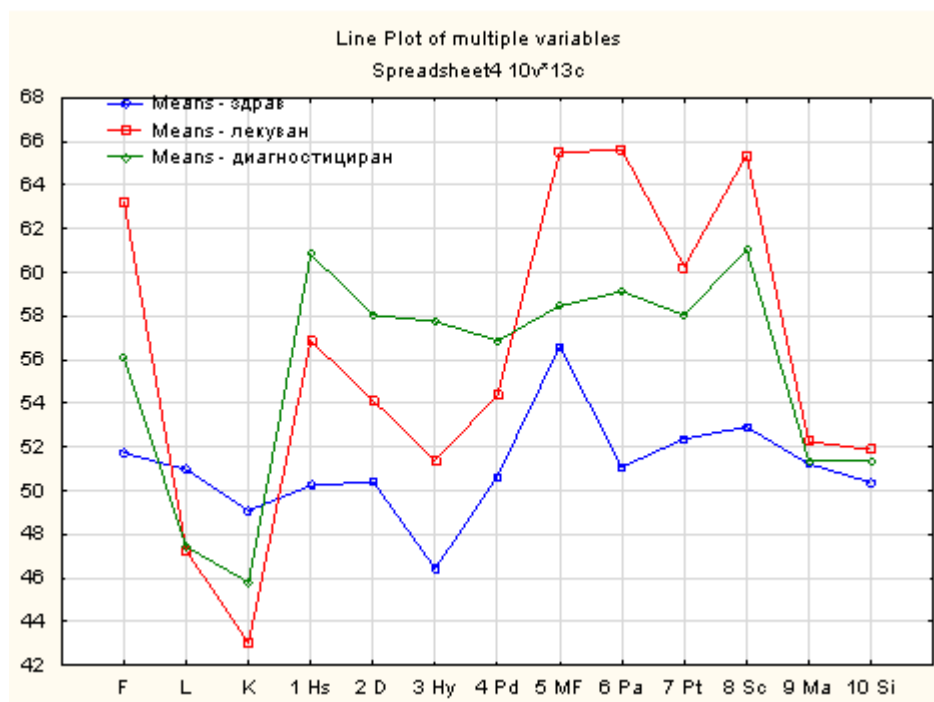
3.1.3. Норми за хранителни нагласи

Нормите на българската версия на Теста за хранителни нагласи, предназначен за юноши между 14 и 18 години, са определени въз основа на суровите тестови балове по отделните скали на теста, както и за общата скала. Групите, за които са определени нормите, са формирани по социално-демографските признаци „възраст“ и „пол“. Наред със средната аритметична стойност (M) и стандартното отклонение (SD) на тестовите балове, за всяка група са посочени и три допълнителни статистики – обемът на съответната субгрупа (n), както и минималният (min.) и максималният (max.) субтестов бал.

3.2. Личностови профили от MMPI

За определяне на личностните профили на юноши от 14 до 18 годишна възраст бе използван Минесотският многофакторен личностен въпросник за изследване на юноши (MMPI-A). След обработка на данните от попълнените тестове чрез интернет платформата на ОС България бе възможно и показването на средните стойности на профилите по критерий здравен статус.

Фигура 2. Усреднени личностни профили на ИЛ по здравен статус



На фигура 2 се илюстрират както сравнително ниските защитни нагласи на лекуваните от хранително разстройство, така и в същото време тяхната най-висока степен на автентична психопатология, висока скала, Параноя и Шизофрения. Високите стойности по скала Мъжественост/ Женственост, която е мултидимензионална е вероятно да отчитат най-вече полово-ролева несигурност, причинена от нарушенията в телесния образ на юношите.

3.3. Взаимовръзка между хранителни навици и личностовите профили на юношите

Получени резултатите от изследването са обработени чрез интернет платформа, в която изследователите влизат с потребителско име и парола и където се съхраняват данните за всички изследвани лица. Както вече бе споменато, при представянето на MMPI-A и интерпретацията на тестовите профили се взема предвид т.н. „сива” зона, която обхваща диапазона от 60 до 65 точки. В този интервал диференциацията между норма и психопатология сред юношите не е добре очертана и не може да бъде описана ясно и категорично. В нея могат да попаднат както нормални юноши, показващи известна психопатология, така и клинични пациенти с по-лека симптоматика.

Преди да започнем описанието на резултатите от личностния въпросник, пристъпихме към изчисляване на тестовите балове по трите скалите на адаптацията за български условия въпросник EAT-35, както и общия тестов бал. Адаптацията на въпросника постави и нуждата от определяне на прагови стойности по скалите на EAT-35 с цел разделяне на лицата на две групи – с „нормално“ и „проблематично“ хранително поведение (аналогично на праговата стойност от 30 точки в оригиналния EAT-40).

Всички ученици, участвали в изследването, бяха разпределени по референтни групи според здравния им статус, показан на таблица 14.

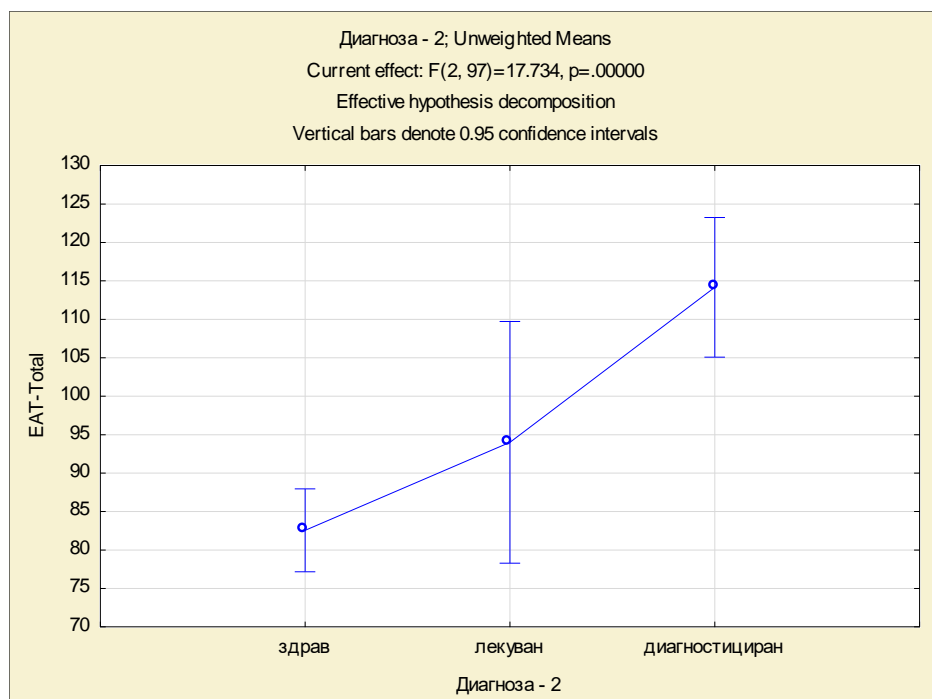
Таблица 16. Разпределение на ИЛ в трите групи

Група	Честотна таблица: Здравен статус					
	Брой	Кумулативен брой	% валидни случаи	Кумулативен % на валидните случаи	% от всички случаи	Кумулативен % от всички случаи
здрав	68	68	68.00	68.00	68.00	68.00
лекуван	8	76	8.00	76.00	8.00	76.00
диагностициран	24	100	24.00	100.00	24.00	100.00

Група	Честотна таблица: Здравен статус					
	Брой	Кумулативен брой	% валидни случаи	Кумулативен % на валидните случаи	% от всички случаи	Кумулативен % от всички случаи
Missing	0	100	0.00		0.00	100.00

Следваща стъпка от изследователския процес е чрез серия от дисперсионни анализи да се установи влиянието на референтните групи върху общата и субскалите от EAT-35. По всички скали, с изключение на субскала F3. „Възприет обществен натиск върху хранителния режим“, има статистически значима разлика, като средните за групата „лекуван“ са на почти равни дистанции от тези на „здрав“ и „диагностициран“, но с широки доверителни интервали (заради малкия брой на лицата в нея). Това дава основание групата „лекуван“ да не може да се добави към нито една от останалите две. Това е показано графично на фигура 3.

Фигура 3. Графика на различията по здравен статус и общ скалов резултат по EAT-35



След стандартизирането на EAT-40 за български условия – EAT-35, важна изследователска задача е определянето на праговите стойности за общата скала и за субскалите на теста. Но с оглед на извършените и графично представени дисперсионни анализи за определяне на праговите стойности следва да се използват двете крайни

групи „здрав“ и „диагностициран“. За целта беше приложена статистическата техника Receiver Operating Characteristic (ROC) Curve анализ.

Изчислените прагови резултати за субскалите на EAT-35 са както следва:

- Скала 1 F1. „Спазване на диета“– 42.50 точки
- Скала 2.F2 „Булимия и прекалено внимание към храненето”– 32.50 точки
- Скала 3. F3 „Възприет обществен натиск върху хранителния режим“ – 18.50 точки

Изчислените прагови стойности за общата скала са 102 точки.

След събиране на данните от теста MMPI-A и обработването им от програмата на ОС България за всеки един участник се генерира електронен доклад с графично и числово изображение на резултатите. За целите на настоящото изследване са използвани цифровите стойности, поради търсенето на взаимовръзки между скалите на тестовете EAT-35 и MMPI-A.

3.3.1. Корелационен анализ между скалите на EAT-35 и MMPI-A

За представянето на корелационните зависимости между субскалите и общата скала на EAT-35 и скалите по MMPI-A е използвана таблица 17. На нея са представени данни за силата и посоката на връзката между субскалите и общия тестов бал на теста EAT-35 и всички скали личностния въпросник за юноши MMPI-A.

Таблица 17. Корелационни коефициенти на отношенията между скалите на MMPI-A и общ и субскалов бал по EAT-35

MMPI-A скали	Корелации с EAT-35 и субскалите му N=100			
	EAT-F1	EAT-F2	EAT-F3	EAT-Total
?	0.04	0.11	0.07	0.09
VRIN	0.08	0.13	0.11	0.13
TRIN	-	-	-	-
F1	0.10	0.16	*0.34	*0.21
F2	0.19	*0.22	*0.25	*0.27
F	0.18	*0.24	*0.33	*0.30
L	-0.07	-0.18	0.03	-0.11
K	-0.19	-0.13	-0.12	-0.20
1 Hs	*0.43	*0.56	0.14	*0.54
2 D	0.20	*0.22	0.12	*0.24
3 Hy	*0.44	*0.49	0.17	*0.52
4 Pd	0.17	*0.28	0.19	*0.27
5. MF	-0.07	0.10	0.07	0.02

MMPI-A скали	Корелации с EAT-35 и субскалите му N=100			
	EAT-F1	EAT-F2	EAT-F3	EAT-Total
6 Pa	*0.28	*0.35	*0.35	*0.41
7 Pt	*0.20	*0.32	0.19	*0.30
8 Sc	0.18	*0.34	*0.29	*0.33
9 Ma	0.01	0.05	*0.24	0.09
0 Si	-0.02	0.09	-0.02	0.03
A-anx	*0.30	*0.32	*0.25	*0.38
A-obs	0.12	0.19	0.17	0.19
A-dep	0.18	*0.28	0.14	*0.26
A-hea	*0.45	*0.59	*0.20	*0.57
A-aln	0.09	0.06	0.09	0.10
A-biz	*0.25	*0.26	*0.21	*0.32
A-ang	0.16	0.15	0.14	0.19
A-cyn	0.01	0.01	0.06	0.03
A-con	0.00	0.03	*0.30	0.09
A-lse	0.11	*0.26	0.06	0.19
A-las	-0.17	-0.05	-0.10	-0.14
A-sod	-0.05	-0.01	-0.06	-0.05
A-fam	0.12	0.17	*0.23	*0.20
A-sch	0.00	0.13	0.15	0.10
A-trt	0.01	0.08	0.15	0.08
MAC-R	0.27	0.18	*0.28	*0.31
ACK	0.17	*0.20	*0.31	*0.27
PRO	0.02	0.13	0.17	0.12
IMM	-0.01	0.11	0.15	0.08
A	*0.20	*0.24	0.18	*0.26
R	-0.08	-0.04	-0.17	-0.11
Si1	-0.08	0.03	-0.10	-0.06
Si2	0.04	0.06	0.06	0.06
Si3	0.01	0.04	0.09	0.04
D1	0.09	0.19	0.13	0.17
D2	-0.08	-0.10	*-0.20	-0.14
D3	*0.40	*0.33	0.14	*0.41
D4	0.14	*0.23	0.11	*0.21
D5	*0.22	*0.27	*0.26	*0.31
Hy1	0.10	-0.07	0.02	0.03
Hy2	0.12	0.00	-0.03	0.06
Hy3	*0.24	*0.27	0.14	*0.29
Hy4	*0.45	*0.60	*0.24	*0.59
Hy5	-0.03	-0.05	-0.09	-0.06
Pd1	0.12	0.19	0.14	0.19
Pd2	-0.03	0.06	0.11	0.04
Pd3	0.06	-0.06	0.05	0.02
Pd4	0.02	0.07	*0.23	0.10
Pd5	0.15	*0.20	0.14	*0.21
Pa1	0.16	*0.22	*0.25	*0.26
Pa2	0.19	0.18	0.18	*0.24
Pa3	0.16	0.19	0.13	*0.21
Sc1	0.07	0.17	0.09	0.14
Sc2	0.11	*0.22	*0.22	*0.22
Sc3	*0.20	*0.35	*0.34	*0.36
Sc4	0.07	*0.23	*0.20	0.19
Sc5	0.17	*0.37	*0.27	*0.33
Sc6	*0.31	*0.42	*0.31	*0.45

MMPI-A скали	Корелации с EAT-35 и субскалите му N=100			
	EAT-F1	EAT-F2	EAT-F3	EAT-Total
Ma1	-0.13	*-0.29	0.03	*-0.20
Ma2	0.07	0.13	*0.26	0.17
Ma3	-0.02	-0.02	0.10	0.00
Ma4	0.03	0.13	*0.22	0.13

Забележка: Корелационните коефициенти, маркирани със знака (*), са статистически значими при ниво на значимост $p < 0.05$.

Взаимовръзките с корелационен индекс $r=0.30$ (долна граница за умерено висока зависимост) представляват интерес за повечето изследователи. Получените резултати показват множеството на брой корелации между скалите на двата въпросника, които в по-голямата си част са правопрпорционални. Важно е да отбележим и наличието на взаимовръзки при всички видове скали на MMPI-A – както валидностните индекси, така и всички останали скали. На таблица 15 виждаме по-силни корелации на скалите на EAT-35 със следните скали от MMPI-A:

- скала F (основна валидностна скала)
- всички клинични скали, както и техните субскали, с изключение на скала MF (Мъжественост/Женственост) и скала Si (Социална интроверсия)
- някои съдържателни скали - A-ANX (Тревожност), A-HEA (Загриженост за здравето), A-FAM (Семейни проблеми)
- множество допълнителни скали - A - Тревожност (Welsh), R - Репресия (Welsh), MAC- R - Скала на MacAndrew за алкохолизъм, АСК - Признание за зависимост, PRO - Потенциал за зависимост, IMM - Скала „Незрялост“

На следващата таблица 18 са показани само най-високите корелационни зависимости по скалите на MMPI-A и субскала F1 „Спазване на диета“ от EAT-35

Таблица 18. Най-високи корелационни индекси между субскала „Спазване на диета“ от EAT-35 и скали от MMPI-A

MMPI-A скали	Корелации с EAT-35 и субскалите му N=100			
	EAT-F1	EAT-F2	EAT-F3	EAT-Total
A-hea	*0.45	*0.59	*0.20	*0.57
Hu4	*0.45	*0.60	*0.24	*0.59
3 Hu	*0.44	*0.49	0.17	*0.52
1 Hs	*0.43	*0.56	0.14	*0.54

MMPI-A скали	Корелации с EAT-35 35 и субскалите му N=100			
	EAT-F1	EAT-F2	EAT-F3	EAT-Total
D3	*0.40	*0.33	0.14	*0.41
Sc6	*0.31	*0.42	*0.31	*0.45
A-anx	*0.30	*0.32	*0.25	*0.38

Забележка: Корелационните коефициенти, маркирани със знака (*), са статистически значими при ниво на значимост $p < 0.05$

От основните клинични скали на MMPI-A тук са представени скали Хипохондрия, Депресия, Хистерия, Шизофрения. Скала Хистерия освен като основна клинична скала на таблицата е представена и със субскалата си Ну4 - Соматични оплаквания. От съдържателните скали с най-високи корелации спрямо субскала F1 „Спазване на диета“ от EAT-35 са А-АНХ (Тревожност) и А-НЕА (Загриженост за здравето).

Тъй-като скала „Спазване на диета“ се свързва със сериозни хранителни рестрикции е съвсем очаквана и корелацията по скалите, включени в таблицата, сред които на първо място е скалата А-неа, която е характерна за лица с множество телесни оплаквания - гастро-интестинални симптоми (запек, повръщане, стомашни проблеми и др.), неврологични симптоми (проблеми със слуха и зрението), кожни проблеми, болки (главоболие, болка във врата или кръста), респираторни проблеми (кашлица, астма) и др. Тези хора са загрижени за своето здраве, нещо повече – често са обсебени от желанието да наблюдават физиологичното си функциониране. Понякога имат и разстройства на съня, чувстват се депресирани, лишени от енергия и неспособни да се справят с проблемите си

По подобен начин можем да свържем и данните от скали Хипохондрия и Хистерия, и то като основни клинични скали. Както бе описано в теоретичната част спазването на какъвто и да е рестриктивен хранителен режим, с външно определени храни, количества и време за хранене повишава тревожността, депресивността, а често и мисловните процеси. Поради тази причина с увеличаване резултата по скала „Спазване на диета“ растат и стойностите по скали Депресия, Шизофрения и по съдържателна скала Тревожност (А-АНХ), с характерни високо вътрешно напрежение, нервност, психосоматични проблеми (лесна уморяемост), трудности при взимането на решения, разстройства на съня, постоянни безпокойства и тревоги, тъжно или депресивно настроение, лоша концентрация на вниманието, ниска самооценка, неувереност и сицидни идеации

На таблица 19 са показани само най-високите корелационни зависимости по скалите на ММПИ-А и субскала F2 „Булимия и прекалено внимание към храненето“ от ЕАТ-35

Таблица 19. Най-високи корелационни индекси между субскала F2 „Булимия и прекалено внимание към храненето“ от ЕАТ-35 и скали от ММПИ-А

ММПИ-А скали	Корелации с ЕАТ-35 35 и субскалите му N=100			
	ЕАТ-F1	ЕАТ-F2	ЕАТ-F3	ЕАТ-Total
Hу4	*0.45	*0.60	*0.24	*0.59
A-hea	*0.45	*0.59	*0.20	*0.57
1 Hs	*0.43	*0.56	0.14	*0.54
3 Hy	*0.44	*0.49	0.17	*0.52
Sc6	*0.31	*0.42	*0.31	*0.45
Sc5	0.17	*0.37	*0.27	*0.33
6 Pa	*0.28	*0.35	*0.35	*0.41
Sc3	*0.20	*0.35	*0.34	*0.36
8 Sc	0.18	*0.34	*0.29	*0.33
D3	*0.40	*0.33	0.14	*0.41
A-anx	*0.30	*0.32	*0.25	*0.38
7 Pt	*0.20	*0.32	0.19	*0.30

Забележка: Корелационните коефициенти, маркирани със знака (*), са статистически значими при ниво на значимост $p < 0.05$

От основните клинични скали на ММПИ-А тук са представени скали Хипохондрия, , Хистерия, Шизофрения, както и Психастения. Скала Хистерия освен като основна клинична скала на таблицата е представена и със субскалата си Hу4 - Соматични оплаквания, както и субскалите на скала Шизофрения - Sc3 (Липса на Ego Mastery, когнитивна), Sc5 (Липса на Ego Mastery, дефектно потискане), Sc6 (Странни сензорни усещания и възприятия). Основната клинична скала Депресия тук не присъства, но е налице силна корелация по нейната субскала D3 (Лошо физиологично функциониране). От съдържателните скали с най-високи корелации спрямо субскала F2 „Булимия и прекалено внимание към храненето“ от ЕАТ-35 са А-АНХ (Тревожност) и А-НЕА (Загриженост за здравето).

На таблица 20 са показани само най-високите корелационни зависимости по скалите на ММПИ-А и субскала F3 „Булимия и прекалено внимание към храненето“ от ЕАТ-35

Таблица 20. Най-високи корелационни индекси между субскала F3 „Възприет обществен натиск върху хранителния режим“ от EAT-35 и скали от MMPI-A

MMPI-A скали	Корелации с EAT-35 35 и субскалите му N=100			
	EAT-F1	EAT-F2	EAT-F3	EAT-Total
6 Pa	*0.28	*0.35	*0.35	*0.41
Sc3	*0.20	*0.35	*0.34	*0.36
F1	0.10	0.16	*0.34	*0.21
F	0.18	*0.24	*0.33	*0.30
АСК	0.17	*0.20	*0.31	*0.27
Sc6	*0.31	*0.42	*0.31	*0.45
A-con	0.00	0.03	*0.30	0.09

Забележка: Корелационните коефициенти, маркирани със знака (*), са статистически значими при ниво на значимост $p < 0.05$

На таблица 20 е представена само една основна клинична скала от MMPI-A - скала Параноя. Като субскали на основна клинична скала в таблицата са и субскалите на скала Шизофрения - Sc3 Липса на Ego Mastery, когнитивна, Sc6 - Странни сензорни усещания и възприятия. Интересна е силната корелация на основния валидният показател в MMPI-A – F, и то в първата половина на теста – F1. Допълнителните скали са представени от АСК - Признание за зависимост, а от съдържателните скали с най-висока корелация спрямо субскала F2 „Булимия и прекалено внимание към храненето“ от EAT-35 е A-CON (Проблемно поведение)

На таблица 21 са показани само най-високите корелационни зависимости по скалите на MMPI-A и общия тестов бал от EAT-35

Таблица 21. Най-високи корелационни индекси между общия тестов бал от EAT-35 и скали от MMPI-A

MMPI-A скали	Корелации с EAT-35 35 и субскалите му N=100			
	EAT-F1	EAT-F2	EAT-F3	EAT-Total
Hу4	*0.45	*0.60	*0.24	*0.59
A-hea	*0.45	*0.59	*0.20	*0.57
1 Hs	*0.43	*0.56	0.14	*0.54
3 Hу	*0.44	*0.49	0.17	*0.52
Sc6	*0.31	*0.42	*0.31	*0.45
D3	*0.40	*0.33	0.14	*0.41
6 Pa	*0.28	*0.35	*0.35	*0.41
A-anx	*0.30	*0.32	*0.25	*0.38
Sc3	*0.20	*0.35	*0.34	*0.36
8 Sc	0.18	*0.34	*0.29	*0.33
Sc5	0.17	*0.37	*0.27	*0.33

MMPI-A скали	Корелации с EAT-35 35 и субскалите му N=100			
	EAT-F1	EAT-F2	EAT-F3	EAT-Total
A-biz	*0.25	*0.26	*0.21	*0.32
D5	*0.22	*0.27	*0.26	*0.31
MAC-R	*0.27	0.18	*0.28	*0.31
7 Pt	*0.20	*0.32	0.19	*0.30
F	0.18	*0.24	*0.33	*0.30

Забележка: Корелационните коефициенти, маркирани със знака (*), са статистически значими при ниво на значимост $p < 0.05$

На таблица 21 са представени основните клинични скали Хипохондрия, Хистерия, Шизофрения, Параноя и Психастения от MMPI-A Скала Хистерия освен като основна клинична скала на таблицата е представена и със субскалата си Ну4 - Соматични оплаквания, както и субскалите на скала Шизофрения - Sc3 Липса на Ego Mastery, когнитивна, Sc5 -Липса на Ego Mastery, дефектно потискане, . Sc6 - Странни сензорни усещания и възприятия. Основната клинична скала Депресия тук не присъства, но е налице силна корелация по нейната субскала D3 Лошо физиологично функциониране и D5 - Мрачно настроение. От съдържателните скали с най-високи корелации спрямо общия тестов бал от EAT-35 са А-ANX (Тревожност), А-BIZ (Странно мислене) и А-HEA (Загриженост за здравето. Налице е и силна корелация на основния валидостен показател в MMPI-A – F. Корелация на общ тестов бал по EAT-35 и допълнителните скали на MMPI-A има само по скала MAC- R - Скала на MacAndrew за алкохолизъм.

3.3.2. Междугрупови различия по клиничните скали в MMPI-A

На следващите редове ще бъде представен анализ на междугруповите различия по клиничните скали в MMPI-A. За целта като метод за анализ е използван еднофакторен многомерен дисперсионен анализ. Независимата променлива е здравният статус на ИЛ с три нива – „клинично здрав“, „лекуван“ и „диагностициран“. Към първата субгрупа са причислени онези ИЛ, които нямат проблеми по отношение на храненето и са отговорили негативно на съответния въпрос от въпросника EAT-35 при събирането на данните. Във втората субгрупа са включени лица, които са били на лечение в болнично заведение, в извънболнична институция или са били в терапевтично отношение със специалист–психиатър или психотерапевт. В третата субгрупа са включени онези лица, които към момента на провеждане на изследването са подложени на болнична или диспансерна форма на лечение и имат диагноза по МКБ

10 - F50.0 и F50.4). Зависими променливи в анализа са клиничните скали на ММРІ-А.

На таблица 22 са показани резултатите от еднофакторния дисперсионен анализ.

Таблица 22. Резултати от дисперсионния анализ

Effect	Мултивариативно изследване на значимостта					
	Тест	Стойност	F	Ефект df	Грешка df	p
Секуща	Wilks	0.01	1289.85	13.00	85.00	0.00
Здравен статус	Wilks	0.56	2.19	26.00	170.00	0.00

Данните от таблицата показват, че между ИЛ от различните групи се наблюдава статистически значима разлика между равнищата на тестовите балове по скалите на ММРІ-А. Поради тази причина обработването на данните беше продължено с извършване на серия от post-hoc анализи, чиято задача е да се установи конкретно по кои от основните (клинични) скали на ММРІ-А съществуват такива разлики. Установени бяха статистически значими разлики при следните скали от ММРІ-А: скала валидостен индекс F, клинична скала Хипохондрия, клинична скала Депресия, клинична скала Хистерия, клинична скала Психопатно отклонение, клинична скала Параноя и клинична скала Шизофрения.

3.3.3. Анализ на междугруповите различия, определени въз основа дихотомизираните скали на ЕАТ-35, по отношение на основните скали на ММРІ

За да разберем повече за междугруповите различия по надпраговите стойности по трите субскали и основната скала по ЕАТ-35 и основните клинични скали от ММРІ-А бе направен еднофакторен многомерен дисперсионен анализ с НП – всяка от дихотомизираните скали на ЕАТ и ЗП – основните скали на ММРІ. Тестовите балове по скалите на ЕАТ-35 са дихотомизирани въз основа на праговите стойности, определени чрез ROC-анализа (Var 67 – 70, именувани като ЕАТ_F1 dichotom. и т.н.).

Определените категории са:

- категория „normal” (лица с „нормално“ хранително поведение) – под съответната прагова стойност
- категория „problematic” (лица с „проблематично“ хранително поведение) - над съответната прагова стойност

3.3.3.1. Междугрупови различия по субскала F1 „Спазване на диета“

На таблица 36 са представени резултати, показващи липса на силно междугрупово различие по дихотомизираната субскала F1 на EAT-35 и клиничните скали на MMPI-A. Важно е да се отбележи, че с увеличаване на ИЛ стойността р би била по-ниска.

Таблица 36. Общи резултати от многомерния анализ

	Мултивариативно изследване на значимостта					
	Тест	Стойност	F	Ефект df	Грешка df	p
Секуща	Wilks	0.00	2638.44	13	86	0.00
EAT-F1 дихотомно	Wilks	0.81	1.54	13	86	0.12

Данните от таблицата показват, че между дихотомизираната субскала F1 на EAT-35 и клиничните скали на MMPI-A се наблюдава статистически значима разлика. Поради тази причина обработването на данните беше продължено с извършване на серия от post-hoc анализи, чиято задача е да се установи конкретно по кои от основните (клинични) скали на MMPI-A съществуват такива разлики. Установени бяха статистически значими разлики при следните скали от MMPI-A: клинична скала Хистерия и клинична скала Параноя

3.3.3.2. Междугрупови различия по скала EAT-F2

На таблица 50 са представени резултати, показващи силно междугрупово различие по дихотомизираната субскала F2 „Булимия и прекалено внимание към храненето“ на EAT-35 и клиничните скали на MMPI-A.

Табл. 50. Общи резултати от многомерния анализ

	Мултивариативно изследване на значимостта					
	Тест	Стойност	F	Ефект df	Грешка df	p
Секуща	Wilks	0.00	2047.92	13	86	0.00
EAT-F2 дихотомно	Wilks	0.72	2.56	13	86	0.00

Данните от таблицата показват, че между дихотомизираната субскала F2 на EAT-35 и клиничните скали на MMPI-A се наблюдава статистически значима разлика.

Поради тази причина обработването на данните беше продължено с извършване на серия от post-hoc анализи, чиято задача е да се установи конкретно по кои от основните (клинични) скали на ММРІ-А съществуват такива разлики. Установени бяха статистически значими разлики при следните скали от ММРІ-А: клинична скала Хипохондрия, клинична скала Хистерия, клинична скала Психопатно отклонение, клинична скала Мъжественост/Женственост, клинична скала Психастения, клинична скала Параноя и клинична скала Шизофрения

3.3.3.3. Междугрупови различия по скала ЕАТ-F3 „Възприет обществен натиск върху хранителния режим“,

На таблица 64 са представени резултати, показващи липса на силно междугрупово различие по дихотомизираната субскала F3 „Възприет обществен натиск върху хранителния режим“ на ЕАТ-35 и клиничните скали на ММРІ-А.

Табл. 64. Общи резултати от многомерния анализ

	Тест	Стойност	F	Ефект df	Грешка df	p
Секуща	Wilks	0.00	2651.89	13	86	0.00
ЕАТ-F3 дихотомно.	Wilks	0.83	1.38	13	86	0.19

Данните от таблицата показват, че между дихотомизираната субскала F3 на ЕАТ-35 и клиничните скали на ММРІ-А се наблюдава статистически значима разлика. Поради тази причина обработването на данните беше продължено с извършване на серия от post-hoc анализи, чиято задача е да се установи конкретно по кои от основните (клинични) скали на ММРІ-А съществуват такива разлики. Установени бяха статистически значими разлики при следните скали от ММРІ-А: основен валидостен индекс F, клинична скала Параноя и клинична скала Шизофрения

3.3.3.4. Междугрупови различия по скала Общ терстов бал на ЕАТ-35

На таблица 78 са представени резултати, показващи силно междугрупово различие по общия тестов бал на ЕАТ-35 и клиничните скали на ММРІ-А.

Табл. 78. Общи резултати от многомерния анализ

Effect						
	Тест	Стойност	F	Ефект df	Грешка df	p
Секуща	Wilks	0.00	2290.06	13	86	0.00
EAT_Total дихотомно	Wilks	0.77	2.01	13	86	0.03

Табличното представяне показва силни различия, обуславящи ясно някаква граница на значимост, от която симптомите по скалите става индикация както за хранителна, така и за личностна психопатология. Поради тази причина обработването на данните беше продължено с извършване на серия от post-hoc анализи, чиято задача е да се установи конкретно по кои от основните (клинични) скали на MMPI-A съществуват такива разлики. Установени бяха статистически значими разлики при следните скали от MMPI-A: клинична скала Хипохондрия, клинична скала Депресия, клинична скала Хистерия, клинична скала Психопатно отклонение, клинична скала Параноя, клинична скала Психастения и клинична скала Шизофрения.

4. Заключение

Основната задача, която си поставихме в това изследване, бе да адаптираме и стандартизираме пълния вариант на теста за хранителни нагласи (EAT-40) в българската социално-културна среда, сред целевата популация на юношите в гимназиалната степен на обучение, на възраст 14-18 години. Важен аспект от изследването бе нашият стремеж за постигане на възможно най-високите измерителни качества на българската форма на теста, като се използва целия наличен ресурс от айтеми от оригиналния му вариант. Тази задача, свързана с психометричните характеристики на българската версия, предполага определяне на скаловата й структура, надеждността на скалите и нормите за целевата популация.

Изследователският метод факторен анализ, приложен като техника за разкриване на скаловата структура на теста, както и последващите методи за определяне на оптималния измервателен модел, показаха няколко възможни решения с размерност 4 или по-малко фактора. Бяха анализирани 2 модела – 4- и 3-факторен, от които беше предпочетено 3-факторното решение поради слабия, с неопределено значение последен фактор на по-сложния модел.

Първата скала, интерпретирана като „спазване на диета“, отразява възприетия режим на диетично хранене, свързан с консумацията на диетични храни, избягване на храни с високо въглехидратно съдържание и захар; със самоконтрол върху храненето, който предполага и познаването на калорийното съдържание на консумираните храни, със силното желание за постигане и поддържане на ниско тегло, включително и чрез правене на физически упражнения. Втората скала „Булимия и прекалено внимание към храненето“ отразява фокусирането върху храната и храненето и повишен апетит, но и компенсаторните действия за избягване на напълняването като повръщане и приемане на разхлабителни лекарства, както и чувството на вина и дискомфорт. Третата скала „Възприет обществен натиск върху хранителния режим“ е свързана с извеждането на проблемите на храненето от личната сфера и оглеждането в очите на околните за начина, по който те възприемат нашите собствени хранителни навици. Тази скала съдържа имплицитно тревожния въпрос „Какво мислят другите за моето тегло, за моята фигура?“, като основното в нея е възприетата нагласа на околните за оказване на натиск за промяна на тези навици в посока увеличаване (нормализиране) на нашето тегло.

При едно по-късно свое изследване на факторната структура на пълната форма на теста (EAT-40), но с по-голяма извадка, Garner и съавтори достигат до същата размерност на факторното пространство, със сходна интерпретация на димензиите (Garner et al., 1982). В това изследване авторите обосновават създаването на кратка форма на теста (EAT-26).

Впрочем, интерпретацията на първите две скали в българската версия е тълждествена с тази от кратката форма на теста (EAT-26). Известни различия се наблюдават обаче при третата скала. Garner и съавтори, въз основа на съдържанието на айтемите в тази скала, я определят като „Контрол върху храненето“ (Oral control) и тълкуват нейното значение от две перспективи - като самоконтрол върху храненето и като възприет натиск от другите за напълняване (нормализиране на теглото). В българската версия е представена само втората перспектива, като най-типичен за тази скала е айтем 12. „Чувствам, че другите биха искали да се храня повече.“ За българските юноши техният публичен образ, стремежът да изглеждат привлекателни (част от тази скала е айтем 18. „Харесвам дрехите ми да бъдат прилепнали по тялото ми.“), както и мнението на другите по отношение на храненето, са от толкова съществено значение, че формират самостоятелна дименсия в техните нагласи по този въпрос. Твърде вероятно е тя да е свързана с дименсията „публична себеосъзнатост“ в

теорията на Fenigstein, Scheier & Buss (1975), разглеждана като „внимание на личността към начина, по който другите я възприемат и се отнасят към нея“ (Дилова, Трайкова и Маноилова, 2012, стр. 126).

Въпреки че първата перспектива – самоконтролът, отсъства от третата скала, тя не е изчезнала от теста, а се е „разтворила“ в първата скала, „отразяваща възприетия режим на диетично хранене. Част от тази скала са въпроси като 32. „Проявявам самоконтрол, когато около мен има храна.“ и 5. „Избягвам да се храня, когато съм гладен(на).“, които в оригиналния тест принадлежат към скалата „Контрол върху храненето“. Очевидно за българските юноши самоконтролът по отношение на храненето е неразделен елемент от нагласата им за спазване на специфичен хранителен режим, избягване на калорична храна и внимание към калорийното съдържание на храните.

Йерархичният факторен анализ разкри интересните взаимоотношения между факторите. Наблюдава се значителна корелация между първите два фактора – достатъчно висока, за да бъде пренебрегната, но недостатъчно, за да бъдат разглеждани като идентични. Това е свидетелство, че симптомите и психофизиологичните особености, които описва всяка от тези скали, също имат тясната взаимовръзка. Показателно е, че най-високи факторни тегла по общия фактор от втори ред имат айтемите, които формират тези две скали, с предимство на айтемите от скалата „Булимия“. С други думи, булимията и нагласата за диетичното хранене и формират ядрото на хранителните разстройства. Третият фактор е почти еднакво отдалечен от първите два, с които има слаба взаимовръзка. Както би могло да се очаква, нагласите към храненето, още повече хранителните навици, нямат почти никаква взаимна или каузална обусловеност с натиска от околните за нормализиране на теглото на лицата, страдащи от хранителни разстройства.

Вътрешната консистентност на първите две скали на българската версия на теста - „Спазване на диета“ и „Булимия и прекалено внимание към храненето“, е на достатъчно високо равнище, за да бъдат тези скали разглеждани като надеждно средство за оценка на съответните симптоми и психофизиологичните особености на лицата, страдащи от хранително разстройство. Общата скала, след отстраняване от теста на пет айтема, се характеризира с още по-висока надеждност. Недостатъчно задоволително обаче е нейното ниво при третата скала - „Възприет обществен натиск върху хранителния режим“. На какво се дължи по-ниската надеждност на тази скала? Средната корелация между айтемите в нея (0.22) е малко по-ниска, но съпоставима със

средните корелации между айтемите в първите две скали (съответно 0.25 и 0.24). Поради това може да се приеме, че основната причина се крие в малкия обем на тази скала – броят на айтемите в нея е 6, което е 2 – 3 пъти по-малко от обемите на първите две скали. Необходими са още 3 айтема с психометрични характеристики, подобни на тези на наличните айтеми, за да може нивото на надеждност на тази скала да надхвърли приетото прагово равнище от 0.70.

В съответствие с данните, получени и от други изследователи (Willianson et al., 1985, Schork, Eckert & Halmi, 1994 цит. по Espina, 2003) в настоящето изследване бяха установени множество връзки на хранителни навици, водещи до риск или заболяване от хранително разстройство и скала Хистерия от ММРІ-А, което потвърждава една от поставените хипотези – (3), с изключение на липсата на връзка между скалата от ММРІ-А и субскала F3 „Възприет обществен натиск върху хранителния режим“. Сред най-силно корелиращите скали освен Хистерия, попаднаха и скали Хипохондрия – отново с изключение на липсата на връзка между скалата от ММРІ-А и субскала F3. „Възприет обществен натиск върху хранителния режим“ и субскалата от ММРІ-А на клиничната скала Депресия - D3 Лошо физиологично функциониране, където характерни симптоми са погълнатостта от собственото си телесно функциониране, както и убедеността във влошено здраве и широка гама от соматични оплаквания.. Самата скала Депресия изненадващо не корелира със субскала F1 „Спазване на диета“, поради което частично се отхвърля и хипотеза (2) - очакване за цялостна корелация с всички субскали и общия тестов бал на ЕАТ-35. Тревожността също е сред личностните черти с най-силна връзка с хранителни навици, водещи към заболяване от хранително разстройство или хранителни навици на вече болни от хранително разстройство юноши. Скала Хипохондрия, освен наличието на симптоми, свързани с повишен страх за здравето е индикатор и за незрялост, трудност в разбирането на психичните конфликти, които ИЛ с високи стойности по скалата често пренасят чрез тялото си върху близките и значимите за тях други, което е удобен начин за манипулация, както и вид твърде незряла комуникация относно страданието им. Скалата показва силни корелации със ЕАТ-35 и субскалите му, с изключение на субскала F3 „Възприет обществен натиск върху хранителния режим“ Скала Параноя корелира с всички субскали и общия тестов бал на ЕАТ-35. Субскалата на скала Шизофрения Sc6 - Странни сензорни усещания и възприятия също показва най-силна връзка с хранителните навици, които представляват риск за здравето на юношите, а самата клинична скала Шизофрения изненадващо не корелира само със субскала F1

„Спазване на диета“, което ни принуждава да отхвърлим хипотеза (5). Скала Хипомания от MMPI-A корелира само със субскала F3 „Възприет обществен натиск върху хранителния режим“ от EAT-35

Настоящото изследване дава възможност да се ползва стандартизиран инструмент, позволяващ измерването и съответно по-доброто познаване на хранителните навици на юношите, като предиктор за начална или персистираща психопатологична симптоматика. Също така, се установяват връзки между личностни черти и хранителни навици на три групи юноши, определени според здравния им статус по отношение на типичните им хранителни навици

5. Приноси

1. Направена е българска адаптация на инструмент за измерване на хранителни нагласи (EAT-35) и са определени български норми на теста EAT-35 за юношеската популация
2. За пръв път в България се изследва връзката между хранителните навици и личностни черти на ученици в юношеска възраст, измерени чрез стандартизирани психологически тестове.
3. Установени са значими взаимовръзки между специфични хранителни навици и личностни черти. Сред силнокорелиращите скали от MMPI-A попадат скала Хистерия, скала Хипохондрия, субскала на клиничната скала Депресия - D3 Лошо физиологично функциониране. Тревожността също е сред личностните черти с най-силна връзка с хранителни навици, водещи към заболяване от хранително разстройство или хранителни навици на вече болни от хранително разстройство юноши. Субскалата на скала Шизофрения Sc6 - Странни сензорни усещания и възприятия също показва най-силна връзка с хранителните навици, които представляват риск за здравето на юношите. Тези резултати се потвърждават и в други изследвания.

4. Публикации, свързани с дисертационния труд

1. Йорданов, И. (2016), Методи за измерване на хранителния прием: специфични особености в приложението им при лица в юношеска възраст, сп. Неврология и психиатрия, бр.1/2017 г.
2. Джалев, Л., Йорданов, И. (2017), Тест за измерване на хранителни нагласи (ЕАТ-40) и приложението му сред ученици (14-18 години) бр.2/2017 г.