



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ
„ПРОФ. Д-Р ПАРАСКЕВ СТОЯНОВ“ ВАРНА
ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНА
КАТЕДРА “ПСИХИАТРИЯ И
МЕДИЦИНСКА ПСИХОЛОГИЯ”

Д-р Габриела Валентинова Гачева

**ПРОСЛЕДЯВАНЕ НА КОНСТАНТНИ И ПРОМЕНЛИВИ
ХАРАКТЕРИСТИКИ В АКТИВНА ФАЗА И РЕМИСИЯ ПРИ ПАЦИЕНТИ С
АНОРЕКСИЯ НЕРВОЗА В ЮНОШЕСКА ВЪЗРАСТ**

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд за присъждане на научна и образователна степен „Доктор”
по научна специалност „Детска психиатрия”

Научен ръководител: Проф. д-р Петър Милчев Петров, д.м.н.

Варна, 2025



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ
„ПРОФ. Д-Р ПАРАСКЕВ СТОЯНОВ“ ВАРНА
ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНА
КАТЕДРА “ПСИХИАТРИЯ И
МЕДИЦИНСКА ПСИХОЛОГИЯ”

Д-р Габриела Валентинова Гачева

**ПРОСЛЕДЯВАНЕ НА КОНСТАНТНИ И ПРОМЕНЛИВИ
ХАРАКТЕРИСТИКИ В АКТИВНА ФАЗА И РЕМИСИЯ ПРИ ПАЦИЕНТИ С
АНОРЕКСИЯ НЕРВОЗА В ЮНОШЕСКА ВЪЗРАСТ**

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд за присъждане на научна и образователна степен
„Доктор”

Научна специалност
„Детска психиатрия”

Научен ръководител:
Проф. д-р Петър Милчев Петров, д.м.н.

Научно жури:

Проф. д-р Христо Василев Кожухаров д.м.
Проф. Д-р Георги Панов Панов, д.м.н.
Доц. д-р Катерина Валентинова Акабалиева, д.м.
Доц. д-р Десислава Атанасова Игнатова, д.м.
Проф. Д-р Георги Нейчев Ончев, д.м.
Доц. д-р Светлин Върбанов Върбанов, д.м.
Доц. Д-р Живко Павлинов Апостолов, д.м.

Варна, 2025

Дисертационният труд е представен в обем от 142 страници, включва 31 таблици, 3 фигури и 2 графики. Библиографията съдържа 454 заглавия, от които 5 са на кирилица и 449 на латиница.

Дисертационният труд е обсъден, одобрен и насочен за защита на заседание на катедрен съвет на Катедра по психиатрия и медицинска психология към Факултет Медицина на Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ гр. Варна на 17.11.2025 г. и съгласно Заповед на Ректора на МУ-Варна е избрано научно жури в състав:

Външни членове:

Проф. Д-р Георги Панов Панов, д.м.н.

Доц. д-р Катерина Валентинова Акабалиева, д.м.

Доц. д-р Десислава Атанасова Игнатова, д.м.

Вътрешни членове:

Проф. д-р Христо Василев Кожухаров д.м.

Доц. д-р Светлин Върбанов Върбанов, д.м.

Резервен външен член:

Проф. Д-р Георги Нейчев Ончев, д.м.

Резервен вътрешен член:

Доц. Д-р Живко Павлинов Апостолов, д.м.

Публичната защита на дисертационния труд ще се състои на _____ от _____ часа в Зала Психиатрични клиники.

Материалите по защитата са на разположение в Библиотеката на Медицински университет - Варна и на официалната интернет страница на МУ (www.mu-varna.bg).

СЪДЪРЖАНИЕ

Използвани съкращения.....	5
I. ВЪВЕДЕНИЕ.....	6
II. ЦЕЛИ, ЗАДАЧИ, КОНТИНГЕНТ И МЕТОДИКА НА ИЗСЛЕДВАНЕ	
2.1 Цел	8
2.2 Задачи.....	8
2.3 Контингент на изследване.....	8
2.4 Методика на изследване.....	9
III. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ.....	16
IV. ОГРАНИЧЕНИЯ И НЕДОСТАТЪЦИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО.....	50
V. ИЗВОДИ.....	51
VI. ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	53
VII. ПРИНОСИ.....	55
VIII. НАУЧНИ ПУБЛИКАЦИИ СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....	56

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

АН - Анорексия нервоза

ИТМ - Индекс на телесна маса

МКБ-10 - Международната Класификация на Болестите - десета ревизия

DSM-V Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (Диагностичен и статистически наръчник на психичните разстройства – пета версия)

EDI-3 - Eating Disorder Inventory-3 - Въпросник за оценка на хранителните нарушения – трета версия

I. ВЪВЕДЕНИЕ

Хранителните разстройства са психични заболявания, характеризиращи се с нарушения в хранително поведение и възприемането на собственото тяло. През 2021 година Националният институт за психично здраве установява, че приблизително 9% от общата популация преживява хранителни разстройства. Тези данни, заедно с притеснителната тенденция за увеличаване на честотата на поява на заболяването сред лицата под 15-годишна възраст, акцентират върху актуалността и значимостта на тази патология.

Анорексия и булимия нервоза са две от най-разпространените и тежки психиатрични заболявания в юношеството, характеризиращи се с натрапливо желание за отслабване на тегло. В частност, броят на поставените диагнози анорексия нервоза значително се е повишил през последните години (J. Linardon, 2022), което подчертава нарастващата значимост на заболяването като все по-актуален проблем в областта на психичното здраве. Действително, тези състояния се асоциират със сериозни последствия за благосъстоянието на индивида (D. Van Hoeken, H.W. Hoek, 2020) и с висока смъртност (A.E. van Eeden et al., 2021), което допълнително подчертава необходимостта от изследвания в областта на факторите, които ги обуславят и поддържат.

Настоящата работа е фокусирана върху анорексия нервоза, което е едно основните хранителни разстройства. Диагностичните ръководства идентифицират гранични типове и субтипове на хранителните разстройства, които не са обект на това изследване.

Анорексия нервоза е тежко психично разстройство, характеризиращо се с патологично ниско телесно тегло, интензивен страх от напълняване и изкривено възприятие на собственото тяло. През последните десетилетия това заболяване е обект на по-голямо внимание поради все по-високата честота в юношеска възраст и сериозните потенциални последици върху физическото и психичното здраве на засегнатите индивиди. Анорексия нервоза се свързва с множество медицински усложнения, включително ендокринни и сърдечно-съдови нарушения, както и с тежки психологически последици и коморбидни състояния като тревожност, депресия и суицидни тенденции.

Настоящото изследване е фокусирано върху проследяването на константни (устойчиви) и променливи характеристики при пациенти с анорексия нервоза по време на активната фаза на заболяването и във фазата на ремисия. Разглежда се не само физическото възстановяване, отразено чрез параметри като тегло и индекс на телесна маса (ИТН), но и значими психологически промени, оценени чрез валидирания инструмент за оценка на хранителните нарушения EDI-3 (Eating Disorder Inventory-3).

Целта на дисертационния труд е да предостави изчерпателен анализ на тези промени при пациенти в юношеска възраст, идентифицирайки факторите, обуславящи динамиката на състоянието и терапевтичната промяна. Изследването има за задача да подчертае необходимостта от интегриран терапевтичен подход, който включва не само медицински, но и психотерапевтични интервенции. Особено внимание се обръща на когнитивните и психологическите аспекти на заболяването, тъй като те играят ключова роля за дългосрочната ремисия и качеството на живот на пациентите.

Подробното проследяване на промените от активна фаза към ремисия има потенциал да допринесе за оптимизиране на терапевтичните стратегии в лечебния подход на анорексия нервоза, минимизирайки риска от рецидиви и подобрявайки дългосрочните резултати. Дисертационният труд представя анализ на събраните данни, формулира основните изводи и обобщава резултатите от изследването.

II. ЦЕЛИ, ЗАДАЧИ, КОНТИНГЕНТ И МЕТОДИКА НА ИЗСЛЕДВАНЕ

2.1 Цели

1. Да се проследят и анализират константните и променливи психологически характеристики при пациенти с анорексия нервоза в юношеска възраст в активна фаза и в ремисия чрез прилагането на стандартизирания самооценъчен инструмент EDI-3.
2. Да се обоснове значимостта на персонализирани терапевтични стратегии, при които след възстановяване на клиничните показатели, фокусът преминава към дългосрочна психотерапевтична работа върху емоционалната регулация и личностовите модели, които поддържат уязвимостта.

2.2 Задачи

1. Да се проведе емпирично изследване с прилагане на въпросника EDI-3 върху клинична извадка от юноши с анорексия нервоза в активна фаза и след това в ремисия.
2. Да се представи и обоснове приложимостта на въпросника EDI-3 като инструмент за оценка на психологически характеристики в двете фази при пациенти с анорексия нервоза.
3. Да се извърши сравнителен статистически анализ на резултатите от двете фази (активна и ремисия) с цел да се идентифицират:
 - *Променливи характеристики* – показатели, които се променят значимо в резултат на терапия и преминаване в ремисия.
 - *Константни характеристики* – устойчиви личностови или психологически черти, които остават относително стабилни въпреки настъпила ремисия.

2.3 Контигент на изследване

Изследването включва две групи от пациенти с поставена диагноза анорексия нервоза в юношеска възраст, които са потърсили помощ в периода от октомври 2020 година до октомври 2024 година. Проведена е двуетапна оценка на пациентите, проследени в остра фаза и в ремисия на заболяването. Оценка са осъществени в хода на хоспитализации в Клиника по детско-юношеска психиатрия към УМБАЛ „Света Марина“ гр. Варна (стационар и дневен стационар), както и в амбулаторни условия.

Общият брой участници е 45, от които:

- 27 пациенти в остра фаза на заболяването (средна възраст: 14.00 години; ИТМ: средно 14.98).
- 18 пациенти в ремисия (средна възраст: 16.50 години; ИТМ: средно 19.33).

Контингентът се състои предимно от жени (само един участник е от мъжки пол), което отразява както епидемиологичните данни за преобладаване на анорексия нервоза при девойки, така и реалната клинична популация, търсеща помощ в практиката.

Критериите за включване в изследването са:

- Диагностицирана анорексия нервоза по критериите на DSM-5 или МКБ-10
- Юношеска възраст
- Клинично установена ремисия за участниците във втората група
- Съгласие на участниците и техните родители/настойници

2.4 Методика на изследване

В изследването е използван стандартизиран самооценъчен инструмент EDI-3 (Eating Disorder Inventory – 3), който съдържа 91 айтема, организирани в:

- *12 основни скали* – сред които 3 специфични за хранителни разстройства като „Стремеж към слаба фигура“, „Неудовлетвореност от фигурата“ и „Булимия“, както и 9 психологически конструкти като „Перфекционизъм“, „Личностна алиенация“, „Ниска самооценка“ и други.
- *6 композитни скали*, които обобщават основни клинични профили, включително „Риск от хранителни разстройства“, „Обща психологическа дезадаптация“, „Свърхконтрол“ и други.

Данните са събирани в два етапа:

1. По време на активната фаза на заболяването, непосредствено след постъпване за лечение.
2. Във фаза на клинична ремисия, след възстановяване на теглото и стабилизиране на основните биологични и поведенчески показатели.

Проучването се провежда в гр. Варна, в Клиника по детско-юношеска психиатрия към УМБАЛ „Св. Марина“ ЕАД.

Попълването на въпросника може да бъде еднократно или двукратно, в зависимост от заявеното от участника желание и съответната фаза на хранителното разстройство (активна фаза и/или ремисия).

Методът на изследване е анкетен - самооценъчен въпросник. Започва с 14 отворени въпроса, свързани динамика на теглото. Стандартната форма се състои от 91 въпроса със следните възможни отговори: *винаги, много често, често, понякога, рядко или никога*. Попълването на въпросника отнема около 45 минути.

Въпросник за оценка на хранителните нарушения – трета версия (Eating Disorder Inventory - EDI-3) (D. Garner, 2004). Българска версия (Д. Гарнър, 2020).

EDI-3 е самооценъчен въпросник, който разкрива психологическите черти и конструкти, свързани с дебюта, развитието и поддържането на хранителни разстройства, както психологическите черти и конструкти, персистиращи в периода на ремисия. Резултатите от него дават възможност на специалиста да идентифицира риска от възникване на хранително разстройство (ако такъв съществува), да планира терапия и да оценява нейния ефект в дългосрочен план. Той може да се прилага многоетапно на всички пациенти с данни за хранителни разстройства от периода на консултиране, през етапа на лечение, до проследяването на пациентите.

Новата версия на EDI включва някои значителни подобрения, които повишават качеството на получената информация от направената оценка. Въпреки че не е насочен пряко към поставянето на диагноза, EDI-3 оценява широк психологически спектър на характеристиките, свързани с възникването, развитието и поддържането на хранителните разстройства.

Въпросникът е преведен на български език и стандартизиран в нашата страна, което (освен неговите характеристики) беше един от най-сериозните доводи за използване точно на този инструмент в настоящата работа. Оригиналната версия е стандартизирана за използване над 13-годишна възраст, но съществуват достатъчно проучвания за прилагането му при 11-12-годишни с много добри резултати. Българската адаптация е стандартизирана за неклинична популация юноши и възрастни (оригиналната версия има стандартизация както за клинична, така и за неклинична популация), но прилагането и в клинична извадка и натрупването на данни биха позволили стандартизация и за клинична популация от юноши.

Българската адаптация на EDI-3 е нормирана не само за девойки и жени, но и за юноши и мъже, тъй като предварително проучване сочи, че в България проблемите, свързани с фигурата, постигането на ниско тегло и притесненията в това отношение, са характерни и за двата пола. Нормирана е за неклинични юноши и възрастни, което би помогнало за идентифициране на лицата, застрашени от хранителни нарушения. За лица, които вече са диагностицирани, инструментът предоставя сравнение на резултатите с норми от българска клинична извадка, които могат да се използват за проследяване на прогреса от терапията. Нормирана е за извадка на възраст от 10 до 73 години, обединени в група от юноши и девойки под 18 години, и мъже и жени над 18 години.

Други предимства на този въпросник са, че се прилага лесно, попълва се за кратко време и може да се администрира и онлайн, не изисква специално обучение за провеждането на интервю и е съобразен със съвременните тенденции в областта на психологията.

Обработката на получените от въпросника данни може да бъде осъществявана и електронно, което значително улеснява процеса, особено при натрупването на по-голямо количество първична информация.

EDI-3 се състои от 91 въпроса организирани в 12 първични скали, които включват 3 скали специфични за хранителните разстройства и 9 общо психологически скали, които са високо релевантни, но не строго специфични за хранителните разстройства. За първи път в последната версия на инструмента са включени и 6 композитни скали, които могат да бъдат използвани за създаване на клинично значими профили. Освен оценъчните скали има и част с информация за пациента, където се получават данни за актуалното тегло и ИТМ, минало тегло, история на отслабването и други (Д. Гарнър, 2020)

Основни скали на EDI-3:

○ **Скали, специфични за хранително разстройство:**

- *Стремеж към слаба фигура (Drive for Thinness)*

Конструктът „Стремеж към слаба фигура“ е описан като една от основните характеристики, свързани с появата и поддържането на симптоми на хранително разстройство в клиничните извадки. Седемте айтеми в тази скала оценяват свръхангажираността към рестриктивна диета, както и притесненията към диетите и опасенията за наддаване на тегло.

- *Булимия (Bulimia)*

Скалата „Булимия“ оценява сериозността за мислене и ангажиране с епизоди на неконтролируемо преяждане. Осемте айтема от тази скала оценяват самооценката на мисли и поведения, които са в съответствие с преяждането, включително изяждането на големи количества храна "скришом" или в отговор на емоционална нестабилност. Един айтем оценява склонността за предизвикване на повръщане с цел загуба на тегло. Изследванията сочат, че преяждането е често срещано при лица, които не отговарят на всички критерии на дадено хранително разстройство. В повечето случаи, обаче, тежката форма на преяждане е свързана с изразено психическо страдание.

- *Неудовлетвореност от фигурата (Body Dissatisfaction)*

Скалата „Неудовлетвореност от фигурата“ съдържа 10 айтема, оценяващи неудовлетвореността от цялостната форма и размери на тези области от тялото, които са обект на прекомерно фокусиране при лицата с хранителни разстройства (т.е. корема, бедрата, ханша, задните части). Предвид факта, че неудовлетвореността от тялото е присъщ за младите жени в западната култура, сам по себе си не може да е параметър, от който може да се съди за наличието на хранително разстройство. Въпреки това е рисков фактор, който е отговорен за развитието и поддържане на поведения, свързани със свръх контролиране на теглото, които водят до хранителни разстройства при по-уязвимите групи. Скалата на „Неудовлетвореност от фигурата“ демонстрира ползата като мярка за конструкта на неудовлетвореността на тялото (T. Cash and I. Deagle, 1997).

○ **Психологични скали**

- *Ниска самооценка (Low Self-Esteem)*

Скалата „Ниска самооценка“ оценява негативната самооценка с въпроси, изследващи чувствата на несигурност, неадекватност, неефективност и липса на значимост. Останалите измерват самоусещането за невъзможност за постигане на лични цели. Повечето теории считат, че ниската самооценка играе основна роля в развитието и поддържането на хранителни разстройства.

- *Личностна алиенация (Personal Alienation)*

Съдържателно скалата „Личностна алиенация“ се припокрива с „Ниската самооценка“, но също така тя измерва по-широка област от чувства като емоционална празнота и самота и невъзможност или липса за себеразбиране. Скалата включва айтеми, които измерват чувства, свързани с лична изолация, лична загуба или притеснения относно мнението на другите. Айтемите също улавят желанието да бъдеш някой друг и общото

уещане за загуба на контрол върху нещата от живота си. Скалата е в съответствие с парализиращите чувства на емоционална празнота и самота, описани от някои динамично ориентирани автори (Н. Bruch, 1973; А. Goodsitt, 1997; М. Strober, 1981). Guidano и съавтори описват подобни понятия, използвайки когнитивна рамка за формирането на „дълбоки когнитивни структури“, свързани с личната идентичност (Guidano et al., 1983).

- *Неувереност в междуличностните отношения (Interpersonal Insecurity)*

Скалата „Неувереност в междуличностните отношения“ се състои от седем айтема, които оценяват чувствата на дискомфорт и на неудобство в социални ситуации. Скалата е фокусирана конкретно върху трудността при изразяване на собствените мисли и чувства пред другите. Тя оценява и тенденцията за оттегляне и изолация от другите.

- *Междуличностна алиенация (Interpersonal Alienation)*

Скалата „Междуличностна алиенация“ се състои от седем айтема, които оценяват разочарование, дистанция, отчуждение и липса на доверие към хората в междуличностните отношения. Също така показва тенденция за уещането на чувство за „капан“ във взаимоотношенията с другите и неразбиране и липса на обич от страна на околните. Високият суров резултат по скалата основно е израз на разстройство в привързаността.

- *Интероцептивни дефицити (Interoceptive Deficits)*

Скалата „Интероцептивни дефицити“ съдържа 9 айтема, които измерват объркването в разпознаването и реагирането на различните емоционални състояния. Двата основно определящи клъстера на скалата са „Афективен страх“ - изразяващ се в дистрес при силни емоционални състояния или липса на контрол над емоциите и „Афективно объркване“ - изразяващо се в трудността при адекватното разпознаване на емоционалните състояния. Объркването и липсата на доверие са свързани с афективното и телесното функциониране, които често са определяни като важни фактори за развитието на хранителни разстройства. Bruch е първата, която предлага, че „липсата на interoцептивна информираност“ е ключът към разбирането на хранителните разстройства (Н. Bruch, 1962).

- *Емоционална дисрегулация (Emotional Dysregulation)*

Скалата „Емоционална дисрегулация“ състои от осем айтема, които оценяват тенденция към нестабилност в емоционалните състояния, импулсивност, безразсъдност, гняв и саморазрушителност. Скалата съдържа два клъстера, които оценяват потенциалните проблеми със злоупотребата с вещества - един за алкохол и един за наркотици. Склонността за трудност в регулацията на импулсите и настроението и тази към самонараняване са тенденции, които са считани за маркери за неблагоприятна прогноза при пациенти с хранителни разстройства. Айтемите в скалата „Емоционална дисрегулация“ оценяват емоционалните качества, характерни за подгрупата пациенти, диагностицирани с хранителни разстройства, които се считат за особено устойчиви при лечение.

- *Перфекционизъм (Perfectionism)*

Скалата „Перфекционизъм“ се състои от шест айтема, които оценяват непрекъснат стремеж за постигане на възможно най-високи стандарти. Перфекционизмът може да бъде „ориентиран към себе си“, „социално ориентиран“ или и двете. „Ориентираният към себе си“ отразява стремежът за постигане на високи стандарти за изпълнение, които не са непременно свързани със семейството или учителите. „Социално ориентираният“ отразява необходимостта от спазване на високи стандарти за изпълнение, които са обвързани с очакванията на родителите и учителите. Изследванията сочат, че

перфекционизмът може да е в основата на неуморните усилия за контрол върху теглото, както и на нереалистични стремежи в други области. Определен е като основен фактор за развитието и поддържането на хранителни разстройства.

- *Аскетизъм (Ascetism)*

Скалата „Аскетизъм” оценява силен стремеж към постигане на добродетелност чрез преследване на духовни идеали като самодисциплина, самоотричане, самоограничаване, саможертва и контрол върху физиологичните потребности. Скалата също така оценява тенденция към постигане на духовно съвършенство чрез самоограничение за сметка на удоволствието, което от своя страна е съпроводено от вина и срам.

- *Страх от зрелостта (Maturity Fears)*

Скалата „Страх от зрелостта” (MF) се състои от осем айтема, които оценяват желанието за връщане към сигурността на детството. Това е един от основните поддържащи фактори за подгрупата от подрастващи пациенти, чиято загуба на тегло е мотивирана от страхове, свързани с психобиологичната и психосексуалната зрялост и хормоналните промени на тялото през пубертета. Crisp твърди, че основата на психопатологията при анорексия нервоза и булимия нервоза е породена от страховете от психологически, социални и биологични събития, свързани с тегло на възрастен. Според това загубата на тегло се превръща в механизъм за избягване на юношеските вълнения, конфликти и развитие, защото това води до връщане към предпубертета и хормоналния дисбаланс. Освен това пациентите се изживяват като по-млади след екстремна загуба на тегло. Това може да се дължи на промяна в хормоналния баланс при възрастния, който биологичен субстрат е предмет на изследвания (A. Crisp, 1997).

➤ **Композитни психологически скали**

- *Риск от хранително разстройство (General Psychological Maladjustment Composite)*

Композитът „Риск от хранителни разстройства (EDRC)“ е сумата от Т-точки на скалите „Стремеж към слаба фигура (DT)”, „Булимия (B)“ и „Неудовлетвореност от фигурата (BD)“. Той предоставя обща мярка на проблеми с храненето и теглото при тези скали.

- *Неефективност (Ineffectiveness Composite)*

Композитът „Неефективност (IC)“ се състои от сумираните Т-точки на скалите „Ниска самооценка (LSE)“ и „Личностна алиенация (PA)“. Тези скали имат силна корелация помежду си (≥ 0.80) за двете извадки (клинична и нормативна) и комбинацията им като цяло подобрява надеждността на композита „Неефективност (C)“, включвайки всички айтеми от оригиналната субскала „Неефективност“ от EDI-2 заедно с три айтема от субскалата „Неувереност в социалните отношения“ от EDI-2, които също са с висока корелация. Високите резултати при този композит отразяват едновременно ниска самооценка и усещането за емоционална празнота, които са основен дефицит при изграждането на идентитет.

- *Междучелностни проблеми (Interpersonal Problems Composite)*

Композитът „Междучелностни проблеми (IPC)“ се състои от сумираните Т-точки на скалите „Неувереност в междучелностните отношения (II)“ и „Междучелностна алиенация (IA)“. Скалите кореспондират помежду си умерено. Композитът „Междучелностни проблеми (IPC)“ отразява представата на лицето, че социалните отношения са напрегнати, несигурни, разочароващи, некомфортни и като цяло

непълноценни. Личностните характеристиките на много пациенти с хранителни разстройства често включват социален страх и несигурност, освен цялостното недоверие към отношенията. Това е израз на несигурна и тревожна привързаност, които имат лоша прогноза при терапевтичните взаимоотношения. Междудличностните проблеми са от значение при поддържане на симптомите на хранително разстройство и са важна цел за лечението.

- *Афективни проблеми (Affective Problems Composite)*

Композитът „Афективни проблеми (АРС)“ се състои от сумираните Т-точки на скалите „Интероцептивни дефицити (ID)“ и „Емоционална дисрегулация (ED)“. Композитът оценява способността за правилно идентифициране, разбиране и реагиране на емоционалните състояния. Това може да е израз на проблеми с идентифицирането на емоциите или от реакция на емоции със страх, объркване или недоверие. Също може да отразява нестабилността в контрола на настроеността, лабилност, нетолерантност, импулсивност, безразсъдност, гняв, себеразрушителност и злоупотреба с вещества, за контрол на настроеността. Тези проблеми в регулирането на емоциите могат да бъдат важни фактори, които служат за поддържането на хранително разстройство и възпрепятстват провеждането на терапията. Проблемите с регулирането на емоциите също са определени като лоши прогностични признаци при хранителни разстройства.

- *Свърхконтрол (Overcontrol Composite)*

Композитът „Свърхконтрол (ОС)“ се състои от сумираните Т-точки на скалите „Перфекционизъм (Р)“ и „Аскетизъм (А)“. Тези скали корелират помежду си умерено, но въпреки това факторният анализ на всички психологически скали показва, че тези две образуват най-отчетлива свързаност. Заедно те посочват наградата за постигането на висок стандарт на лични постижения, както и убеждението към добродетелност, чрез преследване на духовни идеали като самодисциплина, самоотричане, самоограничаване, саможертва и страдание. Срамът е свързващият елемент на личните слабости и физиологичните нужди. Тези вярвания имат исторически корени в религиозния аскетизъм, който обвързва духовните цели с преодоляването на физическите подтици и нужди. Тези вярвания могат да имат различно значение при хранителни разстройства, но въпреки това те често отразяват убеждение, поне на повърхностно ниво, че удоволствието или грижата от другите не са „заслужени“.

- *Обща психологическа неприспособност (Eating Disorder Risk Composite)*

Композитът „Обща психологическа дезадаптация (GPMC)“ се състои от сумата от Т-точките на всички девет психологически скали. Някои факторни анализи от EDI на неклинични извадки предлагат, че има 2 основни фактора - единият е свързан с притесненията и опасенията около храненето, а другият влияе върху основната психологическа неприспособност. Твърди се, че комбинирането на всички психологически скали в един композит е погрешно, защото обезсмисля целта на мултиизмервателния инструмент; обаче може да има емпирично стойност чрез прогнозиране на резултата от лечението, предоставяйки набор от отговори или визуализирайки най-високите нива на психопатология.

EDI-3 е може би най-подробният самооценъчен въпросник, който дава значително количество информация както за симптомите на хранителните разстройства, така и за психологическите черти и конструкти, залегнали в развиването и поддържането на тези разстройства. Освен възстановяването и поддържането на нормално телесно тегло, в дългосрочен план именно тези психологични черти и конструкти са основната цел на цялостното терапевтично повлияване на хранителните разстройства. Голяма част от тях

вече бяха разгледани като рискови фактори по-назад в настоящата работа.

Както всеки съвременен инструмент, така и този има и 3 скали, които показват валидността на получените резултати – „неконсистентност“, „ниска честота“ и „негативно впечатление“.

- Скала „Неконсистентност“ (*Inconsistency*)

Скалата „Неконсистентност“ (IN) съдържа 10 двойки айтеми, с неконсистентно отговаряне на определени въпроси, които имат сходно съдържание (напр. клиентът е отговорил "Винаги" както на въпрос "Мисля, че коремът ми е твърде голям", така и на "Мисля, че коремът ми е нормален").

- Скала „Ниска честота“ (*Infrequency*)

Скалата „Ниска честота“ (IF) с негативно отговаряне на определени айтеми в симптоматична посока, което се среща при по-малко от 2% от лицата в клиничната извадка (напр. клиентът е отговорил на айтем "Имам доверие в другите" с "Никога").

- Скала „Негативно впечатление“ (*Negative Impression*)

Скалата „Негативно впечатление“ (NI) включва всички отговори, които са в крайната симптоматична посока на въпросите (напр. клиентът е отговорил с "Винаги" на айтем "Ям без да мога да спра"). Скалата обхваща всички айтеми в EDI-3 (Д. Гарнър, 2020).

Използването на EDI-3 в нашата консултативна и клинична практика при всички пациенти с данни за хранителни разстройства има и чисто научна стойност, като натрупването на данни във времето позволява разсъждения и оформянето на някои тенденции относно цялостната концепция за възникване, развитие и ход на хранителните разстройства в юношеска възраст. Също така, освен чисто научното значение, тези резултати могат значимо да подпомагат и индивидуалния подход към всеки пациент (П. Петров, 2022).

За статистическата обработка на резултатите са използвани:

- *Дескриптивна статистика (Descriptive statistics)* – за описване на демографските и клиничните характеристики на извадката.
- *T-тест за независими извадки (Independent-Samples T-test)* и *дисперсионен анализ (ANOVA)* – за оценка на сигнификантността на разликите между двете групи по различните скали на EDI-3.
- *Анализ на константни и променливи характеристики* – чрез сравнение на средни стойности по скали и композити, за установяване на стабилни и динамични индикатори в хода на заболяването.
- Всички анализи са извършени със статистически софтуер SPSS.

III. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Обсъждането на резултатите в представените анализи от настоящото изследване разглежда промените в клиничните показатели и психологическите характеристики на пациенти с анорексия нервоза в остра фаза на заболяването и във фаза на ремисия. Резултатите са дискутирани в контекста на актуални научни публикации и литературни данни.

Общият брой участници в изследването е 45. Извадката е разделена в две групи, съответстващи на различни фази от клиничното протичане на анорексия нервоза:

- *Остра фаза:* В тази група са включени 27 участници, които в момента на изследването са в активна фаза на заболяването, характеризираща се с нисък индекс на телесна маса и активни когнитивни и поведенчески симптоми на хранително разстройство.
- *Фаза на ремисия:* Тази група включва 18 участници, при които е постигнато клинично подобрение — възстановени са телесното тегло и ИТМ и е налице редуциране или дезактуализиране на повечето симптоми.

В настоящото изследване почти всички участници са от женски пол, като само един участник е от мъжки пол. Това разпределение не е случайно и отразява епидемиологичната реалност, характерна за изследването в настоящата работа хранително разстройство. Съществува консенсус в научната литература, че АН засяга значително по-често жени, особено в юношеска и ранна младежка възраст. Съотношението между жени и мъже при диагностицираните случаи е приблизително 9:1 (J. Hudson et al., 2007); (FR. Smink et al., 2012).

Представяне на извадката:

Таблица 5. Демографски и антропометрични характеристики на участниците (остра фаза)

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Възраст	27	12	17	14.00	1.414
Тегло	27	27.8	60.0	39.826	8.1715
ИТМ	27	11.42	23.73	14.9833	2.77839
Valid N (listwise)	27				

а. Фаза = Остра

Остра фаза (N = 27)

- **Възраст:** Средната възраст на участниците е 14.00 години (SD = 1.41), в диапазон от 12 до 17 години.
- **Тегло:** Средното телесно тегло е 39.83 кг (SD = 8.17), като стойностите варират от 27.8 до 60.0 кг.
- **Индекс на телесна маса (ИТМ):** Средният ИТМ е 14.98 (SD = 2.78), с минимална стойност 11.42 и максимална 23.73.

В извадката в остра фаза средната възраст е 14.00 години (SD = 1.41; 12–17), което съответства на добре описания пик на появата на анорексия нервоза в ранната юношеска възраст около 15 години (A. Ayrolles et al., 2024). Средното телесно тегло е 39.83 кг (SD = 8.17; 27.8–60.0), а средният ИТМ е 14.98 (SD = 2.78; 11.42–23.73). Тази стойност е на границата между „тежка“ (15–15.99) и „екстремна“ (< 15) тежест по DSM-5/DSM-5-TR, като наблюдаваната минимална стойност 11.42 ясно попада в „екстремна“ тежест (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition; APA, 2022). В горния край на диапазона (ИТМ до 23.73) се включват случаи, при които е налице значима загуба на тегло и характерна психопатология, но текущият ИТМ остава в нормални граници (M. Vo, et al., 2022). Тази хетерогенност по теглови показатели е важна, защото позволява анализ на клиничните и психосоциални фактори, които поддържат разстройството отвъд самия ИТМ, като се има предвид и дискутираната ограничена валидност на чисто ИТМ-базираните спецификатори за тежест (F. Torripino et al., 2022).

Таблица 6. Демографски и антропометрични характеристики на участниците (ремисия)

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Възраст	18	13	21	16.50	2.526
Тегло	18	45.0	56.5	51.300	4.5566
ИТМ	18	18.03	21.34	19.3367	1.21046
Valid N (listwise)	18				

а. Фаза = Ремисия

Фаза на ремисия (N = 18)

- **Възраст:** Средната възраст на участниците е 16.50 години (SD = 2.53), в диапазон от 13 до 21 години. Разбираемо, средната възраст на изследваната извадка в ремисия е по-висока, предвид самата методология на изследването (изследват се първо пациенти в активна фаза и едва след това в ремисия).
- **Тегло:** Средното тегло се повишава до 51.30 кг (SD = 4.56), като варира между 45.0 и 56.5 кг.
- **Индекс на телесна маса (ИТМ):** ИТМ също се увеличава до средна стойност от 19.34 (SD = 1.21), което е в рамките на нормата според критериите на СЗО за юноши.

В извадката в ремисия (N = 18) средната възраст е 16.50 години (SD = 2.53; 13–21), което е очаквано по-високо спрямо остра фаза поради проследяващия дизайн на изследването. Дескриптивната статистика показва значими разлики в ключови параметри като тегло и индекс на телесна маса. Средното тегло в острата фаза е било 39.83 кг, докато при ремисия то нараства до 51.3 кг. Разликата в теглото при двете изследвани извадки е повече от 10 килограма (M=11.374 кг), което представлява значителна промяна, надхвърляща 25% от първоначалното тегло. Необходимо е още веднъж да се отбележи, че в настоящата работа става дума за изследване на клинична популация. Това е важен индикатор за ефективността на прилаганото лечение и възстановяване на физическото здраве на пациентите и съответства на установените от други изследвания критерии за успешно възстановяване на теглото при лечението на анорексия нервоза. Индексът на телесна маса също показва значими разлики, като в острата фаза средният ИТМ е 14.98, а

в ремисия достига средна стойност от 19.34, което е важен маркер за преодоляване на критичните физически параметри, асоциирани с анорексия нервоза. Подобни резултати се потвърждават от множество клинични проучвания и са ключов показател за оценка на възстановяването при пациенти с това разстройство.

Ремисията при анорексия нервоза се дефинира като период, в който симптомите на разстройството намаляват значително или отсъстват, като пациентите постигат нормализиране на телесното тегло, хранителното поведение и подобряване на психологическото функциониране. От клинична гледна точка, ремисията обикновено се разделя на две категории:

1. Частична ремисия:

- Телесното тегло вече не е под диагностичния праг за анорексия нервоза, но продължават някои когнитивни и емоционални характеристики, свързани с разстройството, като страх от наддаване на тегло или нарушено възприятие за образа на тялото.

2. Пълна ремисия:

- Теглото е възстановено до нормални граници (обикновено ИТМ $\geq 18.5 \text{ kg/m}^2$ или $\geq 85\%$ от очакваното за възраст/пол) за продължителен период (поне 12 месеца).
- Липсват значими нарушения в поведението, свързани с храненето и телесното тегло.
- Социалното и функционалното функциониране са възстановени (учене, работа, социални контакти).
- Липсват патологичен страх от напълняване или нарушено възприятие на телесния образ.
- Менструалният цикъл е възстановен при жени (ако е бил нарушен).

Тази дефиниция се съобразява с диагностичните критерии на DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition; APA, 2013) и препоръките на академичната литература по темата (S. Khalsa et al., 2017) (S. Wonderlich et al. 2020).

С цел да се установи статистически значима разлика между участниците в остра фаза на анорексия нервоза и тези в ремисия по отношение на телесно тегло и индекс на телесна маса, беше проведен дисперсионен анализ (ANOVA). Анализът на вариациите показва, че разликата в теглото е сигнификантна между извадките, както и ИТМ.

Таблица 7. Тегло

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1421.867	1	1421.867	29.267	.000
Within Groups	2089.072	43	48.583		
Total	3510.939	44			

Резултатът показва статистически значима разлика между двете групи по отношение на телесното тегло ($p < .001$), което предполага, че участниците в ремисия имат значително по-високо тегло в сравнение с тези в остра фаза.

Таблица 8. ИТМ

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	204.676	1	204.676	39.009	.000
Within Groups	225.614	43	5.247		
Total	430.290	44			

И тук анализът разкрива значима разлика между двете фази по отношение на ИТМ ($p < .001$), което също е в съответствие с очакванията - възстановяването в ремисия включва нормализиране на телесното тегло.

Важно е да се обърне внимание и върху минималния ИТМ в извадката изследвана в остра фаза – 11.42, което е показател налагащ интензивни грижи и лечение и за съжаление този случай не е изключение в последните години. Също така трябва да се отбележи и минималната възраст за извадката в остра фаза, която е 12 години. През годините възрастта на дебюта намалява (Н. Steinhausen et all, 2015). От изследване на очертани тенденции при работа с юноши с хранителни разстройства и техните семейства в клиниката по детско-юношеска психиатрия към УМБАЛ „Света Марина“ данните показват, че за 22 години психиатрична работа и над 100 лекувани пациента средната възраст на пациентките лекувани в клиниката е намаляла поне с 1.5 години за последните 10 години. През последните 5-6 години възрастта на дебюта непрекъснато намалява. Преди 10 години дебют преди 14 годишна възраст е бил изключение. Към момента девойки на 12 и 13 години лекувани в клинични условия са по-скоро правило (П. М. Петров, 2022).

Дескриптивна статистика по отношение на теглото в двете извадки:

Дескриптивният анализ обхваща ключови теглови показатели на участниците в двете фази на анорексия нервоза – остра фаза и фаза на ремисия. Анализирани са четири променливи: най-високо достигнато тегло, най-ниско достигнато тегло, желано тегло и нарочно отслабване (в килограми).

Таблица 9. Дескриптивна статистика за телесно тегло в остра фаза

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Най-високо достигано тегло	27	42.00	79.00	55.1407	9.25682
Най-ниско достигано тегло	27	24.00	59.00	38.4593	9.22598
Желано тегло	27	39.00	65.00	44.5741	6.04264

Нарочно отслабване в кг.	27	8.00	30.00	15.7741	6.31552
Valid N (listwise)	27				

а. Фаза = Остра

Остра фаза (N = 27)

- **Най-високо тегло:** Средната стойност е 55.14 кг (SD = 9.26), при диапазон от 42 кг до 79 кг.
- **Най-ниско тегло:** Участниците съобщават за средно тегло от 38.46 кг (SD = 9.23), с минимално тегло 24 кг и максимално 59 кг.
- **Желано тегло:** Средната стойност е 44.57 кг (SD = 6.04), което е под реалното най-високо достигано тегло при всички участници.
- **Нарочно отслабване:** Средната стойност на умишлено редуцираното тегло е 15.77 кг (SD = 6.32), в диапазон от 8 кг до 30 кг.

Таблица 10. Дескриптивна статистика за телесно тегло в ремисия

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Най-високо достигано тегло	18	48.00	65.00	55.4444	5.61743
Най-ниско достигано тегло	18	26.00	47.00	36.7444	6.88137
Желано тегло	18	45.00	57.00	51.4444	4.44869
Нарочно отслабване в кг.	18	10.00	30.00	17.1111	6.85041
Valid N (listwise)	18				

а. Фаза = Ремисия

Фаза на ремисия (N = 18)

- **Най-високо тегло:** Средната стойност е близка до тази в острата фаза — 55.44 кг (SD = 5.62), с по-малка вариативност (48–65 кг).
- **Най-ниско тегло:** Средно 36.74 кг (SD = 6.88), малко по-ниско от това при острата фаза, но в по-тесен диапазон (26–47 кг).
- **Желано тегло:** Средната стойност значително нараства до 51.44 кг (SD = 4.45), което отразява по-реалистично и здравословно телесно възприятие.
- **Нарочно отслабване:** Средното умишлено редуциране на тегло е 17.11 кг (SD = 6.85), като стойностите варират от 10 до 30 кг.

Таблица 11. Желано тегло

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	509.781	1	509.781	17.048	.000
Within Groups	1285.796	43	29.902		
Total	1795.578	44			

Резултатът показва, че разликата в желаното тегло между двете групи е статистически значима ($p < .001$).

Данните показват, че участниците и в двете групи са преживели значителна загуба на тегло, но в състояние на ремисия се наблюдава по-високо желано тегло и по-малка вариативност в крайностите на телесното тегло. Това може да се интерпретира като положителен признак на възстановяване на реалистично телесно самовъзприятие и намаляване на патологичната загриженост относно теглото. Трябва да има предвид, че EDI-3 е самооценъчен въпросник. В тези данни е важно да се отбележи самодекларираното желано тегло, което е сигнификантно по-високо в групата, изследвана в ремисия.

Друг важен момент е проследяването в хода на лечението с инструмента за оценка на хранителните разстройства (EDI-3). Невинаги най-ниското достигнато тегло в острата фаза е ключовият показател. То е функция на изходното тегло. Напълно възможно е при по-високо тегло в острата фаза, всъщност да имаме по-голямо процентно отслабване от теглото преди заболяването. В случаите, когато имаме наднормено изходно тегло е възможно да има сериозна редукция на теглото и ИТМ да е все още в норма, като са налице всички други критерии за АН.

EDI-3 се състои от 91 айтема, от които са обособени скали и конструкти, характеризиращи различни аспекти на хранителните разстройства, които ще бъдат разгледани по-долу в тази глава. Общият сбор от точките при оценка може да бъде разглеждан само като ориентировъчен показател, но демонстрира настъпващата промяна.

Таблица 12. Средни стойности и стандартни отклонения на сумарния резултат по EDI-3 при участниците в остра фаза на анорексия нервоза (N = 27)

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Сума по EDI 3	27	43	270	147.67	59.363
Valid N (listwise)	27				

а. Фаза = Остра

Таблица 13. Средни стойности и стандартни отклонения на сумарния резултат по EDI-3 при участниците във фаза на ремисия (N = 18)

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Сума по EDI 3	18	27	229	96.56	64.110
Valid N (listwise)	18				

а. Фаза = Ремисия

Представените данни включват общия сбор от отговорите по скалата, който дава обща представа за тежестта на симптомите при участниците.

От данните се наблюдава понижаване на общия сбор в оценката по EDI-3 при участниците във фаза на ремисия. Това се отнася както до средната стойност, така и до минималната и максималната стойност. По-ниските резултати свидетелстват за редуциране на симптоматиката, включително намалено нарушено телесно възприятие, тревожност, перфекционизъм и контролиращи хранителни поведения. Това понижаване е в съответствие с клиничните критерии за ремисия, при които се очаква значително подобряване не само в телесните показатели, но и в психологическите нагласи и поведение, оценени чрез въпросници като EDI-3.

Средни стойности по EDI-3 в двете фази на изследването

В следващите таблици са показани средните стойности при оценката на отделните скали и конструкти в EDI-3 в острата фаза и във фазата на ремисия. Отчитат се сериозни разлики с представените данни в изследванията, свързани със стандартизацията на инструмента. Това се дължи основно на хомогенността на извадката, която изследваме (само пациенти с анорексия нервоза, не са включени пациенти с други хранителни разстройства). В американската версия на EDI-3 за клинична популация в юношеска възраст, пациентите с АН са под 50% от извадката. В българската версия на инструмента няма стандартизация за клинична популация в юношеска възраст. Поради тези причини при статистическата обработка на получените от нас данни ще използваме суровите (raw score) резултати.

Таблица 14. Средни стойности по скалите на EDI-3 при участниците в остра фаза

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
"Стремеж към слаба фигура"	27	3	28	16.26	7.969
"Неудовлетвореност от фигурата"	27	59	90	76.22	8.419
"Страх от зрелостта"	27	2	31	17.74	7.166
"Булимия"	27	0	19	4.19	4.650
"Интероцептивни дефицити"	27	0	34	16.22	9.525
"Ниска самооценка"	27	0	23	9.93	7.646
"Перфекционизъм"	27	0	22	13.11	5.740
"Неувереност в междуличностните отношения"	27	0	27	11.52	7.293
"Междоличностна алиенация"	27	0	22	10.78	6.429
"Личностна алиенация"	27	1	25	10.56	6.399
"Емоционална дисрегулация"	27	0	18	7.30	5.290
"Аскетизъм"	27	1	18	7.67	4.438
"Риск от хранителни разстройства"	27	62	132	96.67	17.231
"Неефективност"	27	1	47	20.48	13.323
"Междоличностни проблеми"	27	0	49	22.30	12.996
"Афективни проблеми"	27	0	47	23.52	13.726
"Свърхконтрол"	27	5	37	20.78	8.276
"Обща психологическа дезадаптация"	27	28	201	104.81	45.398
Valid N (listwise)	27				

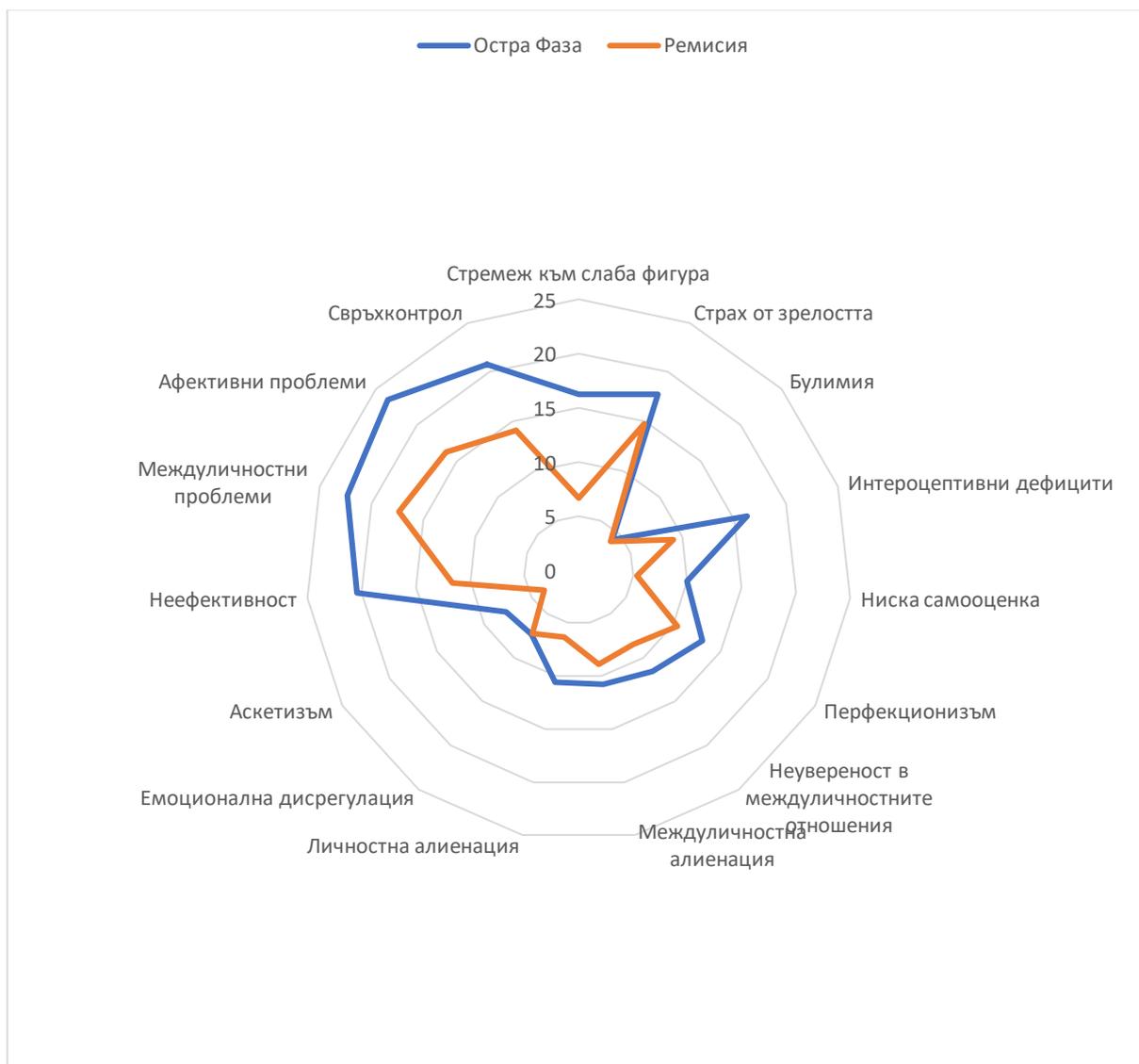
а. Фаза = Остра

Таблица 15. Средни стойности по скалите на EDI-3 при участниците в ремисия

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
"Стремеж към слаба фигура"	18	0	27	6.67	8.650
"Неудовлетвореност от фигурата"	18	60	89	68.67	8.203
"Страх от зрелостта"	18	4	26	14.78	7.833
"Булимия"	18	0	32	3.89	10.249
"Интероцептивни дефицити"	18	0	32	9.11	10.610
"Ниска самооценка"	18	0	9	5.33	2.521
"Перфекционизъм"	18	7	19	10.44	3.568
"Неувереност в междуличностните отношения"	18	0	16	8.44	5.762
"Междудуличностна алиенация"	18	0	20	8.89	7.003
"Личностна алиенация"	18	0	15	6.33	5.760
"Емоционална дисрегулация"	18	0	15	7.22	4.989
"Аскетизъм"	18	0	9	3.67	3.218
"Риск от хранителни разстройства"	18	60	148	79.22	26.170
"Неефективност"	18	0	24	11.67	8.059
"Междудуличностни проблеми"	18	4	32	17.33	11.407
"Афективни проблеми"	18	0	47	16.33	14.463
"Свърхконтрол"	18	9	24	14.11	4.910
"Обща психологическа дезадаптация"	18	26	138	74.22	40.815
Valid N (listwise)	18				

а. Фаза = Ремисия

Графика 1. Промяна в средните стойности по EDI-3.

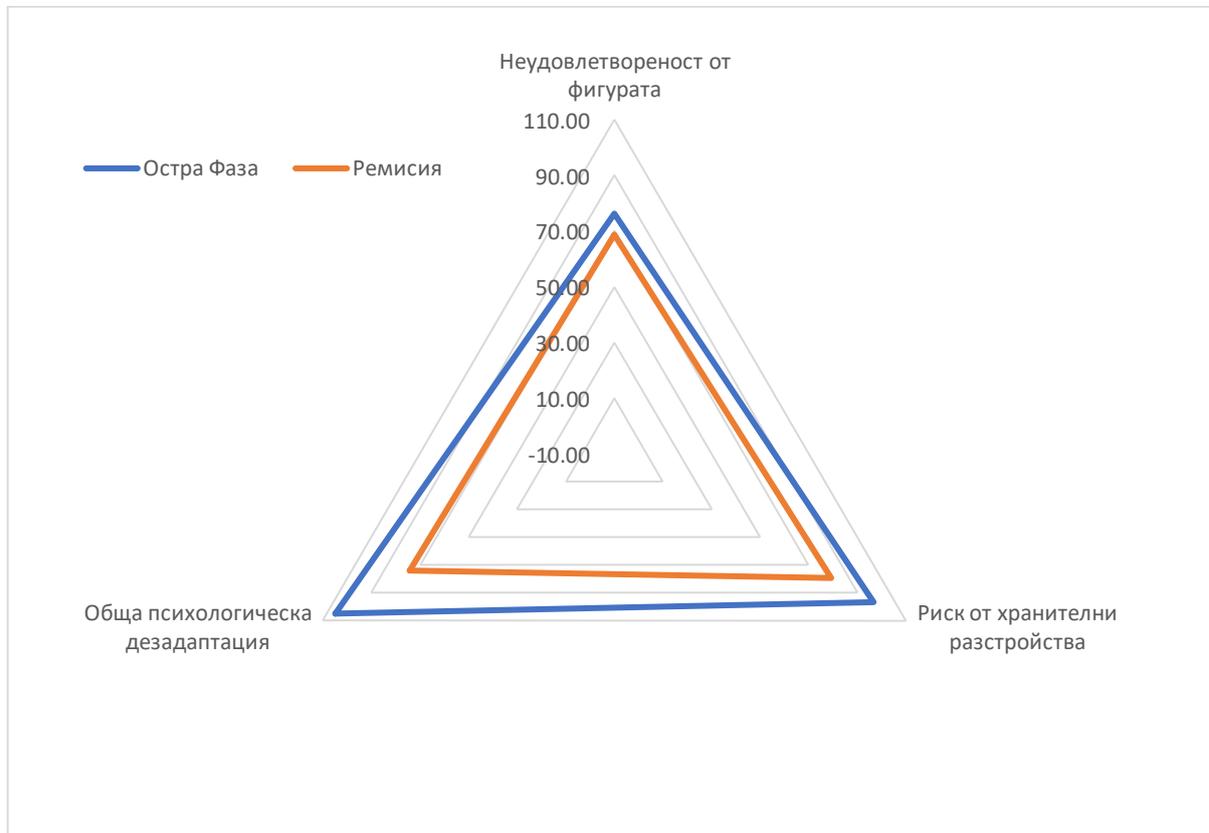


Дори без последващ анализ прави впечатление много ниската стойност по Скала „Булимия“ както в острата фаза, така и в ремисия. Това отново е свързано с изследваната извадка от пациентки единствено с анорексия нервоза.

Скала „Емоционална дисрегулация“ е единствената, при която разликата не само не е сигнификантна, а няма разлика между стойността в остра фаза и ремисия. Най-вероятните причини за това са две. От една страна, това е сравнително стабилна характеристика спрямо другите оценявани. От друга страна скалата „Емоционална дисрегулация“ оценява потенциалните проблеми, свързани със злоупотреба с ПАВ, склонност към трудна регулация на импулсите и настроенята, както и към самонараняване. Предвид големината на извадката (сравнително малко на брой пациенти и хомогенна група) е възможно тя да не включва достатъчно пациенти с проблеми в тези области. Това е и вероятната причина общата оценка по скалата да е относително ниска и в двете групи на извадката. Тази стабилна характеристика „Емоционална дисрегулация“ ще бъде оценена по-късно в настоящата работа като един от важните прогностични фактори за ИТМ във фазата на ремисия.

Останалите 3 важни скали и композити са представени в отделна графика, предвид значителната разлика в средните стойности.

Графика 2. Промяна в показателите „Неудовлетвореност от фигурата“, „Обща психологическа дезадаптация“ и „Риск от хранителни разстройства“



Въпреки различната степен на промяна в тези 3 показателя („Неудовлетвореност от фигурата“, „Обща психологическа дезадаптация“ и „Риск от хранителни разстройства“), и при трите разликата е сигнификантно значима. Те до голяма степен определят непосредствената „опасност“ от развитие на хранително разстройство. След лечение и при постигане на ремисия стойностите са значимо по-ниски. Конструктът „Обща психологическа дезадаптация“ представлява сбор от оценките на всички психологични скали в EDI-3.

Освен отбелязаните разлики между двете фази, прави впечатление и отчетливото намаляване на средните стойности по скалите „Ниска самооценка“, „Неефективност“ и „Обща психологическа дезадаптация“. Това показва не само отслабване на симптомите, свързани с телесния образ и хранителното поведение, но и съществено подобрене в цялостното психично функциониране. Важно е също да се отбележи, че въпреки отчетеното подобрене, някои от скалите в ремисия остават с повишени стойности (напр. „Перфекционизъм“ и „Неувереност в междуличностните отношения“), което отразява, че определени личностови и когнитивни характеристики могат да персистерат дори след клинично подобрене. На концептуално ниво, тези резултати подкрепят мултидимензионалния модел на анорексия нервоза, в който се разглеждат също личностови и афективни аспекти.

Изследвана е извадка от пациенти с анорексия нервоза в остра фаза и ремисия. Проведен е Т-тест за независими извадки (Independent Samples T-test) за оценка на сигнификантността на разликите в средните стойности на двете извадки (остра фаза и ремисия) при показателите „тегло“ и „ИТМ“. Очаквано е тези разлики да са с висока сигнификантна значимост, това в практически условия показва степента на ефективност на проведеното лечение.

Таблица 16. Средни стойности и стандартни отклонения на телесните показатели в двете фази на изследването

	Фаза	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Тегло	Остра	27	39.826	8.1715	1.5726
	Ремисия	18	51.300	4.5566	1.0740
ИТМ	Остра	27	14.9833	2.77839	.53470
	Ремисия	18	19.3367	1.21046	.28531

Таблица 17. Сравнение на средните стойности на тегло и индекс на телесна маса (ИТМ) между остра фаза и ремисия (Т-тест за независими извадки)

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Тегло	3.226	.080	-5.410	43	.000	-11.4741	2.1210	-15.7514	-7.1968
			-6.025	41.952	.000	-11.4741	1.9044	-15.3173	-7.6308
ИТМ	6.207	.017	-6.246	43	.000	-4.35333	.69701	-5.75898	-2.94769
			-7.183	38.179	.000	-4.35333	.60606	-5.58004	-3.12662

Получените резултати от t-теста потвърждават хипотезата за статистически значими разлики между двете групи по отношение както на теглото, така и на ИТМ. Стойностите на p са под 0.001 и в двата случая. Важно е да се подчертае, че ефектът, измерен чрез

разликата в средните стойности, също е клинично значим – над 11 кг за теглото и над 4 пункта за ИТМ. Това подчертава реалната стойност на терапевтичната намеса.

EDI-3 се състои от 91 въпроса, организирани в 12 първични скали, които включват 3 скали специфични за хранителните разстройства и 9 общопсихологически скали. В последната версия на инструмента са включени и 6 композитни скали, които могат да бъдат използвани за създаване на клинично значими профили. Освен възстановяването и поддържането на нормално телесно тегло, в дългосрочен план именно тези психологични черти и конструкти са основната цел на цялостното терапевтично повлияване на хранителните разстройства.

Проведеното проучване за стандартизиране на EDI-3 включва сравнително малък брой юноши, като освен това са включени и 4 групи хранителни разстройства (AN-R, AN-B/P, BN, EDNOS). В нашето изследване групата е значително по-хомогенна и може би по тази причина има съществени разлики по отношение на промяната, оценена по различните скали и композити между острата фаза и ремисия.

Таблица 18. Нива на значимост на разликата в средните стойности изчислени между остра фаза и ремисия (ANOVA)

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
"Стремеж към слаба фигура"	Between Groups	993.793	1	993.793	14.619	.000
	Within Groups	2923.185	43	67.981		
	Total	3916.978	44			
"Неудовлетвореност от фигурата"	Between Groups	616.533	1	616.533	8.876	.005
	Within Groups	2986.667	43	69.457		
	Total	3603.200	44			
"Страх от зрелостта"	Between Groups	94.815	1	94.815	1.714	.197
	Within Groups	2378.296	43	55.309		
	Total	2473.111	44			
"Булимия"	Between Groups	.948	1	.948	.017	.896
	Within Groups	2347.852	43	54.601		
	Total	2348.800	44			
"Интероцептивни дефицити"	Between Groups	546.133	1	546.133	5.497	.024
	Within Groups	4272.444	43	99.359		
	Total	4818.578	44			
"Ниска	Between Groups	227.793	1	227.793	6.017	.018

самооценка"	Within Groups	1627.852	43	37.857		
	Total	1855.644	44			
"Перфекционизъм"	Between Groups	76.800	1	76.800	3.077	.087
	Within Groups	1073.111	43	24.956		
	Total	1149.911	44			
"Неувереност в междупersonни отношения"	Between Groups	102.059	1	102.059	2.254	.141
	Within Groups	1947.185	43	45.283		
	Total	2049.244	44			
"Междупersonност на алиенация"	Between Groups	38.533	1	38.533	.868	.357
	Within Groups	1908.444	43	44.382		
	Total	1946.978	44			
"Личностна алиенация"	Between Groups	192.533	1	192.533	5.083	.029
	Within Groups	1628.667	43	37.876		
	Total	1821.200	44			
"Емоционална дисрегулация"	Between Groups	.059	1	.059	.002	.963
	Within Groups	1150.741	43	26.761		
	Total	1150.800	44			
"Аскетизъм"	Between Groups	172.800	1	172.800	10.800	.002
	Within Groups	688.000	43	16.000		
	Total	860.800	44			
"Риск от хранителни разстройства"	Between Groups	3286.533	1	3286.533	7.298	.010
	Within Groups	19363.111	43	450.305		
	Total	22649.644	44			
"Неефективност "	Between Groups	839.170	1	839.170	6.310	.016
	Within Groups	5718.741	43	132.994		
	Total	6557.911	44			
"Междупersonност ни проблеми"	Between Groups	266.015	1	266.015	1.732	.195
	Within Groups	6603.630	43	153.573		
	Total	6869.644	44			
"Афективни проблеми"	Between Groups	557.570	1	557.570	2.836	.099
	Within Groups	8454.741	43	196.622		

	Total	9012.311	44			
"Свръхконтрол"	Between Groups	480.000	1	480.000	9.423	.004
	Within Groups	2190.444	43	50.941		
	Total	2670.444	44			
"Обща психологическа дезадаптация"	Between Groups	10107.793	1	10107.793	5.307	.026
	Within Groups	81905.185	43	1904.772		
	Total	92012.978	44			

Една значима част от оценените скали и композити не показват сигнификантна промяна между острата фаза на заболяването и ремисия. Това дава възможност спекулативно да се оформи една личност с определени характеристики (в остра фаза и ремисия), която е склонна към хранително разстройство и го отключва при определени събития. Има също така и значителен брой скали и конструкти, при които средните стойности в остра фаза и ремисия показват сигнификантни разлики. Те ще бъдат разгледани по-детайлно, защото това на практика описва промяната, която се случва с пациентите в хода на лечението, освен чисто биологичната промяна в теглото и ИТМ. Скалите със значима промяна, като например „Стремеж към слаба фигура“ ($p = .000$), „Аскетизъм“ ($p = .002$), „Неефективност“ ($p = .016$), „Свръхконтрол“ ($p = .004$) и „Обща психологическа дезадаптация“ ($p = .026$) отразяват области, в които терапията и възстановяването са постигнали най-ясен ефект. Това предполага, че тези конструкти могат да служат като ключови индикатори за положителна динамика в хода на лечението. Липсата на значима разлика при скали като „Булимия“, „Емоционална дисрегулация“ или „Междупличностна алиенация“ показва, че тези характеристики са или по-малко податливи на краткосрочно лечение, или не са централни за тази подгрупа пациенти (с рестриктивен тип анорексия). Разбира се, интерпретацията на резултатите не бива да се свежда единствено до статистическа значимост. Клиничната значимост и контекстът на скалата са също толкова важни. За някои от измерените аспекти може да се изисква по-продължителна интервенция или да са свързани с по-дълбоки личностови структури, устойчиви на промяна в краткосрочен план. Резултатите подчертават както ефективността на терапията в определени области, така и нуждата от индивидуализирани дългосрочни интервенции, насочени към устойчивите когнитивно-афективни модели при пациенти с анорексия нервоза.

Един от най-важните компоненти, оценявани в EDI-3, е композитът „Риск от хранителни разстройства“, който има много добра предиктивна стойност по отношение на развитието на хранителното разстройство. Композитът се състои от резултатите на три скали – „Стремеж към слаба фигура“, „Булимия“ и „Неудовлетвореност от фигурата“.

Таблица 19. Резултати от анализа на значимост на разликите по скалите на EDI-3 (Т-тест за независими извадки)

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
"Риск от хранителни разстройства"	.514	.477	2.702	43	.010	17.444	6.457	4.422	30.467
			2.491	26.784	.019	17.444	7.003	3.069	31.820
"Стремеж към слаба фигура"	.030	.863	3.823	43	.000	9.593	2.509	4.533	14.652
			3.760	34.466	.001	9.593	2.551	4.410	14.775
"Булимия"	2.890	.096	.132	43	.896	.296	2.248	-4.238	4.831
			.115	21.717	.909	.296	2.576	-5.050	5.643
"ореност от фигурата"	.449	.506	2.979	43	.005	7.556	2.536	2.441	12.670
			2.995	37.247	.005	7.556	2.523	2.445	12.666

Въпреки липсата на значимост при скала „Булимия“ в нашата извадка, за което стана дума (всички включени пациенти в извадката са само с анорексия нервоза) е видно, че другите две скали, „Стремеж към слаба фигура“ и „Неудовлетвореност от фигурата“ показват много високо ниво на сигнификантност на разликата между остра фаза и ремисия. Допълнително трябва да се има предвид, че неудовлетвореността от фигурата се повлиява от теглото (като абсолютна стойност) или ИТМ. В оценяваната от нас извадка, в хода на лечението на пациентите, въпреки покачване на теглото, има сигнификантна редуция на оценката по скала „Неудовлетвореност от фигурата“. Тази скала е особено

важна при изследвания, провеждани в юношеска популация. Неудовлетвореността от фигурата е широко разпространена и е важен рисков фактор за развитието на симптомите на хранително разстройство. Изследванията показват, че повече от 80% от момичетата в юношеска възраст често „се чувстват дебели“ (D. Greenfeld et al., 1987).

„Стремежът към слаба фигура“, неслучайно включен в този конструкт, е показателят с най-висока сигнификантност на промяната (като средна стойност) в изследваната извадка между остра фаза и ремисия. Дори самостоятелно, стремежът към слаба фигура доказано предсказва развитието на последващи хранителни разстройства в голям брой проспективни проучвания.

Като цяло композитът „Риск от хранителни разстройства“, дори в нашата силно хомогенна извадка, дава много добра информация за непосредствения риск от развитие на нарушено хранителното поведение. Като се има предвид и наличието на скалата „Булимия“ в него (неприложима в нашата извадка), то той би бил полезен и в много по-широк кръг на изследвания в юношеска популация. Важно е да се подчертае, че композитът „Риск от хранителни разстройства“ не е само диагностичен инструмент, а има висока клинична полезност и за проследяване на ефекта от лечението във времето. Изразеното понижение на стойностите в ремисия свидетелства за редукция не само на симптомите, но и на когнитивните нагласи, които поддържат патологичното поведение (D. Garner, 2004). В допълнение, високите стойности по скалите „Стремеж към слаба фигура“ и „Неудовлетвореност от фигурата“ при пациентите в остра фаза показват, че именно тези когнитивни изкривявания са в основата на разстройството. Затова тези скали могат да бъдат използвани като таргетни маркери в терапията, особено в когнитивно-поведенчески модели на лечение (C. Fairburn et al., 2003). Данните от настоящото изследване потвърждават, че композитът „Риск от хранителни разстройства“ има висока чувствителност към терапевтична промяна и може да служи като индикатор както за диагностика, така и мониториране и превенция.

Другите психологични скали от EDI-3, които показват сигнификантна промяна между острата фаза на заболяването и ремисия са „Интероцептивни дефицити“, „Ниска самооценка“, „Личностна алиенация“ и „Аскетизъм“. Във връзка с промяната в тях, сигнификантна разлика се отчита и в композитите „Неефективност“, „Свърхконтрол“ и „Обща психологическа дезадаптация“, като последният включва на практика сбора от всички психологични скали.

Композитът „Свърхконтрол“ се състои от точките на скалите „Перфекционизъм“ и „Аскетизъм“.

Скалата „Перфекционизъм“ се състои от шест айтема, които оценяват непрекъснат стремеж за постигане на възможно най-високи стандарти. Перфекционизмът може да бъде „ориентиран към себе си“, „социално ориентиран“ или и двете. „Ориентираният към себе си“ тип отразява стремежът за постигане на високи стандарти за изпълнение, които не са непременно свързани със семейството или учителите. „Социално ориентираният“ отразява необходимостта от спазване на високи стандарти за изпълнение, които са обвързани с очакванията на родителите и учителите. Изследванията сочат, че перфекционизмът може да е в основата на неуморните усилия за контрол върху теглото, както и на нереалистични стремежи в други области. Определен е като основен фактор за развитието и поддържането на хранителни разстройства.

Таблица 20. Статистически различия между остра фаза и ремисия по показателя „Свърхконтрол“ (EDI-3)

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
"Свърхконтрол"	Equal variances assumed	3.733	.060	3.070	43	.004	6.667	2.172	2.287	11.047
	Equal variances not assumed			3.386	42.558	.002	6.667	1.969	2.695	10.638
"Аскетизъм"	Equal variances assumed	2.361	.132	3.286	43	.002	4.000	1.217	1.545	6.455
	Equal variances not assumed			3.502	42.630	.001	4.000	1.142	1.696	6.304
"Перфекционизъм"	Equal variances assumed	6.379	.015	1.754	43	.087	2.667	1.520	-.399	5.732
	Equal variances not assumed			1.921	42.855	.061	2.667	1.388	-.134	5.467

Скалата „Аскетизъм” оценява силен стремеж към постигане на добродетелност чрез преследване на духовни идеали като самодисциплина, самоотричане, самоограничаване, саможертва и контрол върху физиологичните потребности. Скалата също така оценява тенденция към постигане на духовно съвършенство чрез самоограничение за сметка на удоволствието, което от своя страна е съпроводено от вина и срам.

Заедно те посочват наградата за постигането на висок стандарт на лични постижения, както и убеждението за добродетелност, чрез преследване на идеали като самодисциплина, самоотричане, самоограничаване, саможертва и страдание.

Пациентите с анорексия нервоза обичайно имат определени темперамент и личностови черти, които често са налице в детството, преди дебюта на хранително разстройство и

вероятно създават уязвимост към развитието на такова. Тези характеристики включват перфекционизъм, ниска самооценка, самокритицизъм, тревожност, негативна емоционалност, натрапливи поведения (особено относно ред, точност и симетрия) и други. Те често персистират и след възстановяването от хранителното разстройство (M. Anderluch et al., 2009; W. Kaye et al., 2004; A. Wagner et al. 2006; S. Cassin and K. von Ranson, 2005; L. Rachell, and L. Lilienfeld, 2011).

В клиничната практика перфекционизмът е една от най-честите личностови характеристики, които правят впечатление при пациентките с анорексия нервоза. Направеният статистически анализ показва, че това е една сравнително устойчива характеристика, която не показва сигнификантна промяна във фазата на ремисия. За сметка на това аскетизмът показва такава и обуславя сигнификантната разлика при целия конструктор „Свърхконтрол“. Перфекционизмът и аскетизмът в исторически план се свързват с първите описани случаи на хранителни разстройства, като не са загубили своето значение и до днес, дори излизайки от контекста на религиозния аскетизъм.

Аскетизмът, освен че включва нагласи за самодисциплина и себеотричане, често е съпътстван от интензивно преживяване на вина и срам при удовлетворяване на базови физиологични потребности. Това важи особено в контекста на хранене, сексуалност и удоволствие. При пациенти с анорексия нервоза, приемът на храна може да се възприема като морално нарушение, което отключва механизми на самонаказание – под формата на рестрикции, изтощителна физическа активност или дори самонараняване (K. Vitousek and F. Manke, 1994) (H. Bruch, 1978). Тази склонност към самонаказване при преживяване на удоволствие често се наблюдава при пациенти с висока степен на вътрешен критицизъм и ниско себеприемане. В този смисъл, аскетизмът не е просто личностова черта, а част от по-дълбока психопатология, която отразява вътрешни конфликти между желания и морални забрани (D. Garner, 2004). Съвременните изследвания показват, че аскетичните нагласи могат да играят централна роля в поддържането на симптомите при хранителни разстройства, особено в юношеска възраст, когато идентичността и моралните структури тепърва се формират. Ето защо разпознаването и психотерапевтичното адресиране на аскетизма, както и свързаните с него чувства на вина и самонаказание, е ключова стъпка към дългосрочно възстановяване (C. Fairburn et al., 2003) (J. Treasure et al., 2010).

Композитът „Неефективност“ се състои от точките на скалите „Ниска самооценка“ и „Личностна алиенация“. Тези две психологични скали показват много високо ниво на корелация помежду си, както в нормативната извадка на скалата EDI-3, така и в нашата извадка. Ниската самооценка, също както перфекционизмът, е една от характеристиките, които най-често правят впечатление при пациентките с анорексия в клиничната практика. Скалата „Ниска самооценка“ включва афективно натоварени конструктори оценяващи чувства като неувереност, неадекватност, неефективност и липса на значимост.

Повечето теории приемат, че ниската самооценка играе основна роля като етиологичен и поддържащ фактор при хранителните разстройства. Когнитивно-поведенческият модел на Fairburn представя самооценката като свърхзависима от формата и теглото на тялото. При пациенти с хранителни разстройства тя често се гради изцяло върху външния контрол и въздържание, а неспазването на рестриктивния режим води до засилване на ниската самооценка и чувства на срам и неуспех (C. Fairburn et al., 2003). Класическата теория на Bruch акцентира върху дефицити в идентичността и вътрешното усещане за себе си. Пациентите често съобщават усещане за неефективност, което ги подтиква да търсят стойност чрез контрол върху храненето и тялото. Още през 1978 година тя допълнително изяснява психологията на анорексия нервоза в своята фраза „безмилостното преследване на слабостта“ и „парализиращото усещане за неефективност,

която прониква във всяко мислене и дейност“ (Н. Bruch, 1978). Според модела на самокритичната уязвимост, личностовата самокритичност и ниската самооценка са предразполагащи черти за хранителни разстройства. Те се проявяват като постоянна вътрешна омраза и усещане за лична неадекватност, което поддържа патологичното поведение (S. Blatt, 2004).

Емпиричните изследвания потвърждават тази връзка – метаанализ на Button и сътрудници показва, че ниската самооценка предшества симптомите на анорексия и булимия (E. Button et al. 1997).

При хранителните разстройства, пациентите с висок самокритицизъм и ниска самооценка могат да станат по-специфично фокусирани върху контролиране на храненето, формата на тялото и теглото в опит да достигнат своята идея за „идеална същност“, за да подобрят самочувствието си. Друго скорошно проучване открива цялостно по-ниска самооценка при пациенти с анорексия както в активна фаза, така и в ремисия, в сравнение със здрави контроли. В допълнение, в подкрепа на твърдението, че нарушените хранителни поведения са насочени към опит за компенсиране на хронично ниското самочувствие, също така е отчетена по-висока самооценка при подгрупата от пациенти с най-ниско тегло. Това предполага, че когато ригидното и рестриктивно хранене успешно изпълнява целите на пациентите, те усещат повишение на иначе ниското си самочувствие (C. Starrs et al, 2015).

Таблица 21. Резултати от Т-теста за независими извадки по компонентите на композита „Неефективност“ (EDI-3)

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
								Lower	Upper	
"Неефективност"	Equal variances assumed	6.180	.017	2.512	43	.016	8.815	3.509	1.738	15.892
	Equal variances not assumed			2.763	42.700	.008	8.815	3.191	2.379	15.251
"Личностна алиенация"	Equal variances assumed	.042	.838	2.255	43	.029	4.222	1.873	.446	7.999
	Equal variances not assumed			2.303	39.154	.027	4.222	1.833	.515	7.929

„Ниска самооценка“	Equal variances assumed	41.567	.000	2.453	43	.018	4.593	1.872	.817	8.368
	Equal variances not assumed			2.894	33.794	.007	4.593	1.587	1.367	7.818

Скалата „Личностна алиенация“ оценява чувства като емоционална празнота и самота и невъзможност или липса на саморазбиране, както и общото усещане за загуба на контрол върху събитията в живота. Композитът „Неефективност“, включващ скалите „Ниска самооценка“ и „Личностна алиенация“ се явява един от ключовите за оценка в хода на терапевтичния процес при пациенти с анорексия нервоза. По-напред в настоящата работа ще бъде показано, че той има сериозно значение като част от общо трите фактора определящи вариацията на ИТМ в острата фаза на заболяването.

Клиничната значимост на композита „Неефективност“ е особено голяма в контекста на анорексия нервоза, тъй като той отразява централната роля на усещането за лична несъстоятелност и празнота в психопатологията на заболяването. От една страна, както беше споменато, ниската самооценка е фактор, който често предшества симптомите, свързани с храненето (K. Vitousek and F. Manke, 1994), а от друга страна – тя се засилва с хронифицирането на болестта. Това затвърждава порочен кръг, в който усещането за неефективност поддържа дисфункционалното поведение, включително гладуване, контрол и перфекционизъм (H. Bruch, 1978).

Данните от настоящото изследване, които показват статистически значимо понижение на резултатите по композита в ремисия, предполагат, че подобрението не се ограничава само до телесни показатели, а обхваща и дълбоки вътрешнопсихични нагласи. Това е особено важно за прогнозата, тъй като трайната промяна в самооценката е свързана с намален риск от рецидив (C. Fairburn et al., 2003).

По-високите нива на „Личностна алиенация“ в острата фаза говорят за изолираност, емоционално отчуждение и загуба на усещане за контрол, което прави този конструкт важен индикатор за нуждата от психотерапевтична подкрепа, насочена към възстановяване на чувството за вътрешна свързаност, автентичност и автономия (D. Garner, 2004) (J. Treasure et al., 2010).

Скалата „Интероцептивни дефицити“ самостоятелно и като част от композита „Обща психологична дезадаптация“ е последната, която показва сигнификантна промяна между остра фаза и ремисия в изследваната извадка.

Таблица 22. Резултати от Т-теста за независими извадки по скалите „Интероцептивни дефицити“ и „Ниска самоувереност“ (EDI-3)

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
								Lower	Upper	
интероцептивни дефицити	Equal variances assumed	.018	.895	2.344	43	.024	7.111	3.033	.994	13.228
	Equal variances not assumed			2.293	33.795	.028	7.111	3.101	.808	13.414
психологическа дезадаптация	Equal variances assumed	.108	.744	2.304	43	.026	30.593	13.280	3.810	57.375
	Equal variances not assumed			2.354	39.181	.024	30.593	12.995	4.311	56.874

Интероцептивните дефицити, описвани като затруднение в идентифицирането и разграничаването на телесни и емоционални усещания, са характерен белег на пациенти с хранителни разстройства и често се свързват с дисфункционална регулация на афекта (С. Fairburn et al., 2003) (К. Vitousek and F. Manke, 1994). Интероцептивните дефицити, обръкването в разпознаването и реагирането на различните емоционални състояния са свързани с афективното и телесно функциониране, които са важни фактори за развитието на хранителни разстройства. Още пионерите в изследванията на хранителните разстройства предполагат, че „липсата на интероцептивна информираност“ е ключ към разбиране на хранителните разстройства.

Двата основно определящи клъстера на скалата „Интероцептивни дефицити“ са „Афективен страх“ - изразяващ се в дистрес при силни емоционални състояния или липса на контрол над емоциите и „Афективно обръкване“ - изразяващ се в трудност при адекватното разпознаване на емоционалните състояния. Намаляването на резултатите по тази скала в ремисия е знак за нарастваща психична интеграция и възможност за по-автентичен контакт със себе си и тялото.

Композитът „Обща психологическа дезадаптация“ представлява сумарен индекс на дистреса, обхващащ ключовите личностови и афективни дефицити. Както вече беше отбелязано по-рано, този композит представлява сбор от резултатите на всички психологични скали. Той не може да бъде използван за оценяване на спецификата при

всеки индивидуален случай, но дава полезна информация в хода на проследяване на ефекта от лечението.

Промяната във всички психологични скали и конструкции по EDI-3 показва колко комплексен и сложен е терапевтичният процес при пациентите с АН в хода на провежданото лечение. Всички тези промени се случват в периода на формиране на личността в юношеска възраст. Това има своите предимства, защото през този период все още личностовите характеристики търпят поне известни промени.

Основният показател, който се следи в повечето случаи при пациентите с анорексия нервоза е теглото, а за по-голяма прецизност това е ИТМ. Връзката между отделните скали и конструкции в EDI-3 и ИТМ се променя в двете изследвани фази на извадката.

Таблица 23. Корелация между ИТМ и скали и композити в EDI-3 в остра фаза

		BMI
ИТМ	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	27
"Стремеж към слаба фигура"	Pearson Correlation	.343
	Sig. (2-tailed)	<u>.080</u>
	N	27
"Неудовлетвореност от фигурата"	Pearson Correlation	.358
	Sig. (2-tailed)	<u>.067</u>
	N	27
"Страх от зрелостта"	Pearson Correlation	.077
	Sig. (2-tailed)	<u>.702</u>
	N	27
"Булимия"	Pearson Correlation	.310
	Sig. (2-tailed)	<u>.115</u>
	N	27
"Интероцептивни дефицити"	Pearson Correlation	.276
	Sig. (2-tailed)	<u>.164</u>
	N	27
"Ниска самооценка"	Pearson Correlation	.279

	Sig. (2-tailed)	<u>.159</u>
	N	27
"Перфекционизъм"	Pearson Correlation	-.211
	Sig. (2-tailed)	<u>.290</u>
	N	27
"Неувереност в междуличностните отношения"	Pearson Correlation	.219
	Sig. (2-tailed)	<u>.272</u>
	N	27
"Междуличностна алиенация"	Pearson Correlation	.238
	Sig. (2-tailed)	<u>.233</u>
	N	27
"Личностна алиенация"	Pearson Correlation	-.079
	Sig. (2-tailed)	<u>.695</u>
	N	27
"Емоционална дисрегулация"	Pearson Correlation	.024
	Sig. (2-tailed)	<u>.904</u>
	N	27
"Аскетизъм"	Pearson Correlation	.135
	Sig. (2-tailed)	<u>.503</u>
	N	27
"Риск от хранителни разстройства"	Pearson Correlation	.417*
	Sig. (2-tailed)	<u>.030</u>
	N	27
"Неефективност"	Pearson Correlation	.122
	Sig. (2-tailed)	<u>.544</u>
	N	27
"Междуличностни проблеми"	Pearson Correlation	.240
	Sig. (2-tailed)	<u>.227</u>

	N	27
"Афективни проблеми"	Pearson Correlation	.201
	Sig. (2-tailed)	<u>.315</u>
	N	27
"Свърхконтрол"	Pearson Correlation	-.074
	Sig. (2-tailed)	<u>.712</u>
	N	27
"Обща психологическа дезадаптация"	Pearson Correlation	.164
	Sig. (2-tailed)	<u>.414</u>
	N	27

*. Корелацията е статистически значима на ниво 0,05 (двустранно).

**. Корелацията е статистически значима на ниво 0,01 (двустранно).

Таблица 24. Регресия между ИТМ и скали и композити в EDI-3 в остра фаза

Mo del	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	"Риск от хранителни разстройства"		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
2	"Личностна алиенация"		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
3	"Междупличностна алиенация"		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).

a. Фаза = Остра

b. Зависима променлива: ИТМ

Таблица 25. Обобщение на модела

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.417 ^b	.174	.141	2.57506
2	.549 ^c	.301	.243	2.41782
3	.700 ^d	.490	.423	2.11006

a. Фаза = Остра

b. Предиктори: (Constant), "Риск от хранителни разстройства"

c. Предиктори: (Constant), "Риск от хранителни разстройства", "Личностна алиенация"

d. Предиктори: (Constant), "Риск от хранителни разстройства", "Личностна алиенация", "Междупличностна алиенация"

Таблица 26. Анализ на вариацията (ANOVA) за модели на регресия с предиктори на ИТМ в остра фаза на анорексия нервоза

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1 Regression	34.932	1	34.932	5.268	.030 ^c
Residual	165.774	25	6.631		
Total	200.705	26			
2 Regression	60.405	2	30.203	5.167	.014 ^d
Residual	140.300	24	5.846		
Total	200.705	26			
3 Regression	98.302	3	32.767	7.360	.001 ^e
Residual	102.404	23	4.452		
Total	200.705	26			

a. Фаза = Остра

b. Зависима променлива: ИТМ

c. Предиктори: (Constant), "Риск от хранителни разстройства"

d. Предиктори: (Constant), "Риск от хранителни разстройства", "Личностна алиенация"

e. Предиктори: (Constant), "Риск от хранителни разстройства", "Личностна алиенация", "Междупличностна алиенация"

Таблица 27. Коефициенти на регресионните модели за предикторите на ИТМ в остра фаза

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	8.481	2.876		2.949	.007
"Риск от хранителни разстройства"	.067	.029	.417	2.295	.030
2 (Constant)	6.913	2.803		2.466	.021
"Риск от хранителни разстройства"	.103	.033	.642	3.181	.004
"Личностна алиенация"	-.183	.088	-.421	-2.087	.048
3 (Constant)	7.600	2.458		3.093	.005
"Риск от хранителни разстройства"	.087	.029	.537	2.988	.007
"Личностна алиенация"	-.439	.116	-1.010	-3.771	.001
"Междупличностна алиенация"	.338	.116	.783	2.917	.008

а. Фаза = Остра

б. Зависима променлива: ИТМ

При провеждане на корелационен и регресионен анализ в групата пациенти в остра фаза за връзката между ИТМ и различните показатели от EDI-3 се установява сигнификантна корелация на ИТМ единствено с конструкта „Риск от хранителни разстройства“. Регресионният анализ, обаче, показва предиктивна стойност на два други показателя освен конструкта „Риск от хранителни разстройства“, а именно "Личностна алиенация" и "Междупличностна алиенация", като общо трите фактора определят около половината (49%) от вариацията на ИТМ в извадката. Включването на допълнителни фактори в регресионния анализ, които нямат сигнификантна корелация с ИТМ, цели да посочи, че в мултивариативен сетинг и при взаимодействие с другите показатели от EDI-3, те могат да имат по-фина предикторна роля от простата корелация.

Ниското телесно тегло (и съответно ИТМ) в острата фаза на заболяването се определят от много фактори. Част от тях обаче имат по-значима предикторна стойност. Очаквано в тази група конструкта „Риск от хранителни разстройства“ показва сигнификантна корелация, както и висока предикторна стойност по отношение на тегло и ИТМ. По-интересно е да бъдат разгледани другите две скали, за които регресионният анализ показва предикторни възможности по отношение на ИТМ, а именно "Личностна алиенация" и "Междупличностна алиенация".

Скалите „Личностна алиенация“ и „Междупличностна алиенация“, включени в EDI-3, оценяват важни интра- и интерперсонални дефицити, които имат съществено значение за разбирането на психопатологията при анорексия нервоза.

Съдържателно скалата „Личностна алиенация“ се припокрива с „Ниската самооценка“, но също така тя измерва по-широка област от чувства като емоционална празнота и невъзможност или липса за себеразбиране, отсъствие на вътрешен ориентир, ниско самоприемане и разпад в усещането за себе си като кохерентна личност. Пациентите често съобщават за усещане, че не познават себе си, нямат идентичност или че са „празни отвътре“ (Н. Bruch, 1978) (К. Vitousek and F. Manke, 1994). В острата фаза това се проявява в прекомерна зависимост от външни ориентир – тегло, хранителен контрол, оценки от другите – за поддържане на чувство за стойност. Скалата включва айтеми, които измерват чувства, свързани с лична изолация, лична загуба или притеснения относно мнението на другите. Айтемите също улавят желанието да бъдеш някой друг и общото усещане за загуба на контрол върху нещата от живота си. Скалата е в съответствие с парализиращите чувства на емоционална празнота и самота, описани от някои автори (Н. Bruch, 1973; А. Goodsitt, 1997; М. Strober, 1981). Guidano и съавтори описват подобни понятия, използвайки когнитивна рамка за формирането на „дълбоки когнитивни структури“, свързани с личната идентичност (V. Guidano et al., 1983).

Скалата „Междупличностна алиенация“ се състои от седем айтема, които оценяват разочарование, дистанция, трудности в емоционалната близост, отчуждение и липса на доверие към хората в междупличностните отношения. Може да е налице усещане за социална изолация, дори когато пациентката е в реална връзка или социална среда. Това би могло да бъде резултат от перфекционизъм, страх от отхвърляне и липса на емоционална достъпност. Също така показва тенденция за усещането на чувство за “в капан” във взаимоотношенията с другите и неразбиране или липса на обич от страна на другите. Високият суров резултат по скалата основно е израз на разстройство в привързаността. В резултат, пациентките често избират автономия чрез рестрикция като опит за регулация на връзката със себе си и другите (D. Garner, 2004).

Взаимодействието между двете скали очертава една особена личностова организация, при която вътрешната празнота и външната изолация се подсилват взаимно. Това създава крехка и уязвима идентичност, особено при юноши и млади жени, за които темата за контрол и автономия е особено чувствителна (J. Treasure et al., 2010).

Този личностов профил може да обясни част от вариацията в ИТМ, тъй като рестрикцията на храна се явява не само поведение, но и форма на комуникация и идентичност – израз на болка, нужда от контрол и начин за поддържане на граници с другите.

Таблица 27. Корелация между ИТМ и скали и композити в EDI-3 във фаза ремисия

		ИТМ
ИТМ	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	18
"Стремеж към слаба фигура"	Pearson Correlation	.465
	Sig. (2-tailed)	<u>.052</u>
	N	18
"Неудовлетвореност от фигурата"	Pearson Correlation	.555*
	Sig. (2-tailed)	<u>.017</u>
	N	18
"Страх от зрелостта"	Pearson Correlation	.040
	Sig. (2-tailed)	<u>.876</u>
	N	18
"Булимия"	Pearson Correlation	.260
	Sig. (2-tailed)	<u>.297</u>
	N	18
"Интероцептивни дефицити"	Pearson Correlation	.416
	Sig. (2-tailed)	<u>.086</u>
	N	18
"Ниска самооценка"	Pearson Correlation	.498*
	Sig. (2-tailed)	<u>.036</u>
	N	18

"Перфекционизъм"	Pearson Correlation	-.507*
	Sig. (2-tailed)	.032
	N	18
"Неувереност в междуличностните отношения"	Pearson Correlation	.082
	Sig. (2-tailed)	<u>.745</u>
	N	18
"Междуличностна алиенация"	Pearson Correlation	.211
	Sig. (2-tailed)	<u>.401</u>
	N	18
"Личностна алиенация"	Pearson Correlation	.424
	Sig. (2-tailed)	<u>.080</u>
	N	18
"Емоционална дисрегулация"	Pearson Correlation	.772**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	18
"Аскетизъм"	Pearson Correlation	.027
	Sig. (2-tailed)	<u>.916</u>
	N	18
"Риск от хранителни разстройства"	Pearson Correlation	.430
	Sig. (2-tailed)	<u>.075</u>
	N	18
"Неефективност"	Pearson Correlation	.459
	Sig. (2-tailed)	<u>.056</u>

	N	18
"Междупличностни проблеми"	Pearson Correlation	.171
	Sig. (2-tailed)	<u>.497</u>
	N	18
"Афективни проблеми"	Pearson Correlation	.571 *
	Sig. (2-tailed)	.013
	N	18
"Свърхконтрол"	Pearson Correlation	-.351
	Sig. (2-tailed)	<u>.154</u>
	N	18
"Обща психологическа дезадаптация"	Pearson Correlation	.306
	Sig. (2-tailed)	<u>.217</u>
	N	18

*. Корелацията е статистически значима на ниво 0,05 (двустранно).

**. Корелацията е статистически значима на ниво 0,01 (двустранно).

а. Фаза = Ремисия

Таблица 28. Регресия между ИТМ и скали и композити в EDI-3 във фаза ремисия

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	"Емоционална дисрегулация"		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
2	"Свърхконтрол"		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).

Таблица 29. Обобщение на модела

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.772 ^b	.595	.570	.79368
2	.858 ^c	.737	.702	.66132

a. Фаза = Ремисия

b. Предиктори: (Constant), "Емоционална дисрегулация"

c. Предиктори: (Constant), "Емоционална дисрегулация", "Свърхконтрол"

a. Фаза = Ремисия

b. Зависима променлива: ИТМ

Таблица 30. Анализ на вариацията (ANOVA) за регресионните модели с предиктори „Емоционална дисрегулация“ и „Свърхконтрол“

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	14.830	1	14.830	23.543	.000 ^c
	Residual	10.079	16	.630		
	Total	24.909	17			
2	Regression	18.349	2	9.174	20.977	.000 ^d
	Residual	6.560	15	.437		
	Total	24.909	17			

a. Фаза = Ремисия

b. Зависима променлива: ИТМ

c. Предиктори: (Constant), "Емоционална дисрегулация"

d. Предиктори: (Constant), "Емоционална дисрегулация", "Свърхконтрол"

Таблица 31. Коефициенти на регресионните модели за предикторите на ВМІ в ремисия

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	17.985	.336		53.583	.000
"Емоционална дисрегулация"	.187	.039	.772	4.852	.000
2 (Constant)	19.271	.533		36.160	.000
"Емоционална дисрегулация"	.190	.032	.784	5.912	.000
"Свърхконтрол"	-.093	.033	-.376	-2.836	.013

а. Фаза = Ремисия

б. Зависима променлива: ИТМ

Скалата „Емоционална дисрегулация“ състои от осем айтема, които оценяват тенденция към нестабилност в емоционалните състояния, импулсивност, безразсъдност, гняв и саморазрушителност. „Емоционална дисрегулация“ включва затруднение при овладяване и изразяване на емоции, афективна лабилност и склонност към вътрешно напрежение (K. Vitousek and F. Manke, 1994). Това е свързано с нуждата от външен контрол (например чрез хранене или достигане на определено тегло) като компенсаторен механизъм при липсата на вътрешна регулация (H. Bruch, 1978). Най-вероятно именно този механизъм обяснява защо емоционалната дисрегулация е толкова силен предиктор дори в ремисия – тя остава като фонов рисков фактор, който застрашава устойчивостта на възстановяването (J. Treasure et al., 2010). Скалата съдържа два клъстера, които оценяват потенциалните проблеми със злоупотребата с вещества - един за алкохол и един за наркотици. Склонността за трудност в регулацията на импулсите и настроенията и тази към самонараняване са тенденции, които са считани за маркери за неблагоприятна прогноза при пациенти с хранителни разстройства. Айтемите в Скалата „Емоционална дисрегулация“ оценяват емоционалните качества, характерни за подгрупата пациенти, диагностицирани с хранителни разстройства, които се считат за особено устойчиви при лечение.

При провеждане на корелационен и регресионен анализ в групата пациенти в ремисия за връзката между ИТМ и различните показатели от EDI-3, картината е много различна в сравнение с пациентите в остра фаза. Сигнификантна корелация с ИТМ показват 5 скали и конструкти от EDI-3 - "Неудовлетвореност от фигурата", "Ниска самооценка", "Перфекционизъм", "Емоционална дисрегулация" и "Афективни проблеми". Когато се оценява причинно-следствената връзка, а не чиста корелация, регресионния анализ показва два фактора с предикторна стойност по отношение на ИТМ във фаза на ремисия и това са "Емоционална дисрегулация" и "Свърхконтрол". Тези два фактора определят 73.7% от вариацията на променливата ИТМ. Сама по себе си скалата

"Емоционална дисрегулация" определя близо 60% от вариацията на ИТМ. Няма показател с толкова висока предиктивна стойност при изследваните пациенти в остра фаза на хранителното разстройство. Както при корелационния, така и при регресионния анализ, композитът "Свръхконтрол" е с обратен знак спрямо промяната на ИТМ, т.е. колкото по-силен е свръхконтролът толкова по-нисък е индексът на телесна маса. Тук отново трябва да бъде направена интерпретация на получените резултати, които са изключително интересни. Показатели като "Неудовлетвореност от фигурата", "Ниска самооценка" и "Перфекционизъм", показват висока корелация с ИТМ и това е което всички (специалисти и неспециалисти) са свикнали да свързват с ниското тегло и пациентите с хранителни разстройства. Дори при извадката в ремисия средният ИТМ е 19.34 (т.е. малко над дъното на нормата). Направеният регресионен анализ на нашата извадка (в ремисия) показва обаче, че тези показатели нямат значима предиктивна стойност по отношение на ИТМ при пациентите в ремисия. Скалата "Емоционална дисрегулация" и композитът "Свръхконтрол" имат изключителна предиктивна стойност и определят огромен процент от вариацията на ИТМ в ремисия. Може би точно затова именно тези два показателя са определени като показател за формиране на група от пациенти с хранителни разстройства, които са особено устойчиви на лечение (резистентни). Това е цитирано в ръководството на EDI-3 при изследване на клинична извадка от пациенти.

Композитът „Свръхконтрол“ се състои от сумираните Т-точки на скалите „Перфекционизъм“ и „Аскетизъм“. Тези скали корелират помежду си умерено, но въпреки това факторният анализ на всички психологически скали показва, че тези две образуват най-отчетлива свързаност. Заедно те посочват наградата за постигането на висок стандарт на лични постижения, както и убеждението към добродетелност чрез преследване на духовни идеали като самодисциплина, самоотричане, самоограничаване, саможертва и страдание. „Свръхконтрол“ се свързва с перфекционизъм, ниска гъвкавост, трудност в експресията на емоции и склонност към потискане. При пациенти в ремисия той не просто е черта, а често е част от ригиден стил на справяне, който поддържа нисък ИТМ чрез строго следване на вътрешни правила и стандарти (D. Garner, 2004). Срамът е свързващият елемент на личните слабости и физиологичните нужди. Тези вярвания имат исторически корени в религиозния аскетизъм, който обвързва духовните цели с преодоляването на физическите подтици и нужди. Те могат да имат различно значение при хранителни разстройства, но въпреки това те често отразяват убеждение, поне на повърхностно ниво, че удоволствието или грижата от другите не са „заслужени“.

Данните от регресионния анализ показват, че във фазата на ремисия именно скалите „Емоционална дисрегулация“ и „Свръхконтрол“ имат най-висока предиктивна стойност спрямо ИТМ, като обясняват общо над 73% от неговата вариация. Това е важно клинично откритие, което показва, че след преминаване на острите симптоми, дълбоко вкоренени личностови характеристики започват да играят доминираща роля в поддържането на ниско тегло (D. Garner, 2004) (C. Fairburn et al., 2003).

Напълно различни личностови характеристики определят какъв е индексът на телесната маса в остра фаза и във фаза на ремисия. Най-същественото откритие тук е, че във фазата на ремисия поведенческите симптоми отстъпват пред личностовите механизми – докато в острата фаза има много повече поведенчески модел, в ремисията именно личностови характеристики като емоционална неустойчивост и прекомерен контрол оказват най-голямо влияние. Това потвърждава нуждата от индивидуализирани психотерапевтични стратегии, насочени към личностовите аспекти, за да се постигне трайно възстановяване.

IV. ОГРАНИЧЕНИЯ И НЕДОСТАТЪЦИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО. НАСОКИ ЗА БЪДЕЩА РАБОТА

Настоящият дисертационен труд има няколко методологични ограничения, които следва да се отчетат при интерпретацията на резултатите и тяхното прилагане в клиничната практика.

На първо място, едноцентровият дизайн и ограничената численост на извадката, съчетани с отчетлива полова диспропорция (един участник от мъжки пол), стесняват възможностите за сравнение между подгрупи и ограничават генерализацията на изводите към по-широката популация от юноши с анорексия нервоза. На второ място, липсата на дълъг проследяващ прозорец не позволява формулиране на категорични заключения относно устойчивостта на ремисията във времето, динамиката на психопатологичните показатели и влиянието на различни терапевтични стратегии в по-дългосрочен план. Тези фактори редуцират външната валидност на изследването и предполагат предпазливост при екстраполирането на резултатите извън сходен клиничен контекст и организационни условия на лечение.

Бъдещи проучвания биха могли да адресират посочените дефицити чрез мултицентрови изследвания с по-големи и по-хетерогенни кохорти, по-добър баланс между половете и включване на структурирани клинични интервюта, които да допълнят самоотчетните инструменти. Допълнително, особено ценни биха били лонгитудинални дизайни с разширен проследяващ период, позволяващи оценка на факторите, свързани с поддържането на ремисията и риска от рецидив. Не на последно място, бъдещи интервенционни изследвания биха могли да тестват ефективността на таргетирани психотерапевтични подходи, насочени към емоционалната дисрегулация, свръхконтрола и перфекционизма като потенциални поддържащи механизми на разстройството дори при възстановяване на теглото и стабилизиране на клиничните показатели.

V. ИЗВОДИ

1. Част от изследваните скали и композити от въпросника EDI-3 демонстрират значителна чувствителност към промяна в клиничното състояние на пациентите в активна фаза и в ремисия. Наблюдаваните статистически значими изменения по скалите „Стремеж към слаба фигура“, „Аскетизъм“, „Неефективност“, „Свърхконтрол“ и „Обща психологическа дезадаптация“ отразяват области, в които интервенциите и клиничното възстановяване имат най-изразен ефект. Отчетливото намаляване на средните стойности по скалите „Ниска самооценка“ и композитите „Неефективност“ и „Обща психологическа дезадаптация“ показва не само отслабване на симптомите, свързани с телесния образ и хранителното поведение, но и съществено подобрение в цялостното психично функциониране. Намаляването на резултатите по скала „Интероцептивни дефицити“ в ремисия е знак за нарастваща психична интеграция и възможност за по-автентичен контакт със себе си и тялото. Това предполага, че тези конструкти могат да служат като ключови индикатори за положителна динамика в хода на лечението и подчертава тяхната приложимост както за диагностика, така и за оценка на терапевтичната ефективност.
2. "Стремеж към слаба фигура" и "Неудовлетвореност от фигурата" са ключови фактори в развитието и поддържането на анорексия нервоза. При композитите „Обща психологическа дезадаптация“, „Риск от хранителни разстройства“ и скалата „Неудовлетвореност от фигурата“ разликата е сигнификантно значима - след лечение и при постигане на ремисия стойностите са значително по-ниски. Тези характеристики показват статистически значими разлики между острата фаза на заболяването и ремисията, което ги прави подходящи за мониторинг и терапевтични цели. „Риск от хранителни разстройства“, дори в нашата силно хомогенна извадка, дава много добра информация за непосредствения риск от развитие на нарушено хранителното поведение и има висока клинична полезност за проследяване на ефекта от лечението във времето. Изразеното понижаване на стойностите в ремисия свидетелства за редукция не само на симптомите, но и на когнитивните нагласи, които поддържат патологичното поведение.
3. Регресионният анализ показва предиктивна стойност на два други показателя освен конструкта „Риск от хранителни разстройства“, а именно "Личностна алиенация" и "Междulichностна алиенация", като общо трите фактора определят около половината (49%) от вариацията на ИТМ в извадката. Включването на допълнителни фактори в регресионния анализ, които нямат сигнификантна корелация с ИТМ, показва, че в мултивариативен сетинг и при взаимодействие с другите показатели от EDI-3, те могат да имат по-фина предикторна роля от простата корелация. Тези показатели подчертават важността на социалните и личностови фактори в развитието и поддържането на хранителните разстройства.
4. Показатели като „Неудовлетвореност от фигурата“, „Ниска самооценка“ и „Перфекционизъм“ са тясно свързани с ИТМ, като тази зависимост съответства на широко описаната в литературата асоциация между ниското тегло и посочените конструкти при разстройства на храненето. Дори при извадката в ремисия средният ИТМ е 19.34 (т.е. малко над дъното на нормата). Направеният регресионен анализ на нашата извадка (в ремисия) показва, обаче, че тези показатели нямат значима предиктивна стойност по отношение на ИТМ при пациентите в ремисия.

5. Скала „Емоционална дисрегулация“ демонстрира най-висока стабилност във времето и е единствената, при която разликата не само не е сигнификантна, а липсва разлика между стойността в остра фаза и ремисия. Сама по себе си скалата "Емоционална дисрегулация" определя близо 60% от вариацията на ИТМ, като няма друг показател с толкова висока предиктивна стойност при изследваните пациенти в остра фаза на хранителното разстройство. Това предполага, че затрудненията в емоционалната регулация имат значима роля за прогнозата на заболяването.
6. Данните от регресионния анализ показват, че във фазата на ремисия именно скалата „Емоционална дисрегулация“ и композита „Свърхконтрол“ имат най-висока предиктивна стойност спрямо ИТМ, като обясняват общо над 73% от неговата вариация. Може би точно затова именно тези два показателя са определени като индикатор за формиране на група от пациенти с хранителни разстройства, които са особено резистентни на лечение. Както при корелационния, така и при регресионния анализ, композитът "Свърхконтрол" е с обратен знак спрямо промяната на ИТМ, т.е. колкото по-силен е свърхконтролът, толкова по-нисък е ИТМ.
7. Някои личностови характеристики остават относително стабилни дори след постигане на ремисия. Част от скалите остават с повишени стойности по време на ремисия (например „Перфекционизъм“ и „Неувереност в междуличностните отношения“), което отразява, че определени личностови характеристики могат да персистират дори след клинично подобрене. Направеният статистически анализ показва, че перфекционизмът е една сравнително устойчива характеристика, която не показва сигнификантна промяна във фазата на ремисия. Тези резултати подкрепят необходимостта от дългосрочна психологическа подкрепа, дори и при привидно успешно лечение. Освен възстановяването и поддържането на нормално телесно тегло, в дългосрочен план именно тези психологични черти и конструкти са основната цел на цялостното терапевтично повлияване на хранителните разстройства.

VI. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Настоящото изследване изпълнява поставената цел да диференцира променливи и константни характеристики при юноши с анорексия нервоза чрез двуфазно проследяване – в активна фаза и в ремисия – с използване на стандартизирания инструмент EDI-3 и адекватни статистически методи (дескриптивна статистика, t-тест за независими извадки и ANOVA; обработка в SPSS). Този дизайн позволява да се отграничат показателите, чувствителни към терапевтичната промяна, от относително стабилните личностови конструкти, които продължават да влияят върху клиничния ход и след възстановяване на теглото.

Изследването обхваща 45 пациенти, разпределени в две групи: 27 в активна фаза и 18 в ремисия. В острата фаза средният ИТМ е 14.98, а в ремисия нараства до 19.33–19.34, което отразява клинично съществено възстановяване на соматичния статус и верифицира чувствителността на дизайна към ефектите от лечението. Почти всички участници са от женски пол, което съответства на добре описаната полова диспропорция при разстройствата на храненето в юношеска възраст.

Промяната в психологическите показатели е консистентна с антропометричните данни. Общият сбор по EDI-3 намалява от $M=147.67$ в остра фаза до $M=96.56$ в ремисия, като свидетелства за редукия на широка гама конструкти – от нарушено телесно възприятие и рисково хранително поведение до перфекционизъм и обща психологическа дезадаптация. Това понижение кореспондира на клиничната картина на ремисия, в която се очаква подобрене както на клиничните, така и на психологическите параметри.

На ниво скали и композити се наблюдават сигнификантни намаления в ключови домейни, тясно свързани с рисковия профил за хранително разстройство – „Стремеж към слаба фигура“, „Неудовлетвореност от фигурата“ и композита „Риск от хранителни разстройства“. Едновременно с това се отчита отчетливо понижение и в „Ниска самооценка“, „Неефективност“ и „Обща психологическа дезадаптация“, което показва, че не само симптомо-специфичните, но и част от общопсихологическите характеристики са чувствителни към терапията. Тази динамика е представена и в сравненията на средните стойности по фази.

Същевременно анализът извежда набор от относително стабилни (константни) конструкти. „Емоционална дисрегулация“ се отличава с липса на разлика между фазите и се очертава като фонен рисков фактор, асоцииран с по-неблагоприятен дългосрочен ход. В ремисия „Емоционална дисрегулация“ и композитът „Свърхконтрол“ са с висока предиктивна стойност за вариацията на ИТМ: двата фактора заедно обясняват 73.7% от вариацията на ИТМ, като „Емоционална дисрегулация“ самостоятелно обяснява близо 60%. Този резултат не намира аналог в активната фаза, където не се идентифицират показатели с толкова висока предиктивност. Данните подкрепят тезата, че след възстановяване на теглото константните личностови и афективни дефицити продължават да определят риска от нестабилна ремисия.

Корелационният анализ допълва тази картина. В ремисия ИТМ е в значима връзка с „Неудовлетвореност от фигурата“ ($r=.555$; $p=.017$), „Ниска самооценка“ ($r=.498$; $p=.036$), „Перфекционизъм“ ($r=-.507$; $p=.032$), „Афективни проблеми“ ($r=.571$; $p=.013$) и най-силно – с „Емоционална дисрегулация“ ($r=.772$; $p<.001$). Макар тези резултати да отразяват очаквани асоциации между ниско тегло/телесен образ и психометрични показатели, именно емоционалната дисрегулация и свърхконтролът се оказват определящи за устойчивостта на възстановяването при преминаване в ремисия.

Клиничните изводи са двупосочни. Първо, резултатите валидират практиката в острата фаза да се приоритизират интервенции, насочени към телесно възприятие и симптомоспецифични когниции/поведения (напр. работа по „Стремеж към слаба фигура“ и „Неудовлетвореност от фигурата“, редуциране на „Риск от хранителни разстройства“), доколкото те показват най-изразима чувствителност в двете фази. Второ, след стабилизиране на теглото във фазата на ремисия, фокусът следва да се измести към дългосрочни стратегии за емоционална регулация, адресиране на свръхконтрола и остатъчните дефицити в самооценката, с оглед на тяхната прогностична роля за поддържане на терапевтичния ефект и превенция на рецидив. Тази фазово ориентирана рамка е съвместима с психологическата логика на промените, наблюдавани в профила по EDI-3 между двете фази.

Методологичното решение да се работи със сурови резултати (raw scores) е аргументирано от липсата на валидирани клинични норми за юношеска популация у нас и от хомогенността на клиничната извадка (само пациенти с анорексия нервоза), което ограничава приложимостта на международни норми. Това решение запазва интерпретативната стойност на сравненията между фазите в рамките на конкретния клиничен контингент.

Идентифицираните променливи индикатори, най-вече свързани с образа на тялото и другите рискови фактори за хранително разстройство, са чувствителни към терапията и се променят в ремисия. Константните конструкти – особено емоционалната дисрегулация и свръхконтролът – остават водещи детерминанти на стабилността на ИТМ и на риска от непълна ремисия. В заключение, дисертационният труд показва, че тази диференциация обосновава значимостта на персонализирани терапевтични стратегии, в които след възстановяване на клиничните показатели, фокусът преминава към дългосрочна психотерапевтична работа върху емоционалната регулация и личностовите модели, поддържащи уязвимостта.

VII. ПРИНОСИ

- Описаните статистически значими разлики в показателите между острата фаза на заболяването и ремисията ги прави подходящи за мониторинг и терапевтични цели.
- Някои от показателите дават много добра информация за непосредствения риск от развитие на нарушено хранителното поведение и имат висока клинична полезност за проследяване на ефекта от лечението във времето.
- Освен възстановяването и поддържането на нормално телесно тегло, в дългосрочен план именно описаните психологични черти и конструкти са основната цел на цялостното терапевтично повлияване на хранителните разстройства.
- Тези резултати подчертават важността на социалните и личностови фактори в развитието и поддържането на хранителните разстройства и подкрепят необходимостта от дългосрочна психологическа подкрепа, дори и при привидно успешно лечение.

VIII. ПУБЛИКАЦИИ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД:

1. Гачева Г., Петров П. Клиничен случай на пациентка на 16 годишна възраст с Анорексия нервоза и екстремно нисък Индекс на Телесна Маса. Българско списание за психиатрия. 2022; 7(4):30-35.
2. Гачева Г., Стефанова А. ЕТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗА И ТРИГЕРИ ЗА ОТКЛЮЧВАНЕ НА АНОРЕКСИЯ НЕРВОЗА. VFU [Internet]. 2025 Oct. 9 [cited 2025 Oct. 20];(24):351-77.