

СУ „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ“
ФИЛОСОФСКИ ФАКУЛТЕТ
КАТЕДРА „ОБЩА, ЕКСПЕРИМЕНТАЛНА,
РАЗВИТИЙНА И ЗДРАВНА
ПСИХОЛОГИЯ“

„Тежки преживявания в детството и здравно
поведение в зрелостта“

АВТОРЕФЕРАТ

за присъждане на образователна и научна степен „доктор“
по научна специалност: 3.2. Психология
(Психология на здравето)

докторант:

Михаела Ангелова Белорешка

научен ръководител:

проф. д.пс.н. Соня Карабельова

София,

2024 г.

Дисертационният труд на тема „Тежки преживявания в детството и здравно поведение в зрелостта“ е обсъден и насочен за защита от катедра „Обща, експериментална и генетична психология“ при Философски факултет на СУ „Св. Климент Охридски“ със заповед № отг.

Дисертацията съдържа:

Обем: 254 страници, от които:

210 стр. са основен текст, таблици и графики

44 стр. представят използваната литература и приложение

Литература: 15 заглавия на български език,

422 заглавия на английски език.

Таблици: 66

Графики: 34

Приложение: Изследователски инструментариум

Научно жури:

..... - Председател

..... (рецензент)

..... (рецензент)

.....

.....

Защитата на дисертационния труд ще се състои наг. от ч. в зала на СУ „Св. Климент Охридски“ на открито заседание на избраното специализирано научно жури.

Материалите по защитата са на разположение в канцеларията на специалност „Психология“, кабинет 60, южно крило на СУ „Св. Климент Охридски“, както и на сайта на университета: www.uni-sofia.bg

СЪДЪРЖАНИЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

УВОД

ГЛАВА ПЪРВА: ТЕОРЕТИЧНИ ПОДХОДИ ЗА ТЕЖКИ ПРЕЖИВЯВАНИЯ В ДЕТСТВОТО. ВЗАИМОВРЪЗКИ С МОДЕЛИ НА ХРАНИТЕЛНО ПОВЕДЕНИЕ В ЗРЯЛА ВЪЗРАСТ

1. ТЕЖКИ ПРЕЖИВЯВАНИЯ В ДЕТСТВОТО. СЪЩНОСТ, ВИДОВЕ И ИЗСЛЕДОВАТЕЛСКИ ПОДХОДИ

1.1. Развитие на изследователските подходи за травма в детството.....7

1.2. Видове травма в детството.....11

1.3. Тежки преживявания в детството - дефиниция и епидемиология.....17

2. СЪВРЕМЕННИ ТЕОРИИ ЗА ХРОНИЧНИЯ СТРЕС И ЗДРАВЕТО

2.1. Теория за генерализираната небезопасност.....20

2.2. Теория за социалната безопасност.....22

2.3. Теория за токсичния стрес.....25

2.3.1 Биологично вграждане.....27

2.3.2. Алостатично натоварване.....31

2.3.3. Рискови и протективни фактори. Устойчивост (резилианс).....32

2.3.4. Превенция и законови рамки.....33

2.4. Пирамида на тежките преживявания в детството.....37

3. ТЕЖКИ ПРЕЖИВЯВАНИЯ В ДЕТСТВОТО, РИСКОВИ ЗА ЗДРАВЕТО ПОВЕДЕНИЯ И ЗДРАВЕН СТАТУС

3.1. Тежки преживявания в детството и рискови за здравето поведения.....41

3.2. Тежки преживявания в детството и развитие на соматични заболявания.....45

4. ТЕЖКИ ПРЕЖИВЯВАНИЯ В ДЕТСТВОТО, МОДЕЛИ НА ХРАНИТЕЛНИ ПОВЕДЕНИЯ И ЛИЧНОСТНИ ХАРАКТЕРИСТИКИ

4.1. Тежки преживявания в детството, психологически характеристики и хранителни поведения.....47

4.2. Тежки преживявания в детството, затлъстяване и здравен статус.....57

ГЛАВА ВТОРА: ТЕОРЕТИЧНА РАМКА НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

1. ОБОСНОВКА НА ИЗБРАНИЯ МОДЕЛ.....61

2. ЦЕЛ, ХИПОТЕЗИ И ЗАДАЧИ.....61

3. МЕТОД

3.1 Процедура

3.1.1 Първи етап: Качествено пилотно изследване.....64

3.1.2 Втори етап: Основно емпирично изследване.....65

3.2 ИЗСЛЕДОВАТЕЛСКИ ИНСТРУМЕНТАРИУМ

3.2.1 Пилотно качествено изследване.....66

3.2.2 Основно емпирично изследване.....67

3.3 РЕСПОНДЕНТИ

3.3.1. Пилотно качествено изследване.....73

3.3.2. Основно емпирично изследване.....75

ГЛАВА ТРЕТА: АНАЛИЗ И ИНТЕРПРЕТАЦИЯ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ИЗСЛЕДВАНЕТО

1. Пилотно качествено изследване.....83

2. Основно емпирично изследване

2.1. Структурна организация на използваните инструменти.....94

2.2. Вариации в изследваните феномени в зависимост от демографски признаци	
2.2.1. Различия във вида и броя тежки преживявания в детството в зависимост от социодемографските признаци.....	108
2.2.2. Различия в хранителното поведение в зависимост от социодемографските признаци.....	121
2.2.3. Различия в хранителното поведение в зависимост от тежки преживявания в детството.....	133
2.3. Взаимовръзка между изследваните феномени	
2.3.1. Взаимовръзка между ежедневната диета и моделите на хранително поведение.....	143
2.3.2. Взаимовръзка между тежки преживявания в детството, психологически корелати и хранително поведение.....	145
2.3.3. Взаимовръзка между психологическите корелати и хранителното поведение.....	154
2.4. Ефект на тежки преживявания в детството и психологическите корелати върху хранителното поведение.....	168
2.5. Ефект на психологическите корелати и хранителното поведение върху удовлетвореността от живота и здравния статус.....	190
ОБОБЩЕНИЕ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	200
ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА.....	211
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	243

СЪДЪРЖАНИЕ НА АВТОРЕФЕРАТА

- 1. Актуалност и значимост на проблема**
- 2. Структура на дисертационния труд**
- 3. Общи характеристики на дисертационния труд**
 - 3.1 Теория за токсичния стрес
 - 3.2 Пирамида на тежките преживявания в детството
 - 3.3 Тежки преживявания в детството, психологически характеристики и модели на хранително поведение
- 4. Постановка и организация на емпиричното изследване**
 - 4.1 Обосновка на емпиричното изследване
 - 4.2 Цел, задачи и хипотези на изследване
 - 4.3 Изследователски инструментариум
 - 4.4 Респонденти
- 5. Психометрични характеристики и структурна организация на използваните инструменти**
- 6. Верификация на работните хипотези и обсъждане на значимите резултати**
 - 6.1 Различия в хранителното поведение в зависимост от социодемографските признаци
 - 6.2 Различия в хранителното поведение в зависимост от тежките преживявания в детството
 - 6.3 Взаимовръзки между тежки преживявания в детството, психологически корелати и хранително поведение
 - 6.4 Взаимовръзки между психологическите корелати и хранителното поведение

6.5 Ефект на тежките преживявания в детството и психологическите корелати върху хранителното поведение

6.6 Ефект на психологическите корелати и хранителното поведение върху удовлетвореността от живота и здравния статус

7 Обобщение и заключение

8 Ограничения на изследването

9 Препоръки към консултативната практика

10 Насоки за бъдещи изследвания

11 Научен принос на изследването

12 Списък с публикации

13 Участие в научни форуми и проекти

АКТУАЛНОСТ И ЗНАЧИМОСТ НА ПРОБЛЕМА

Тежките преживявания в детството (ТПД) са травматични събития, които се случват между раждането и 18-тата година. Те са случват в семейна или социална среда, варират в своята интензивност, често са хронични и могат да причинят трайна вреда и дистрес (Kalmakis & Chandler, 2014).

Съществуват различни дефиниции и системи за измерване на тежките преживявания в детството. В литературата се срещат още понятията ранен житейски стрес (early life stress) и неблагоприятни събития в детството (adverse childhood events). В Международната класификация на болестите ТПД са описани като „Фактори, оказващи влияние върху здравния статус и контакта със здравните служби”, диагностична категория Z61 – „Проблеми, свързани с тежки жизнени събития в детството“ (СЗО, 1990). В българската научна литература се използват и термините неблагоприятни събития или неблагоприятия в детството, докато в преводни научни трудове и книги се използва терминът тежки или травматични преживявания в детството. В настоящата разработка тези понятия са взаимнозаменяеми.

Според Национално проучване на детското здраве проведено от Центъра за контрол и превенция на заболяванията (CDC) в САЩ за 2016 г. приблизително 61% от децата в Съединените щати са преживели поне един ТПД, докато 12,5% са преживели три или повече ТПД. Проучването установява, че ТПД са по-разпространени сред децата, живеещи в семейства с по-ниски доходи и по-ниско образование (Ghandour et al., 2016).

Проведени са две проучвания върху ТПД в българска социо-културна среда. Първото проучване установява, че най-широко разпространени ТПД са емоционално насилие (40,9%), физическо насилие (28%), сексуалното насилие (11,3%), емоционално пренебрегване (28,6%) физическо пренебрегване (9,3%) (Диолова–Ходжаджикова, 2018). Второто проучване е епидемиологично и открива, че най-често докладваното неблагоприятно събитие в България е смърт на родител (6.2%), последвано от родител с психична болест или наркотична зависимост (2.9%), а на трето място е развод или друга загуба (раздяла) на родител (2.8%). Данните от българска извадка показват, че наличието на повече от едно преживяно неблагоприятно събитие се оказва норма измежду респондентите в България (Василев, 2012).

По-ранни проучвания на ТПД се фокусират върху конвенционални видове насилие (емоционално, физическо, сексуално), пренебрегване (емоционално и физическо) и дисфункционална семейна среда (наличие на психично заболяване в семейството, домашно насилие, развод, родител в затвор и др.) (Anda et al., 2006; Felitti et al., 1998). По-съвременните проучвания върху ТПД включват също така културни и екологични фактори (свидетел на насилие в общността, тормоз в училище, колективно насилие) (WHO, 2012; Mersky et al., 2017) (таб. 1).

Таблица 1. Видове тежки преживявания в детството (WHO, 2012)

Тежки преживявания в детството		
Насилие	Пренебрегване	Семейна дисфункция
Физическо	Физическо	Психично заболяване в семейството
Сексуално	Емоционално	Домашно насилие
Емоционално		Раздяла или развод
От връстници		Зависимости и злоупотреба с вещества
Колективно		Член на семейството лишен от свобода
Свидетел на насилие в общността		

Съществуват множество изследвания за връзката между ТПД и различни здравни поведения. Още в оригиналното си изследване Фелити и колеги откриват консистентна доза-отговор връзка между най-често срещаните рискови за здравето поведения и тежките преживявания в детството като опит за самоубийство, нарушения на съня, употреба на наркотици, инжекционни наркотици (крак, хероин), злоупотреба с алкохол, тютюнопушене или употреба на ел. цигари, употреба на канабис, бременност в тинейджърството, полово предавани болести, агресия и насилие (домашно насилие към партньор или сексуално насилие), по-ниска физическа активност (Felitti et al., 1998).

Аналогично изследване в България разглежда връзката между ТПД и рисковото за здравето поведение при студенти от помагащите професии и медицина. Резултатите показват, че при наличие на четири или повече ТПД се наблюдава три пъти увеличение на рисковете за тютюнопушене, четири пъти увеличение на риска от ранно пропушване и три пъти увеличение на риска от ранно започване на сексуален живот (12-15г.).

Съществуват множество консистентни данни за връзката между тежките преживявания в детството и соматични заболявания в зрелостта. Често характерът на тази връзка е доза-отговор и с нарастване на броя на преживени неблагоприятния прогресивно се увеличава риска от развитие на различни физически заболявания.

В таблица 2 са обобщени данни от изследвания, които докладват връзката на ТПД с повечето от най-разпространените заболявания в световен мащаб.

Пагубното въздействие на тежките преживявания в детството върху физическото здраве става все по-всеобхватно. Сложното взаимодействие между ТПД и хроничните заболявания, сърдечно-съдовото здраве, метаболитните нарушения и имунната функция извежда необходимостта от цялостен подход към здравеопазването, който е травма-информиран, основан на превенция и насърчаваща устойчивостта. Чрез ранно разпознаване на въздействието на ТПД през целия живот върху физическото здраве и прилагане на превантивни мерки и целенасочени интервенции, здравните специалисти могат да допринесат за смекчаване на тежестта на ТПД и подобряване на цялостното благосъстояние на лицата, засегнати от неблагоприятния в детството.

Таблица 2. Физически заболявания свързани с тежки преживявания в детството при възрастни (Nelson et al., 2020)

Физически симптоми и заболявания	Оценен риск при ≥ 4 ТПД
Сърдечно-съдови болести	2.1
Инсулт	2.0
Рак	2.3
Астма	1.2
Хронична обструктивна белодробна болест	3.1
Паметови нарушения (вкл. деменция)	4.9
Диабет	1.4
Хепатит	2.4
Бъбречни заболявания	1.7
Затлъстяване	2.1
Главоболие	2.1 (при ≥ 5 ТПД)
Хронична болка	1.2
Фибромиалгия	1.8 (при ≥ 1 ТПД)
Соматични симптоми без медицинско обяснение (вкл. болка и главоболие)	2.0-2.7

Излагането на тежки преживявания в детството се свързва и с развитието на неадаптивни хранителни модели. Някои проучвания показват, че тормозът и пренебрегването в детска възраст допринасят значително за психологическата етиология на емоционалното хранене (Burns et al., 2012; Kong & Bernstein, 2009). Освен това, други автори разкриват, че депресията има важна медираща роля във връзката между травма в детството и емоционалното хранене, а оттам и с наднорменото тегло и затлъстяването (Michopoulos et al. 2015; Hays & Roberts, 2008; Cornelis et al., 2014). Освен това субектите с тежки преживявания в детството имат по-висок риск от развитие на неадаптивни стратегии за справяне, включително предизвикано от стрес емоционално хранене (Evers et al., 2010).

Поредица от проучвания откриват доза-отговор връзка на ТПД и хронично преяждане, зависимост към храната, емоционално хранене, повишена загриженост за храната, теглото и външния вид, повишен риск от ниска консумация на плодове и зеленчуци, повишен риск от консумация на нездравословни храни и повишен риск от хранителни разстройства (таб. 3).

Таблица 3. Хранителни поведения при възрастни свързани с тежки преживявания в детството (Michopoulos et al., 2015; Lim et al, 2020; Speranza, M. et al, 2003; Wiss & Brewerton, 2020; Russell et al., 2015)

Хранителни поведения
Хронично преяждане
Емоционално хранене
Зависимост към храната*
Повишена загриженост за храната, теглото и външния вид*
Повишен риск от ниска консумация на плодове и зеленчуци
Повишен риск от консумация на нездравословни храни
Повишен риск от хранителни разстройства

*медиращи фактори: емоционална дисрегулация, слаб контрол на импулса, слабо разпознаване на емоциите и депресия

Представената до тук информация очертава притеснителна тенденция. От една страна, разпространението на тежките преживявания в детството е обезпокоително високо и отразява важни наблюдения върху съвременното общество, семейна среда и социално функциониране. От друга страна, тежките преживявания в детството са свързани с редица психо-емоционални нарушения, както и с развитие на рискови за здравето поведения, които от своя страна са предпоставка за различни соматични заболявания и представляват сериозен риск за психичното и социално функциониране. В последните три десетилетия изследователи от различни области на науката теоретизират и изследват проблема, създавайки многофакторни обяснителни модели, базирани на доказателства. Настоящият дисертационен труд представя обзор на психологическите теории и проучвания по темата и тества хипотези, произхождащи от тези възгледи. Проведени са серия от психометрични анализи, за да се изследват взаимовръзките между тежките преживявания в детството, психологичните корелати, хранителното поведение и здравния статус в зрелостта.

СТРУКТУРА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Дисертационният труд е съставен от въведение, теоретична глава, две емпирични глави, обобщение и заключение, списък с използвана литература и приложение.

Теоретичната глава е разделена на четири подглави. В първата се въвеждат основните понятия и се разглеждат различни изследователски подходи относно тежки преживявания в детството. Втората подглава разглежда съвременни теории за хроничния стрес и здравето, сред които теорията за генерализираната небезопасност, теория за социалната безопасност и теорията за токсичния стрес, която е основната, свързана с изследванията за ранния травматичен стрес. Третата подглава е посветена на тежки преживявания в детството и връзката им с рискови за здравето поведения и здравен статус. Последната подглава описва взаимовръзките между тежки преживявания в детството, модели на хранителни поведения и личностни характеристики.

Втора глава представя теоретичната рамка на изследването, където са описани обосновката на избрания модел, хипотезите, целта и поставените задачи. В нея са

представени използваните въпросници, както и описателни характеристики на извадката от изследвани лица.

Третата глава включва две глави, които представят проведените пилотно качествено изследване и основно емпирично изследване. След всяка глава са изложени анализи на резултатите, обобщение и дискусия от проведеното изследване.

Последната глава е обобщение и заключение, което синтезира основните изводи от дисертацията, дава препоръки за консултативната практика и бъдещи изследвания и представя основни ограничения и приноси от научния труд.

ОБЩИ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Концептуалната рамка на дисертационното изследване включва най-съвременните възгледи в разнообразни сфери на психологическата наука за разбиране на ефектите на тежките преживявания в детството върху здравното поведение и здравния статус. Теоретичният и експериментален фокус е върху изясняване на взаимовръзките между ТПД, психологичните корелати, хранителните модели и здравния статус. В тази насока отправната точка при организацията на дисертационното изследване е идеята, че хората, преживели по-голям брой тежки преживявания ще имат по-високи равнища на нездравословни хранителни модели, както и по-лош здравен статус. Въз основа на този интегративен подход към изследваните проблеми, са поставени целта, задачите и организацията на емпиричното изследване.

3.1 Теория за токсичния стрес

Теорията за токсичния стрес е еко-био-развитиен модел, който се фокусира върху въздействието на продължителното излагане на тежки преживявания в детството, известно като токсичен стрес, върху здравето и развитието през целия живот. Теорията подчертава критичната роля на ранните преживявания при оформянето на архитектурата на развиващия се мозък и системите за реакция на стрес на тялото.

Моделът разграничава три вида стресов отговор с различно въздействие върху тялото и физиологията. На таблица 4 са разгледани различните механизми на действие на трите вида, както и различните събития, които ги провокират или смекчават.

Продължителното излагане на по-леки стресори може да има и токсични ефекти – събития като излагане на високи нива на семейна нестабилност, пребиваване в неорганизирани квартали, преживяване на постоянна несигурност на доходите и т.н. Докато реакцията за борба или бягство е адаптивна, когато реагираме на незабавна остра опасност, излагането на тежки или хронични стресори може да доведе до постоянно активиране на стресовия отговор и последващо хронично производство на хормони на стреса, които Макюън (2007) характеризира като алостатично натоварване. Хроничното излагане оказва влияние върху мозъчните структури и влияе върху енергийния метаболизъм, причинявайки феномена „биологично враждане“ - дисрегулация на системата за реакция при стрес (Chrousos, Detera-Wadleigh & Karl, 1993).

Таблица 4. Класификация на видовете стрес в детството, *National Scientific Council on the Developing Child, 2014*)

Позитивен	Поносим (tolerable)	Токсичен
Физиологичен отговор към леки и умерени стресори	Адаптивен отговор към ограничен във времето стресор	Неадаптивен отговор към интензивни и продължителни стресори
Кратка активация на стресовия отговор, която повишава кръвното налягане, сърдечния пулс и нивото на хормони	Ограничена във времето активация, която има краткосрочно влияние върху тялото	Продължителна активация на стресовия отговор, която се отразява негативно на мозъчните структури
Хомеостазата се възстановява бързо през естествените стратегии за справяне на тялото	Хомеостазата се възстановява през буферния ефект от връзка с полагащия грижи	Продължителната алостазата причинява хроничен стресов отговор поради липса на буферен ефект от сигурна връзка с полагащия грижи
Труден тест в училище, изпити	Смърт в семейството, природно бедствие	Насилие, пренебрегване, семейна дисфункция

Скорошен обзор върху физиологичните ефекти на биологичното вграждане извежда, че тежките преживявания в ранното детство имат разнообразни ефекти върху невронни, ендокринни, имунни, метаболитни и чревни(храносмилателни) оси. (Verens et al. 2017). Като цяло промените, предизвикани от ТПД, могат да опосредстват връзката им с ключови физически и психични заболявания като затлъстяване, диабет тип 2, атеросклероза, астма, тромбоемболични събития (миокардни инфаркт, инсулт), автоимунни заболявания, начало и прогресиране на рак, както и зависимости, различен вид психопатология и неблагоприятни социални резултати (Felitti et al., 1998; Danese et al., 2009; Miller et al., 2011; Flaherty et al., 2013; Giovanelli et al., 2016).

3.2 Пирамида на тежките преживявания в детството

Изложените доказателства за влиянието на ТПД върху биопсихосоциалното развитие и дългосрочното здраве на индивида можем да обобщим чрез пирамидата на тежките преживявания в детството, предложена от Фелити още в оригиналното му изследване от 1998 г.

Описаният в предходния раздел теоретичен модел на токсичния стрес успешно илюстрира ранните етапи на дисфункционално развитие на индивида изложен на хроничен и травматичен стрес, които продължават и в зрелостта. Пирамидата на ТПД ясно онагледява развитието и натрупването на ефекта на ТПД започващ в детството и последствията в следващите житейски етапи като нарушения на неврологичното развитие, социални/емоционални/когнитивни нарушения, развитие на рискови за здравето поведения и социални проблеми, развитие на соматични заболявания и ранна смърт (Anda et al., 2006; Felitti et al., 1998)(фиг. 1). Тежките преживявания в детството могат да бъдат разбирани като хронични стресори, които задействат поредица от биологични и психологични процеси, които продължават и в зрелостта (National Scientific Council on the Developing Child, 2014; Shern et al, 2016). Това е цялостен модел за произхода и развитието на рискови здравни поведения и влошено физическо здраве в зрелостта, на който се основава и настоящата дисертационна разработка.



Фиг. 1 Пирамида на тежките преживявания в детството (*The ACEs pyramid, Anda et al., 2006; Felitti et al., 1998*)

3.3 Тежки преживявания в детството, модели на хранителни поведения и психологически характеристики

Модели на хранително поведение

Тежките преживявания в детството могат да окажат значително влияние върху поведението и моделите на хранене през целия живот. Те могат да нарушат развитието на здравословна връзка с храната и да допринесат за различни проблеми, свързани с ежедневно хранене. Поредица от проучвания откриват доза-отговор връзка на ТПД и хронично преяждане, зависимост към храната, емоционално хранене, повишена загриженост за храната, теглото и външния вид, повишен риск от ниска консумация на плодове и зеленчуци, повишен риск от консумация на нездравословни храни и повишен риск от хранителни разстройства (Michopoulos et al., 2015; Lim et al, 2020; Speranza, M. et al, 2003; Wiss & Brewerton, 2020; Russell et al., 2015).

Тежките преживявания в детството често се свързват с развитието на хранителни разстройства като булимия нервоза, анорексия нервоза, разстройство на неконтролно преяждане (хиперфагия) и др. Травмата, преживяна в детството, може да допринесе за психологическите фактори, които допринасят за появата на тези разстройства, включително емоционална дисрегулация, слаб контрол на импулса и развитие на нездравословни механизми за справяне с хроничния стрес. Заедно с моделите на здравословно, нездравословно, емоционално и ограничено хранене, в настоящото изследване допълнително изследва и три нови модела на хранително поведение, а именно здравословна орторексия, орторексия нервоза и симптоми на неконтролно преяждане. Все още в литературата не се откриват изследвания върху връзките на орторексия с тежки преживявания в детството. Дисертационният труд цели да провери дали симптомите на

орторексично поведение се свързват с история на ТПД, както и с психологически характеристики, характерни за останалите хранителни нарушения.

Стрес, тревожност, депресия

Съществуват консистентни връзки между симптомите на стрес, тревожност и депресия и травматичните преживявания. Според някои автори симптомите на пост-травматично стресово разстройство играят важна роля за разбирането на механизма, лежащ в основата на връзката между травматичните преживявания и развитието на нездравословни хранителни модели в зряла възраст (Dedert et al., 2010; Heppner et al., 2009; Roenholt et al., 2012). Мичъл и колеги извеждат, че симптомите на ПТСР могат отчасти да обяснят връзката между травмата и разстройство на безконтролно преяждане (Mitchell et al., 2012).

Алварес и колеги установяват, че нивото на възприет стрес също може да обясни връзката между тормозът в детството и развитието на нездравословни хранителни поведения в зряла възраст (Alvarez et al., 2007). Активирането на реакцията на стрес може да доведе до емоционална дисрегулация, която е свързана с повишен апетит, предпочитание към храни с високо съдържание на захар и мазнини (Adam & Epel, 2007; Dallman, 2010; McEwen, 2007; Torres & Nowson, 2007), и последващо висцерално натрупване на мазнини и затлъстяване при възрастни и юноши (Cohen et al., 2007; Torres & Nowson, 2007; De Vriendt et al., 2012). Лабораторни изследвания показват, че острият физически или емоционален стрес е последван от висока кортизолова реактивност, която предизвиква повишен прием на „комфортни“ храни (Epel et al., 2001; Garg et al., 2007; Newman et al., 2007). Състоянията на повтарящ се или неконтролируем хроничен стрес са последвани от по-високи нива на кортизол и са склонни да активират състояние на алостатично натоварване, което води до неврална и емоционална дисрегулация, което допринася за неадаптивно поведение, като повтаряща се консумация на висококалорична храна, липса на контрол върху храненето и склонност към преяждане (McEwen, 2007; Gluck et al., 2004; Groesz et al., 2012).

Също така, някои изследователи предполагат, че депресията може да е единствената значима променлива, обясняваща връзката между насилието в детството и затлъстяването при възрастни (Moyer et al., 1997; Katz et al., 2000). Тревожността от своя страна няма медиращ ефект, но има положителна връзка със затлъстяване, хранителни разстройства и други рискови за здравето поведения (Strine et al., 2008; Sanders et al., 2021). Тези резултати предполагат, че симптомите на стрес, тревожност и депресия могат да повлияят на последващото хранително поведение и следователно могат също да посредничат между връзката между травмата и хранителните нарушения.

Личностни характеристики от Големите 5

Открити са някои психологически характеристики, които действат като медиатори във връзката между насилие в детството, хранителни нарушения и затлъстяване, като депресия, тревожност, гневливост и невротизъм като личностова черта и ниво на възприет стрес (Moyer et al., 1997; Midei et al., 2010; Brunault et al., 2018; Alvarez et al., 2007). По отношение на личностите черти от въпросника за Големите пет, наблюдаваме доста хетерогенни резултати. Някои изследвания показват, че съзнателността и дружелюбността са положително свързани с избор на здравословни храни и негативно с избора на нездравословна храна, докато невротизмът е положително свързан с нездравословните храни и негативно свързан с здравословните храни и затлъстяване (Pristyna et al., 2022).

Систематичен обзор върху личностните черти и хранителните предпочитания показва, че личностни черти невротизъм и алекситимия (неспособността да се идентифицират и опишат емоциите) са свързани с нездравословни хранителни навици като ниска консумация на плодове и зеленчуци и повишена консумация на захар и наситени мазнини. Обратно, ниското ниво на невротизъм и алекситимия, откритост към нов опит, сътрудничество и екстравертност и целенасоченост са свързани с увеличената консумация на плодове и зеленчуци (Esposito et al., 2021).

Неудовлетвореност от тялото

Тежките преживявания в детството могат да повлияят негативно на възприемането на образа на тялото и самооценката. Изследване от 2008 г. установява, че физическото и сексуално насилие в детството предсказва резултатите от неудовлетвореност на тялото, преяждане и затлъстяване. Освен това недоволството от тялото и преяждането са предиктори на затлъстяване (Rhode et al., 2008). Индивиди, които са преживели травма в детството, са склонни да интернализират негативните послания, които са получили, което води до изкривен образ на тялото (Diaz et al., 2019). Емоционалното и психологическото въздействие на ТПД може да създаде дълбоко чувство на срам и самоотвращение, което да се проектира върху образа на тялото. (Striegel-Moore et al., 2001). ТПД често се свързват с ниска самооценка, което също може да въздейства върху това как човек възприема на тялото си. Хора с ниска самооценка са предразположени да имат негативна представа за себе, неудовлетвореност от тялото и постоянно желание да се отговаря на нереалистичните стандарти за красота (van Geel et al., 2015; Carrard et al., 2014).

Голяма част от литературата установява връзка между неудовлетвореността от тялото и хранителните поведения. Редица изследвания (Yean et al., 2014; Lewer et al., 2017; Vartanian et al., 2018) показват, че негативната оценка за теглото и формата на тялото е основна предпоставка за ангажиране с диетични ограничения, като колкото по-голямо е несъответствието между възприятието за реалната и желаната фигура, този риск се увеличава (Hun et al., 2014). От друга страна, негативните емоции и психологични състояния могат да бъдат дезинхибатор на контрола върху храненето и да доведе до компенсаторно и прекомерно хранене, съответно до наднормено тегло, затлъстяване и неблагоприятни здравни последици.

Наднормено тегло, затлъстяване и здравен статус

Значително количество проучвания са посветени на изследване на връзката между тежките преживявания в детството, развитието на нездравословни хранителни модели и последващото затлъстяване в зряла възраст (Grilo et al., 2005; Grilo et al., 2006; Salwen et al., 2014; Wildes et al., 2008). Няколко надлъжни проучвания съобщават за положителна връзка между тормоз в детството и затлъстяване по-късно в живота. Две от тях показват, че физическото, сексуалното насилие и пренебрегването в детството са положително свързани със затлъстяването, ИТМ и увеличаването на обиколната на талията в зряла възраст (Midei et al., 2010; Power et al., 2015).

Наднорменото тегло и затлъстяването от своя страна са основни рискови фактори за редица заболявания като сърдечно-съдови заболявания (най-вече инфаркт и инсулт), диабет, мускулно-скелетни заболявания, някои видове рак (включително рак на ендометриума, рак на гърдата, рак на яйчниците, рак на простатата, рак на черния дроб, рак на пикочния мехур, рак на бъбреците и рак на дебелото черво), репродуктивни проблеми и

белодробни заболявания, като рискът от изброените заболявания се увеличава с увеличаването на индекса телесна маса (Guh et al, 2009).

В обобщение, развитието на нездравословни хранителни поведения е съвкупност от множество еко-био-развитийни фактори в хора на израстването на индивида. На фигура 2 е представен схематичен модел за този процес, който започва с наличието или липсата на тежки преживявания в най-уязвимия развитиен период на детството.



фиг. 2. Еко-био-развитиен модел на връзката между тежки преживявания в детството, хранителни поведения, затлъстяване и здравен статус в зрелостта. ХХН – хипоталамус-хипофиза-надбъбречни жлези

Последващите невробиологични нарушения допринасят за развитие на психо-емоционални затруднения като емоционална дисрегулация, депресивна симптоматика, тревожност, повишена реактивност на стреса, неудовлетвореност от тялото, които от своя страна провокират развитието на неадаптивни хранителни поведения като емоционално хранене и хранене, предизвикано от стрес, склонност към нездравословно хранене и неконтролно преяждане и повишават риска от хранителни разстройства. Тези рискови здравни поведения се явяват медиращ фактор между тежките преживявания в детството и наднорменото тегло, затлъстяването и множество физически заболявания в зрелостта. Моделът е в синхрон с концепцията на пирамидата на тежките преживявания в детството, теорията за токсичния стрес и представя нагледно биопсихосоциалните измерения на тежките преживявания в детството и последващото здравното поведение и здравен статус в зрелостта.

ПОСТАНОВКА И ОРГАНИЗАЦИЯ НА ЕМПИРИЧНОТО ИЗСЛЕДВАНЕ

4.1 ОБОСНОВКА НА ЕМПИРИЧНОТО ИЗСЛЕДВАНЕ

Емпиричното изследване в настоящата научна работа е разположено и конструирано в рамките на еко-био-развитийния модел за токсичния стрес и пирамидата на тежките преживявания в детството. Въз основа на проведеня анализ на изследователската литература по темата, тук предложеният теоретико-изследователски модел включва множество фактори (променливи), които директно или индиректно могат да повлияят върху психо-емоционалното здраве на индивида, както и върху хранителното поведение и здравния статус. Графично изобразен, приложеният теоретичен модел на изследването е представен на фигура 3.



Фигура 3: Теоретичен модел за изследване на психосоциалните корелати на хранителните и други здравни поведения и здравния статус

Чрез този модел ще се проверят връзките между тежките преживявания в детството, психологическите, емоционалните и социодемографските фактори, моделите на хранително поведение и други здравни поведения, които от своя страна могат да имат ефект върху здравния статус.

4.2 ЦЕЛ, ХИПОТЕЗИ И ЗАДАЧИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

Целта на настоящото изследване е да проучи връзките и степента на взаимодействие между тежките преживявания в детството, хранителните поведения, други здравни поведения и здравния статус, като се вземат предвид ефектите и психоемоционалните корелати.

За постигане на целта са издигнати следните хипотези:

- **Хипотеза 1:** Очаква се, че социодемографските характеристики ще диференцират значимо броя и вида докладвани тежки преживявания в детството. Предполага се, че полът, възрастта, образователното равнище, местоживеенето, семейният статус,

финансовото състояние, ИТМ и здравословното състояние ще диференцират значимо броя и вида докладвани ТПД. Очакваме, че по-високия брой докладвани ТПД ще се наблюдават при хора с по-ниски месечни доходи, с по-нисък образователен ценз, необвързани, с по-висок ИТМ и с хронични заболявания.

- **Хипотеза 2:** Допуска се, социодемографските характеристики ще диференцират значимо моделите на хранително поведение. Очаква се, че емоционалното и ограниченото хранене, както и по-високите нива на здравословна орторексия и орторексия нервоза ще са по-силно застъпени при жените и при хората в млада и средна възраст с по-нисък ИТМ. Допълнително предполагаме, че мъжете, по-възрастните хора, тези с по-нисък образователен ценз, от малките населени места, с по-ниски месечни доходи, с по-висок ИТМ и с хронични заболявания ще имат по-силно изразена ориентация към нездравословни хранителни поведения.
- **Хипотеза 3:** Очаква се, че хората с повече докладвани ТПД, ще се хранят по-нездравословно, ще имат по-високи нива на орторексия нервоза, емоционално и ограничено хранене, както и симптоми на неконтролно преяждане. Също така очакваме, че тези респонденти ще имат по-ниски нива на здравословно хранене и здравословна орторексия. Допускаме, че вида на ТПД ще диференцират значимо различни хранителни поведения.
- **Хипотеза 4:** Предполага се, че броя и вида докладвани ТПД ще са положително свързани с нездравословни хранителни модели и отрицателно свързани със здравословни хранителни модели. Допълнително допускаме, че броя и вида докладвани ТПД ще са свързани позитивно с по-високите нива на психологическите фактори стрес, тревожност и депресия, загриженост за теглото, емоционално потискане, личностната черта „Невротизъм“, както и с по-лош субективен здравен статус. Също така предполагаме, че ще се прояви отрицателно взаимодействие между броя и вида докладвани ТПД и по-високите нива на психологическите фактори резилианс, оценката на външния вид, когнитивната преоценка, личностните характеристики „Съзнателност“ и „Дружелюбност“, както и удовлетвореността от живота.
- **Хипотеза 5:** Допуска се, че психологическите корелати ще са значимо свързани с моделите на хранително поведение. По-конкретно очакваме, че здравословните хранителни модели ще бъдат положително свързани с психологическите фактори резилианс, оценка на външния вид, когнитивна преоценка, личностните черти „Съзнателност“ и „Отвореност към нов опит“, удовлетвореност от живота и отрицателно свързани със симптомите на стрес, тревожност, депресия, загриженост за теглото, емоционално потискане, личностната черта „Невротизъм“ и по-лош субективен здравен статус. Обратно, очакваме, че нездравословните хранителни модели ще са положително свързани със симптомите на стрес, тревожност, депресия, загриженост за теглото, емоционално потискане, личностната черта „Невротизъм“ и по-лош субективен здравен статус и отрицателно свързани с психологическите фактори резилианс, оценка на външния вид, когнитивна преоценка, личностните черти „Съзнателност“ и „Отвореност към нов опит“ и удовлетвореност от живота.
- **Хипотеза 6:** Очаква се, че броят и вида ТПД, както и психологическите фактори ще имат значим ефект върху хранителното поведение. Очакваме броя и вида преживени ТПД, психологическите фактори стрес, тревожност, депресия, загриженост за теглото, емоционалното потискане и личностната черта „Невротизъм“ ще допринасят за нездравословните хранителни модели, а положителната оценка на външния вид,

резилианс, когнитивната преоценка и личностните черти „Съзнателност“ и „Отвореност към нов опит“ ще допринасят за здравословните хранителни модели. Също така допускаме, че ТПД, психологическите фактори и хранителното поведение ще имат значим ефект върху общата удовлетвореност от живота и здравния статус.

За проверката на издигнатите хипотези са поставени за решаване следните задачи.

- Да се провери структурната организация на използваните въпросници и скали.
- Да се установи диференциращият ефект на социодемографските характеристики върху броя докладвани ТПД, хранителните поведения и здравния статус;
- Да се регистрира диференциращият ефект на ТПД върху хранителното поведение, здравното поведение и здравния статус;
- Да се проверят и установят взаимовръзките между изследваните феномени;
- Да се установят ефектите на психологическите и емоционалните корелати върху хранителното и здравно поведение и здравния статус.

4.3 Изследователски инструментариум

За изследване на моделите на хранително поведение, както и взаимовръзките им с тежките преживявания в детството и в съответствие с поставените задачи, издигнатите цел и хипотези, е използвана батерия от въпросници, които са описани по-долу. Изследването се състои в администриране на въпросниците на хора с различен социално-икономически статус и възраст, които са дали съгласието си да участват.

Методиката е съставена от единадесет въпросника, както следва:

- **Въпросник за хранително поведение** (Пандурова, Карабелъова, 2022)

Въпросникът е съставен е от 24 твърдения. Включените айтеми са разделени в три скали, отчитащи съответно тенденция към: здравословно хранене, нездравословно хранене и физическа активност. Скалата е от Ликертов тип с възможни пет варианта на отговор: „1- Много рядко или никога“, „2-Рядко“, „3-Понякога“, „4-Често“, „5-Много често или винаги“. За целите на изследването са използвани сами скалите за хранително поведение, както следват:

Скала „Здравословно хранене“ е конструирана да оцени тенденцията към консумация на храни и хранителен режим, свързвани с положителен ефект за здравето и поддържане на теглото в здравословни граници. Скалата включва 11 твърдения от типа: „Всекидневното ми меню включва пълноценна и разнообразна храна“, „През деня имам от 3 до 5 хранения (3 основни и 2 по-леки междинни хранения)“, „Ям пресни и разнообразни плодове всеки ден“, „Ям разнообразни пресни или варени зеленчуци всеки ден“ и т.н. За целите на изследването е приложена кратка версия с 5 айтема с най-високи факторни тегла. Общият бал на скалата е с параметри от 5 до 25, като с повишаване на бала се повишава и тенденцията към здравословно хранене.

Скала „Нездравословно хранене“ е съставена от 8 твърдения от типа: „Ям месо с високо съдържание на мазнини (свинско, говеждо и др.)“, „Ям бързи /сухи храни (така наречените fast food или junk food), като дюнери, бургери, сандвичи, пици на парче, баници, снакс и др.“, „Ям сладки, десерти, сладкиши, торти“, „Ям пържени и/или панирани храни“ Те отразяват тенденция към избор и консумация на храни, свързвани с риск за здравето и повишаване на теглото. За целите на изследването е приложена кратка версия с 5 айтема с най-високи факторни тегла. Общият бал на скалата е с параметри от 5 до 25. Твърденията са положително формулирани, което означава, че с повишаване на бала се увеличава тенденцията към нездравословно хранене.

- **Холандски въпросник за хранително поведение (DEBQ, van Strien, et. al., 1986)**

Холандският въпросник за хранително поведение е международно признат инструмент за оценка на хранителните стилове. Той е практичен и полезен изследователски инструмент, тъй като операционализира три от основните хранителни поведения свързани с тежките преживявания в детството и затлъстяването. Въпросникът е съставен от 33 твърдения, разпределени в три скали, които измерват емоционално, външно и ограничено хранене. Скалата за оценка е петстепенна от Ликъртов тип. Твърденията са оценявани както следва: „1 - Никога“, „2 - Рядко“, „3 - Понякога“, „4 - Често“, „5 - Много често“. За целите на изследването са използвани само 2 от скалите, както следват:

Скала „Емоционално хранене“ - състои от 13 въпроса, отчитащи тенденцията на хранене в отговор на негативни емоции. Например: „Имате ли желани за ядете, когато сте ядосан/а?“, „Имате ли желание да ядете, когато сте тревожни, притеснени или напрегнати?“ и т.н. . За целите на изследването е приложена кратка версия с 5-те айтема с най-високи факторни тегла. Границите на изчислителния бал са от 5-25, като повишаването му отразява по-висока ангажираност на респондентите с емоционално хранене.

Скала „Ограничено хранене“ е свързана с когнитивно детерминирано ограничаване на храненето. Съставена е от 10 въпроса от типа: „Ако сте качили килограми, храните ли се по-малко от обикновено?“, „Колко често отказвате предложените Ви храни или напитки, защото сте загрижен/а за теглото си?“, „Консумирате ли преднамерено храна, от която се отслабва“ и т.н. За целите на изследването е приложена кратка версия с 5-те айтема с най-високи факторни тегла. Тук отново повишаването на бала показва по-висока тенденция към когнитивен контрол върху храненето.

- **Скала за орторексия на Теруел (TOS, Teruel, Barrada & Roncero, 2018)**

Скалата измерва две дименсии на орторексични нагласи – здравословна орторексия и орторексия нервоза. Първоначалната версия се състои от 17 айтема с 4-степенна ликертова скала. Твърденията са оценявани както следва: „1 – Не съм съгласен“, „2 – В малка степен съм съгласен“, „3 – До голяма степен съм съгласен“, „4 – Напълно съм съгласен“. Въпросникът включва следните скали:

Скала „Здравословна орторексия“ - състои от 9 айтема, отчитащи тенденцията за здравословния интерес с храненето, която е независима от психопатологията и дори обратно свързана с нея. Например „Чувствам се добре, когато ям здравословна храна“, „Смятам, че начинът ми на хранене е по-здравословен от този на повечето хора.“ Балът на скалата е от 0 до 27, като по-високият резултат отчита интерес към здравословното хранене, който не е свързан с психопатология.

Скала „Орторексия нервоза“ – състои се от 8 айтема, които оценяват отрицателното социално и емоционално въздействие от опитите за постигане на ограничен начин на хранене. Това измерение представлява патологична загриженост за здравословното хранене. Например „Изпитвам чувство на вина, когато ям храна, която не смятам за здравословна“, „Чувствам се претоварен или тъжен, ако ям храна, която смятам за нездравословна“ и т.н. Балът на скалата е от 0 до 24, като по-високият резултат отчита по-висока склонност към патологична загриженост към здравословното хранене.

- **Въпросник за безконтролно преяждане (BED-7, Herman et al., 2013)**

Скалата е създадена като скрининг инструмент за безконтролно преяждане и оценява периодичността на поведения характерни за това хранително нарушение. Състои от 6 твърдения, които се оценяват по 4-степенна скала (от „1- Никога или рядко“ до „4-Винаги“). Включва твърдения като „През последните 3 месеца колко често се чувствахте така, сякаш

нямахте контрол върху храненето си (напр. не можехте да спрете да ядете, изпитвахте силно желание да ядете)?“, „През последните 3 месеца колко често продължавахте да ядете, въпреки че не бяхте гладни?“ и т.н. Балът на скалата е от 5 до 20, като по-високият резултат отчита по-висока склонност към безконтролно преяждане.

- **Кратка версия на въпросник за личностните черти** (BFI, John & Srivastava, 1999; Стоянова и Карабелъова, 2020).

Въпросникът за изследване на личностните черти е разработен от П. Джон и С. Сривастава. Операционализира модела за „Големите пет“ (Goldberg, 1993), в който са открити пет дименсии: „**Екстраверсия**“ (Extraversion); „**Дружелюбност/Сътрудничество**“ (Agreeableness); „**Съзнателност/Целенасоченост**“ (Conscientiousness); „**Невротизъм**“ (Neuroticism); „**Отвореност към нов опит**“ (Openness). В оригинала се съдържат 44 твърдения, оценявани с 5-степенна Ликъртова скала, а възможните отговори варират от „1-Изобщо не съм съгласен/а“ до „5-Напълно съм съгласен/а“. За целите на настоящото проучване е използвана кратка версия на въпросника, която съдържа 10 айтема. Този ревизиран вариант е разработен през 2020 г. (Стоянова и Карабелъова, 2020) и включва подобрени айтеми с високи факторни тегла, изведени при адаптацията и стандартизацията на въпросника за българския социокултурен контекст (Стоянова и Карабелъова, 2019).

- **Скала за депресивни симптоми, тревожност и стрес** (DASS-21, Lovibond & Lovibond, 1995; Ivanova, Mitev & Karabeliova, 2016).

Скалата измерва негативните емоционални състояния, свързани с депресията, тревожността и стреса. Оригиналният въпросник е разработен от Ловибонд и включва общо 42 айтема. Съкратената версия, която е използвана в настоящата работа, е публикувана от авторите през 1995г. Състои се от три скали с по 7 твърдения, свързани със симптоматиката на съответното състояние. Скалата за депресивни симптоми включва твърдения, отнасящи се за чувството за безнадеждност, анхедония и апатия (например: „... не изпитвам никакви позитивни чувства“, „... чувствам, че животът е безсмислен“ и т.н.). Към тревожността се отнасят чувствата на страх, паника и напрежение („...чувствам се уплашен без причина“). Скалата за стрес описва състояния на хронична нервна възбуда и раздразнителност („...чувствам, че съм доста раздразнителен“ и др.). Респондентите оценяват всеки айтем, използвайки скала от Ликъртов тип, варираща от 1 до 4, както следва: „1-Не се отнася за мен в никаква степен“, „2-Отнася се до мен в някаква степен или за част от времето“, „3-Отнася се до мен в значителна степен или за голяма част от времето“, „4-Отнася се до мен в много голяма степен или почти през цялото време“. Инструментът е адаптиран за различни култури и е използван в множество изследвания, като неговата валидност и консистентност се потвърждават многократно. За българската социокултурна среда въпросникът е адаптиран и стандартизиран от С. Карабелъова и колеги (Ivanova, Mitev & Karabeliova, 2016)

- **Съкратена версия на скалата за емоционална регулация** (ERQ-S; Preece et al., 2023)

Скалата измерва способността за управление и изразяване на емоционалните преживявания. Оригиналният въпросник включва общо 10 айтема (Gross & John, 2003). Съкратената версия, която е използвана в настоящата работа, е публикувана от авторите през 2023г. Състои се от три скали с по 6 твърдения, свързани с 2 от най-срещани стратегии за емоционална регулация – когнитивната преоценка (например промяна на начина, по който човек мисли за дадена ситуация, за да промени емоционалното ѝ въздействие) и

експресивното потискане (например потискане на поведенческото изразяване на емоции). Състои се от две скали с по 3 твърдения, свързани със съответната стратегия за емоционална регулация. Скалата за когнитивна преоценка включва твърдения като „Когато искам да изпитам по-положителна емоция (като радост или забавление), променям това, за което мисля“, докато скалата за експресивно потискане съдържа твърдения като „Контролирам емоциите си, като не ги изразявам.“ Респондентите оценяват всеки айтем, използвайки скала от Ликъртов тип, варираща от 1 до 7, а възможните отговори варират от „1-Изобщо не съм съгласен/а“ до „7-Напълно съм съгласен/а“.

- Скала за Резилианс (BRS; Smith, Dalen, Wiggins, Tooley, Christopher & Bernard 2008)

Скалата измерва способността за възстановяване от неблагоприятни събития. Скалата се състои от 6 твърдения, които се оценяват по 5-степенна скала (от „1-Изобщо не съм съгласен“ до „5-Напълно съм съгласен“). Инструментът показва добра валидност и надеждност, както и стабилност на резултатите, независимо от културния контекст. За българския социокултурен контекст скалата е адаптирана и стандартизирана (Карева, 2021).

- Въпросник за тежки преживявания в детството (ACE-IQ)

Инструмента ACE-IQ изследва 13 елемента от две групи ТПД.

Конвенционални ТПД: физическо насилие; емоционално насилие; сексуално насилие; злоупотребяващ с алкохол и/или наркотици в домакинството; лишен от свобода член на домакинството; някой хронично депресиран, психично болен, институционализиран или суициден; майка или член на домакинството, над когото е извършвано насилие; един или без родители, разделени или разведени родители; емоционално пренебрегване; физическо пренебрегване.

Разширени ТПД: тормоз от връстници; насилие в общността; колективно насилие. Въпросникът е предназначен за употреба при хора на възраст над 18 години, валиден е и при измерването на ТПД в държави с ниски и средни доходи и може да бъде включен в по-широки здравни проучвания (ВНО, 2012). За българския социокултурен контекст скалата е адаптирана и стандартизирана (Диолова–Ходжаджикова, 2018).

Въпросите са разпределени в 6 секции: отношения с родителите до 18-та година, семейна среда до 18-ата година, насилие от връстници, свидетели на насилие в общността, излагане на война / колективно насилие. Опциите за отговор на по-голяма част от въпросите са: (1) „Много пъти“, (2) „Няколко пъти“, (3) „Веднъж“, (4) „Никога“ и (5) „Предпочитам да не отговарям“. На въпросите от секция 2 „Отношения с родителите/ настойниците на въпроси 2.1. „Вашите родители разбираха ли проблемите/ тревогите Ви?“ и 2.1. „Вашите родители знаеха ли наистина какво правите, когато не сте на училище?“, опциите за отговор са: (1) „Винаги“, (2) „По-често да“, (3) „Рядко“, (4) „Никога“ и (5) „Предпочитам да не отговарям“. На въпросите от секция 4 „Семейна среда до 18-ата Ви година“ възможностите за отговор са: (1) „да“, (2) „не“, (3) „Предпочитам да не отговарям“. Допускат се два метода за анализ, за да бъде установено кой е най-подходящият подход за определяне на точна цялостна ТПД оценка на участника – двоична и честотна версия. Двоичният резултат отразява броят ТПД без значение от честотата на преживяването, докато честотната версия отразява честотата на преживените ТПД, като и при двете версии крайният бал варира между 0-13.

- Мултидименсионален въпросник за нагласи към тялото (MBSRQ-AE; Cash, 2000)

Въпросникът за нагласи към тялото и здравето е батерия от 69 айтема за оценка на аспектите на отношението към себе си, здравето и на конструкта образ на тялото. Образът на тялото се възприема като нагласите към физическото тяло и здраве, като тези диспозиции включват оценъчни, когнитивни и поведенчески компоненти. За целите на изследването са използвани само 2 скали от основния въпросник, които съдържат 11 твърдения, разпределени в четири скали, които се оценяват по 5-степенна скала (от „1-Изобщо не съм съгласен“ до „5-Напълно съм съгласен“).

Скала за оценка на тялото – съдържа 7 айтема, които отразяват отношението към собственото тяло, чувството за физическа привлекателност или непривлекателност; удовлетворение или неудовлетворение от външния вид. Например „Харесвам външния си вид точно такъв, какъвто е“, „Повечето хора смятат, че изглеждам добре“ и т.н. Балът на скалата е от 7 до 35, като по-високият резултат отчита предимно позитивно отношение към външния си вид, а по-ниският резултат - недоволство от външния вид.

Скала за загриженост за теглото - съдържа 4 айтема, които оценяват конструкт, отразяващ безпокойство от напълняване, бдителност за теглото, спазване на диета и ограничение в храненето. Например „Постоянно се тревожа дали съм или ще стана дебел“, „Разпознавам дори малките промени в теглото си“ и т.н. Балът на скалата е от 4 до 16, като по-високият резултат показва по-висока загриженост от напълняване и загриженост към тялото.

- **Скала за удовлетвореност от живота** (SWLS, Pavot & Diener, 1993; Иванова, 2011).

Скалата за оценка на субективното възприятие за глобална удовлетвореност, която отразява когнитивните аспекти на чувството за субективно благополучие. Скалата се състои от 5 твърдения, които се оценяват по 5-степенна скала (от „1-Изобщо не съм съгласен“ до „5-Напълно съм съгласен“). Инструментът показва добра валидност и надеждност, както и стабилност на резултатите, независимо от културния контекст. За българския социокултурен контекст скалата е адаптирана и стандартизирана (Иванова, 2011).

4.4 Респонденти

В изследване взимат участие **722 изследвани лица**, като по-голяма част от изследваните лица са жени - 87%, респективно 13% от респондентите са мъже. Участниците са на възраст между 16 и 72 години ($X = 38,56$; $SD = 9,940$), разпределени за целите на анализа в три групи: от 16 до 32 – 25,3%, от 33 до 42 – 47,4% и от 43 до 72 – 27,3%. По отношение на теглото, ИТМ варира от 14,67 до 68,78 ($X = 24,0528$; $SD = 5,52412$). Изследваните лица са разпределени в групи, според зададените стандарти за ИТМ: поднормено тегло (6%), тегло в норма (61,2%), наднормено тегло (20,4%), затлъстяване (12,3%). Според семейния статус респондентите са разпределени в две групи: обвързани (70,4%) и необвързани (29,6%). По отношение на местоживееене участниците от столицата са 53%, а 47% определят, че живеят в провинцията. Според образователната степен, хората взели участие в проучването са разпределени в две групи, като респондентите с висше образование са повече – 89,6%, а със средно образование са 10,4% от изследваните лица. За определяне на икономическия статус, участниците са попитани за месечния им доход, според който са разпределени в три групи: до 1000 лв. - 10%, от 1001 до 2000 лв. - 36,7%, над 2000 лв. – 53,3%. Респондентите, които не спортуват са 24,5%, 41,7% са отговорили, че спортуват 1-2 пъти седмично, а, 33,8% спортуват 3 и повече пъти седмично. Според здравния статус респондентите са

приблизително равностойни, като тези, които не съобщават за хронични заболявания – 47,6%, а 52,4 % от участниците са докладвали, че имат хронични заболявания.

5. Психометрични характеристики и структурна организация на използваните инструменти

За установяване на факторната структура и вътрешната консистентност на използваните в настоящото изследване въпросници и скали е приложен експлораторен факторен анализ по метода на главните компоненти и ортогонална ротация по метода на Варимакс с нормализация на Кайзер (Varimax with Kaiser Normalization). Резултатите са представени в таблица 5. От получените данни се вижда, че включените в изследването скали демонстрират добри нива на вътрешна консистентност. Стойностите на α варират от 0,911 до 0,304. Тези резултати дават необходимата сигурност за по-нататъшна работа и анализ на резултатите.

Таблица 5: Коефициенти на вътрешна консистентност на скалите

Скали	Брой твърдения	Алфа на Кронбах (α)
Въпросник за хранително поведение		
Нездравословно хранене	5	0,713
Здравословно хранене	5	0,791
Въпросник на Теруел за орторексия		
Здравословна орторексия	8	0,836
Орторексия нервоза	6	0,815
Социална орторексия	3	0,558
Холандски въпросник за хранително поведение		
Емоционално хранене	5	0,793
Ограничено хранене	5	0,740
Безконтролно преяждане	6	0,865
Депресивни симптоми, тревожност и стрес		
Депресивни симптоми	5	0,753
Тревожност	5	0,718
Стрес	5	0,851
Въпросник за тежки преживявания в детството		
Физическо насилие	5	0,618
Сексуално насилие	4	0,781
Семейна дисфункция	5	0,689
Колективно насилие	3	0,687
Тормоз	3	0,656
Насилие в общността	2	0,572
Физическо пренебрегване	2	0,304
Физическо насилие с предмет	2	0,521
Емоционално пренебрегване	2	0,512
Скала за емоционална регулация		
Когнитивна преоценка	7	0,771
Емоционално потискане	5	0,721
Въпросник за нагласи към тялото		
Оценка на външния вид	7	0,911
Загриженост за теглото	4	0,740
Обща удовлетвореност от живота	5	0,881
Скала за резиланс	6	0,859
Кратка версия на въпросника за личностни черти	10	0,607

6. Верификация на работните хипотези и обсъждане на значимите резултати

Пилотно качествено изследване

Резултатите показват, че голяма част от респонденти откриват връзка между семейната среда, тежки преживявания в детството си и начина им на хранене в зрелостта.

Равен брой респонденти докладват за наличието на категорично здравословен и нездравословен хранителен модел – 30%. Други 40% споделят модели, които включват както домашно приготвена прясна храна, така и твърде много месо, бял хляб, пържени и сладки храни, които отразяват по-скоро нездравословен модел на хранене. Тези резултати отразяват сходни тенденции с данни от Национално проучване на факторите на риска за здравето сред населението в България от 2020 г., които посочват обезпокоителни тенденции в храненето сред българите - ниска честота на консумация на пълнозърнест хляб, риба, млечни продукти, ядки и други пълнозърнести храни. Същевременно се отчита висока консумация на бял хляб, месо и колбаси. За разлика от отговорите на респондентите, които отразяват тенденции в храненето в периода на 80-те и 90-те години на миналия век, съвременни данни докладват за растящи неблагоприятни тенденции при децата - повишава се ежедневиият прием на високо преработени храни като шоколадови изделия, пържени и екструдирани храни и снаксове. Наблюдава се и увеличение на ежедневиата употреба на безалкохолни напитки със захар при децата на 10-18 г. и ежедневиата употреба на енергийни напитки при юноши на 14-18 години. Отчитат се и някои положителни резултати като висока консумация на пресни плодове и растителни мазнини, висока консумация на бобови храни, както и постепенен спад в консумацията на пържени храни и снаксове при възрастните (НЦОЗА, 2020).

По отношение на хранителните модели, половината от респондентите отбелязват преяждащото поведение и емоционалното хранене като преобладаващо. Тези открития са подкрепени и от други поучвания в български контекст, които потвърждават, че с напредване на възрастта се наблюдава увеличаване на храненето в резултат на негативни емоции (Пандурова, 2023). Възможно обяснение за това е, че зрелостта се свързва с повишен психосоциалния стрес в следствие на редица житейски отговорности, който е предпоставка за увеличаване на негативно емоционално напрежение и последваща промяна в хранителното поведение и/или емоционално хранене (Garipey, G., et al., 2010; Brumpton, V., et al., 2013)

Като цяло, всички интервюирани откриват връзка между стресиращи събития в детството и промяна в хранителното им поведение, като трима от тях споделят, че тези модели продължават и в зрелостта. Също така, се наблюдават и тенденции за спиране на храненето, преяждане, както и редуване на двата хранителни модела. Тези резултати са в синхрон с други проучвания върху храненето на младежи, които откриват, че намаленият апетит е типичен отговор на стрес (van Strien & Oosterveld, 2008). Други изследванията, обратно, показват, че повече от 60% от децата на възраст 5-13 г. съобщават, че се хранят в отговор на емоционални състояния и промени в настроението (Shapiro et al, 2007), като се отчита модериращ ефект на емоционалната регулация и образа на тялото върху емоционалното хранене и наднормелно тегло (Shriver et al., 2019; Shriver et al., 2020). Заедно с отговорите на респондентите, тези открития потвърждават тенденцията, че в моменти на психически и емоционален стрес в детството могат да се формират хранителни поведения, които да останат дългосрочно като модели за справяне със стреса.

По отношение на тежките преживявания в детството, половината от респондентите докладват, че са преживели над 4 неблагоприятия, а останалите 50% под 4 тежки преживявания, като най-често срещаните ТПД представляват различни видове дисфункционална семейна като свидетел на домашно насилие, психологическо, емоционално и вербално насилие и комбинация от тях, развод на родителите и здравословен проблем на член от семейството. Тези резултати съвпадат с резултатите от количественото ни проучване, подробно описано в следващата част, където най-често разпространените видове тежки преживявания в детството са домашното насилие (71,1%), емоционалното пренебрегване (61,8%), тормоза от връстници (61,1%), емоционалното (60,2%) и физическото насилие (44,5%).

Интересно откритие е, че всички респонденти смятат, че тежките преживявания в детството дават отражение върху поведението и хранителните им модели в зрелостта, както в положителна, така и в негативна посока. Респондентите споделят, че неблагоприятията в детството имат влияние върху създаване на здравословен или нездравословен хранителен модел, развитието на емоционално хранене или спад на апетита при стрес, контрол над тялото и теглото, както и личностно израстване.

Тези резултати са консистентни с предишни изследвания, които откриват връзки на ТПД с емоционална дисрегулция, тревожност, депресия, както и негативен образ на тялото и ниска самооценка, всяко от които може да допринесе за развитието на рискови хранителни поведения (Kaye, 2008; Briere & Scott, 2007; Dakanalis et al., 2014). Обратно, 30% от респондентите споделят, че неблагоприятията им са допринесли за личностно израстване, създаване на здравословен хранителен режим, което можем да обясним с конструкта резилианс. Устойчивите (резилиентни) индивиди притежават по-високи нива на Аз-ефикасност и вярват в способността си да влияят и контролират средата (Luthar et al., 2000). Тези убеждения насърчават проактивен подход към решаването на проблеми и постигането на цели, което може да помогне на хората да се справят с предизвикателствата и неуспехите, свързани с ТПД (Masten, 2014; Bonnano, 2004; Olsson et al., 2003; Rutter, 2007).

По отношение на здравен статус, половината от респондентите, смятат, че той има връзка с начина им на хранене, като отчитат влиянието на психичния стрес, който влияе както директно, така и индиректно през хранителното поведение. В допълнение, тези промени според няколко от респондентите се изразяват в наднормено тегло и затлъстяване в дългосрочен план, в следствие на нездравословните модели за справяне. Тези резултати не са изненадващи и намират подкрепа в редица други изследвания, които откриват връзката на психичния стрес върху различни хранителни модели и ефект върху здравословното състояние (Adam & Epel, 2007; Epel et al., 2001; Danese & Tan, 2014; Dedert et al., 2010; Neppner et al., 2009; Felitti et al., 1998).

В обобщение, резултатите показват, че всички респонденти откриват връзка между семейната среда и начина на хранене по отношение на хранителните навици, дневния режим на хранене, изграждането на здравословен или нездравословен модел на хранене, както и създаване на емоционална връзка с членовете на семейството. Най-често срещаните тежки преживявания в семейната среда, които оказват влияние върху хранителните поведения са развод в семейството, домашно насилие, физическа или психична болест на член от семейството. Отчита се и чест родителски контрол над хранителните поведения и телесния аз-образ чрез диетични правила, структура на храненията и ограничаващи

послания и правила. Хранителните поведения често възникват или се засилват успоредно с тежките преживявания и остават като хранителен модел и в зрелостта.

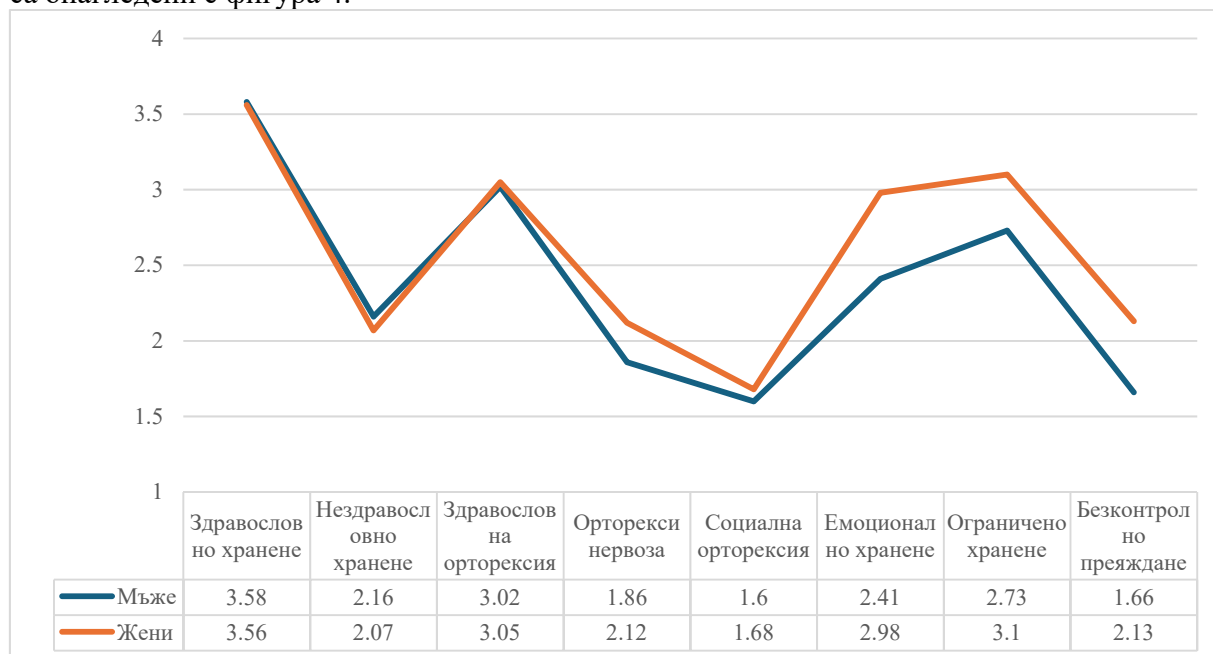
Резултатите от пилотното изследване потвърждават очакванията ни за модела на възникване и развитие на хранителното поведение вследствие на тежки преживявания в детството и е взето решение да се пристъпи към количествена верификация на поставените хипотези.

6.1 Различия в хранителното поведение в зависимост от социодемографските признаци

Поредицата от статистически резултати, представени и анализирани в настоящата част имат за цел да проверят допусканията, направени от Хипотеза 1. За изследване на диференциация ефект на социодемографските характеристики върху броя и вида докладвани ТПД са проведени Т-тестове за независими извадки (Independent Samples Test) и еднофакторен дисперсионен анализ (One-Way ANOVA), които позволяват сравнението на параметрите (средна и дисперсия) на повече от две извадки и установяват наличието на статистически значими разлики между тях. Анализирани са диференциация ефект на факторите: пол, възраст, образование, местоживееене, семеен, икономически и здравен статус върху броя и вида докладвани ТПД.

Пол и възраст

Сравнителният анализ на осреднените стойности по скалите за хранително поведение, демонстрира по-високи нива на **орторексия нервоза, емоционално и ограничено хранене и безконтролно преяждане** при жените. По отношение на останалите видове хранително поведение, резултатите на двата пола са доста идентични. Резултатите са онагледени с фигура 4.



Фигура 4. Различия в хранителното поведение според пола

От представените резултати е видно, че статистически значими различия между жените и мъжете се установяват по скалите за **орторексия нервоза** ($t_{(720)}=-3,504$; $p=0,000$), **емоционално хранене** ($t_{(720)}=-6,113$; $p=0,000$), **ограничено хранене** ($t_{(720)}=-4,314$; $p=0,000$) и **безконтролно преяждане** ($t_{(720)}=-5,155$; $p=0,000$).

Установява се, че възрастта диференцира значимо единствено скалата за **нездравословното хранене** ($F_{(2,719)} = 6,611$; $p= 0,001$). За променливите, при които е установена значима разлика, е приложен постхок тест на Tukey, който сравнява групите по двойки.

Анализът показва, че средноаритметичните стойности за първата група на възраст от 16 до 32 години са статистически значимо по-високи от средните стойности за третата група на възраст от 43 до 72 г.

Образование

Резултатите за диференциращото влияние на образованието върху хранителното поведение са въведени в таблица 8.

Статистически значими различия в осреднените стойности за отговорите на изследваните лица са регистрирани по скалите, измерващи **нездравословното хранене** ($t_{(720)}=2,902$; $p=0,005$), **здравословното хранене** ($t_{(720)}=-2,022$; $p=0,044$), **социална орторексия** ($t_{(720)}=2,065$; $p=0,039$) и **безконтролно преяждане** ($t_{(720)}=2,994$; $p=0,003$).

При респондентите със средно образование е регистрирана тенденция да се хранят по-нездравословно, както и да демонтират признаци на социална орторексия и безконтролно преяждане, сравнени с участниците с висше образование. По-високи средноаритметични стойности по скалата за здравословна орторексия са отчетени при изследваните лица с висше образование.

Местоживееене

В настоящото изследване факторът местоживееене диференцира значимо единствено скалата за **социална орторексия** ($t_{(720)} = 3,058$; $p = 0,002$). Резултатите отчитат тенденция участниците живеещи в провинцията в настоящата извадка да демонстрират по-високи нива на социална орторексия.

Семеен статус

Семейният статус е диференциращ фактор само за **здравословното хранене** ($t_{(720)}=2,770$; $p=0,006$). Резултатите отчитат тенденция семейните участниците в настоящата извадка да се хранят по-здравословно.

Икономически статус

Сравнителният анализ на осреднените стойности по скалите за хранителни поведения не отчита диференциращ ефект на икономическия статус върху изследваните феномени.

Здравен статус

По отношение на здравния статус хроничното заболяване е диференциращ фактор за **нездравословното хранене** ($t_{(720)}=-2,081$; $p=0,038$), **здравословна орторексия** ($t_{(720)}=1,988$; $p=0,047$), **орторексия нервоза** ($t_{(720)}=-2,663$; $p=0,008$), **емоционално хранене** ($t_{(720)}=-4,084$; $p=0,000$), **ограничено хранене** ($t_{(720)}=-2,613$; $p=0,009$) и **безконтролно преяждане** ($t_{(720)}=-4,043$; $p=0,000$). Отчита се тенденция хората, които страдат от хронично заболяване да се

хранят по-нездравословно и да демонстрират повече орторексично поведение, емоционално и ограничено хранене, както и безконтролно преяждане (таб. 6).

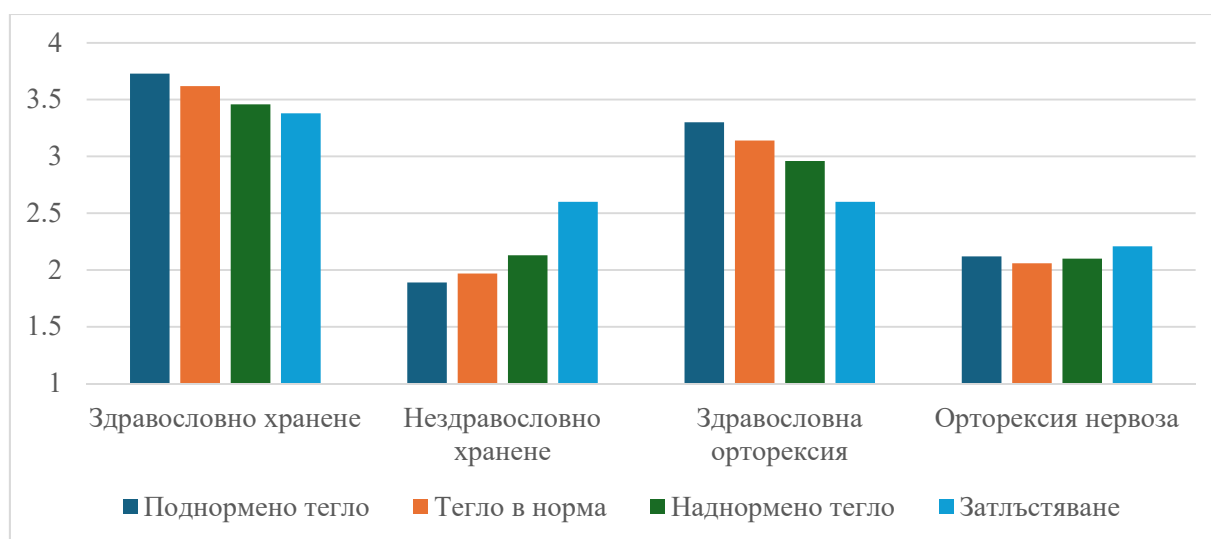
Обратно, хората, които не страдат от хронично заболяване да имат по-високи стойности за здравословна орторексия.

Таблица 6. Диференциращо влияние на здравния статус върху хранителното поведение

Зависима променлива	Т-тест за независима извадка				
	Хронично заболяване	N	X	SD	t (720)
Нездравословно хранене	Не	344	2.01	0.798	-2.081*
	Да	378	2.14	0.857	
Здравословна орторексия	Не	344	3.09	0.553	1.988*
	Да	378	3.00	0.603	
Орторексия нервоза	Не	344	2.02	0.677	-2.663**
	Да	378	2.15	0.706	
Емоционално хранене	Не	344	2.77	0.861	-4.084**
	Да	378	3.03	0.854	
Ограничено хранене	Не	344	2.97	0.794	-2.613**
	Да	378	3.13	0.802	
Безконтролно преяждане	Не	344	1.94	0.801	-4.043**
	Да	378	2.19	0.859	

ИТМ

Получените резултати за обособените групи според ИТМ: поднормено тегло, тегло в норма, наднормено тегло и затлъстяване по скалите, измерващи хранителното поведение (диета и модели) са представени на фигура 5 и фигура 6. От графичното представяне могат да се изведат няколко тенденции. Визуализирането на данните онагледява - с понижаването на нивата на здравословното хранене и да се увеличава теглото. Средните стойности по скала „Нездравословно хранене“ са най-високи при респондентите със затлъстяване, а най-ниски са за групата на изследваните лица с тегло под норма и в норма. При скала „Здравословната орторексия“ се наблюдава понижаване на средните стойности по скалата с увеличаване на теглото, което е очакваните резултати заложи в Хипотеза 2.

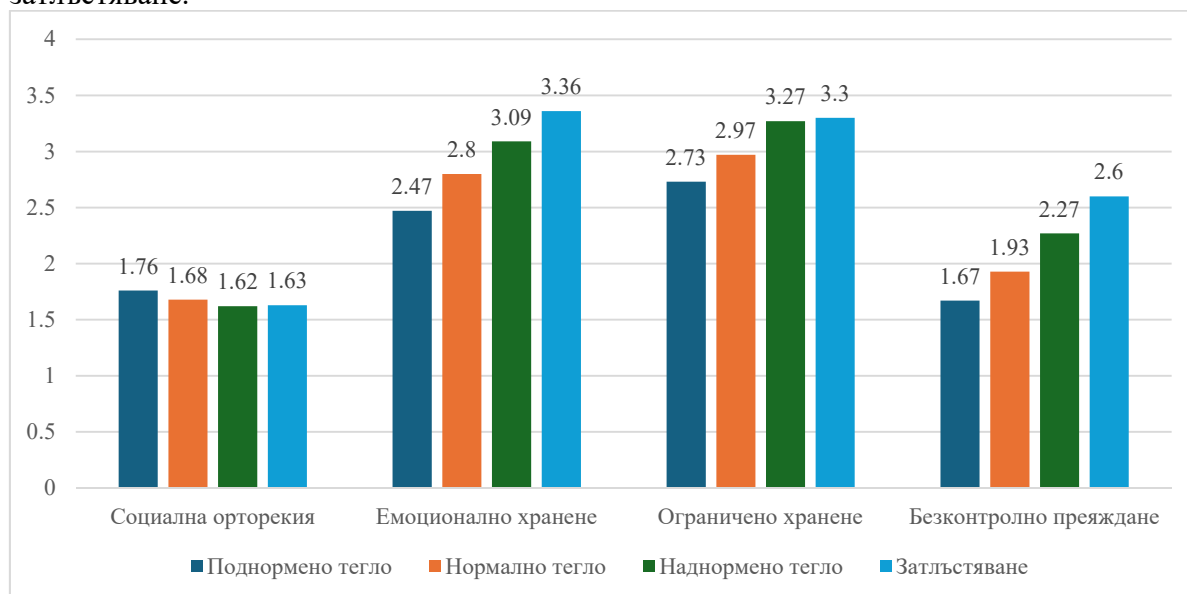


Фигура 5: Различия в хранителното поведение според ИТМ

С цел да се провери дали има статистически значими различия е проведен еднофакторен дисперсионен анализ (One Way ANOVA). Процедурата регистрира, че индексът на телесна маса е диференциращ фактор за **нездравословното хранене, здравословна орторексия, емоционално хранене, ограничено хранене и безконтролно преяждане**.

За **нездравословното хранене** ($F_{(3,718)}=16,039$; $p=0,000$), постхок тестът регистрира значима статистическа разлика между средните стойности за групите на хората със затлъстяване, в сравнение с изследваните лица с тегло под норма, в норма и над норма. Установява се значима разлика и между хората с наднормено тегло и тези със затлъстяване. Групата на изследваните лица с наднормено тегло не е статистически значимо различна от групата на хората с тегло в- и под- норма. Очаквано, резултатите показват, че респондентите със затлъстяване имат по-нездравословна диета, в сравнение с изследваните лица с тегло под норма, в норма и наднормено тегло.

По отношение на **здравословната орторексия** ($F_{(3,718)}=27,334$; $p=0,000$), аналогично средноаритметичната стойност за групата на хората със затлъстяване е статистически значимо различна от средноаритметичните стойности на всички останали групи - на респондентите с поднормено тегло, наднормено и тегло в норма. Също така, се установява значима разлика и между хората с наднормено тегло и тези с поднормено и нормално тегло. Не е регистрирана статистическа значимост на резултата само между групите с поднормено тегло и тегло в норма. Очертава се тенденцията, че хората с тегло в и под норма да имат по-здравословни навици и поведения, в сравнение с участниците с наднормено тегло и затлъстяване.



Фигура 6: Различия в хранителното поведение според ИТМ

ИТМ диференцира значимо изследваните лица по отношение на **емоционалното хранене** ($F_{(3,718)}= 17,182$; $p=0,000$). Статистически значима разлика е открита между средните стойности на респондентите със затлъстяване, където са регистрирани най-високи нива, в сравнение групите на хора с тегло в норма и под норма. Също така, средноаритметичната стойност по скалата за емоционално хранене при респондентите с наднормено тегло са по-високи и статистически различни от тези на изследваните лица с

тегло в и под норма. Между участниците с наднормено тегло и тези със затлъстяване не е регистрирана значима разлика.

При **ограниченото хранене** ($F_{(3,718)}=11,013$; $p=0,000$), резултатите са аналогични като при скалата за емоционално хранене. Анализът разкрива статистически значимо различие между групата със затлъстяване, сравнени с всички останали групи, както и между групата с наднормено тегло и всички останали групи. Между участниците с наднормено тегло и тези със затлъстяване не е регистрирана значима разлика. При респондентите с нормално и поднормено тегло са отчетени по-ниски нива по тази скала, което показва по-нисък когнитивен контрол върху хранителния прием.

По отношение на скалата за **безконтролно преяждане** ($F_{(3,718)}=24,002$; $p=0,000$), резултатите са аналогични с тези при скалата за нездравословно, емоционално и ограничено хранене. Между групата на изследваните лица със затлъстяване и останалите три групи: поднормено тегло, тегло в норма и наднормено тегло са отчетени статистически значими различия. Групата с наднормено тегло е статистически значимо различна от всички останали. Не е регистрирана статистическа значимост на резултата само между групите с поднормено тегло и тегло в норма. Резултатите показват тенденцията, хората със затлъстяване и наднормено тегло да демонстрират повече признаци на безконтролно преяждане в сравнение с хората с тегло под или в норма.

Отчита се обща тенденция с нарастване на ИТМ да се понижават здравословните хранителни навици и да се повишават нездравословните поведения свързани с емоционално и ограничено хранене, както и безконтролно преяждане.

6.2 Различия в хранителното поведение в зависимост от ТПД

Общ брой ТПД

Както разгледахме в първа глава на настоящата разработка, история на четири или повече тежки преживявания в детството, се свързва със значително повишен риск от рисковото за здравето поведение. Множество международни изследвания сравняват риска на индивиди с до три ТПД и индивиди с четири или повече ТПД за развитие на различни здравни поведения, хранителни нарушения и здравословни състояния. Настоящите анализи следват тези разграничения, наложили се в литературата върху ТПД.

Установява се, че по-високия брой ТПД диференцира значимо единствено скалата за нездравословното хранене ($T_{(720)}=-2,264$; $p=0,024$). Анализът показва, че хората, които са преживели четири или повече ТПД демонстрират по-високи стойности на нездравословно хранене, в сравнение с хората с до 3 ТПД.

Емоционално пренебрегване

Преживяното емоционално пренебрегване е диференциращ фактор за **орторексия нервоза** ($t_{(720)}=2,187$; $p=0,029$), **емоционално хранене** ($t_{(720)}=2,523$; $p=0,012$) и **безконтролно преяждане** ($t_{(720)}=2,737$; $p=0,006$). Резултатите отчитат тенденция участниците преживели емоционално насилие в настоящата извадка да демонстрират по-ниски нива на скалите за емоционално хранене, безконтролно преяждане и орторексия нервоза (таб. 7).

Таблица 7. Диференциращо влияние на емоционалното пренебрегване върху хранителното поведение

Зависима променлива	Т-тест за независима извадка				
	Емоционално пренебрегване	N	X	SD	t (720)
Орторексия нервоза	Не	276	2.16	0.699	2.187*
	Да	446	2.04	0.690	
Емоционално хранене	Не	276	3.01	0.810	2.523*
	Да	446	2.84	0.896	
Безконтролно преяждане	Не	276	2.17	0.841	2.737**
	Да	446	2.00	0.834	

Физическо пренебрегване

Резултатите за диференциращото влияние на физическото пренебрегване върху хранителното поведение са въведени в таблица 8.

Статистически значими различия в отговорите на изследваните лица преживели физическо пренебрегване са регистрирани по скалите, измерващи **орторексия нервоза** ($t_{(720)}=-4,414$; $p=0,000$) и **безконтролно преяждане** ($t_{(720)}=2,233$; $p=0,026$).

Резултатите отчитат тенденция участниците преживели физическо пренебрегване в настоящата извадка да демонстрират по-високи нива на скалите за орторексия нервоза и безконтролно преяждане.

Таблица 8. Диференциращо влияние на физическото пренебрегване върху хранителното поведение

Зависима променлива	Т-тест за независима извадка				
	Физическо пренебрегване	N	X	SD	t (720)
Орторексия нервоза	Не	613	2.04	0.687	-4.414**
	Да	109	2.36	0.685	
Безконтролно преяждане	Не	613	2.04	0.832	-2.233*
	Да	109	2.23	0.870	

Злоупотреба с алкохол/наркотици и осъждан член на семейството

По отношение на признаците на семейна дисфункция, наличието на родител/настойник, който е злоупотребявал с алкохол/наркотици и наличието на осъждан член на семейството не са диференциращ фактор за **никая от скалите за хранително поведение**.

Психична болест в семейството

Установява се, че наличието на психична болест в семейството диференцира значимо единствено скалата за **ограничено хранене** ($t_{(720)} = -2.264$; $p= 0,024$). Анализът показва, че хората, които са преживели този тип семейна дисфункция демонстрират по-ниски стойности на ограничено хранене, в сравнение с хората, които не са били изложени на този тип ТПД.

Загуба на родител, развод

В настоящото изследване факторът загуба на родител/развод диференцира значимо единствено скалата за **здравословно хранене** ($t_{(720)} = 2,478$; $p = 0,013$). Анализът показва, че хората, които са преживели този тип семейна дисфункция демонстрират по-ниски

стойности на скалата за здравословно, в сравнение с хората, които не са били изложени на този тип ТПД.

Свидетел на домашно насилие

Резултатите за диференциращото влияние на домашното насилие върху хранителното поведение са въведени в таблица 9.

Статистически значими различия в отговорите на изследваните лица преживели физическо пренебрегване са регистрирани по скалите, измерващи **орторексия нервоза** ($t_{(720)}=-2,716$; $p=0,007$), **емоционално хранене** ($t_{(720)}=-2,923$; $p=0,004$), **ограничено хранене** ($t_{(720)}=-2,808$; $p=0,005$) и **безконтролно преяждане** ($t_{(720)}=-2,804$; $p=0,005$).

Резултатите отчитат тенденция участниците, които са били свидетели на домашно насилие в настоящата извадка да демонстрират по-високи нива на скалите за орторексия нервоза, емоционално и органичено хранене и безконтролно преяждане.

Таблица 9. Диференциращо влияние на домашното насилие върху хранителното поведение

Зависима променлива	Т-тест за независима извадка				
	Домашно насилие	N	X	SD	t (720)
Орторексия нервоза	Не	209	1.98	0.664	-2.716*
	Да	513	2.13	0.703	
Емоционално хранене	Не	209	2.76	0.857	-2.923*
	Да	513	2.97	0.865	
Ограничено хранене	Не	209	2.92	0.827	-2.808*
	Да	513	3.11	0.785	
Безконтролно преяждане	Не	209	1.93	0.790	-2.804*
	Да	513	2.12	0.855	

Емоционално насилие

Преживяването на емоционално насилие в детството е диференциращ фактор по скалите, измерващи **емоционално хранене** ($t_{(720)}=-2.391$; $p=0,017$), **ограничено хранене** ($t_{(720)}=-2.602$; $p=0,009$) и **безконтролно преяждане** ($t_{(720)}=-2.872$; $p=0,004$). Резултатите за диференциращото влияние на домашното насилие върху хранителното поведение са въведени в таблица 10.

Резултатите отчитат тенденция участниците, които преживели емоционално насилие в настоящата извадка да демонстрират по-високи нива на скалите за емоционално и органичено хранене и безконтролно преяждане.

Таблица 10. Диференциращо влияние на емоционалното насилие върху хранителното поведение

Зависима променлива	Т-тест за независима извадка				
	Емоционално насилие	N	X	SD	t (720)
Емоционално хранене	Не	287	2.81	0.881	-2.391*
	Да	435	2.97	0.853	
Ограничено хранене	Не	287	2.96	0.823	-2.602**
	Да	435	3.12	0.781	
Безконтролно преяждане	Не	287	1.96	0.827	-2.872**
	Да	435	2.14	0.843	

Физическо насилие

Аналогични са резултатите и при физическото насилие, което е значим диференциращ фактор по скалите, измерващи **емоционално хранене** ($t_{(720)}=-2.658$; $p=0,008$), **ограничено хранене** ($t_{(720)}=-2.672$; $p=0,008$) и **безконтролно преяждане** ($t_{(720)}=-2.812$; $p=0,005$). Резултатите за диференциращото влияние на домашното насилие върху хранителното поведение са въведени в таблица 11.

Резултатите отчитат тенденция участниците, които преживели емоционално насилие в настоящата извадка да демонстрират по-високи нива на скалите за емоционално и ограничено хранене и безконтролно преяждане.

Таблица 11. Диференциращо влияние на физическото насилие върху хранителното поведение

Зависима променлива	Т-тест за независима извадка				
	Физическо насилие	N	X	SD	t (720)
Емоционално хранене	Не	401	2.83	0.872	-2.658**
	Да	321	3.00	0.852	
Ограничено хранене	Не	401	2.98	0.790	-2.672**
	Да	321	3.14	0.807	
Безконтролно преяждане	Не	401	1.99	0.843	-2.812**
	Да	321	2.16	0.828	

Сексуално насилие

Резултатите за диференциращото влияние на сексуалното насилие върху хранителното поведение са въведени в таблица 12.

Статистически значими различия в отговорите на изследваните лица преживели физическо пренебрегване са регистрирани по скалите, измерващи **орторексия нервоза** ($t_{(720)}=-2,716$; $p=0,007$), **емоционално хранене** ($t_{(720)}=-2,923$; $p=0,004$), **ограничено хранене** ($t_{(720)}=-2,808$; $p=0,005$) и **безконтролно преяждане** ($t_{(720)}=-2,804$; $p=0,005$).

Резултатите отчитат тенденция участниците, които са преживели сексуално насилие в настоящата извадка да демонстрират по-високи нива на скалите за орторексия нервоза, емоционално и ограничено хранене и безконтролно преяждане.

Таблица 12. Диференциращо влияние на сексуалното насилие върху хранителното поведение

Зависима променлива	Т-тест за независима извадка				
	Сексуално насилие	N	X	SD	t (720)
Орторексия нервоза	Не	569	2.04	0.673	-3.418**
	Да	153	2.26	0.749	
Емоционално хранене	Не	569	2.87	0.865	-2.107*
	Да	153	3.04	0.863	
Ограничено хранене	Не	569	3.02	0.794	-2.135*
	Да	153	3.18	0.817	
Безконтролно преяждане	Не	569	2.03	0.834	-2.291*
	Да	153	2.20	0.851	

Тормоз

В настоящото изследване факторът тормоз от връстниците диференцира значимо единствено скалата за **нездравословно хранене** ($t_{(720)} = 2,478$; $p = 0,013$). Анализът показва, че хората, които са преживели този тип ТПД демонстрират по-високи стойности на скалата за нездравословно хранене, сравнени с хората, които не са били изложени на този тип ТПД.

Свидетел на насилие в общността, колективно насилие

По отношение на преживяването на насилие в общността и колективно насилие, резултатите показват, че преживяването на тези ТПД не са диференциращ фактор за никоя от скалите за хранително поведение.

6.3 Взаимовръзки между ТПД, психологически корелати и хранително поведение

Общ брой ТПД

Установяват се значими взаимовръзки между общия брой ТПД, общия брой преживяно насилие и изследваните конструкти (таб. 13).

Таблица 13: Взаимовръзка между общия брой ТПД, психологическите фактори и хранителното поведение

	Общ брой ТПД	Общ брой насилие (домашно, емоционално, физическо, сексуално, тормоз)
Хранително поведение		
Емоционално хранене	0.037	0.107**
Ограничено хранене	0.043	0.111**
Безконтролно преяждане	0.079	0.131**
Психологически фактори		
Стрес	0.172**	0.194**
Тревожност	0.179**	0.182**
Депресия	0.196**	0.188**
Нагласи към тялото		
Загриженост за теглото	0.144**	0.205**
Личностни характеристики от Големите 5		
Невротизъм	0.104**	0.187**
Съзнателност	-0.050	-0.062
Дружелюбност	-0.107**	-0.086*
Здравен статус и обща удовлетвореност		
Здравен статус	0.101**	0.110**
Удовлетвореност от живота	-0.212**	-0.221**

** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$;

Емоционално и физическо пренебрегване

Значимите взаимовръзки между емоционалното и физическо пренебрегване, психологическите корелати и хранителното поведение са видни от таблица 14.

Таблица 14. Взаимовръзка между пренебрегване в детството, психологическите фактори и хранителното поведение

	Емоционално пренебрегване	Физическо пренебрегване
Хранително поведение		
Орторексия нервоза	-0.081*	-0.162**
Безконтролно преяждане	-0.101**	-0.083*
Психологически фактори		
Стрес	-0.146**	0.085*
Тревожност	-0.128**	-0.084**
Депресия	-0.153**	-0.114**
Личностни характеристики от Големите 5		
Невротизъм	-0.131**	0.047
Съзнателност	0.104**	-0.010
Здравен статус и обща удовлетвореност		
Здравен статус	-0.047	0.117**
Удовлетвореност от живота	-0.149**	-0.148**

** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$;

Семейна дисфункция

Значимите взаимовръзки между различните видове семейна дисфункция, психологическите корелати и хранителното поведение са представени в таблица 15.

Таблица 15: Взаимовръзка между семейна дисфункция в детството, психологическите фактори и хранителното поведение

	Алкохолизъм/ наркотици	Псих. болест в семейството	Осъждан член на семейството	Развод/загуба на родител
Психологически фактори				
Стрес	0.105**	0.125**	0.022	0.075*
Тревожност	0.075*	0.184**	-0.022	0.079*
Депресия	0.134**	0.162**	-0.027	0.072
Личностни характеристики от Големите 5				
Дружелюбност	-0.076*	-0.109*	-0.001	0.009
Отвореност към нов опит	0.108	-0.012	-0.078*	-0.011
Здравен статус и обща удовлетвореност				
Удовлетвореност от живота	-0.126**	-0.113**	0.037	-0.096*

** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$

Насилие в семейството и от връстниците

Резултатите от корелационния анализ разкриват най-много статистически значими връзки на различните видове насилие в детството с другите изследвани конструкти. Значимите взаимовръзки са представени в таблица 16.

Таблица 16: Взаимовръзка между насилие в детството, психологическите фактори и хранителното поведение

	Свидетел на дом. насилие	Емоционално насилие	Физическо насилие	Сексуално насилие	Тормоз от връстниците
Хранително поведение					
Орторексия нервоза	0.101**	0.039	0.044	0.126**	-0.009
Емоционално хранене	0.108**	-0.089*	0.099*	0.078*	-0.034
Ограничено хранене	0.104**	-0.097*	0.099*	0.079*	-0.027
Безконтролно преяждане	0.101**	0.106**	0.104**	0.085*	0.016
Психологически фактори					
Стрес	0.137**	0.173**	0.088*	0.066	0.138**
Тревожност	0.101*	0.162**	0.117**	0.074*	0.110**
Депресия	0.133**	0.146**	0.106**	0.090*	0.111**
Нагласи към тялото					
Загриженост за теглото	0.172**	0.151**	0.099*	0.103**	0.119**
Емоционална регулация					
Когнитивна преоценка	-0.025	-0.049	-0.022	0.000	-0.103**
Личностни характеристики от Големите 5					
Невротизъм	0.126**	0.147*	0.083*	0.021	0.101*
Съзнателност	-0.007	-0.079*	-0.112**	-0.007	-0.086*
Дружелюбност	-0.075*	-0.115*	-0.085*	-0.011	-0.081*
Здравен статус и обща удовлетвореност					
Удовлетвореност от живота	-0.141**	-0.133**	-0.173**	-0.097*	-0.143**

** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$

6.4 Взаимовръзки между психологическите корелати и хранителното поведение

Резултатите от корелационния анализ разкриват най-много и силни статистически значими връзки между психологическите корелати и моделите на хранително поведение.

Здравословно хранене

Значимите взаимовръзки между здравословното хранене и изследваните конструкции са представени в таблица 17.

Таблица 17: Взаимовръзка между здравословното хранене, психологическите фактори и здравния статус

	Здравословно хранене
Психологически фактори	
Стрес	-0.111**
Тревожност	-0.166**
Депресия	-0.176**
Нагласи към тялото	
Оценка на външния вид	0.215**
Загриженост за теглото	-0.137**
Емоционална регулация	
Емоционално потискане	-0.117**
Личностни характеристики от Големите 5	
Съзнателност	0.107**
Здравен статус и обща удовлетвореност	
Здравен статус	-0.209**
Удовлетвореност от живота	0.192**

** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$

Нездравословно хранене

Значимите взаимовръзки между нездравословното хранене, психологическите корелати и здравния статус са видни от таблица 18.

Таблица 18: Взаимовръзка между нездравословното хранене, психологическите фактори и здравния статус

	Нездравословно хранене
Психологически фактори	
Стрес	0.143**
Тревожност	0.175**
Депресия	0.112**
Нагласи към тялото	
Оценка на външния вид	-0.253**
Емоционална регулация	
Емоционално потискане	0.153**
Личностни характеристики от Големите 5	
Невротизъм	0.141**
Съзнателност	-0.266**
Здравен статус и обща удовлетвореност	
Здравен статус	0.220**
Удовлетвореност от живота	-0.128**

** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$

Здравословна орторексия

Значимите взаимовръзки между здравословната орторексия, психологическите корелати и здравния статус са видни от таблица 19.

Таблица 19. Взаимовръзка между здравословна орторексия, психологическите фактори и здравния статус

	Здравословна орторексия
Психологически фактори	
Резилианс	0.110**
Нагласи към тялото	
Оценка на външния вид	0.289**
Емоционална регулация	
Когнитивна преоценка	0.109**
Емоционално потискане	-0.109**
Личностни характеристики от Големите 5	
Съзнателност	0.203**
Отвореност към нов опит	0.107**
Здравен статус и обща удовлетвореност	
Здравен статус	-0.243**
Удовлетвореност от живота	0.144**

** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$

Орторексия нервоза

Значимите взаимовръзки между орторексия нервоза, психологическите корелати и здравния статус са видни от таблица 20.

Таблица 20. Взаимовръзка между орторексия нервоза, психологическите фактори и здравния статус

	Орторексия нервоза
Психологически фактори	
Стрес	0.262**
Тревожност	0.295**
Депресия	0.260**
Резилианс	-0.259**
Нагласи към тялото	
Оценка на външния вид	-0.202**
Загриженост за теглото	0.464**
Емоционална регулация	
Емоционално потискане	0.190**
Личностни характеристики от Големите 5	
Невротизъм	0.239**
Екстраверсия	-0.111**
Здравен статус и обща удовлетвореност	
Здравен статус	0.181**
Удовлетвореност от живота	-0.150**

** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$

Емоционално хранене

Значимите взаимовръзки между емоционалното хранене, психологическите корелати и здравния статус са видни от таблица 21.

Таблица 21. Взаимовръзка между емоционалното хранене, психологическите фактори и здравния статус

	Емоционално хранене
Психологически фактори	
Стрес	0.218**
Тревожност	0.212**
Депресия	0.107**
Резилианс	-0.127**
Нагласи към тялото	
Оценка на външния вид	-0.220**
Загриженост за теглото	0.475**
Личностни характеристики от Големите 5	
Невротизъм	0.183**
Здравен статус и обща удовлетвореност	
Здравен статус	0.187**
Удовлетвореност от живота	-0.102**

** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$

Ограничено хранене

Резултатите от анализа на взаимовръзките между когнитивното ограничено хранене и включените в проучването конструкти, показват по-слаби връзки на взаимодействие на този хранителен модел, сравнен с емоционалното хранене, ортореския нервоза и безконтролното преяждане (табл. 22).

Таблица 22. Взаимовръзка между ограниченото хранене, психологическите фактори и здравния статус

	Ограничено хранене
Психологически фактори	
Стрес	0.198**
Тревожност	0.127**
Нагласи към тялото	
Оценка на външния вид	-0.157**
Загриженост за теглото	0.593**
Личностни характеристики от Големите 5	
Невротизъм	0.154**

** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$

Безконтролно преяждане

Значимите взаимовръзки между безконтролното преяждане, психологическите корелати и здравния статус са видни от таблица 23.

Таблица 23. Взаимовръзка между безконтролното преяждане, психологическите фактори и здравния статус

	Безконтролно преяждане
Психологически фактори	
Стрес	0.295**
Тревожност	0.316**
Депресия	0.247**
Резилианс	-0.244**
Нагласи към тялото	
Оценка на външния вид	-0.373**
Загриженост за теглото	0.531**
Емоционална регулация	
Емоционално потискане	0.188**
Личностни характеристики от Големите 5	
Невротизъм	0.294**
Съзнателност	-0.193**
Здравен статус и обща удовлетвореност	
Здравен статус	0.328**
Удовлетвореност от живота	-0.208**

** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$

Резултатите от корелационните анализи показват, че има много взаимовръзки между хранителното поведение и различните нива на психологичните корелати. Повечето корелационни коефициенти са от ниски, акто се наблюдават и няколко умерени вимодействия. Тези констатации са предпоставка да предположим, че повече фактори оказват влияние върху изследваните феномени и основание за следващата статистическа процедура в изследването. Еко-био-развитийният модел залага различни корелати, които имат потенциален ефект върху поведението на хранене, удовлетвореността и здравния статус. За да се провери хипотезата за прогностичната им функция е проведен стъпков регресионен анализ. Статистическата процедура, чрез която може да се осъществи проверката на последната издигната Хипотеза 5, предполага конструирането на регресионно уравнение със зависими и независими променливи. Анализирани са два пътя на влияние.

6.1 Ефект на ТПД и психологическите корелати върху хранителното поведение

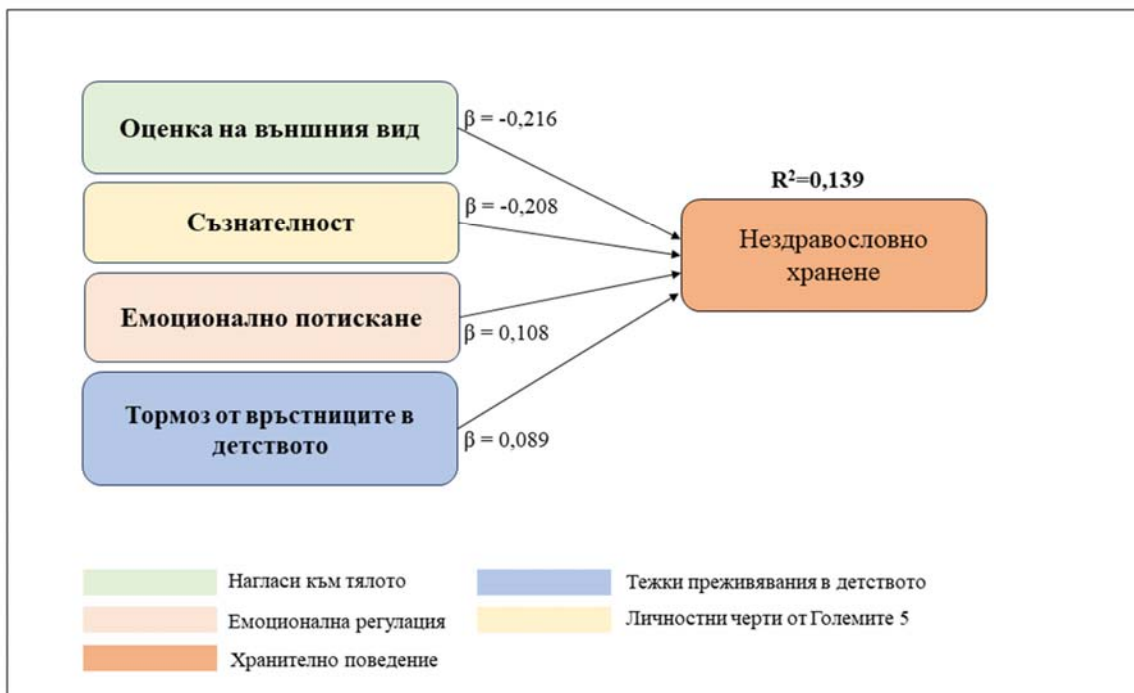
Първоначално е проведен множествен стъпков регресионен анализ със зависима променлива хранителното поведение (здравословно, нездравословно, здравословна орторексия, орторексия нервоза, социлна орторексия, емоционално, ограничено, неконтролно преяждане). Като независими променливи са заложени всички операционализирани в настоящото изследване фактори, които теоретично могат да бъдат предиктори на хранителното поведение (лявата колона на модела), за да се тества техния ефект върху зависимата променлива (фиг. 7).



Фигура 7.: Психологически предиктори на хранителните поведения

Нездрословно хранене

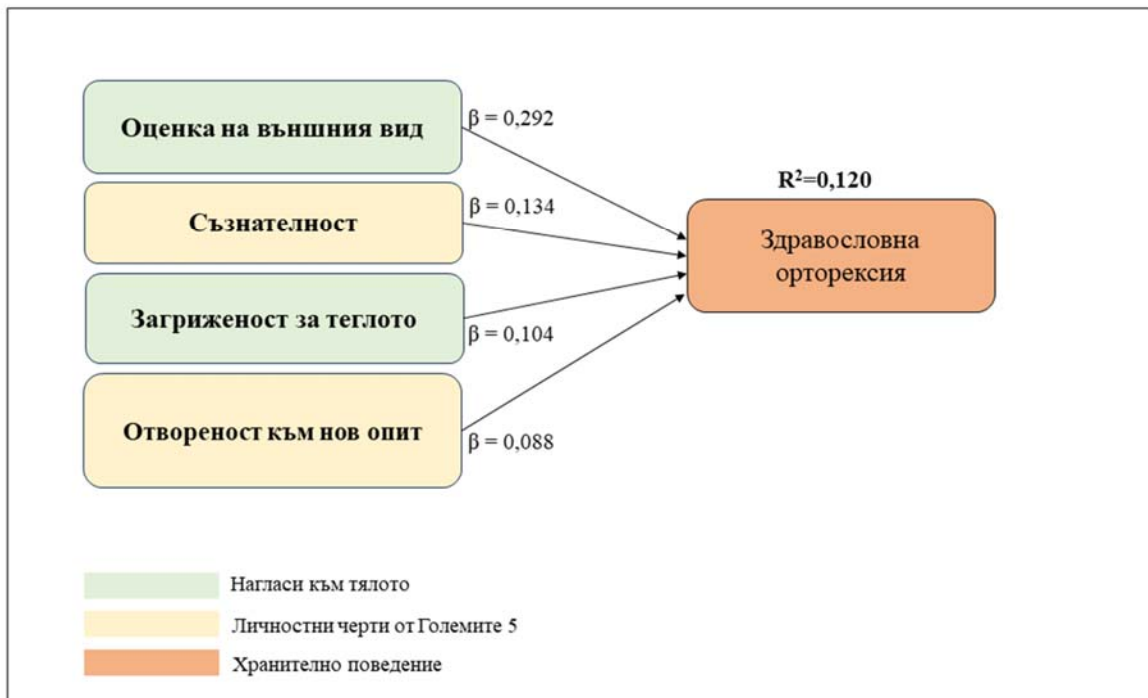
Анализът установява, че комбинацията от променливите: *Оценка на външния вид* ($\beta=-0,216$, $p=0,000$), *Съзнателност* ($\beta=-0,208$, $p=0,000$), *Емоционално потискане* ($\beta=0,108$, $p=0,003$), *Тормоз от връстниците* ($\beta=-0,089$, $p=0,013$) за прогноза на нездрословното хранене е статистически значима ($F_{(4,676)}= 28,547$, $p=0,000$). Стойността на прецизирания коефициент на детерминация е $\Delta R^2 = 0,139$. Това показва, че 13.9% от измерванията в здрословното хранене могат да се обяснят от представения регресионен модел (фиг. 8).



Фигура 8: Значим ефект на независимите променливи върху нездрословното хранене

Здравословна орторексия

Проведеният анализ показва, че в крайния модел на здравословна орторексия значими предиктори са: **Оценка на външния вид** ($\beta=0,292$, $p=0,000$), **Съзнателност** ($\beta=-0,134$, $p=0,000$), **Загриженост за теглото** ($\beta=0,104$, $p=0,006$), **Отвореност към нов опит** ($\beta=0,088$, $p=0,015$) за прогноза на здравословна орторексия е статистически значима ($F_{(4,676)}=24,256$, $p=0,000$). Стойността на прецизирания коефициент на детерминация е $\Delta R^2 = 0,120$. Това показва, че 12% от измерванията в здравословна орторексия могат да се обяснят от представения регресионен модел (фиг. 9).



Фигура 9: Значим ефект на независимите променливи върху здравословна орторексия

Орторексия нервоза

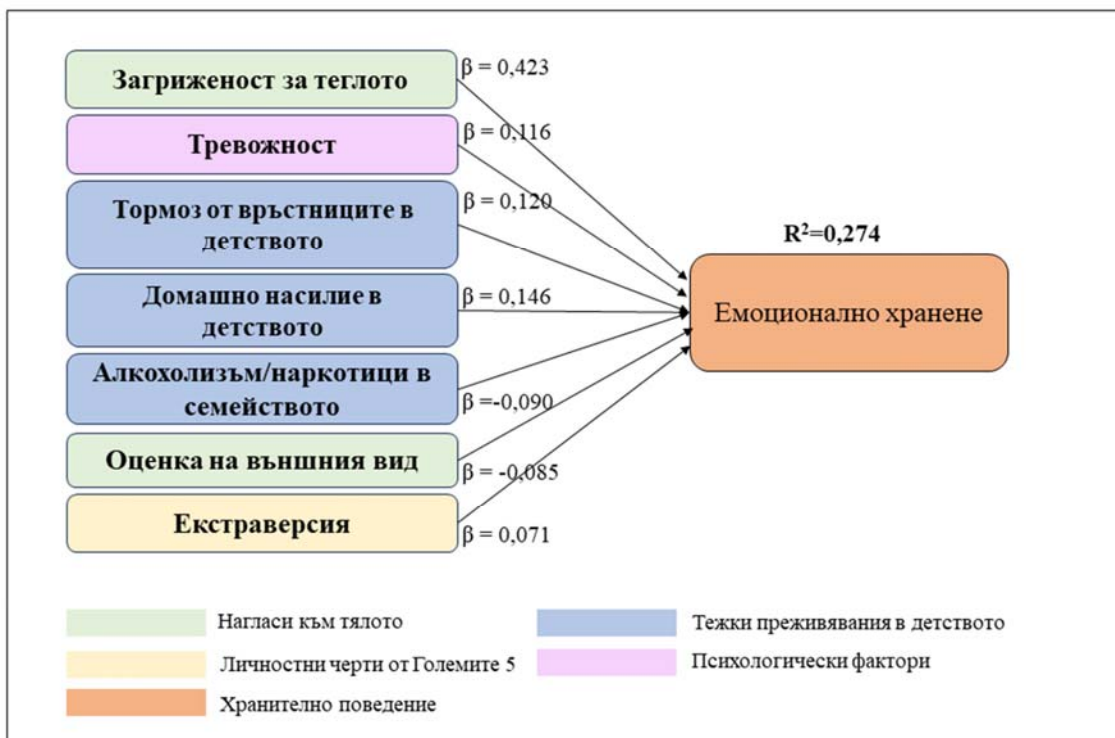
Проведеният анализ показва, че в крайния модел на орторексия нервоза значими предиктори са: *загриженост за теглото* ($\beta=0,397$, $p=0,000$), *тревожност* ($\beta=0,145$, $p=0,000$), *резилианс* ($\beta=-0,109$, $p=0,003$), *физическо пренебрегване* ($\beta=0,117$, $p=0,000$), *тормоз* ($\beta=0,109$, $p=0,001$), *емоционално потискане* ($\beta=0,085$, $p=0,011$) и *сексуално насилие* ($\beta=0,077$, $p=0,033$). Стойността на прецизирания коефициент детерминация ($\Delta R^2=0,294$, $F(5,706)=41,403$, $p=0,000$) показва, че 29,4% от измерванията на орторексия нервоза могат да се обяснят от представения регресионен модел (фиг. 10).



Фигура 10: Значим ефект на независимите променливи върху орторексия нервоза

Емоционално хранене

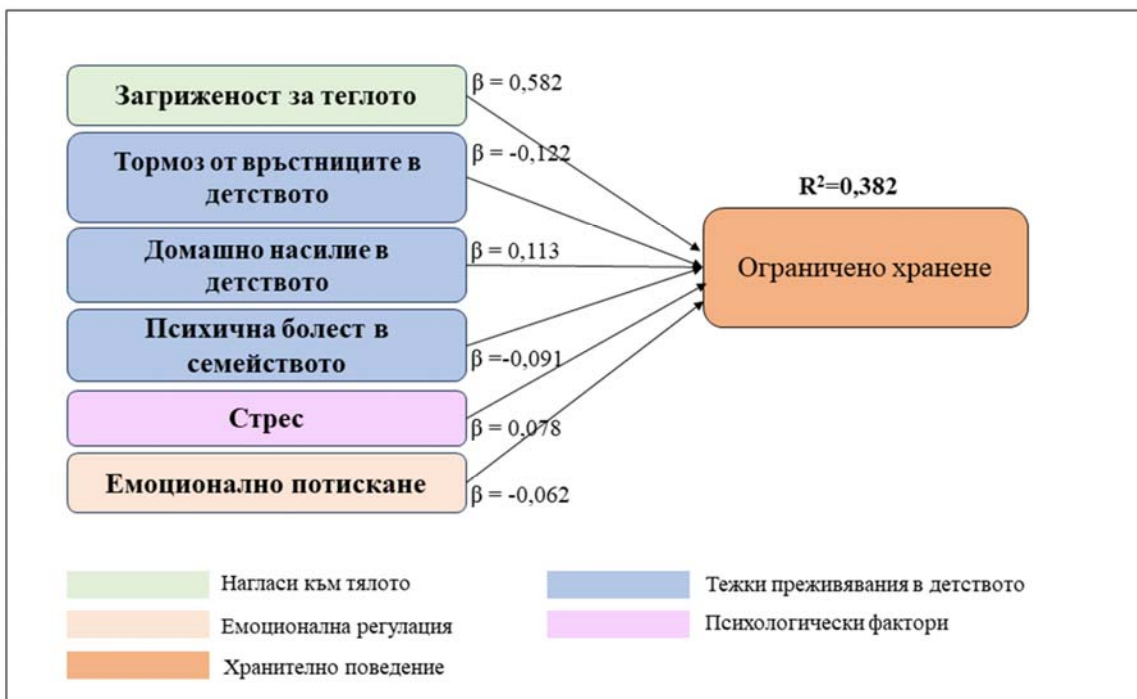
По отношение на емоционалното хранене седем променливи са потвърдени като значими предиктори: *загриженост за теглото* ($\beta=0,423$, $p=0,000$), *тревожност* ($\beta=0,116$, $p=0,000$), *тормоз в детството* ($\beta=-0,120$, $p=0,000$), *домашно насилие в детството* ($\beta=0,146$, $p=0,000$), *алкохолизъм или злоупотреба с наркотици в семейството* ($\beta=0,090$, $p=0,010$), *оценка на външния вид* ($\beta=-0,085$, $p=0,016$) и *екстраверсия* ($\beta=0,071$, $p=0,038$). Комбинацията им допринася значимо за прогнозиране на емоционалното хранене ($F_{(7,673)}=37,581$, $p=0,000$). Стойността на прецизирания коефициент на детерминация е $R^2=0,274$. Това показва, че 27,4% от измененията в емоционалното хранене за настоящата извадка, могат да се обяснят от представения регресионен модел (фиг. 11).



Фигура 11: Значим ефект на независимите променливи върху емоционалното хранене

Ограничено хранене

В регресионния модел на когнитивно ограниченото хранене влизат шест променливи, които са потвърдени като значими предиктори: *загриженост за теглото* ($\beta = -0,582$, $p = 0,000$), *тормоз от връстниците* ($\beta = -0,122$, $p = 0,000$), *домашно насилие в детството* ($\beta = 0,113$, $p = 0,000$), *психична болест в семейството* ($\beta = -0,091$, $p = 0,003$), *стресът* ($\beta = 0,078$, $p = 0,013$) и *емоционалното потискане* ($\beta = -0,062$, $p = 0,038$). Комбинацията им допринася значимо за прогнозиране на ограниченията в храненето ($F_{(6,7674)} = 75,161$, $p = 0,000$). Стойността на коригирания коефициент на детерминация е $R^2 = 0,382$. Това показва, че 38,2 % от измененията в ограниченията в храненето, могат да се обяснят от изведения статистически регресионен модел (фиг. 12).



Фигура 12: Значим ефект на независимите променливи върху ограниченото хранене

Безконтролно преяждане

Представеният на фигура 13 регресионен модел включва осем променливи, които значимо биха могли да прогнозират безконтролното преяждане $F_{(8,713)}= 59,535$, $p=0,000$): *загриженост за теглото* ($\beta=0,440$, $p=0,000$), *оценка на външния вид* ($\beta=-0,170$, $p=0,016$), *тревожността* ($\beta=0,114$, $p=0,001$), *съзнателност* ($\beta=-0,147$, $p=0,000$) *тормоз от връстниците в детството* ($\beta=-0,077$, $p=0,009$), *невротизъм* ($\beta=0,110$, $p=0,003$) *емоционалното потискане* ($\beta=0,078$, $p=0,012$) и *екстраверсия* ($\beta=0,070$, $p=0,029$). Стойността на коригирания коефициент на детерминация е $R^2=0,394$. Това показва, че 39,4% от измененията в безконтролното преяждане могат да се обяснят от конструирания регресионен модел.



Фигура 13: Значим ефект на независимите променливи върху безконтролното преяждане

Ефект на психологическите корелати и хранителното поведение върху удовлетвореността от живота и здравния статус

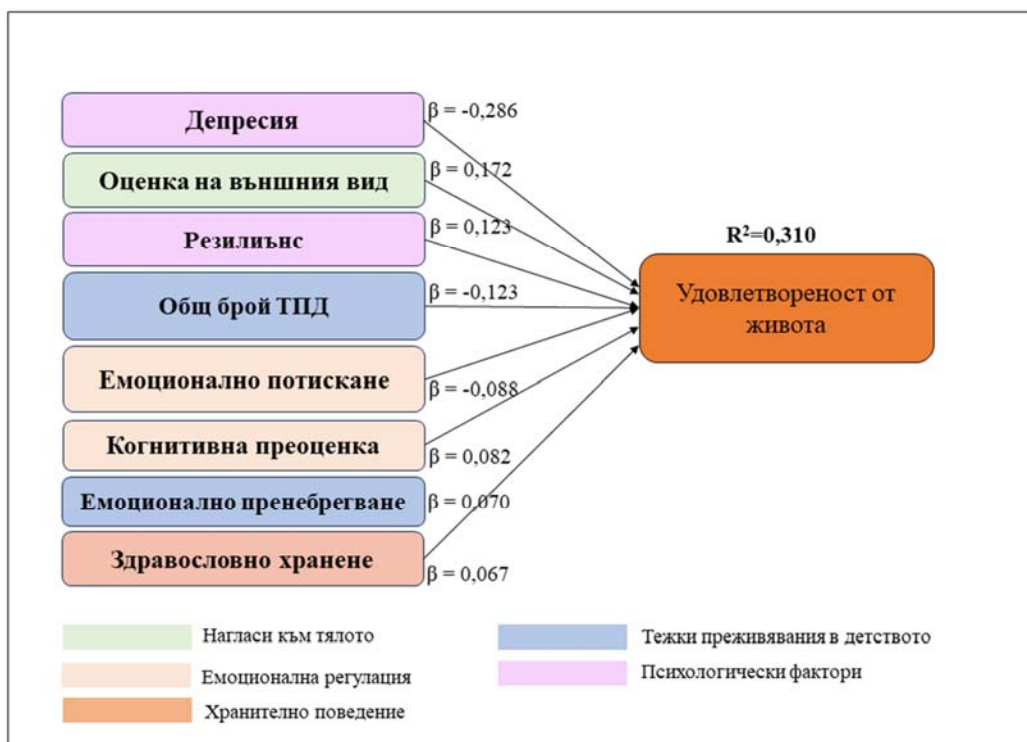
Стъпков регресионен анализ е използван и за проверка на ефекта на психологическите корелати и хранителното поведение здравния статус и удовлетвореността от живота. Проведен е множествен стъпков регресионен анализ със зависима променлива здравния статус и удовлетвореността от живота, а психологическите корелати и хранителното поведение са определени като независими (фиг. 14).



Фигура 14: Предиктори на здравния статус и удовлетвореността от живота

Удовлетвореност от живота

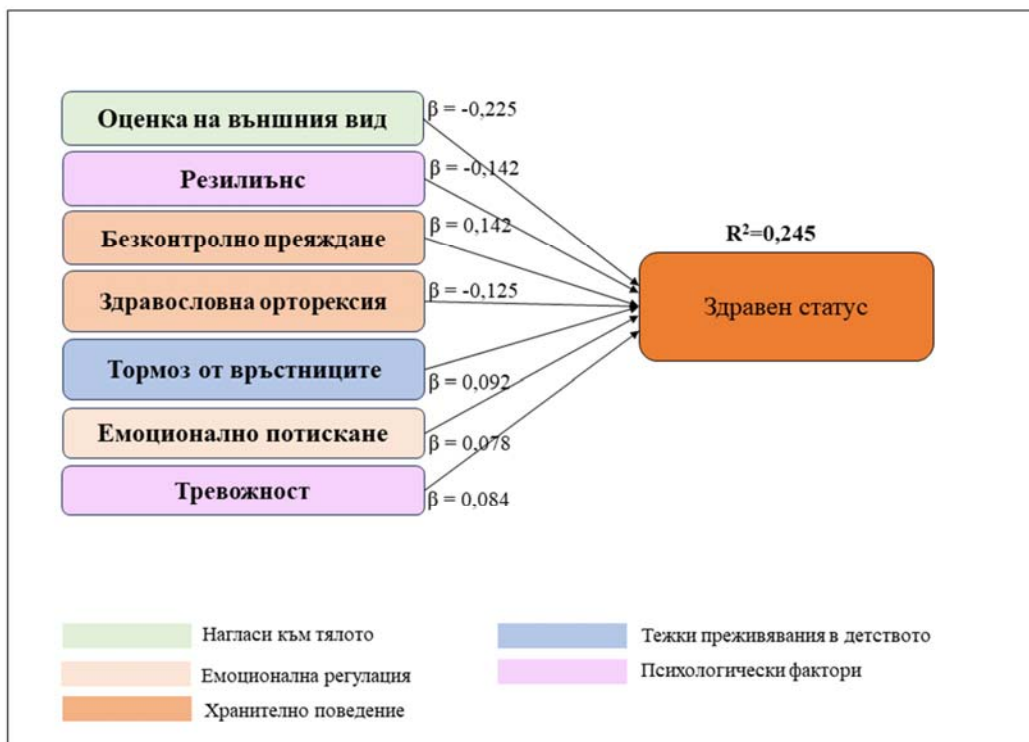
Представеният на фигура 15 регресионен модел включва осем променливи, които значимо биха могли да прогнозират удовлетвореността от живота ($F_{(8,713)}=41,527$, $p=0,000$): **депресията** ($\beta=-0,286$, $p=0,001$), **оценката на външния вид** ($\beta=0,172$, $p=0,016$), **резилианс** ($\beta=0,123$, $p=0,000$), **общ брой ТПД** ($\beta=-0,123$, $p=0,009$), **емоционално потискане** ($\beta=-0,088$, $p=0,008$) **когнитивна преоценка** ($\beta=0,082$, $p=0,012$) **емоционално пренебрегване** ($\beta=0,070$, $p=0,027$) и **здравословното хранене** ($\beta=0,067$, $p=0,036$). Стойността на коригирания коефициент на детерминация е $R^2=0,310$. Това показва, че 31% от измененията в удовлетвореността от живота могат да се обяснят от конструирувания регресионен модел.



Фигура 15: Значим ефект на независимите променливи върху удовлетвореността от живота

Здравен статус

По отношение на здравния статус седем променливи са потвърдени като значими предиктори: *оценка на външния вид* ($\beta=-0,225$, $p=0,000$), *резилианс* ($\beta=-0,142$, $p=0,000$), *безконтролно преяждане* ($\beta=0,142$, $p=0,000$), *здравословна орторексия* ($\beta=-0,125$, $p=0,000$), *тормоз в детството* ($\beta=0,092$, $p=0,005$), *емоционално потискане* ($\beta=0,078$, $p=0,022$) и *тревожност* ($\beta=0,084$, $p=0,026$). Комбинацията им допринася значимо за прогнозиране на емоционалното хранене ($F_{(7,714)}=34,465$, $p=0,000$). Стойността на прецизирания коефициент на детерминация е $R^2=0,245$. Това показва, че 24,5% от измененията в здравния статус за настоящата извадка, могат да се обяснят от представения регресионен модел (фиг. 16).



Фигура 16: Значим ефект на независимите променливи върху здравния статус

ОБОБЩЕНИЕ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Темата на дисертационното проучване е широко застъпена и дискутирана в мултидисциплинарни научни среди. Актуалността ѝ се дължи на нарастващия брой проучвания върху ролята на ранния травматичен стрес за развитието на рискови за здравето поведения и хронични заболявания в зрелостта. Последствията от тежките преживявания в детството се свързват с редица рискове за субективното благополучие и сериозно предизвикателство за системата на общественото здравеопазване. В основата на настоящия научен труд е желанието да бъдат проучени и по-задълбочено разбрани факторите, които водят до развитие на различни хранителни модели, както и имат ефект върху общата удовлетвореност и здравия статус.

Първа глава представя литературен обзор на теоретични възгледи и изследвания, свързани с ефектите на травматичния и хроничен стрес в детството върху психичните процеси, поведението и здравето. Основния и най-всеобхватен теоретичен модел, на който се базира настоящата разработка е теорията за токсичния стрес. Продължителното излагане на стресори - събития като излагане на различни видове на семейна дисфункция и насилие - може да има и токсични ефекти и да доведе до постоянно активиране на стресовия отговор. Този феномен е операционализиран с изследователските конструкти стрес, тревожност, депресия, резиланс. Когато тези биологични смущения продължават по време на уязвими периоди на развитие, те могат да доведат до алоstaticно натоварване, както и до структурни промени и различни психо-емоционални нарушения, които водят до проблеми с хранителното поведение. Психосоциалните корелати, изведени от тази теоретична постановка са: емоционална регулация, нагласи към тялото, личностните черти от големите 5, както и моделите на здравословно, нездравословно, емоционално и ограничено хранене, здравословна орторексия, орторексия нервоза и неконтролно преяждане, които могат да повлияят на удовлетвореността от живота и здравия статус.

Въз основа на литературния обзор са разработени изследователски модел и инструментариум, обхващащи мултидименсионалната структура на проучвания проблем. Анализът на психометричните характеристики на използваните въпросници и скали показва висока валидност и вътрешна консистентност, което позволява да се премине към статистически процедури, изследващи връзките между проучваните феномени.

Описателните характеристики на извадката показват, че честотата на разпространение на тежките преживявания в детството е значимо по-висока от установените в други държави, както и в друго проучване в български контекст. Тези резултати са обезпокоителни и очертават неблагоприятни тенденции за широкия обхват на домашното насилие, емоционалното пренебрегване, тормозът от връстници, емоционалното и физическо насилие, които са докладвани от по-голямата част от изследваните лица.

Пилотно изследване

Резултатите от пилотното изследване показват, че всички респонденти откриват връзка между семейната среда и начина на хранене по отношение на хранителните навици, дневния режим на хранене, изграждането на здравословен или нездравословен модел на хранене, както и създаване на емоционална връзка с членовете на семейството.

➤ **По отношение на хранителните модели**, половината от респондентите отбелязват преяждащото поведение и емоционалното хранене като преобладаващо.

- **По отношение на тежките преживявания в детството**, половината от респондентите докладват, че са преживели над 4 неблагоприятия, а останалите 50% под 4 тежки преживявания, като най-често срещаните ТПД представляват различни видове дисфункционална семейна като свидетел на домашно насилие, психологическо, емоционално и вербално насилие и комбинация от тях, развод на родителите и здравословен проблем на член от семейството.
- Всички респонденти смятат, че **тежките преживявания в детството дават отражение върху поведението и хранителните им модели** в зрелостта, както в положителна, така и в негативна посока. Респондентите споделят, че неблагоприятията в детството имат влияние върху създаване на здравословен или нездравословен хранителен модел, развитието на емоционално хранене или спад на апетита при стрес, контрол над тялото и теглото, както и личностно израстване.
- **По отношение на здравния статус**, половината от респондентите, смятат, че той има връзка с начина им на хранене, като отчитат влиянието на психичния стрес, който влияе както директно, така и индиректно през хранителното поведение. В допълнение, тези промени според няколко от респондентите се изразяват в наднормено тегло и затлъстяване в дългосрочен план, в следствие на нездравословните модели за справяне. Резултатите от пилотното изследване потвърждават очакванията ни за модела на възникване и развитие на хранителното поведение вследствие на тежки преживявания в детството и е взето решение да се пристъпи към количествена верификация на поставените хипотези.

Основно емпирично изследване

Диференциращият ефект на социодемографските характеристики върху тежките преживявания в детството отчита следните тенденции:

- Отчетени са по-високи нива на **сексуално насилие и домашно насилие** при жените, а при мъжете се докладват по-често **тормоз от връстниците, насилие в общността и колективно насилие**.
- По-възрастните хора докладват за **по-малко на брой преживени неблагоприятия в детството**, включително по-често **емоционалното насилие, тормоз и насилието в общността**.
- Несемейните участници в настоящата извадка са преживявали по-често **емоционално, сексуално насилие и тормоз от връстниците** в сравнение със семейните.
- **По-голям брой ТПД, емоционално насилие, загуба на родител и наличие на псих. болест в семейството** са отчетени при изследвани лица със средно образование.
- **По-голям брой ТПД, тормоз от връстниците и колективно насилие** са с по-високи нива при хора, живеещи в столица.
- При изследваните лица с хронични заболявания е регистриран **по-голям брой ТПД**, както и **по-често домашно, емоционално и физическо насилие**.
- Хората с тегло под норма докладват за **по-голям брой ТПД**, както и преживени **загуба/развод на родители и психична болест в семейството**, като тенденцията отслабва с увеличаване на ИТМ.

Диференциращият ефект на социодемографските характеристики върху хранителното поведение очертава някои значими тенденции:

- Отчетени са по-високи нива на **здравословно хранене** при семейните респонденти.

- **Нездравословното хранене** е с по-високи нива при по-младите изследвани лица, хора със средно образование, с по-висок индекс на телесна маса и с хронични заболявания.
- По-високи стойности по скалата „**Здравословна орторексия**“ са регистрирани при хората с висше образование, без хронични заболявания и с по-нисък ИТМ.
- **Орторексия нервоза** е с по-високи нива при жените и хората с хронични заболявания
- **Емоционалното хранене** е по-присъщо на жените, изследваните лица с по-висок ИТМ и с хронични заболявания.
- При жените, изследваните лица с по-висок ИТМ и с хронични заболявания са регистрирани по-високи нива по скалата „**Ограничено хранене**“
- Симптомите на **безконтролно преяждане** са по-високи при жените, хората със средно образование, както и при хората с по-висок ИТМ и с хронични заболявания.

По отношение на диференциращият ефект на тежките преживявания в детството върху хранителното поведение се отчитат следните тенденции:

- **Нездравословното хранене** е с по-високи нива при хора, докладвали над четири ТПД, както и при хората, преживели тормоз от връстници
- **Орторексия нервоза, емоционално хранене и безконтролно преяждане** са по-ниски при хора, преживели емоционално пренебрегване
- **Орторексия нервоза и безконтролно преяждане** са по-високи при хора, преживели физическо пренебрегване
- При хора преживели психична болест на член от семейството, се отчитат по-ниски нива на „**Ограничено хранене**“
- При хора преживели развод/загуба на родител, се отчитат по-ниски нива на „**Здравословно хранене**“
- Отчетени са по-високи нива на **орторексия нервоза, емоционално хранене, ограничено хранене и безконтролно преяждане** при респонденти, които са били свидетели на домашно насилие и преживели сексуално насилие в детството.
- По-високи стойности по скалите „**Емоционално хранене**“, „**Ограничено хранене**“ и „**Безконтролно преяждане**“ са регистрирани при хора с история на емоционално и физическо насилие в детството.

Резултатите от настоящото проучване частично потвърждават направените допускания, че при хората с по-голям брой докладвани ТПД ще бъдат регистрирани по-високи нива на нездравословни хранителни поведения, както и че различните видове ТПД ще имат диференциращ ефект върху моделите на хранително поведение. Направените анализи показват, че тези допускания са релевантни само за хората с над четири ТПД, както и преживелите тормоз по отношение на нездравословното хранене. Тежките преживявания с най-чест диференциращ ефект върху моделите на емоционално, ограничено хранене, орторексия нервоза и безконтролно преяждане са различните видове насилие – емоционално, физическо, сексуално, както и домашното насилие.

Извършени са поредица от корелационни и регресионни анализи, за да се проучи взаимовръзката между изследваните феномени и влиянието им върху хранителното поведение, удовлетвореността от живота и здравния статус.

В обобщение на корелационните анализи, могат да се изведат някои тенденции, свързани с взаимовръзката между проучваните феномени. Първо, резултатите показват, че тежките преживявания в детството се свързват по-консистентно с психологическите фактори, отколкото с хранителното поведение, като вида на неблагоприятния следва

тенденциите от предишните анализи. Очаквано на предположенията ни, по-големия брой ТПД, както и преживяното домашно, емоционално, физическо и сексуално насилие са в слаби положителни, но консистентни връзки със симптомите на стрес, тревожност, депресия, загрижеността за теглото, невротизма и влошения субективен здравен статус. Преживяна злоупотреба с алкохол/наркотици и психична болест на член от семейството са единствените неблагоприятия в категория „Семейна дисфункция“, при които са положително свързани със симптомите на стрес, тревожност и депресия и отрицателно свързано с удовлетвореността от живота.

Второ, по отношение на взаимовръзките между хранителните модели и психологичните фактори, резултатите показват, че изследваните поведения се групират. Здравословното хранене и здравословната орторексия се свързват положително с удовлетвореността от живота, съзнателността и положителната оценка на външния вид, както и отрицателно с влошения здравен статус, загрижеността за теглото и емоционалното потискане. Здравословното хранене допълнително се свързва и с по-ниски нива на стрес, тревожност и депресия, а здравословната орторексия е в положителна взаимовръзка с адаптивната стратегия за емоционална регулация и резилианс. От друга страна, нездравословните модели на хранително поведение като орторексия нервоза, емоционално хранене и безконтролно преяждане са положително свързани със симптомите на стрес, тревожност и депресия, загриженост за теглото, емоционално потискане, невротизъм и влошен здравен статус. Те са също така отрицателно свързани с психичните конструкти резилианс, оценка на външния вид, когнитивната преоценка като адаптивна стратегия за емоционална регулация, съзнателността като личностна черта и удовлетвореността от живота. Моделите на нездравословно хранене и ограничено хранене демонстрират частично някои от установени връзки при нездравословните хранителни поведения.

Това означава, че хранителните поведения от негативния клъстер кореспондират с определени психологични характеристики и нагласи, свързани с понижено психично благополучие и физическо здраве, докато здравословните хранителни модели са характерни за хора с по-висока устойчивост, удовлетвореност и по-добър здравен статус.

С цел да се провери хипотезата за значимия ефект на тежките преживявания в детството и психологичните фактори върху хранителното поведение са проведени поредица от регресионни анализи. Получените резултати потвърждават влиянието на фактори от различните нива на Пирамидата на тежките преживявания. Нездравословното хранене може да бъде директно и/или индиректно повлияно от ефекта на тежки преживявания в детството, нагласите към тялото, емоционалната регулация и личностни характеристики.

По отношение на здравословната орторексия е отчетено влиянието на личностните черти и нагласите към тялото, което насочва към възможни теми и нива за консултативна работа. Регресионният анализ на орторексия нервоза включва нагласите към тялото, психологическите корелати и три вида ТПД като основни корелати в модела, резултат който слага акцент върху необходимостта от индивидуална психологическа работа, свързана с история на неблагоприятия в детството. Моделът на емоционално хранене извежда аналогични връзки и насочва към препоръки за скрининг и отработване на травматичните преживявания в детството с цел облекчаване на ефекта им върху хранителното поведение в зрелостта. Резултатите показват, че загрижеността към теглото има най-силна предиктивна роля за когнитивното ограничение на храненето. Регресионното уравнение извежда и три вида ТПД, като отново насочва към по-дълбинно разбиране на ролята на ранния стрес върху

хранителното поведение. В настоящото изследване хранителният модел на „Безконтролно преяждане“ се свързва с фактори от различни нива на Пирамидата на тежките преживявания, като нагласите към тялото, тревожността, емоционалното потискане, тормоза, както и три личностни черти от модела на големите 5. В обобщение, предикторите с най-голям ефект върху хранителните модели са нагласите към тялото, психологичните фактори стрес, тревожност и резилианс, тежките преживявания в детството и по-специално тормоза от връстници и домашното насилие, емоционалната регулация и личностните черти.

С цел да се провери хипотезата за значимия ефект на тежките преживявания в детството, психологичните фактори и хранителното поведение върху удовлетвореността от живота и здравния статус са проведени съответните регресионни анализи.

Регресионният модел на удовлетвореността от живота насочва към психологичните фактори депресия и резилианс, удовлетвореността от тялото, общия брой докладвани ТПД, емоционалната регулация, както и здравословното хранене.

Според резултатите от регресионния модел на здравния статус, директен ефект за понижаване на здравния статус имат две тенденции в поведението – понижаване на удовлетвореността от тялото, нивото на резилианс и здравословните хранителни навици и по-високи нива на безконтролно преяждане, емоционално потискане, както и преживян томорз от връстниците в детството. Резултатите дават основание да приемем, че насърчаване на положителен телесен образ, адаптивни хранителни модели и емоционална регулация са от ключово значение за управлението на здравето.

Ограничения на изследването

Наред с предимства, свързани с широкия обхват на изследването и възможността да се проследят взаимовръзката и ефекта на повече фактори, обемът на методологията има и своите ограничения. Участието в проучването отнема средно около 15-20 минути, време което част от изследваните лица определят като твърде дълго и изтощително. Това би могло да се отрази върху точността на резултатите от изследваните променливи.

Друго ограничение на изследването е свързано с извадката, която не е хомогенна по отношение на пола. За изграждане на по-цялостна картина на изследваните феномени и генерализиране на резултатите за цялата популация е необходима по-пълноценна репрезентация на представителите от мъжки пол. Това предполага внимателната интерпретация на резултатите от сравнителните анализи.

Друго ограничение на проучването е, че използва ретроспективни методи за измерване на тежките преживявания в детството, което може да бъде фактор за неточното отчитане на резултатите, вследствие на промени в паметта и субективното възприятие на респондентите за събития от детството им, както и деликатния характер на някои от изследваните травматични преживявания.

Въпреки тези ограничения, проведеното изследване има своя принос за по-задълбоченото разбиране на взаимовръзките между проучваните теоретични конструкти и ефекта на тежките преживявания в детството и психологичните фактори върху хранителното поведение и здравния статус.

Препоръки към консултативната практика

Резултатите от изследването, освен теоретично значение за по-задълбочено изучаване и разбиране на взаимовръзките между ТПД, моделите на хранително поведение и здравния статус, имат приложение и в консултативната практика.

Изследването показва мащаб на разпространение на ТПД, който е неочаквано по-висок от докладвания в други държави по целия свят, както и в предишни поучвания, проведени в България. Това насочва към изграждане на скрининг програми и програми за ранна превенция с цел намаляване на негативния ефект на травматичния стрес и предотвратяване на развитието на психо-социални нарушения и рискови за здравето поведения в дългосрочен план. Допълнително, високите нива на докладвано домашно насилие, емоционално пренебрегване, тормоз от връстници, емоционално и физическо насилие показва необходимостта от интервенции на индивидуално, семейно и системно ниво, които да осигуряват социална подкрепа за еднократно или хронично изложените на прекомерен стрес деца и подрастващи.

Друга насока за консултативната практика по отношение на подкрепане на предпазващи здравето поведения е необходимостта от повишаване на квалификацията на здравните специалисти, като лекари, диетолози, нутриционисти, психолози и психиатри относно ролята на ТПД и психологическите корелати за хранителните навици и моделите на хранително поведение. От резултатите е изводимо, че при хора, които докладват по-голям брой преживени ТПД, както и различни видове насилие и тормоз се наблюдават по-високи нива на нездравословни хранителни поведения, сред които нездравословно, емоционално и ограничено хранене, неконтролно преяждане и орторексия нервоза, но не и здравословна орторексия. В този смисъл е важно в процеса на промоция на здраве и промяна на хранителното поведение да бъде проверен, отчетен и адресиран потенциалния ефект на неблагоприятията в детството върху неадаптивните здравни поведения. От друга страна, с оглед на все по-нарастващия интерес и фокус върху здравословното хранене с цел превенция и здраве, изследването показва ясно разграничение между двата вида модел на орторексично поведение, като насочва към скрининг и превенция на симптомите на орторексия нервоза и подкрепа и насърчаване на здравословни хранителни навици, хакартерни за здравословна орторексия.

Подобна интегративна превантивна стратегия би могла да доведе до по-висока успеваемост на специализираните интервенции при промоция на здраве, промяна на здравното поведение и третирането на хранителни нарушения.

Не на последно място, изследването показва значимостта на различни по вид ТПД, психологични фактори, нагласи към тялото, личностни характеристики и хранителни поведения, които допринасят за подобряване или влошаване на здравния статус и общата удовлетвореност от живота. В подкрепа на биопсихосоциалния модел на здравето, настоящите резултати дават основания да се изградят цялостни базирани на доказателства интервенционни програми за превенция и подобряване на психичното и физическо благополучие на индивида.

Насоки за бъдещи изследвания

Очертават се насоки за бъдещи изследвания и надграждане на получените резултати. На първо място, анализът на извадката показва притеснителна честотата на разпространение на тежките преживявания в детството, в сравнение с други държави, както и в предишни проучвания в български контекст. Възможна посока за по-цялостно разбиране и адресиране на проблема с тежките преживявания в детството би било провеждането на национално представително проучване за мащаба на разпространение на ТПД и свързаните с рискови за здравето поведения и соматични заболявания.

Също така, е полезно да се изследват други здравни и хранителни поведения и психологични конструкти, потенциално свързани с тежките преживявания в детството за обогатяване на модела и взаимовръзките им с различните аспекти на здравето и благополучието.

Храненето е важен фактор за качеството на живот с пряко влияние върху физическото и психологическо функциониране, затова е важно да се проследят, изследват и имплементират конструкти, които насърчават ефективните модели на здравословно хранене в ежедневието и превентират неадаптивните модели и стратегии, водещи до влошено здраве.

В заключение, настоящото дисертационно проучване, изследващо ефектите на тежките преживявания в детството върху хранителното поведение и здравния статус в зрелостта дава добра основа за разработване на скринингова и интервенционна програма, базирана на доказателства, която да адресира фактори от всички нива на влияние върху здравето – развитиен, психо-емоционален и поведенчески.

НАУЧЕН ПРИНОС НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

Научният принос на дисертационния труд може да бъде отчетен на методологично, емпирично и практическо ниво.

1. Направен е обзор на психологическите теории, свързани с ранния травматичен стрес през последните десетилетия, който обосновава приложената интегративна методологическа рамка за изследване на проучваната проблематика. Към настоящия момент това е първото проучване в България, включващо корелати от различните нива на Пирамидата на тежките преживявания. Събраните данни чрез разработената методика позволяват да се разшири обхватът на изследване, като към индивидуалните характеристики, свързани с хранителното поведение, са добавени и анализирани влияния от развитиен, психо-емоционален и поведенчески характер.
2. Съобразено целта на изследването и направения задълбочен обзор на специализираната литература са адаптирани три нови въпросника, които операционализират актуални хранителни модели (орторексия нервоза, здравословна орторексия, неконтролно преяждане), както и два нови въпросника измерващи съответно емоционална регулация (когнитивна преоценка и емоционално потискане) и нагласи към тялото (оценка на външния вид и загриженост за теглото). Това дава възможност да се съберат и анализират количествени данни за проучваните теоретични конструкти и емпирично да се оцени взаимовръзката между неблагоприятията в детството, психичните фактори и хранителното поведение.
3. Резултатите от изследването обогатяват емпиричното познанията за влиянието на социодемографските характеристики върху история на травма в детството и хранителното поведение. Също така, изследването установява различия в хранителното поведение и нивата на психосоциалните фактори според преживените тежки преживявания в детството.
4. Реализираното проучване задълбочава емпиричните знания, относно предикторната роля на факторите с развитиен и психо-емоционален характер за всяко едно от изследваните хранителни поведения, удовлетвореността от живота и здравния статус. Не на последно място, извежда тежките преживявания, както и хранителните поведения с най-изразен ефект върху общата удовлетвореност и здравния статус.

5. Установените от проведеното емпирично изследване закономерности и установените тенденции имат потенциално практическо значение в рамките на превантивните интервенции, насочени към общественото здраве, както и в консултативната и психотерапевтична работа, свързана с хора, засегнати травматични преживявания в детството.

СПИСЪК С ПУБЛИКАЦИИ

- **Белорешка, М.** (2023). Предиктори на нагласите към храненето в български социокултурен контекст. Годишник на СУ "Св. Климент Охридски", София, Унив. изд. "Св. Климент Охридски"
- **Белорешка, М.** (2024). Тежки преживявания в детството и хранително поведение в зрелостта. Българско списание по психология, 2024. бр. 1-4, Изд. Дружество на психолозите в Република България, София
- **Белорешка, М.** (2024). Психологически корелати на орторексия нервоза в български социо-културен контекст. Българско списание за общественото здраве, 2024 София, Том 16, Кн. 2
- Христова, В., **Белорешка, М.** (2024). Нутриционална психология: Между храната и психичното здраве. Българско списание за общественото здраве, 2024 София, Том 16, Кн. 1
- Камбуридис, Дж., **Белорешка, М.**, Петров, А., Карабельова, С. (2024). Нива на здравна тревожност при хронични заболявания. Българско списание по психология, 2024. бр. 1-4, Изд. Дружество на психолозите в Република България, София
- Камбуридис, Дж., **Белорешка, М.**, Петров, А., Карабельова, С. (2024). Здравно поведение, стрес и копинг стратегии. Българско списание по психология, 2024. бр. 1-4, Изд. Дружество на психолозите в Република България, София

УЧАСТИЕ В НАУЧНИ ФОРУМИ И ПРОЕКТИ

Наименование на форума: **EHPS 2023: 37th Annual Conference of the European Health Psychology Society**

Дати на провеждане: 04.09.2023г. – 08.09.2023 г.

Тема на доклада (постер): Psychological aspects of orthorexia nervosa in Bulgarian context.

Наименование на форума: **Международен конгрес по психология, София, 2023**

Дати на провеждане: 03.11.2023г. – 05.11.2023 г.

Тема на доклада (презентация): Нива на здравна тревожност при хронични заболявания.

Наименование на форума: **Международен конгрес по психология, София, 2023**

Дати на провеждане: 03.11.2023г. – 05.11.2023 г.

Тема на доклада (презентация): Здравно поведение, стрес и копинг стратегии. Българско списание по психология

Наименование на форума: **Международен конгрес по психология, София, 2023**

Дати на провеждане: 03.11.2023г. – 05.11.2023 г.

Тема на доклада (презентация): Тежки преживявания в детството и хранително поведение в зрелостта

Наименование на форума: **EHPS 2024: 38th Annual Conference of the European Health Psychology Society**

Дати на провеждане: 02.09.2024г. – 06.09.2024 г.

Тема на доклада (постер): Adverse childhood experiences and eating behaviors in Bulgarian context. The role of stress, anxiety and depression

Проект: „**Психологически аспекти на здравните неравенства и качеството на живот**“,
Философски факултет на СУ „Св. Климент Охридски“, Фонд „Научни изследвания“,
Ръководител: проф. Соня Карабельова, 2023, приключил