

## **РИСКОВИ ФАКТОРИ ЗА ВЪЗНИКВАНЕ НА ХРАНИТЕЛНИ РАЗСТРОЙСТВА В ЮНОШЕСТВОТО**

**доц. д-р Петър Петров**

Медицински Университет – Варна и УМБАЛ „Света Марина“ Варна,  
Клиника по детско-юношеска психиатрия

***Резюме:** Определянето на рисковите фактори за възникване на хранителни разстройства в юношеска възраст е от голямо значение. Това познание е необходимо за изграждането на стратегия и програми за тяхната превенция. Освен известните биологични фактори, които са трудни за повлияване, участие имат и широк кръг от фактори на средата, които включват перинатални усложнения, личностови характеристики, семейни взаимоотношения, социо-културални нагласи и др. Използването на информационни канали, подходящи за юношеството (интернет, социални мрежи) също може да повиши информираността по отношение на хранителните разстройства и да подпомогне търсенето на помощ.*

***Ключови думи:** рискови фактори, хранителни разстройства, перинатални, превенция.*

## **RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF EATING DISORDERS IN ADOLESCENCE**

**Assoc. Prof. Petar Petrov MD, PhD**

Medical University „P.Stoyanov“ – Varna and University Hospital „St. Marina“ –  
Varna, Child and Adolescent Psychiatric Clinic

***Resume:** Determining the risk factors for the development of eating disorders in adolescence is of great importance. This knowledge is necessary for building a general strategy and programs for their prevention. In addition to known biological factors that are difficult to influence, a wide range of environmental*

*factors are also involved, including perinatal complications, personality traits, family relationships, socio-cultural attitudes, etc. The use of adolescent-friendly information channels (internet, social networks) can also increase awareness of eating disorders and support help-seeking.*

**Keywords:** *risk factors, eating disorders, perinatal, prevention.*

Юношеството е критичен период на развитие и уязвимост, през който могат да се развият хранителни разстройства. Експлозивното физическо и когнитивно развитие през този период водят до съществени различия в презентацията на хранителните разстройства при деца и юноши.

Идентифицирането на истинските рискови фактори за възникване на хранителни разстройства представлява сложен методологичен проблем. По дефиниция, рисковият фактор трябва да е налице преди началото на заболяването. Определянето на тези фактори преди появата на симптомите изисква проспективен дизайн на проучването [1]. Предвид ниската болестност от анорексия нервоза, много често е трудно да бъдат проведени проспективни проучвания. В тази връзка научната литературата отразяваща рисковите фактори за анорексия нервоза често включва само ретроспективни проучвания със съответните неточности свързани с тази методология [2]. Идентифицирането на рисковите фактори е от изключителна важност за определяне на високо рисковите групи подходящи за насочени интервенции, изготвяне на дизайн и съдържание на програми за превенция и информативна политика за общността. В проведените множество проучвания са набелязани и голям брой рискови фактори за развитие на хранителни разстройства. Основните са:

- Бременност и перинатални усложнения

Според литературните данни до момента се приема, че няколко генетични и фактори на средата си взаимодействат за да определят развитието

на хранителните разстройства. Патологичната бременност и перинаталните усложнения могат да имат повече от една роля в етиологията и патогенезата на хранителните разстройства. От една страна те могат да причинят хипоксични увреди на мозъка, които да нарушат невrorазвитието на фетуса [3][4][5]. От друга страна, адекватното хранене по време на бременността и в ранния постнатален период оказва влияние върху хранителния статус в зряла възраст и програмирането на апетита през целия живот [6][7]. Проведени са множество проучвания, които показват по-висока честота на перинатални компликации сред пациентите с Хранителни разстройства. Основен проблем при събирането на подобни данни, че това най-често се извършва по данни на родителите относно бременността и раждането. Единични проспективни проучвания са проведени с цел проследяване на връзката между протичането на бременността и раждането и възникването на хранителни разстройства, но дори и те са силно лимитирани и обхващат само пациенти с анорексия нервоза лекувани в стационарни условия [8][9]. Въпреки всички лимитиращи фактори, остават данните за значително по-висок риск за развитие на хранителни разстройства при наличие на перинатални усложнения (анемия и диабет на майката по време на бременността, инфаркти на плацентата, преждевременно раждане и др.) и това трябва да се има предвид при първоначалната оценка на тези пациенти [10].

- Пол, възраст, етнос и раса

Хранителните разстройства могат да засегнат хора от всички възрасти, пол, сексуална ориентация, икономически статус, етнос и географски регион. Юношеската и младата зряла възраст са с по-висок риск, като анорексия нервоза дебютира по-рано от булимия нервоза и разстройство с пристъпно преяждане. Начало след 30 годишна възраст е рядко при анорексия нервоза и булимия нервоза, като през годините възрастта на дебюта намалява [11].

Според много автори, дори дебют след юношеска възраст е по-скоро изключение [12][13][14][15][16]. Разстройството с пристъпно преяждане не следва тези закономерности. Последните епидемиологични проучвания показват, че болестността от хранителни разстройства сред мъжете нараства и при извадка в общността те достигат до 25% от страдащите от анорексия и булимия нервоза. Въпреки това, по литературни данни [17], както и по наши наблюдения юношите-момчета с хранителни разстройства са рядкост в клиничната практика. В исторически план предишните ревизии на DSM включваха полово специфични критерии за хранителните разстройства (като аменорея например), което лимитираше диагностицирането на мъже. В DSM-5 такива критерии вече няма. Дори разработените скали, като инструменти за оценка на хранителните разстройства показват по-ниска норма при оценяване на мъже, а при някои от тях има въпроси, които са силно чувствителни към пола на оценявания (напр. „неудовлетвореност от размера на бедрата“ в EDI-3).

Въпреки все по-големия научен интерес все още няма сигурни данни за етническото и расово разпределение на хранителните разстройства. По принцип се приема, че хранителните разстройства са редки сред етническите малцинства навсякъде по света. Това е заключение базирано на наблюдения в клиничната практика и участието на пациенти в клиничните проучвания [18]. Нашите клинични наблюдения съвпадат с цитираните. Около 10% от лекуваните пациенти в клиниката са от етнически малцинства, което не съответства на разпределението на населението по етнически групи в страната. От друга страна в последните години са проведени множество проучвания търсещи конкретно болестност от хранителни разстройства сред различни етнически групи. Резултатите показват, че при целенасочено търсене в общността няма разлика в болестността от анорексия нервоза, булимия нервоза или разстройство с пристъпно преяждане при различните

етноси [19][20][21][22][23]. Вероятното обяснение на подобна находка е че момичетата в детска и юношеска възраст и техните семейства, който произхождат от етнически малцинства много по-рядко търсят помощ, когато се касае за хранителни разстройства. Това показва още по-сериозно нуждата от целенасочена информативна и превантивна дейност сред тези групи от населението.

- Травматични преживявания в ранна възраст

Травматичните преживявания в детска възраст – фрустрация, депривация, negliжиране и особено преживяно насилие (физическо, емоционално и сексуално) се оценяват като рискови фактори за развитието на почти всички психични разстройства, както в юношеска, така и в зряла възраст [24][25][26][27]. Децата обработват постъпващата информация по различен начин. Те развиват усещането за себе си и основните си вярвания според това как светът около тях работи. Освен като рисков фактор за развитие на хранителни разстройства травматичните преживявания често обуславят и наличието на коморбидност – особено с импулсивно и самодеструктивно поведение (суицидно и несуйцидно самонараняващо поведение), злоупотреба с психоактивни вещества и други.

Някои от основните травматични преживявания са свързани с:

Вербални обиди - сред основните и пренебрегвани форми на насилие, които често са рисков фактор за хранителни разстройства. Едно дете често получава вербални съобщения от околните, доверява им се и чрез тях създава представа за себе си. Тези съобщения служат за изграждане на основната структура на идентитет и собствена стойност. Ако те са позитивни, детето се научава да харесва и обича себе си и да се чувства специално. Ако обаче от ранна възраст тези съобщения са негативни: „Не те бива за нищо“, „никога не правиш нещата правилно“, „Ти се роди погрешка, не сме те планирали“,

детето развива цялостна негативна представа за себе си. Възрастните по правило подценяват значението на думите за децата. Дори няколко думи казани в неправилния момент могат да променят оценката на едно дете за него самото. В юношеството подобни думи засилват естествените за този период от развитието съмнения в собствените възможности и несигурност.

Външните прояви на претърпяното физическо насилие обикновено са лесно видими. Това, което остава скрито са вътрешните щети, които подобно поведение нанася на детето/юношата. Постоянният страх от нараняване и несигурността, кога ще бъде следващия път често са по-плашещи от самата проява на насилие.

Най-коварната форма на насилие преживяно в детска и юношеска възраст е сексуалното насилие. В повечето общества и култури подобно насилие почти винаги остава скрито за околните. Сексуалното насилие не е пряко свързано с осъществяването на сексуален акт. То е свързано с експлоатацията на едно лице с цел сексуалното задоволяване на друго, което освен сексуален акт може да бъде под формата на екхибиционизъм, неуместно докосване, галене, целуване по сексуален начин или неуместна връзка между възрастен и дете. Когато някой, когото детето обича и на когото вярва го третира по този начин, обикновено това води след себе си поведение в зряла възраст, което изключва докосване, прегръдка и всякаква форма на интимност. Това дава своето отражение върху изграждането на взаимоотношения на доверие и близост в бъдеще.

Когато мислите на едно дете/юноша са свързани с това, че неприкосновеността на негово тяло е била нарушена от възрастен по нежелан и сексуален начин, това довежда до изграждане на изкривена представа за собственото тяло. В нашата практика има случаи, в които девойката не желае да има вторични полови белези и предпочита да прилича

на дете или момче, с което да предотврати последващи сексуални посегателства към себе си. Хранителното разстройство позволява извършването на подобна трансформация.

Връзката между преживяното сексуално насилие и психопатологията на хранителните разстройства представлява сериозен научен интерес. Според някои публикации около 30% от пациентите с хранително разстройство са преживяли някаква форма на сексуално насилие в детството [28]. Тези стойности са по-високи при пациентите с булимия нервоза и разстройство с пристъпно преяждане и значително по-ниски при страдащите от анорексия нервоза [29]. В практиката разкриването на подобни събития в миналото е много трудно дори при изграждане на добра, доверителна връзка с пациента.

- Социални и културални влияния

Хранителните разстройства са били възприемани като „Синдром свързан със западната култура“ десетилетия наред. Приемало се е че не съществуват в популации извън тази култура. Първите публикации в научната литература свързани с хранителни разстройства извън западната култура са от 70-те години на миналия век [30]. Идеалът за слабо тяло, който изначално лежаш в основата на хранителните разстройства се приема като характеристика на западната култура. Епидемиологичните проучвания показват по-ниска болестност от анорексия нервоза, булимия нервоза и разстройство с пристъпно преяждане при сравняване на „незападни“ със „западни“ групи, макар и във времето да се отчита постепенно покачване [30][31][32]. Извършването на подобни проучвания от една страна е много рядко в групи извън западната култура, от друга страна резултатите могат да не отразяват обективно реалната картина на разпространеност на хранителните разстройства по две основни причини:

➤ Голяма част от тези проучвания са публикувани на език различен от английски и ако нямат резюме на английски те остават „невидими“ за световните бази от данни. Съответно резултатите от тях са неизвестни

➤ Почти всички проучвания са проведени чрез използване на въпросници и методики, които не са адаптирани за приложение в съответните културални групи. Напълно възможно е да има разлики в характеристиките на хранителните разстройства, които да са културално специфични, съответно тези характеристики не се оценяват.

Разгледаните епидемиологични проучвания може да не показват обективна картина за болестност в страните извън западната култура, но показват повишаване на международното внимание и тенденция към подобряване на идентификацията на хранителните разстройства.

Социо-културалният натиск по отношение на стремеж към слаба фигура е един от най-често изтъкваните рискови фактори, както за развитие на хранително разстройство, така и за увеличаването на болестността от тази група разстройства като цяло през последните години. Наличието му може да бъде разглеждано и като предиктор за изхода от лечението. Този натиск може да бъде реализиран от групи връстници, родители, приятели [33] или медии. В понятието медии се включват множество възможни информационни канали – телевизия, вестници, билбордове, рекламни съобщения, интернет [34][35][36][37][38]. В последните години най-значима част в рубриката медии, като въздействие за децата и юношите заемат интернет и социалните мрежи (Facebook, Instagram, TikTok, YouTube и други). Тези въздействия са и предмет на множество изследвания, именно поради оцененото значимо влияние върху подрастващите. Освен това медийните канали и тяхното влияние се променят изключително бързо във времето.



Възприемането на нереалистични идеали промотирани от медиите (идеал за слабо или атлетично тяло) увеличава неудовлетворението от вида на собственото тяло и води до прилагане на диети. Няколко проучвания показват пряката връзка между промоцията на „идеал за слабо тяло“ от медиите и развитието и изхода от лечението на хранителни нарушения [39][40][41][42][43].

Разбира се далеч не всички изложени на социален „натиск“ възприемат идеала за слабо тяло. По данни от немногото проведени лонгитудинални проучвания този процес е по-изразен в гимназиална възраст (в сравнение с университетска) и при юноши/девойки, които предварително заявяват значимо неудовлетворение от формата на собственото тяло [44].

Социалният статус е една друга характеристика, която е била често разглеждана във връзка с хранителните разстройства. Има проучвания (включително и в настоящо време), които показват, че по-високия социален статус и ниво на образование се свързват с по-високо ниво на неудовлетвореност от собственото тяло [45]. Хората с по-висок социален статус и образование също така са по-склонни да търсят помощ и имат по-добър достъп до медицинска помощ. Това много често обяснява тяхното преобладаване в клинична популация. Нашата практика показва, че в клиничната популация на пациенти с хранителни разстройства са представени всички социални групи. По тази причина въпреки литературните данни не бива да се подхожда с предубеждението, че хранителните разстройства са болест на хора с висок социален статус.

- Личностови характеристики

Личността е само едно парче от пъзела на хранителните разстройства, но вероятно много важно. През последните години са натрупани емпирични данни за връзката между личностови характеристики (и личностови

разстройства) и хранителните разстройства, въпреки, че концептуалния модел за вида на тази връзка продължава да бъде ограничен и слабо дефиниран [46]. Данните от проведените проучвания до момента показват, че определени личностови характеристики (или разстройства) са често наблюдавани сред страдащите от хранителни разстройства [47][48], могат да служат като предиктори за хода на заболяването [49], играят роля при изхода от лечението [50] и се срещат по-често във фамилията на пациентите с хранителни разстройства [51].

Проучванията изследващи личностовите характеристики, измерения или разстройства и тяхната връзка с други психиатрични или психологични разстройства е задължително усложнено от множество измервателни и методологични проблеми свързани с личностовите променливи. Тези трудности включват:

- Стабилност на личностовите характеристики [52][53].
- Ефекта на моментното състояние върху оценяването на личностовите характеристики [48][54][55].
- Високо ниво на коморбидност при личностовите разстройства и значителна хетерогенност в рамките на всяка диагноза „Личностово разстройство“ [56].
- Съмнителна валидност на оценките за личностови характеристики и разстройства в юношеска възраст [57].
- Продължаващият дебат дали личностовите разстройства да бъдат концептуализирани като категории или като спектър [58][59][60].

Независимо от всички тези предизвикателства е много важно да се обмисли и определи какъв е вида на връзката между личността и специфичните психопатологии.

Основните личностови характеристики, които се разглеждат в контекста на рискови фактори за развитие на хранителни разстройства в юношеска възраст са:

### **Перфекционизъм**

През последните няколко десетилетия клиничните характеристики на перфекционизмът са добре описани от множества автори, като те подчертават наличието на адаптивни и маладаптивни качества на тази характеристика. Адаптивният перфекционизъм включва очаквания за високи постижения при запазена възможност да се получи удовлетворение от представянето при достигането им. Маладаптивният перфекционизъм се характеризира с поставянето на недостижимо високи стандарти, невъзможност да получи удовлетворение от представянето (поради невъзможност за достигането им) и последващо усещане за несигурност в собствените възможности. През последните години тази личностова характеристика привлича вниманието все повече, поради факта, че се свързва с няколко психопатологични състояния (основно свързани с тревожни, депресивно, обесивно-компулсивни и хранителни разстройства) (Shafran R & Mansell W, 2001)

Въпреки наличието на някои противоречиви данни, болшинството от проведените проучвания предполагат, че възстановяването от хранително разстройство не е съпроводено с редукция в общите оценки за перфекционизъм и тези оценки остават високи при възстановените пациенти. Тези данни кореспондират с теоретичната постановка, че перфекционизмът не е резултат от активната фаза на хранителното разстройство и може да се приеме като истински рисков фактор.

### **Ниско самочувствие и самокритицизъм**

Самочувствието отдавна е прието като задължителен компонент на доброто психично здраве. Предложени са различни модели и дефиниции за

това какво представлява самочувствието, които обаче не се различават радикално, а по-скоро дават различна гледна точка. Традиционната концепция за самочувствието е, че това е глобален конструктор с една дименсия свързан с персоналната оценка за собствената стойност (значимост) и съответно ниското самочувствие е цялостна негативна оценка и отношение към себе си [61]. По-късно във времето други автори предлагат двуменционална перспектива на самочувствието и съответен инструмент, с който да бъде оценявано [62]. Първата дименсия според този модел е основно афективна и субективна по своята същност, наречена самохаресване (self-liking) и е основана на социалната обратна връзка и социалното приемане. Втората дименсия е наречена собствени способности (self-competence) и е базирана на оценката за собственото представяне, тя е на практика по-обективна и когнитивна.

Нашето самочувствие се формира и развива в хода на живота ни, като изграждаме представа за себе си чрез опита, който добиваме с различни хора и активности. Преживяванията в детството играят особено голяма роля в оформянето на основата на нашето самочувствие. В периода на израстването успехите (и провалите) и отношението на околните (семейство, учители, връстници и др.) допринасят за създаването на самочувствието.

Един от факторите асоциирани тясно със самочувствието е Локусът на контрол. Това е едно от централните понятия в теорията на социалното учене. В предишно наше изследване показахме пряката връзка между Локуса на контрол и преживяването на стрес и психотравмени събития в юношеска възраст. По същият начин този конструктор е свързан с изграждането на самочувствието, като външният локус на контрол се асоциира с по-ниско самочувствие [63].

Самокритицизмът е тенденция за често въвличане в негативна самооценка свързана със стандартите и очакванията, включващо хронично сурово неодобрение, съчетано със страх от неодобрение от околните [64].

Пациентите с хранителни разстройства преживяват генерализирано, неясно и обширно чувство, че не са достатъчно квалифицирани, компетентни или отговарящи на изискванията на живота, като прекарват много време в притеснения за тези негативни чувства. Това генерално възприемане на себе си е основна когнитивна характеристика на хранителните разстройства наречена дългосрочна негативна самооценка [65].

- Семейството като фактор (семеини интеракции, семеино функциониране, привързаност, психични разстройства у родителите)

Основни характеристики на семейството играят много важна роля по отношение на формирането на хранителни разстройства в юношеска възраст. Сред тях са семейната динамика, семейното функциониране, изграждането на привързаност, наличието на хранителни или други психични разстройства у родителите.

#### **Семеина динамика**

Психодинамичните теории постулират, че посредством безапетитие и отказ от поемане на храна се предотвратяват несъзнавани орални и агресивни стремления. Гладуването е разглеждано като несъзнавана протестна и наказваща реакция към родителите [66]. Със своя външен вид и поведение болните показват, документират, емоционалният глад.

Моделите на свързване в семейството на хора с обесивно-компусливен тип личностова структура (като личностова особеност, а не диагностична категория) включват родителски фигури, които създават високи стандарти на поведението и очакват ранното им приемане. Строги и последователни. Стилът на възпитание е фокусиран върху мотивацията за постижения. Грижещите се

имат неразумни очаквания, твърде рано започват да изискват неща, които детето не е способно заради възрастта си да извърши, строго отхвърлят не само неприемливото поведение, но и съпътстващите го емоции и чувства, мисли, фантазии [67]. От перспективата на обектните отношения се поставя въпросът за контрола в семейството, от което са хората с хранителни разстройства и съответно обесивно-компулсивна структура на личността.

Анорексия нервоза се определя като болест, която е „форма на бавно самоубийство, маскирано по многобройни начини и привличащо под отговорност околните”. По тази причина, анорексията е своеобразно прекъсване на процеса на развитие [68]. Това е провал на словото в семейството, като по време на последващото родителско консултиране и психотерапия, този обмен на словото между детето и родителите трябва да бъде възстановен, още преди започването на психотерапия с детето.

В теоретичните разработки за произхода на анорексията и връзката ѝ със семейните модели, най-често се среща мнението, че в основата стои отхвърлянето на женствеността, нежеланието, страха от истинската женска същност. Това е свързано с факта, че най-често заболяването започва като отлагане на юношеството, именно на границата със сбогуването с детството [69].

### **Семейството**

Семейството е изключително значим фактор в развитието на всяко дете и юноша. Далеч извън рамките на семейната динамика и възможното negliжиране или насилие, много други фактори оказват своето влияние, както по отношение на цялостното психологично развитие и формиране на личността, така и за формирането на различна психопатология. Такива са изграждането на сигурна привързаност, наличието на психични разстройства у родителите, наличието на хранителни разстройства у родителите, стила на родителстване (особено когато е свързан със слаб емоционален контакт,

високи очаквания или чести скандали в семейството). Всички тези фактори според литературните данни могат да играят роля по отношение на генезата на хранителните разстройства в детска и юношеска възраст и тяхното поддържане [70][71]. Семейството от друга страна може да бъде и протективен фактор.

Някои по-нови проучвания се опитват да определят семеен модел, който се наблюдава по-често при пациенти с хранителни разстройства в юношеска възраст. Статистиката показва значими резултати по отношение на определени фамилни характеристики, като кохезия, флексибилност, неангажираност, комуникация, хаотичност и други. Те оформят профил различен от този в общата популация. Важно е да се отбележи, че този профил е различен и при различните хранителни разстройства [72].

Семейството може да бъде разглеждано като част от пъзела на възникването на хранителните разстройства, но в никой случай не бива да се стига до крайности (каквито теории съществуват), че може определени типове семейства и модели на родителстване да определят сами генезата на хранително разстройство. Такива теории е имало в миналото по отношение на възникване на аутизъм у децата, като са довели до много тежки последици за засегнатите семейства.

- Професионални или други изисквания за слаба фигура (балерини, танцьорки, модели, атлети)

Когато възприемането на идеал за слабо тяло, липсата на самочувствие и перфекционизма са едни от основните начални характеристики на хранителните разстройства е логично да приемем, че определен вид професии свързани с изисквания към тялото, високи очаквания за постижения и непрекъснат стремеж към перфекционизъм ще бъдат рискови като цяло за възникване на хранителни разстройства. Основните „заподозрени“ в тази рубрика са: балет, манекенки, състезатели по художествена и спортна

гимнастика, танцьорки, атлети (бягане, плуване, фигурно пързаяне, жокеи). Проучвания проведени много години назад във времето показват, че анорексия нервоза категорично има определени „професионални пристрастия“. Повисока е болестността в сравнение с общата популация при студенти по танцови изкуства [73], обучаващи се за модели [74], атлети [75][76].

Новите инструменти за оценка на различни аспекти и конструктори на хранителните разстройства в годините позволява много по-детайлна оценка и при различните „рискови“ професии. Интересна е например находката, че моделите имат сигнификантно по-нисък ИТМ и тегло от контролна група, също така отдават по-голямо значение на външния си вид и наличието на слабо тяло. От друга страна обаче те имат позитивна нагласа относно вида на собственото си тяло, високо самочувствие и като цяло не показват значимо повече дисфункционални хранителни поведения в сравнение с контролна група [77].

#### **Заклучение:**

При определяне на риска от възникване на хранителни разстройства в юношеството трябва да се вземат предвид както доказаните биологични фактори (генетични и физически), така и множество фактори на средата. Това очертава идеята за комплексност на широк кръг фактори и тяхното взаимодействие. Нито един от тях не трябва да бъде абсолютизиран и не може да бъде достатъчен сам по себе си за възникване на хранително разстройство. Семейството освен рисков фактор, може да играе и протективна роля. През последните години трябва да бъде отчетено влиянието което оказват интернет и социалните мрежи като основен информационен канал за юношите.

Макар и с ненапълно уточнена етиология и патогенеза, при хранителните разстройства има подлежащи биологични фактори, които се модифицират (потенцират) от личностови характеристики, семейни взаимоотношения и значителен социален „натиск“ при формирането на хранителни разстройства в юношеството.



### **Литература:**

1. Jacobi C, Hayward C, De Zwaan M, et al. Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychol Bull*, 2004;130:19–65.
2. Anderluh MB, Tchanturia K, Rabe-Hesketh S, et al. Lifetime course of eating disorders: Design and validity testing of a new strategy to define the eating disorders phenotype. *Psychological Medicine*, 2009; 39:105-114.
3. Cannon TD, Rosso IM, Hollister JM, et al. A prospective cohort study of genetic and perinatal influences in the etiology of schizophrenia. *Schizophr Bull*, 2000; 26:351-366.
4. Dalman C, Allebeck P, Cullberg J, et al. Obstetric complications and the risk of schizophrenia: a longitudinal study of a national birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*, 1999; 56:234-240.
5. Zornberg GL, Buka SL, Tsuang MT. Hypoxic-ischemia-related fetal/neonatal complications and risk of schizophrenia and other nonaffective psychoses: a 19-year longitudinal study. *Am J Psychiatry*, 2000; 157:196-202.
6. Strauss RS. Effects of the intrauterine environment on childhood growth. *Br Med Bull*, 1997; 53:81-95.
7. Hales CN, Barker DJ. The thrifty phenotype hypothesis. *Br Med Bull*, 2001; 60:5- 20.
8. Cnattingius S, Hultman CM, Dahl M, Soren P. Very preterm birth, birth trauma, and the risk of anorexia nervosa among girls. *Arch Gen Psychiatry*, 1999; 56: 634-638.
9. Lindberg L, Hjern A. Risk factors for anorexia nervosa: a national cohort study. *Int J Eat Disord*, 2003; 34:397-408.
10. Favaro A, Tenconi E, Santonastaso P. Perinatal factors and the risk of developing anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 2006; 63:82-88.

11. Steinhausen HC, Jensen CM. Time trends in lifetime incidence rates of first-time diagnosed anorexia nervosa and bulimia nervosa across 16 years in a Danish nationwide psychiatric registry study. *Int J Eat Disord*, 2015; 48:845–50.
12. Garfinkel PE, Lin E, Goering P, Spegg C, Goldbloom D, Kennedy S, et al. Bulimia nervosa in a Canadian community sample: Prevalence and comparison of subgroups. *American Journal of Psychiatry*, 1995;152:1052–1058.
13. Hudson JI, Hiripi E, Harrison G, Kessler R. The epidemiology of eating disorders: Results from the National Co- morbidity Survey Replication. Paper presented at the 11th Annual Meeting of the Eating Disorders Research Society, Toronto, Ontario, Canada. 2005.
14. Kendler KS, MacLean C, Neale MC, et al. The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 1991;148:1627–1637.
15. Striegel-Moore RH, Franko DL, Thompson D, et al. An empirical study of the typology of bulimia nervosa and its spectrum variants. *Psychological Medicine*, 2005; 5:1563–1572.
16. Woodside DB, Garfinkel PE, Lin E, et al. Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. *American Journal of Psychiatry*, 2001;158:570–574.
17. Murray SB, Nagata JM, Griffiths S, et al. The enigma of male eating disorders: A critical review and synthesis. *Clinical Psychology Review*, 2017; 57, 1–11.
18. Smolak L, Striegel-Moore RH. Challenging the myth of the golden girl: Ethnicity and eating disorders. In R. H. Striegel-Moore & L. Smolak (Eds.), *Eating disorders: Innovative directions in research and practice* (pp. 111–132). Washington, DC: American Psychological Association. 2001.
19. Marques L, Alegria M, Becker A, et al. Comparative prevalence, correlates of impairment, and service utilization for eating disorders across US ethnic groups: Implications for reducing ethnic disparities in health care access for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 2011; 44:412–420.

20. Swanson S, Scott J, Crow M, et al. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 2011; 68:714–723.
21. Lee-Winn A, Mendelson T, Mojtabai R. Racial/ethnic disparities in Binge Eating Disorder prevalence, symptom presentation, and help-seeking among Asian Americans and Non-Latino Whites. *American Journal of Public Health*, 2014; 104:1263–1265.
22. Solmi F, Hotopf M, Hatch SL, et al. Eating disorders in a multiethnic inner-city UK sample: Prevalence, comorbidity and service use. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2016; 51:369–381.
23. Udo T, Grilo CM. Prevalence and Correlates of DSM-5-Defined Eating Disorders in a Nationally Representative Sample of U.S. Adults. *Biological Psychiatry*, 2018; 84(5):345-354.
24. Fergusson DM, Mullen PE. *Childhood Sexual Abuse: An Evidence Based Perspective (Developmental clinical psychology and psychiatry series, Vol.40)*. Thousand Oaks, CA: Sage. 1999.
25. Browne A, Finkelhor D. Impact of child sexual abuse: a review of the research. *Psychological Bulletin*, 1986; 99:166-177.
26. Kendler KS, Bulik CM, Silberg J, et al. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders: an epidemiological and cotwin control analysis. *Archives of General Psychiatry*, 2000; 57:953-959.
27. Piacentino D, Loredano C, Biondi M, et al. Emotional neglect as the colossus among traumas in patients with eating disorders. A case-control study. *European Psychiatry*, 2016; 33(S1):S165-S165.
28. Behar R, Arancibia M, Sepulveda E, Muga A. Child sexual abuse as a risk factor in eating disorders. In *Eating disorders: Prevalence, risk factors and treatment options*. Nova Science Publishers, 2016; 149-172.
29. Fischer S, Stojek M, Hartzell E. Effects of multiple forms of childhood abuse and adult sexual assault on current eating disorder symptoms. *Eating Behaviors*, 2010; 11:190-192.

30. Soh NL, Touyz SW, Surgenor LJ. Eating and Body Image Disturbances Across Cultures: A Review. *European Eating Disorders Review*, 2006; 14:54–65.
31. Makino M, Tsuboi K, Dennerstein L: Prevalence of Eating Disorders: A Comparison of Western and Non-Western Countries. *Medscape General Medicine*, 2004; 6:49.
32. Chisuwa N, O'Dea JA: Body image and eating disorders amongst Japanese adolescents. A review of the literature. *Appetite*, 2010; 54:5–15.
33. Marcos YQ, Sabstian MJQ, Aupalata LP, et al. Peer and family influence in eating disorders: A meta-analysis. *European Psychiatry*, 2013; 28:199–206.
34. Lopez-Guimera G, Levine M, Sanchez-Carracedo D, Fauquet J. Influence of mass media on body image and eating disordered attitudes and behaviours in females: A review of effects and processes. *Media Psychology*, 2010; 13:387–416.
35. Pidgeon A, Harker R. Body-focused anxiety in women: Associations with internalization of the thin-ideal, dieting frequency, body mass index and media effects. *Open Journal of Medical Psychology*, 2013; 2:17–24.
36. Schaefer LM, Harriger JA, Heinberg LJ, et al. Development and validation of the sociocultural attitudes towards appearance questionnaire-4-revised (SATAQ-4R). *International Journal of Eating Disorders*, 2016; 50:104– 117.
37. Thompson JK, Van den Berg P, Roehrig M, et al. The Sociocultural Attitudes Towards Appearance Scale-3 (SATAQ-3): Development and validation. *International Journal of Eating Disorders*, 2004; 35:293–304.
38. Dakanalis A, Carra G, Calogero R, et al. The developmental effects of media-ideal internalization and self-objectification processes on adolescents' negative body- feelings, dietary restraint, and binge eating. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2014; 24:997–1010.
39. Kroon Van DAM, Perez M. Exploring the integration of thin-ideal internalization and self- objectification in the prevention of eating disorders. *Body Image*, 2013; 10:16–25.

40. Presnell K, Bearman SK, Stice E. Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: A prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 2004; 36:389–401.
41. Sepulveda AR, Calado M. *Westernization: The role of mass media on body image and eating disorders*. Vigo, Spain: INTECH Open Access Publisher, 2012.
42. Stice E, Ng J, Shaw H. Risk factors and prodromal eating pathology. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2010; 51:518–525.
43. Pedersen L, Hicks RE, Rosenrauch S. Sociocultural pressure as a mediator of eating disorder symptoms in a non-clinical Australian sample. *Cogent Psychology*, 2018; 5: 1523347 <https://doi.org/10.1080/23311908.2018.1523347>.
44. Krones PG, Stice E, Batres C, Orjada K. In vivo social comparison to a thin-ideal peer promotes body dissatisfaction: A randomized experiment. *International Journal of Eating Disorders*, 2005; 38:134-142.
45. van den Berg PA, Mond J, Eisenberg M, et al. The link between body dissatisfaction and self-esteem in adolescents: Similarities across gender, age, weight status, race/ ethnicity, and socioeconomic status. *Journal of Adolescent Health*, 2010; 47:290–296.
46. Lilienfeld LR, Wonderlich S, Riso LP, et al. Eating disorders and personality: A methodological and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 2006; 26:299-320.
47. Cassin SE & von Ranson KM. Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, 2005; 25:895–916.
48. Vitousek K, Manke F. Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 1994; 103(1):137–147.
49. Dancyger IF, Sunday SR, Eckert ED, Halmi KA. A comparative analysis of Minnesota Multiphasic Personality Inventory profiles of anorexia nervosa at hospital admission, discharge, and 10-year follow-up. *Comprehensive Psychiatry*, 1997; 38(3):185–191.

50. Bulik CM, Sullivan PF, Carter F, McIntosh V & Joyce P. Predictors of rapid and sustained response to cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 1999; 26:137–144.
51. Lilenfeld LR, Kaye WH, Greeno CG, Merikangas KR, Plotnicov K, Pollice C et al. A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 1998; 55, 603–610.
52. Conley JJ. Longitudinal stability of personality traits: A multitrait–multimethod–multioccasion analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1985; 49(5):1266–1282.
53. Pedersen NL, Reynolds CA. Stability and change in adult personality: Genetic and environmental components. *European Journal of Personality*, 1998; 12(5):365–386.
54. Hirschfeld MA, Klerman GL. Personality attributes and affective disorders. *American Journal of Psychiatry*, 1979; 136(1):67–70.
55. Keys A, Brozek J, Henschel A, Mickelsen O, Taylor HL. *The biology of human starvation*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1950.
56. Livesley WJ. Conceptual and taxonomic issues. In W. J. Livesley (Ed.), *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment* (pp. 3–38). New York: The Guilford Press, 2001.
57. Shiner RL. How shall we speak of children’s personalities in middle childhood? A preliminary taxonomy. *Psychological Bulletin*, 1998; 124:308 – 332.
58. Clark LA, Livesley WJ, Morey L. Personality disorder assessment: The challenge of construct validity. *Journal of Personality Disorders*, 1997; 11(3):205–231.
59. Ekselius L, Lindstroem E, von Knorring L, Bodlund O. Personality disorders in DSM-III-R as categorical or dimensional. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1994; 88(3):183–187.
60. Widiger TA. The DSM-III-R categorical personality disorder diagnoses: A critique and an alternative. *Psychological Inquiry*, 1993; 4(2):75 – 90.

61. Rosenberg M, Schooler C, Schoenbach C, Rosenberg F. Global self-esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, 1995; 60:141–156.
62. Tafarodi RW, Swann WB Jr. Self-liking and self-competence as dimensions of global self-esteem: Initial validation of a measure. *Journal of Personality Assessment*, 1995; 65:322–342.
63. Saadat M, Ghasemzadeh A, Karami S, Soleimani M. Relationship between self-esteem and locus of control in Iranian university students. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 2012; 31:530-535.
64. Blatt SJ. Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives. Washington, DC: American Psychological Association, 2004.
65. Vitousek KB, Hollon KB. The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 1990; 14:191–214.
66. Ivanova V. Family dynamics in psychotherapy in adolescents with anorexia. *PPT Journal “The Global Psychotherapist”*, 2021; 1(1):34:38.
67. Макуилямс Н. Психоаналитична диагностика, разбирането на структурата на личността в клиничния процес. Лега Артис, 2018. София.
68. Деларош П. Юношеството. Център за образователни програми и социални инициативи, 2004. София.
69. Михайлова К. Жените, сексът, анорексията. изд. Весела Люцканова, 2004. София.
70. Jacobi C, Hayward C, de Zwaan M, et al. Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 2004; 130:19-65.
71. Kazdin AE, Kraemer HC, Kessler RC, et al. Contributions of risk-factor research to developmental psychopathology. *Clin Psychol Rev*, 1997; 17:375–406.
72. Cerniglia L, Silvia Tafà CM, Marzilli E, et al. Family profiles in eating disorders: family functioning and psychopathology. *Psychology Research and Behavior Management*, 2017; 10:305–312.

73. Druss RG, Silverman JA. Body image and perfectionism of ballerinas. *General Hospital Psychiatry*, 1979; 2:115-121.
74. Garner DM, Garfinkel PE. Cultural expectations of thinness in women. *Psychological Reports*, 1980; 47:483-491.
75. Rucinski A. Relationship of body image and dietary intake of competitive ice skaters. *Journal of American Dietetic Association*, 1989; 89(1):98-100.
76. King M, Mezey G. Eating behaviour of male racing jockeys. *Psychological Medicine*, 1987; 17:249-253.
77. Zancu SA, Enea V. Eating disorders among fashion models: a systematic review of the literature. *Eating and Weight Disorders*, 2017; 22:395-405.