

Doktori értekezés

**Évészarok prevalenciája fiatal magyar nők körében.
Pszichoszociális háttérjellemezők, komorbiditás
más mentális problémákkal**

Szumka Irena

Semmelweis Egyetem Doktori Iskola

4. sz. Interdiszciplináris Doktori Iskola (Mentális Egészségtudomány)

Magatartástudományi program

Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet

Témavezető: Dr. Kopp Mária egyetemi tanár

A szigorlati bizottság tagjai:

Prof. Dr. Füredi János, *bizottsági elnök*

Dr. Perczel-Forintos Dóra

Dr. Treuer Tamás

A bíráló bizottság tagjai:

Prof. Dr. Nagy Zoltán, *bizottsági elnök*

Dr. Czenner Zsuzsa, *opponens*

Dr. Németh Atilla, *opponens*

Dr. Császár Noémi

Dr. Szabó Pál

Budapest 2004

TARTALOM

TARTALOM.....	2
ÁBRÁK ÉS TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE.....	5
RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE	6
1. BEVEZETÉS.....	7
2. A SZAKIRODALMI HÁTTÉR ÁTTEKINTÉSE.....	10
2.1 ÁLTALÁNOS MEGJEGYZÉSEK AZ EVÉSZAVAROKKAL KAPCSOLATOS KUTATÁSI EREDMÉNYEK ÉRTÉKELÉSÉHEZ	10
2.2. ÁLTALÁNOS KLINIKAI VONÁSOK, KÓRLEFOLYÁS	11
2.2.1. Közös jellegzetességek	11
2.2.2. Anorexia nervosa.....	11
2.2.3. Bulimia nervosa.....	12
2.2.4. Atípusos evészavar	12
2.2.5. Kórleflyás	13
2.3. AZ EVÉSZAVAROK ETIOPATOGENEZISE	15
2.3.1. Szelektív modellek, multikauzális modell.....	15
2.3.2. Szociokulturális tényezők.....	16
2.3.2.1. Nem, kor, etnicitás	16
2.3.2.2. Szocioökonómiai státus.....	17
2.3.2.3. Médiumok és kortársak szerepe	18
2.3.3. Családi tényezők.....	19
2.3.3.1. A család működése.....	19
2.3.3.2. A súlyhoz, táplálkozáshoz való viszonyulás a családban. Evészavarok a családban.....	21
2.3.3.3. Mentális zavarok, problémák a családban.....	22
2.2.4. Egyéni tényezők	24
2.2.3.1 Premorbid életeseemények, fizikai és szexuális abúzus	24
2.3.4.2. Pszichés jellemzők	26
2.3.4.3. Biológiai és genetikai tényezők.....	30
2.4. KOMORBIDITÁS	31
2.4.1. Depresszió	31
2.4.2. Szorongásos zavarok	32
2.4.3. Addikció	32
2.5. AZ EVÉSZAVAROK PSZICHOTERÁPIÁJÁNAK FŐBB IRÁNYZATAI, HATÉKONYSÁGI VIZSGÁLATOK.....	35
2.5.4. Pszichodinamikus pszichoterápiák.....	35
2.5.2. Családterápia	36
2.5.1. Kognitív viselkedésterápia	37
2.5.3. Interperszonális pszichoterápia.....	38
2.5.5. Hatékonysági vizsgálatok AN-ban	39
2.5.6. Hatékonysági vizsgálatok BN-ban	40

2.6. PREVENCIÓS LEHETŐSÉGEK	42
2.7. EPIDEMIOLÓGIAI VIZSGÁLATOK.....	44
2.7.1. Epidemiológiai vizsgálatok nyugati országokban	44
2.7.2. Epidemiológiai vizsgálatok közép-kelet-európai országokban	45
2.7.3. Magyarországi vizsgálatok	47
3. VIZSGÁLAT.....	48
3.1. KUTATÁS A MAGATARTÁSTUDOMÁNYOKBAN.....	48
3.2. A VIZSGÁLAT CÉLJAI.....	50
3.3. MINTA	50
3.4. KRITÉRIUMOK, ALKALMAZOTT KÉRDŐÍVEK	53
3.4.1. Az evészavar, súlykontroll-módszerek megállapításához alkalmazott kritériumok	53
3.4.2. A szociális-családi háttérjellemzők vizsgálatánál alkalmazott változók	54
Lakóhely.....	54
Szülők iskolai végzettsége	54
Szülők pszichiátriai betegsége	55
Alkoholproblémák a családban	55
3.4.3. A pszichés jellemzők vizsgálatánál alkalmazott kérdőívek, változók.....	55
Megküzdési módok rövidített kérdőíve.....	55
Ellenségesség Kérdőív rövidített változata	56
Diszfunkcionális Attitűd Skála rövidített változata.....	56
3.4.4. A komorbid mentális problémák vizsgálatánál alkalmazott kérdőívek, változók	57
Alkoholfogyasztás	57
Droghasználat.....	57
Öngyilkosság.....	58
Depressziós tünetegyüttes	58
Szorongás.....	58
Szexuális és fizikai abúzus előfordulása az elmúlt egy évben	59
3.4.3. Statisztikai eljárások.....	59
3.5. EREDMÉNYEK	60
3.5.1. Súlykontroll módszerek, evészavarok prevalenciája.....	60
3.5.2. A tanulók és nem tanulók összehasonlítása súlykontroll módszerek és evészavarok szempontjából.....	62
3.5.3. A csoportosítási szempontokról és a háttérjellemzőkről általában	63
3.5.4. Szociális- családi háttérjellemzők	64
3.5.5. Pszichés jellemzők.....	65
3.5.5.1. Megküzdési módok	65
3.5.5.2. Ellenségesség, magas belső elvárások, attitűdök	66
3.5.5.3. A pszichés jellemzők összesített vizsgálata többváltozós elemzéssel	68
3.5.6. Komorbiditás más mentális problémákkal	69
3.5.6.1. Dohányzás, rendszeres vagy nagy mennyiségű alkoholfogyasztás	69
3.5.6.2. Droghasználat.....	70
3.5.6.3. Az öngyilkossági kísérlet és öngyilkossági gondolat.....	71
3.5.6.4. Depressziós tünetegyüttes	72
3.5.6.5. Gyakori indokolatlan szorongás.....	72

3.5.6.6. Fizikai és szexuális abúzus.....	73
3.5.6.7. Komorbid mentális problémák többváltozós elemzése.....	73
3.5.7. Összesített eredmények	74
3.6. MEGBESZÉLÉS	77
3.6.1. A súlykontroll módszerek és az evészavarok prevalenciája.....	77
3.6.2. Pszichoszociális háttérjellemzők	79
3.6.3. Komorbid mentális problémák	82
3.7. KORLÁTOK	84
3.8. KÖVETKEZTETÉSEK	85
KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS.....	87
IRODALOMJEGYZÉK.....	88
SAJÁT KÖZLEMÉNYEK	111
MELLÉKLET: A FELMÉRÉSBEN ALKALMAZOTT KÉRDŐÍVEK, SKÁLÁK.....	114
ÖSSZEFOGLALÓ.....	117
SUMMARY.....	118

ÁBRÁK ÉS TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. ábra: Időbeli mozgás a különböző diagnosztikai kategóriák között.....	14
2. ábra: Az evészavarok fenntartásának transzdiagnosztikus modellje.....	29
1. táblázat: Terápiás megközelítések hatékonysága és a bizonyítékok erőssége a kontrollált vizsgálatok alapján.....	41
3. ábra: A Babbie által közölt kutatási folyamat-modell egyszerűsített változata.....	49
2. táblázat: Az alultápláltság, a menstruációs zavarok és a falásrohamok százalékos gyakorisága a teljes mintában.....	60
3. táblázat: Evészavarok gyakorisága a teljes mintában.....	61
4. táblázat: Evészavarok gyakorisága a tanulók és a nem tanulók között.....	62
4. ábra: A szülők iskolai végzettségének százalékos eloszlása evészavar és evészavar-mentes csoportban.....	64
5. ábra: Az evészavar csoportra jellemző megküzdési módok százalékos eloszlása az evészavar-mentes csoporthoz viszonyítva.....	66
6. ábra: A magas ellenségesség és magas belső elvárások százalékos előfordulása a két vizsgált csoportban.....	67
5. táblázat: Az evészavar csoportra jellemző attitűdök.....	68
6. táblázat: Pszichés tényezők és az evészavar kapcsolatának elemzése logisztikus regresszióval.....	69
7. táblázat: A leggyakrabban használt drogok prevalenciája az evészavar és evészavar-mentes csoportban.....	70
7. ábra: Az öngyilkossági gondolat, kísérlet élettartam prevalenciája két vizsgált csoportban.....	71
8. ábra: A depressziós tünetegyüttes prevalenciája az evészavar és evészavar-mentes csoportban.....	72
9. ábra: Az elmúlt egy évben fizikai, szexuális bántalmazás százalékos gyakorisága az evészavar és evészavar-mentes csoportban.....	73
8. táblázat: Az evészavar és a komorbid mentális problémák kapcsolatának elemzése logisztikus regresszióval.....	74

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

AN - anorexia nervosa

BMI – testtömeg-index

BN - bulimia nervosa

BNO - Betegségek Nemzetközi Osztályozása

CI - konfidencia intervallum

DSM - Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyv

IPT - interperszonális pszichoterápia

KVT - kognitív viselkedésterápia

OR - esélyhányados

SES - szocioökonómiai státusz

1. BEVEZETÉS

Az evészavarok kutatása egyre több figyelmet kap az utóbbi két-három évtizedben. A diagnosztikai kritériumok ez idő alatt többször változtak, ami megnehezíti a különböző vizsgálatok összehasonlítását. A bulimia nervosa (későbbiekben BN) csak a 80-as években különült el az anorexia nervosától (későbbiekben AN). A legújabb diagnosztikai típushoz a DSM IV szerint (7) az atípusos evészavar, vagy máshová nem osztályozható evészavar tartozik, és kutatásra ajánlva jelent meg a falászavar. Az utóbbival a dolgozatban nem foglalkozunk, mivel a jelenlegi kutatások szerint (12, 40) ez jelentősen eltér az evészavar klasszikus formáitól: más korosztályt érint, eltér a nemek aránya, mások a rizikófaktorai.

A kutatásokban két tendencia van jelen: az egyik a különböző altípusok minél precízebb leírása és összehasonlító vizsgálata, a másik az integráló törekvés, amely a különböző evészavarok közös elemeire összpontosít.

Az evészavarokat multikauzális betegségeknek tartják, kialakulásukhoz számos tényező járul: szociokulturális, családi jellegzetességek, egyéni pszichés és biológiai predispozíciók. A kutatási eredmények szerint nem egységes az álláspont az evészavarok etiopatogenezisének illetően. Az évek során változtak az álláspontok, és jelenleg is élénk tudományos viták folynak arról, hogy melyek a rizikófaktorok, melyek a predisponáló, kiváltó és fenntartó tényezők, és ezek közül melyek a pszichiátriai betegségek általános rizikófaktorai, és melyek tekinthetők specifikusan az evészavar rizikófaktorainak. Polivy és Herman (146) úgy fogalmazott, hogy még messze vagyunk az evészavarok megértésétől, és ez részben érthető is, mert az intenzívebb kutatás ezen a területen nem olyan régóta folyik, mint némely más pszichiátriai zavar esetében.

Az irodalmi összefoglalóban igyekeztem a legújabb kutatásokat, kutatási trendeket felvázolni, érzékeltetni azokat a tudományos vitákat, kételyeket, amelyek a szakirodalomban gyakran megjelennek.

Az evészavarok főleg a fiatal nőket érintik (90% nő). Az epidemiológiai vizsgálatok, amelyeket főleg nyugati országokban végeztek (92, 131, 221) azt mutatják, hogy az

evészavarok prevalenciája növekszik, és szélesedik az evészavarok spektruma. Az AN prevalenciája 0,5%-1% körül van, a BN-é 1-3% a serdülők és a fiatal nők körében (7). A közép-kelet európai országokban kevés felmérés történt, főleg egy-egy specifikus mintán, reprezentatív felmérés még nem készült.

Az evészavarok számos, nem ritkán később jelentkező testi szövődémmel járnak (192), magas a mortalitásuk (főleg AN esetében). Mindkét betegségénél nagy a krónikussá válás veszélye, és mindkettő számos más komorbid pszichiátriai zavarral társul (19).

Jelenleg is vannak igazoltan hatékony terápiás módszerek, és folyamatosan zajlik további eljárások kidolgozása. A hatékonysági vizsgálatokat megnehezíti az a tény, hogy a növekvő tendencia mellett viszonylag ritka kórképekről van szó, ami a multicentrikus vizsgálatok szükségességére mutat. Ez a tendencia a kutatásokban meg is jelent az utóbbi pár évben.

Az evészavarokra vonatkozó preventív beavatkozások, programok még nem kellően kidolgozottak, sok kérdés merült föl az első preventív intervenciók értékelésénél (197), de kirajzolódott már az a preventív stratégia, amely szerint egyidejűleg kell a proaktív és reaktív preventív beavatkozásokat végrehajtani, és törekedni kell a szociális környezet attitűdjének megváltoztatására is.

Kutatásunk célja az evészavarok prevalenciájának felmérése volt fiatal (15-24 éves) magyar nők körében reprezentatív mintán, valamint azoknak a pszichoszociális háttértényezőknél, komorbid mentális problémáknál a felderítése, amelyek az evészavarokhoz társulnak a vizsgált mintában. Az evészavarok két klasszikus típusát, az AN-t és BN-t vizsgáltuk, valamint ezek szubklinikai formáit. A „szubklinikai evészavarok” elnevezést választottuk az „atípusos evészavar” (a DSM IV szerint: evészavar máshová nem osztályozható) helyett, mert az „atípusos evészavar” nagyon heterogén kategória, és az általunk megfogalmazott kritériumok nem merítik ki a maguk teljességében az atípusos evészavar fogalmát. Mi csak azokat az evészavarokat vizsgáltuk, amelyek a BN-hoz és AN-hoz nagyon közel állnak.

A dolgozatban még egy, a magyar szakirodalomban kevésbé honos, a nyugati szakirodalomban, különösen a nagy felmérésekben rendszeresen alkalmazott fogalmat használunk: a zavart táplálkozási magatartást (disordered eating behaviour), amely általában a nem egészséges súlykontroll módszerek és a purgálás alkalmazását, valamint a falásrohamok meglétét jelenti.

2. A SZAKIRODALMI HÁTTÉR ÁTTEKINTÉSE

2.1 ÁLTALÁNOS MEGJEGYZÉSEK AZ EVÉSZAVAROKKAL KAPCSOLATOS KUTATÁSI EREDMÉNYEK ÉRTÉKELÉSÉHEZ

Mielőtt az evészavarok területén végzett kutatások áttekintésére térnék át, néhány olyan sajátosságra, korlátozásra szeretném felhívni figyelmet, amelyeket fontos szem előtt tartani a kutatások értékelésénél. A vizsgálatok egy része klinikai mintákon készült, másik része az egészséges mintákon kapott felmérések eredményeit tartalmazza. A klinikai mintáknak a pontos diagnózis az előnyük, hátrányuk pedig az, hogy a súlyosabb esetek - ahol magasabb a komorbiditás - túlsúlyban vannak. Ez fokozottan érvényes a BN-ra, mert a bulimiásoknak csak egy része kerül kezelésre, gyakran már krónikus állapotban, számos komorbid zavarral. Hoek (92) becslése szerint az egészségügyi ellátórendszerbe egy év alatt az AN-ban szenvedő betegeknek kb. 60%-a kerül, ebből a többséget szakellátásba irányítják, míg a BN-ban szenvedő pácienseknek csak kb. 20%-a kerül az egészségügyi ellátórendszerbe, és ennek csak a felét irányítják szakellátásba. A klinikai mintákon végzett vizsgálatok általában kis elemszámúak, ami összefügg azzal, hogy viszonylag ritka kórképekről van szó, ezért a különböző vizsgálatok eredményei között viszonylag nagy a szórás, ezért inkább az adatokból fakadó tendenciákat érdemes figyelembe venni. A kérdőíves felméréseknek az az előnyük, hogy azokat is vizsgálják, akik nem kerülnek az egészségügyi ellátó rendszerbe. Hátrányuk viszont, hogy általában csak egy részük törekedett megközelíteni az evészavar diagnosztikai kritériumait, gyakran csak a zavart táplálkozási magatartást vizsgálták, vagy pedig az evészavar különböző tüneteit.

Az említett különbségeket a következtetések levonásánál figyelembe kell venni mind a klinikai mintákon, mind a kérdőíves felmérésekben kapott eredmények értékelésénél. A rizikófaktorok komorbiditási vizsgálatainak többsége csak egy-egy, vagy néhány dimenziót vizsgált, több változó egymásra gyakorolt hatásának vizsgálata ritka. A vizsgálatok egy részénél nem volt kontrollcsoport, vagy a kontrollcsoportot csak egészségesek csoportja képezte. Jól kivitelezett összehasonlító, két kontrollcsoportra (általános pszichiátria betegek és egészségesek) kontrollált vizsgálat kevés volt.

2.2. ÁLTALÁNOS KLINIKAI VONÁSOK, KÓRLEFOLYÁS

2.2.1. Közös jellegzetességek

Mindkét klasszikus zavar, az AN és a BN esetén jelen van az intenzív aggodás a testsúly és az alak miatt, a saját testsúly, az alak méretének túlértékelése. Míg az átlagember önértékelése az életterületek széles tartományain alapszik (interperszonális kapcsolatok, munka, tanulás, szülői szerep, hobby, sport, család kapcsolatok stb.), az anorexiások és bulimiások önértékelésnek alapját a súly, az alak képezi, valamint az a képesség, hogy kontrollálni tudják ezeket. Fairburn és Harrison (48) szerint a többi tünetet az említett pszichopatológiai jellegzetesség következményeként lehet értékelni. Az AN esetében jelen van az állandó és elszánt törekvés a súlycsökkenésre, sőt, az alacsony súly e betegek számára sikert jelen. Ezért a motivációjuk a változásra igen csekély. Bulimiánál a súlykontrollra való törekvést megszakítják a rendszeres falási rohamok.

2.2.2. Anorexia nervosa

Az anorexiások elérik a súlycsökkenést. A súlycsökkenést főleg a táplálékfelvétel megszorításával, diétázással, magas energiatartalmú ételek elkerülésével vagy/és túlhajtott testgyakorlással érik el (restriktív típus). Az anorexiások egy része más, drasztikusabb súlykontroll módszereket is alkalmaz: az önhánytatást, hashajtók és vizelethajtók használatát (purgáló altípus). Bár néha az AN-soknál is előfordul, hogy elveszítik a kontrollt az evés fölött, az elfogyasztott ételmennyiségek nem túl nagyok. A purgáló típus rosszabb indulatú, mert egészségkárosító magatartással is párosul. A komoly testi szövödmények rendszerint általában olyan, igen alacsony súlyú betegekre jellemzőek, akiknél a purgáló viselkedések előtérben állnak (214). Az AN-hoz gyakran társulnak depressziós tünetek, szorongásos zavarok, irritabilitás, érzelmi labilitás, kényszeres tünetek, csökken a koncentráció és a libidó. Ezek általában súlyosbodnak a súlycsökkenéssel, és javulnak a súly növekedésével. A külvilág iránti érdeklődés szintén csökken a súlycsökkenéssel, aminek következményeképpen nem ritkán szociális izoláció lép fel. Bizonyos testsúlyhiány mellett szinte törvényszerűen jelentkezik az amenorrhoea. Javuláskor azonban a testsúly visszanyerése nem jár azonnal a menses visszatérével; a menstruáció rendszeressé válásáig sokszor hónapok is eltelnek (214).

2.2.3. Bulimia nervosa

A fő jellegzetesség, ami megkülönbözteti a BN-t az AN-tól az, hogy a táplálékkorlátozást megszakítják az ismételt falásrohamok, amelyek alatt nagymennyiségű étel fogyasztása történik, és a betegek megélik az evés fölötti kontrollvesztés élményét. A falásrohamok általában titokban zajlanak, gyakran a legközelebbi rokonok sem tudnak a betegség meglétéről. Az esetek többségénél a falási rohamot kompenzáló viselkedés követi: önhánytatás, hashajtók, vízajtók használata (purgáló típus), de vannak, akik nem alkalmazzák ezeket a drasztikusabb súlykontroll módszereket (nem purgáló típus). A táplálékfelvétel megszorítása, a diétázás és a falásrohamok váltakozásának következtében a súly általában megközelíti az átlagos súlyt (ha van súlyvesztés, ez általában nem számottevő). Ez a másik vonás, amiben különbözik a BN az AN-tól. A bulimiások többsége az evés fölötti kontroll elvesztése miatt feszült, megéli a szégyenérzést, önvád jelenik meg, ezért könnyebben bevonhatók a kezelésbe, mint az anorexiások - bár sokszor évek telnek el, mire segítségért fordulnak (128). A depressziós tünetek és szorongásos zavarok az anorexiához hasonlóan gyakran társulnak a bulimiához. A BN-n belül még egy alcsoportot is megkülönböztetnek: ez a multiimpulzív bulimia, amelyhez drog-, alkoholabúzus, önkárosítás (ismételt öngyilkossági kísérlet, öNSEBZÉS), promiszkuitás társulhat (94, 113,142).

2.2.4. Atípusos evészavar

Az atípusos evészavarok nagyon közel állnak a fenti klasszikus evészavarokhoz, és gyakran ugyanolyan súlyosak és sokáig tartó betegségek, de nem merítik ki teljesen a diagnosztikai kritériumokat. Például az alacsony súly ellenére a menses rendszeresen jelentkezik, vagy extrém mértékű diétát alkalmaznak a betegek, és a nem rendszeres falásrohamok alacsony testsúllyal párosulnak. Az ilyen páciensek között sokuknak az anamnézisében szerepel az AN vagy a BN. Az atípusos evészavar kategória hat altípust (7) foglal magába, a kutatást az effajta heterogenitás rendkívüli módon megnehezíti, ezért kevésbé kutatott területnek számít az evészavarok között (87, 154).

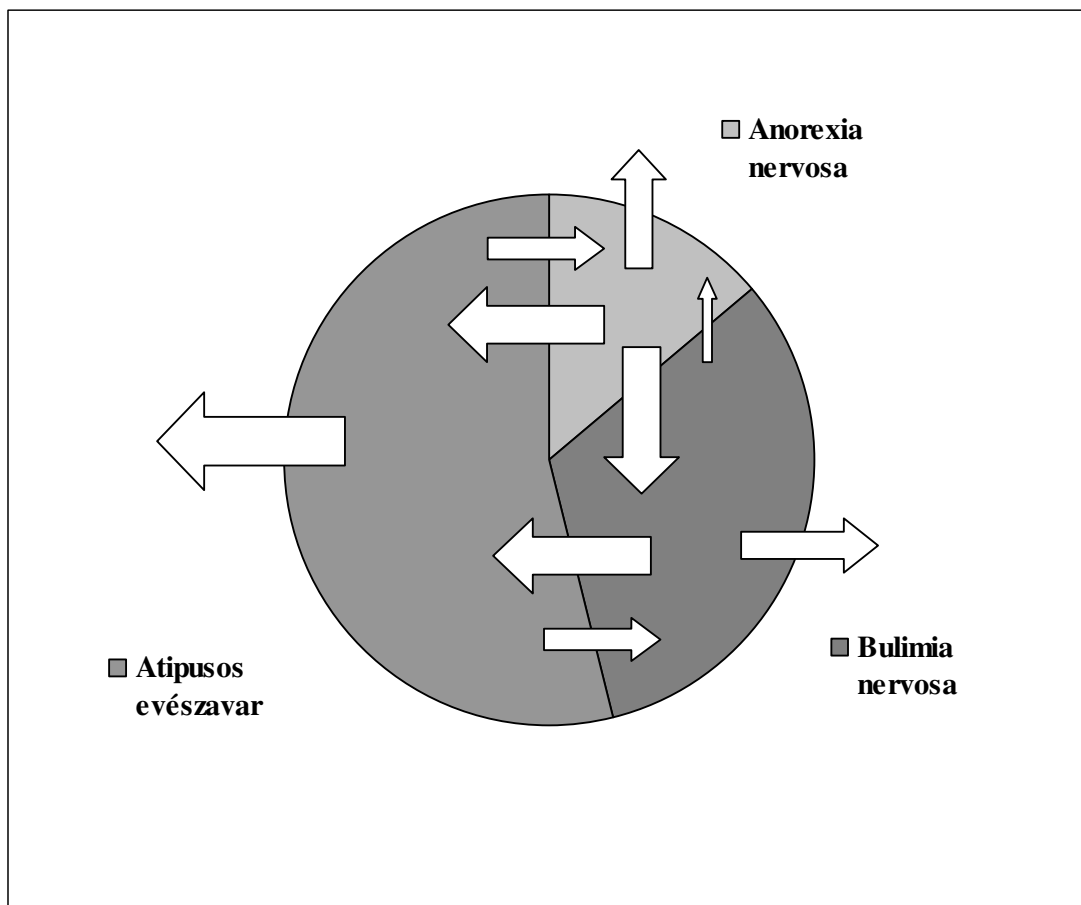
2.2.5. Kórlefolyás

Az AN általában serdülőkorban, a 14-18 életkorra jellemző, és a 40 év fölötti kései kezdet ritka (7). Általában diétával kezdődik. Néhány esetben rövid ideig tart és csak rövid terápiás beavatkozásra van szükség. Ezek az esetek inkább a rövid betegségtörténettel jellemezhető fiatalabb lányokra vonatkoznak. Másoknál az intenzív terápiára van szükség. Az esetek 10-20%-ánál (176, 187) a betegség krónikussá válik, fixálódik, és e betegeknek gyakran a terápiás erőfeszítések ellenére sincsen változás. A kórlefolyásban gyakran előfordul, hogy megjelennek a falásrohamok, és kb. a betegek felénél kialakul a BN. Prognózis szempontjából előnyös a betegség korai kezdete és a rövid betegségtörténet, hátrányos a hosszú betegségtörténet, a súlyos súlyvesztés, a falásrohamok és a purgálás jelenléte (48, 214). Az AN-nak magas a mortalitása. Az orvosnál való első megjelenéstől számított első 10 év standardizált mortalitási rátája 10 (137). A halálok gyakran az öngyilkosság, vagy az anorexia következtében fellépő egészségi komplikációk (szívműködés zavarai, ionháztartási zavarok stb.).

A BN általában valamivel később kezdődik, mint az AN, inkább a késői serdülőkorra és korai fiatalkorra jellemző. Általában szintén diétázással kezdődik, de az esetek egynegyedénél az anamnézisben szerepel az AN (186). 5-10 éves követéses vizsgálatok azt mutatják, hogy a betegek 30-50%-ának továbbra is klinikai súlyosságú evészavara van, bár sok esetben ez atípusos evészavar (45, 56, 86). Rosszabb a BN prognózisa, ha a beteg anamnézisében gyerekkori obesitas szerepel, ha alacsony az önértékelése, és ha személyiségzavar van jelen (15). A mortalitási ráta a BN esetében bizonytalan, de nagyobb, mint az átlagnépességé (95).

Kevés adat van az atípusos evészavar lefolyásáról, kisszámú három éves prospektív vizsgálat szerint az esetek többségénél továbbra is fennáll az evészavar, az esetek felénél vagy az AN, vagy a BN formájában (86).

Fairburn és Harrison (48) szerint az evészavarok „migrálnak” a különböző diagnosztikai kategóriák között (1. ábra). Ez az időbeli mozgás, és az a tény, hogy hasonló pszichopatológiája van az AN-nak, a BN-nak és az atípusos evészavarnak, azt támasztja alá, hogy közös mechanizmus működteti e három betegség fenntartását.



1. ábra: Időbeli mozgás a különböző diagnosztikai kategóriák között.
(forrás: 48)*

*A nyilak szélessége az adott irányba mozgás valószínűségét, a körön kívülre mutató nyilak a teljes gyógyulás arányát mutatják.

2.3. AZ EVÉSZAVAROK ETIOPATOGENEZISE

2.3.1. Szelektív modellek, multikauzális modell

Az evészavarok etiopatogenezisének magyarázatára először szelektív elméletek jelentek meg (214), amelyek egy-egy részterületet emeltek ki (pszichodinamikai megfontolásoktól kezdve a biológiai vizsgálatokon át a különböző betegségmodellekig), és általában lineáris oksági viszonyt tételeztek fel, vagy az evészavarokat egyes betegségek közeli rokonainak tartották (a depresszió-, a kényszerbetegség-modell, valamint az addikciós, vagy a disszociációs hipotézis). Bár jelenleg a szelektív modelleknek nincs nagyobb jelentőségük, az adott elmélet mellett és ellen szóló kutatások jelentősen hozzájárultak az evészavarok jobb megismeréséhez.

Jelenleg az evészavarokat multikauzális betegségeknek tartják. Az evészavarok biopszichoszociális megközelítése az 1980-as évek eleje óta általánosan elfogadott. Ez a rendszerelméleten alapuló körkörös szabályozással jellemezhető (204, 214). Általában több ok együttes megléte jellemzi a betegség kialakulási folyamatát. Megkülönböztetik a hajlamosító (prediszponáló), kiváltó és betegségfenntartó tényezőket, bár ez a fajta felosztás sem problémamentes. Néha ugyanazok a tényezők lehetnek prediszponáló, fenntartó, vagy akár kiváltó tényezők - például a családban a karcsúsággal kapcsolatos kulturális attitűdök felnagyítása, és az ebből fakadó negatív megjegyzések az alakra vagy a súlyra. A szakirodalom nem egységes abban, hogy melyik a kiváltó, és melyik a csak prediszponáló tényező, és a kutatók álláspontja is változik ebben. Például Slade (174) a perfekcionizmust elengedhetetlennek tartja a betegség kialakulásában, míg Fairburn először prediszponáló tényezőnek tartotta, jelenleg pedig - kutatásai függvényében - az evészavaroknál kiemelt szerepet tulajdonít a perfekcionizmusnak (47).

Három csoportba sorolhatók azok a tényezők, amelyek szerepet játszanak az evészavarok kialakulásában, kiváltásában és fenntartásában: a szociokulturális, a családi és az egyéni jellemzők. Természetesen ez a felosztás is csak a rendszerezést szolgálja, a határok képlékenyek.

2.3.2. Szociokulturális tényezők

2.3.2.1. *Nem, kor, etnicitás*

Az evészavar gyakoribb a nőknél, mint a férfiaknál. Az AN betegek 90%-a nő (184). A nemi különbséget indokló egyértelmű biológiai magyarázatok hiányoznak, és inkább a szociokulturális tényezők szerepét emelik ki a kutatók a nemi különbségek értelmezésénél. Ezek: a női szerepek változása, a teljesítmény fontosságának megjelenése, mind a hagyományos női szerepek terén, mind szakmai téren. Jelen van egyfajta társadalmi-kulturális elvárás is, hogy milyenek kell lennie egy nőnek. Bár ez az elvárás mindig is jelen volt különböző társadalmakban és történelmi korokban, a nyugati kultúrákban jelenleg a sikerességet, vonzerőt, kompetenciát erőteljesen összekapcsolják a karcsúsággal (214). A karcsúságideál internalizációja, amely a testtel való elégedetlenséghez, karcsúság iránti készletességhez, és bizonyos bulimiás vonások kialakulásához vezethet, különböző embereknél eltérő mértékű, és egyéni pszichés jellegzetességektől is függ (178, 183). Ezzel magyarázható, hogy csak a nők bizonyos részénél alakulnak ki az evészavarok. Ez a társadalmi-kulturális nyomás gyakran megjelenik a médiumokban, de nem ritkán a család és a kortársak is megerősítik ezt.

Az evészavarok főleg fiatal nőkre jellemzőek, legtöbbször a serdülőkorban jelentkeznek. Az AN általában korábban kezdődik, mint a BN. A test változásainak elfogadása, ennek pozitív beépítése a saját önképbe nem mindig konfliktusmentes, és nagy terhet ró a fiatal lányokra. Ráadásul ekkor lépnek ki a gyermek szerepéből és szembesülnek a női szerepekkel szemben támasztott elvárásokkal.

A szakirodalomban szinte közhelyszerűen elterjedt az az álláspont, hogy az evészavarok a fehér nőkre jellemzőek, míg a nem fehér nők között ritkán fordul elő az evészavar. Az evészavarokban az etnikai különbségeket - fehér és nem-fehér nők között - szociokulturális okokkal magyarázták. Wildes és mtsai (234) kitűnő tanulmányukban az eddigi e témában megjelent közlemények metaanalízise alapján arra a következtetésre jutottak, hogy a fehér nők között általában gyakoribb a testtel való elégedetlenség, kivéve a magas szocioökonómiai státusszal (későbbiekben SES) rendelkező fehér és nem-fehér nőket, ahol ez azonos mértékű volt (25). Így elképzelhető, hogy a korábban észlelt különbségek nem az etnicitásból fakadnak, hanem a szociálökonómikus

státuszkülönbségekből. Az egyik lehetséges magyarázat (234), hogy a gyenge anyagi háttér inkább a hagyományos női szerep vállalásával jár együtt (anyaság, család), míg a jó anyagi háttér, magas professzionális érvényesülés lehetősége a társadalom által közvetített sikeres nő képével társul. Ugyanabban a vizsgálatban fehér és nem fehér nők között a zavart táplálkozási magatartások között találtak különbséget, de a klinikai szintű evészavarokban nem. Úgy tűnik, hogy az etnicitás befolyásolhatja a testtel való elégedetlenség, zavart táplálkozási magatartás elterjedtségét, viszont a különböző etnikai csoportok által nyújtott értékek protektív jellegűek lehetnek, de ez a klinikai szintű evészavarok előfordulását - az utóbbi időben megjelent vizsgálatok alapján – nem befolyásolja jelentősen.

2.3.2.2. Szocioökonómiai státus

A szocioökonómiai státust, vagyis a társadalmi osztály és az evészavarok összefüggését tárgyaló irodalmi adatok sokszor egymásnak ellentmondóak. Régebben az evészavarokat egyértelműen a felső és a középosztály betegségeinek tekintették. Gard és Freeman (66) 1996-ban áttekintették a SES, a társadalmi osztály és az evészavarok 1970-1990 közötti idevonatkozó irodalmát, és az alábbi megállapításokra jutottak: a hetvenes és a korai nyolcvanas években végzett kutatások mind azt találták, hogy az evészavarok gyakrabban fordulnak elő a magasabb SES-sel rendelkező családokban, míg a nyolcvanas évek közepétől ezt a kapcsolatot kevés tanulmány támasztotta alá. A szerzők a vizsgálatok metodológiai hibáival magyarázták a hetvenes és korai nyolcvanas években talált összefüggéseket.

Rogers és mtsai (160) több ezres mintán vizsgálták a zavart táplálkozási magatartás és a SES kapcsolatát amerikai adolescens lányoknál, de nem találtak összefüggést a zavart táplálkozási magatartás és a SES között. McClelland és Crisp (123) által több mint 650 AN-s beteg anyagainak 33 évre visszamenőleg végzett elemzése azt mutatta, hogy a felső osztálybeli betegek túlsúlya stabil, bár a '80-as évek közepétől enyhén emelkedik az alsó osztálybeli betegek aránya. Azt is kimutatták, hogy a felső osztálybeli betegeknek korábban kezdődik az AN. Az eredményeiket azzal magyarázzák, hogy ilyen szociális háttérű lányoknál erősebb a nyomás olyan attitűdök, értékek felé, amelyek predisponáló tényezőknek számítanak az evészavarok szempontjából. Ahogy ez az értékrend, ezek az attitűdök egyre szélesebb körben elfogadottabbá válnak, úgy változik

a betegek a szociális összetétele. Ilymódom Polivy és Herman (146) szerint ez evészavarok egyre „demokratikusabbá” válnak. Ha ezt a koncepciót elfogadjuk, akkor az is elfogadható, hogy az amerikai vizsgálatnál nem találtak eltérést, hisz ott fogalmazódott meg legrégebben ez a fajta elvárás a nőkkel szemben. Jelenleg a nyugati szakirodalomban elfogadott, hogy az AN esetében inkább a felső osztályból származó lányok vannak túlsúlyban, míg a BN esetében az elterjedtség azonos a különböző szociális osztályokban (48).

2.3.2.3. Médiumok és kortársak szerepe

Sokan a médiumokat okolják az evészavarok növekedésért a karcsúságideál széles körű terjesztése miatt (57, 179, 180, 231). Valóban, a médiumokban megjelenő női képek, szereplők nem a reális testkép spektrumát képviselik, egyfajta torzítás történik a sovány nők túlhangsúlyos megjelenésével. Ezekre a torzításokra hívja fel a figyelmet a British Medical Association által kiadott, az „Evészavarok, testkép és média” című jelentés (38). A Tiggemann és mtsai (201) által végzett vizsgálat azt mutatta, hogy fiatal lányoknál a testtel való elégedetlenség, és a karcsúság iránti készletesség korrelál bizonyos típusú TV-programok (zenés videoklippek, szappanoperák, filmek) gyakori nézésével. A vizsgálat viszont nem ad választ arra, hogy az ilyen fajta TV-műsorok gyakori nézése vezet-e a nagyobb mértékű testtel való elégedetlenséghez, vagy pedig fordítva: eleve a testükkel elégedetlen lányok preferálják az ilyen fajta műsorokat. Érdekes és a saját nemében eddig egyedülálló vizsgálatot végeztek Becker és mtsai (14). Fidsin egy etnikai csoporthoz tartozó fiatal lányok testtel kapcsolatos attitűdjeit és súlykontroll módszereik alkalmazását vizsgálták a tévéhálózat bevezetése előtt és pár évvel később. A zavart táplálkozási magatartás, diétázás szignifikánsan gyakoribb volt a követő vizsgálatnál, mint a tévéhálózat bevezetése előtt. Az eredmények azt támasztják alá, hogy a médiumoknak szerepe lehet a zavart táplálkozási magatartás kialakulásában és a karcsúságideál terjesztésében.

A médiumokon kívül gyakran emlegetik a kortársak befolyásának (nyomásának) a szerepét az evészavarok kialakulásában (117, 172, 177). Serdülőkorban kiemelt szerepet játszanak a kortársak bizonyos viselkedései, attitűdjei kialakításában. Paxton és mtsainak (143) vizsgálata szerint a serdülő lányok baráti köre homogén a testképpel összefüggő aggodás mértékében. Feltételezhető, hogy valami fajta „norma” alakul ki a

testhez, súlyhoz való viszonyulásban a baráti csoporton belül, amely a későbbiekben befolyásolja az egyének viselkedését, gondolkodását.

Nehéz elkülöníteni és súlyozni a média, a kortársak és a család befolyását, hisz mindegyik valahol ugyanarról szól. Néhány vizsgálatban a kortársak és a család szerepét hangsúlyozzák, és a médiumok szerepét másodlagosnak tartják (57, 177), míg mások a médiumok szerepét tartják fontosabbnak (231). Young és mtsai (245) a zavart találkozási magatartás kialakulásában kisebb szerepet tulajdonítanak családnak, mint a kortársaknak.

Összefoglalva: a szociokulturális tényezők szerepe főleg a karcsúságideál túlértékelésben nyilvánul meg, amely fontos része az evészavaroknak, de önmagában nem elegendő az evészavar kialakulásához. Polivy és Herman (146) szerint azon nők egy részénél, akik nem találnak megoldást saját problémáikra, általános elégedetlenségüket a könnyen kontrollálható és szabályozható súlyra, testre vetítik ki, ily módon a karcsúságideálnak közvetítő szerepe lehet a szociokulturális tényezők és az evészavarok között.

2.3.3. Családi tényezők

A család fontos szerepet tölt a személyiség kialakulásában, egyfajta modellt nyújt az interperszonális kapcsolatokra, a felmerülő problémák kezelésére, meghatározza az attitűdöket, bizonyos értékrendet nyújt, és ez fokozottan érvényes a fiatalokra. A családok működése, az ott megjelenő diszfunkciók, problémás családi háttér sokszor kockázati tényezőnek számít a különböző mentális zavarok, problémák kialakulásában gyermekeknél (34). Az evészavarok kutatásában is vizsgálták a család szerepét. Különösen fontosnak tűnik az anyák szerepe, hiszen az első és meghatározó modellt ők nyújtják a női szerepről, a nőiességhez való viszonyulásról.

2.3.3.1. A család működése

A családi dinamika nemcsak a betegség fenntartásában játszhat szerepet, hanem predisponáló, vagy akár kiváltó tényező is lehet az evészavarok kialakulásában (214). Az AN-s családok működésének vizsgálatában Minuchinnak és iskolájának volt úttörő

szerepe (126). Minuchin szerint az AN betegek családjaira a pszichoszomatikus betegek családjainak majdnem mindegyik diszfunkciója jellemző: összemossottság, autonómia csökkenése, kevésbé világos interperszonális határok, rigiditás, konfliktus-megoldás hiánya és konfliktus elkerülés, a gyermek bevonása a szülői konfliktusba. Az AN-s család „konszenzusérzékeny”, fontos a családok számára a stabil jó család látszata, a konfliktus elkerülése (214).

A BN-s család „távolságérzékeny” - ami erősebb interperszonális határokat jelent, kevesebb konfliktuskerülést, ezáltal kevésbé stabil családot is (214). A BN-s betegek szülei gyakran ellenségesek és elhanyagolók, problémáik vannak a kontroll és autonómia egyensúlyának megtalálásában, gyakoriak a konfliktusok a szülők között (222).

Dévald (39) az evészavarok családdinamikai jellegzetességeit összegezve sajátos kettőséget ír le mind a szülőknél, mind a gyermekeknél. Az anyák személyisége a felszínen adakozónak, önfeláldozónak tűnik, de a mélyben könnyen sebezhető, és gyakran tagadják a negatív érzéseket. Az apák felszínen erősek, sikeresek, közben erős a dependenciájuk, alacsony az önértékelésük. A családban általában tiltott a negatív érzések kifejezése, a szülők az autonómiát nem támogatják. A gyermekeknél a felszínen megjelenik a gyors intellektuális fejlődés és mögötte egy erősen függő személyiség.

A fenti megállapításokat főleg a terápiás tapasztalatokra, esettanulmányokra alapozták, kevés objektív vizsgálat van a családi működés és az evészavar összefüggéséről, ám ezek többnyire alátámasztják a fenti jellegzetességeket.

A zavart táplálkozási magatartással jellemzett lányok anyjai általában elégedetlenebbek a család működésével, és köztük gyakoribb az evészavar a kontroll csoportokba tartozók anyjai összehasonlítva (90, 144). Van Furth és mtsai (220) az evészavarban szenvedő gyerekek családjainak prospektív vizsgálatában azt találták, hogy az anya nagy mértékű kritikussága rossz prognózissal társult. Woodside és mtsai (243) az evészavarban szenvedők szüleinek személyiségjellemzőit hasonlították össze egészséges gyerekek szüleiével. A betegek anyjainál szignifikánsan magasabb volt a perfekcionizmus.

Egy nagy, több ezres mintán történt felmérésben (136) azoknál a fiataloknál, akik a családon belüli kommunikációt, a szülői gondoskodást és a szülői elvárásokat alacsony szintűnek értékelték, szignifikánsan magasabb volt a purgáló viselkedés előfordulása. Az alacsony szülői elvárások és a purgáló viselkedés kapcsolata némileg ellentmond a többi vizsgálatban nyert adatoknak.

Fairburn és mtsai (46, 53) a családi háttérjellemzők vizsgálatánál úgy találták, hogy az AN és a BN betegeknek az egészségesekhez viszonyítva jellemzőbb volt a szülők fokozott kritikussága, az elvárások, a túlzott vagy nagyon alacsony fokú beavatkozás a lányok életébe, de az általános pszichiátriai betegekkel összehasonlítva ezek a különbségek nem jelentek meg, kivéve a BN szüleinek magas elvárásait.

2.3.3.2. A súlyhoz, táplálkozáshoz való viszonyulás a családban. Evészavarok a családban.

A család nem ritkán közvetíti, megerősíti a karcsúságideál túldimenzionált voltát. Branch és Eurman (18) interjú vizsgálatai szerint az evészavarban szenvedők szülei gyakran jutalmazták, dicsérték a karcsúságot, és büszkék voltak arra az önkontrollra és fegyelemre, amit gyereükönél tapasztaltak. Woodside és mtsai már említett vizsgálatukban (243) azt találták, hogy a betegek anyjainál szignifikánsan erősebb volt az aggodalom a saját súly és az alak miatt, mint egészséges lányokéinál.

Az evészavaroknál rizikótényezőnek tekintik az evészavar bármelyik formájának előfordulását a családban (48). Ezt egyrészt az evészavarban szenvedők családjainak vizsgálatai támasztják alá, másrészt az evészavarban szenvedő anyák etetési szokásai, gondozási módja is utal erre.

Garcia de Amusquibar és mtsai (63) evészavarban szenvedő fiatalok és egészséges gyermekek anyjainak összehasonlítása nyomán azt találták, hogy az evészavarban szenvedő gyermekek anyjai körében gyakoribbak voltak a falási rohamok, több volt az evészavar tünet. Von Ranson és mtsai (224) is szignifikáns kapcsolatot találtak a serdülő lányok zavart táplálkozási magatartása és az anyák evészavar élettartam-pervalenciája között.

Az evészavarban szenvedő anyák befolyásolják a gyerekek attitűdjét, viselkedését. Agras és mtsai (3) az evészavarban szenvedő, vagy korábban evészavarban szenvedett anyák gyermekgondozási módját elemezték öt éves prospektív vizsgálatában. Kimutatták, hogy - összehasonlítva az egészséges anyákkal - nem etették rendszeresen a gyerekeket, a táplálékot szignifikánsan gyakrabban nemcsak etetésre, hanem - ellentétben az egészséges anyákkal - a gyerek csitítására, jutalmazásra használták, meglepően hamar jelentek meg bennük az aggodalmak a lánygyerek súlyával és az alakjával kapcsolatban (már a gyerek két éves korában).

Fairburn és mtsai (46, 53) az AN és a BN rizikófaktorainak vizsgálatában a BN-ra nézve rizikófaktorokként tekintik a szülők obesitását, a beteg gyerekkori obesitását, a gyakori kritikus megjegyzéseket a súlyra, külső kinézetre vonatkozóan a családban, mind az egészségesekhez, mind a pszichiátriai betegekhez viszonyítva. Az egészséges kontrollcsoporthoz viszonyítva még egy eltérés volt tapasztalható: a gyakori diétázás a BN-ban szenvedők családjában. Az AN-s betegek családjában nem találtak ilyen jellegzetességeket.

2.3.3.3. Mentális zavarok, problémák a családban

Általában az evészavar rizikófaktorokként tekintik a depresszió, BN esetében az addikció, különösen az alkoholizmus előfordulását a családban (47, 53).

Több vizsgálatban magasnak találták az AN-s és BN-s betegek elsőfokú rokonainál az affektív zavarok gyakoriságát (76, 138, 185), bár Levy és mtsai (118) a BN-ban szenvedőknél nem találtak ilyen eltérést. Fairburn és mtsai (46, 53) vizsgálatában csak az AN-s betegek szüleinél jelentkező depresszió előfordulása volt magasabb az egészséges kontrollcsoporthoz viszonyítva, de ebben a vonatkozásban nem volt különbség az AN-s és pszichiátriai betegek kontrollcsoportja között. Több mint ezer női ikerpárnál végzett vizsgálat szerint a BN és a major depresszió közötti genetikai kapcsolat közepes mértékű (227). Az evészavarban szenvedő fiatalok anyjainál - összehasonlítva az egészségesekéivel - nagyobb volt a depressziós epizód prevalenciája (63).

A lehetséges genetikai kapcsolaton túl felvetődik az a lehetőség is, hogy a szülő depressziója, mentális betegsége olyan megterhelést jelent a gyerekekre nézve, amely általában hajlamosít mentális zavarokra.

A különböző vizsgálatok eredményei ellentmondóak abban a vonatkozásban, hogy az evészavarban szenvedők elsőfokú rokonai között gyakoribb-e az alkohol és a pszichoaktív szerek abúzus. A vizsgálatok egy része megállapította, hogy az alkohol- és a drogabúzus a vártnál gyakoribb az evészavarokban (főleg BN-ban) szenvedő betegek családtagjai között (53, 100, 237); bár vannak ellentétes adatok is, amelyek nem erősítik meg ezt a kapcsolatot (63, 224). Fairburn és mtsai (53) a BN rizikófaktorának tekintik a szülők alkoholabúzusát, mivel vizsgálatukban a BN-s betegek szüleinél ez szignifikánsan gyakrabban fordult elő az egészséges kontrollcsoport szüleihez, és más pszichiátriai betegek szüleihez viszonyítva.

Lilenfeld és mtsai (119), valamint Kaye és mtsai (98) egymáshoz hasonló vizsgálatot végeztek, amelyekben összehasonlították a pszichoaktív anyagok abúzusával jellemezhető BN-ban szenvedő betegeket a normális kontrollszemélyekkel és a nem dependens BN-sokkal. A két vizsgálat eredményei egybecsengtek. Az elsőfokú rokonok között a dependens BN-s csoportban gyakoribb volt az alkohol vagy pszichoaktív anyagok abúzus, de a többi két vizsgált csoportnál nem. Az adatokból arra következtettek, hogy a családokban nincs egyenes kapcsolat az alkoholizmus és a pszichoaktív anyagok abúzus, valamint az evészavarok között, inkább más mediáló faktorok szerepét hangsúlyozzák (impulzivitás, személyiségzavar).

Összegezve: a családnak fontos szerepe van az evészavarok kialakulásában és fenntartásában, bár több vizsgált elem szerepe talán nem feltétlenül specifikus az evészavarra, hanem általában perdiszpozíciót jelenthet a mentális megbetegedésekre. A család működése és az evészavarok kapcsolatában nem világos, hogy a családi diszfunkciók járulnak-e hozzá az evészavarok kialakulásához, vagy pedig az evészavarok megléte járul hozzá a diszfunkciók kialakulásához a családi működésben. Úgy tűnik az említett vizsgálatokból, hogy ha a családban valami oknál fogva kiemelt jelentőségű a súly, a küllem (ez lehet a szülők, vagy gyerekük obesitása, evészavar a családban), az főleg a BN-ra rizikófaktorot jelenthet.

2.2.4. Egyéni tényezők

Az egyéni tényezők körébe premorbid élettapasztalatokat, bizonyos pszichés vonásokat és biológiai tényezőket sorolnak (48, 146).

2.2.3.1 Premorbid életesemények, fizikai és szexuális abúzus

Az élettapasztalatok valahol az egyén és a környezet között helyezkednek el, és főleg az interperszonális tapasztalatokat foglalják magukban. Az evészavarok kialakulásában a negatív életeseményeknek, bántalmazásnak, megszegyenítésnek, traumának tulajdonítanak szerepet.

Az evészavarban szenvedő páciensek több negatív, számukra nehezen kontrollálható stresszeseményről számolnak be a betegség kialakulását megelőző időszakban. Welch és mtsai (230) több negatív életeseményt (főleg családi, interperszonális kapcsolatok szétszakadása, fizikai biztonság fenyegetettsége) találtak a bulimiás csoportban a betegség kezdetét megelőző évben, mint az egészséges kontrollcsoportnál. Schmidt és mtsai (166) hasonló eredményeket nyertek az AN-s és BN-s betegek és a kontrollcsoport összehasonlításában. Mindkét betegcsoport több interperszonális nehézségről számolt be a betegséget megelőző évben, mint az egészségesek, és az AN betegek mind a bulimiásokhoz, mind az egészségesekhez viszonyítva szignifikánsan több, kellemetlen, megszegyenítő, szexualitással kapcsolatos élményről számoltak be.

A testre, kinézetre, megjelenésre kapott kritikus, megszegyenítő megjegyzések kapcsolatban állnak az evészavarok tüneteinek növekedésével (121), bár nem világos az ok-okozati összefüggés, hiszen arról is lehet szó, hogy akinél több evészavar-tünete van, az érzékenyebben reagál ezekre a megjegyzésekre, figyelme szelektívebben tekintetben.

Több vizsgálatban kimutatták a kapcsolatot a szexuális/fizikai abúzus és az evészavarok között. Az eredmények nem konzisztensek, és gyakran nehezen hasonlíthatók össze, mivel más-más módszerekkel történt a vizsgálat, gyakran metodológiai hibák is előfordultak. Ez a terület általában nehezen kutathatónak számít a vizsgált probléma jellege miatt. Itt csak néhány áttekintő tanulmányt mutatok be, továbbá nagy mintákon történt vizsgálatok eredményeit is.

A vizsgálatok nagy része a gyerekkori szexuális abúzzsal foglalkozik. Vitatott kérdés, hogy a gyerekkori szexuális abúzus az evészavarokban specifikus rizikótényezőt jelent-e, vagy általában pszichiátriai megbetegedésekre hajlamosít-e. Több magyarázat van arra (175), hogyan hathat a gyerekkori abúzus az evészavarok kifejlődésére. Például a szexuális, fizikai abúzus okozhatja a disszociatív coping mechanizmus kialakulását, amely újra megjelenhet a falásrohamoknál, alacsony önértékelés kialakulásához vezethet, vagy megjelenik az öngyűlölet, amely a saját test megbüntetéséhez vezethet. Megjelenhet az események, az élet fölötti kontrollvesztés élménye, és hogy újra kézbe vehető legyen a kontroll, a test túlkontrollálása a következmény.

Wonderlich és mtsai (241), áttekintve az eddigi szakirodalmat, szigorú kritériumok alapján, arra a következtetésre jutottak, hogy a gyerekkori szexuális abúzus rizikófaktort jelent az evészavarok szempontjából, különösen akkor, ha más komorbid pszichiátriai zavar is jelen van, de nem tekinthető specifikus rizikófaktornak. A szerzők szerint a gyerekkori szexuális bántalmazás vizsgálatai azt mutatják, hogy ez inkább a bulimiás magatartás megjelenésével függ össze, mint a restriktív anorexiával. Később Smolak és Murnen (175) az addig e témában közölt kutatások metaanalízisét elvégezve azt találta, hogy kicsi, de szignifikáns kapcsolat van a gyerekkori abúzus és az evészavarok között. Ugyanakkor hangsúlyozták, hogy ez a kapcsolat nem tisztázott, és a jövő feladata annak feltárása, hogy a gyerekkori abúzusok különféle fajtái az evészavarok milyen aspektusaival (pl. testképzavar, falásrohamok) kapcsolódnak össze. Magyarországi vizsgálatban Treuer és mtsai (206) a fizikai, szexuális bántalmazás és a testkép kapcsolatát vizsgálva azt találták, hogy a fizikai bántalmazásnak nagyobb szerepe van a testképzavar kialakulásában, mint a szexuális bántalmazásnak.

A nagy mintán végzett vizsgálatok (2, 29) erős kapcsolatot mutattak ki a szexuális, fizikai abúzus és a zavart táplálkozási magatartás (falásrohamok, túlzott aggodalom a súly miatt, purgálás és más kompenzáló viselkedés) között. Azok körében, akik szexuális vagy fizikai erőszak áldozatai voltak, kétszer gyakoribb volt a purgáló viselkedés. Rorty és Yager szerint (161) a zavart táplálkozási magatartás célja, hogy semlegesítse, vagy csökkentse a fájdalmas érzelmeket. Azt is feltételezik, hogy a bántalmazott kivetíti a történéseket és a velük kapcsolatos érzelmeket a testre, és bünteti

a testét az erőszakért, ily módon az evészavar sajátos coping mechanizmusnak is tekinthető a bántalmazással szemben.

Egy nagy felmérésben (136) majdnem 10 000 fiatalnál vizsgálták meg külön a szexuális abúzus és fizikai abúzus kapcsolatát zavart táplálkozási magatartással, nemekre bontva. Mindkét abúzus esetén, lányoknál és fiuknál is magas volt a zavart táplálkozási magatartás rizikója. Ackard és mtsai (1) a serdülőkorban a randevú alatt elszenvedett fizikai és szexuális abúzus és a zavart táplálkozási magatartás kapcsolatát tanulmányozta, majdnem 7000 fős mintán. Mindkét abúzusfajta erős kapcsolatban állt a zavart táplálkozási magatartással, a purgáló viselkedéssel és a falásrohamokkal, de a legerősebb kapcsolat akkor volt, ha mind két abúzusfajta átélte az áldozat.

Fairburn és mtsai (46, 53) az AN és a BN rizikófaktorait kutatva azt találták, hogy bár mind az AN mind a BN esetében mind a szexuális, mind a fizikai abúzus szignifikánsan gyakoribb volt az egészséges kontrollcsoporthoz viszonyítva, de nem volt gyakoribb, mint más pszichiátriai betegeknél.

2.3.4.2. Pszichés jellemzők

Az evészavarban legtöbbet vizsgált pszichés jellemzők: a negatív érzelmek és szabályozásuk, az alacsony önértékelés, és testtel való elégedetlenség és perfekcionizmus.

A negatív érzelmek, negatív hangulat gyakran tapasztalható az evészavaroknál, és a falásrohamok kiváltásában is játszhat szerepet (47, 178). Friedman és mtsai (61) magasabb ellenségességet találtak az evészavar csoportban, mint a kontrollcsoportban. Allen és mtsai (6) hasonló eredményt kaptak a BN-ban szenvedő betegekre vonatkozó vizsgálatában: jellemzőbb volt az ellenségesség és a büntudat. A BN-sok az evést gyakran mint hangulatjavítót használják, de a falásroham után megjelenik a büntudat, amelyet részben csökkenhet a purgálás, miként a haragot is. Geller és mtsai (75) szerint az AN-ra az elfojtott agresszió jellemző. Ez egybecseng a pszichodinamikai elképzelésekkel, melyek szerint az AN-nak gyakran az a szerepe, hogy legitimálja az agresszió kifejezését (214). Az evészavarnál az AN-nál főleg érzelmek kifejezésénél és BN-nál az érzelmek szabályozásánál jelennek meg a problémák (62, 146, 246).

Fairburn és mtsai (47) szerint a BN-sok egy részét az „érzelmi intolerancia” (mood intolerance) jellemez, ami alatt azt értik, hogy az evészavarban szenvedők egy része nem képes megfelelő módon megbirkózni bizonyos emocionális állapotokkal. Általában ezek negatív érzelmi állapotok: harag, agresszió, depresszió, szorongás. Ez a fajta intolerancia az összes intenzív érzelmi állapotokra is kiterjedhet, beleértve a pozitív érzelmeket is. Egy sajátságos, diszfunkcionális hangulat-szabályozó viselkedés lép fel náluk, amely falásrohamokban, purgálásban, intenzív testedzésben, vagy néha a pszichoaktív szerek használatában nyilvánul meg. Ezt alátámasztják azok a vizsgálatok (64, 78, 101), amelyekben azt találták, hogy a nehéz élethelyzetekben az evészavarban szenvedők és a zavart táplálkozási magatartással jellemzett emberek gyakrabban alkalmazzák az érzelmi megbirkózási stratégiákat és az elkerülést (az utóbbi főleg AN-ra vonatkozik), mint az egészségesek.

A depresszió és az evészavar kapcsolatát részletesebben a komorbiditás fejezetben tárgyaljuk (vö. a 31. oldalon).

Az evészavaroknál gyakori az alacsony önértékelés, még más pszichiátriai beteggel való összehasonlításban is (46, 53, 146, 178). Az evészavarban az önértékelés gyakran redukálódik bizonyos területre. Az önértékelésnek alapvető, néha kizárólagos része a súly, az alak megítélése, az, hogy mennyire érzi a beteg: képes-e kontrollálni az evés fölötti készletét. Az evészavarra jellemző elégedetlenség a saját testtel, Stice (178) ezt rizikófaktornak tekinti az evészavar kifejlődésében. A diétázás, a súlykontroll és az ezen a téren elért eredmények segítenek az önértékelés növelésében, ily módon összekapcsolódik az önértékelés az evészavarokkal (146). Bár meg kell jegyezni, hogy azok közül, akik elégedetlenek a saját testükkel vagy alakjukkal, nem mindenki szenved evészavarban, vagy mutatja ennek tüneteit.

A prospektív vizsgálatok azt mutatják, hogy az alacsony önértékelésű lányoknál nagyobb a valószínűsége annak, hogy pár év múltán megjelenjenek az evészavar tünetei, mint a nem alacsony önértékelésű lányoknál (24).

Bardone és mtsai szerint (11) az alacsony önértékelés mediáló szerepet tölt be a perfekcionizmus és a bulimiás tünetek között. Azoknál a nőknél, akiket nagymértékű

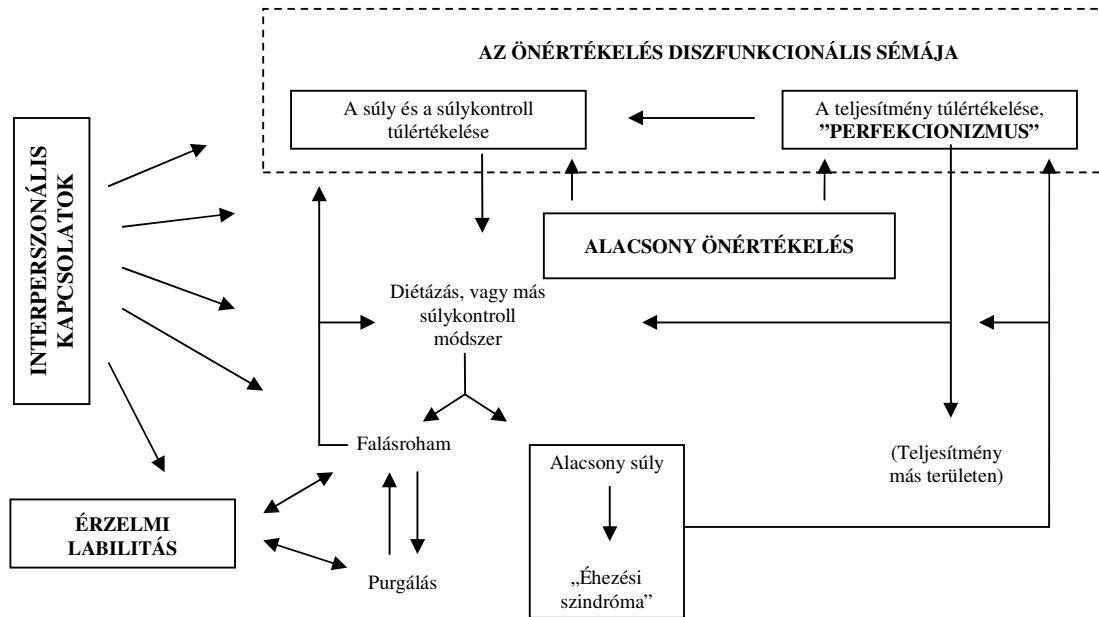
perfekcionizmus jellemzett és túlsúlyosnak értékelték magukat, csak akkor voltak bulimiás tünetek, ha ez alacsony önértékeléssel párosult.

Az alacsony önértékelést rossz prognosztikai jelnek tekintik a gyógyulás szempontjából (219). Az önértékelés emelkedését figyelték meg a gyógyult BN-soknál (207). Fairburn és mtsai (47) szerint a BN-s betegek egy részénél alap vagy „mag” (core) önértékelési zavarról van szó, mely kiterjedt az élet összes területére, és ezt a fajta önértékelési zavart kevésbé befolyásolják a betegséggel kapcsolatos pozitív változások.

A perfekcionizmus gyakran megfigyelt és vizsgált személyiségvonás az evészavarban szenvedő betegeknél (46, 53, 71, 146). Mindkét kórképre jellemző, de az AN-nál szélsőséges mértékben van jelen. Fairburn és mtsai (46, 53) szerint a perfekcionizmus BN-ban gyakoribb az egészséges kontrollcsoporthoz viszonyítva, de nem gyakoribb, mint a pszichiátriai betegek kontrollcsoportjában, az AN-nál viszont mindkét kontrollcsoporthoz viszonyítva szignifikánsan magasabb értékeket kaptak. A perfekcionizmus a kórképhez kapcsolódva is megnyilvánul, mint igyekezet a tökéletes test elérésére, kontrollálására, mint a hibázástól való rettegés, vagy mint a test állandó ellenőrzése. Hasonló eredményeket mutatnak a nem klinikai mintákon végzett felmérések is (89, 145). Santonastaso és mtsai (165) főiskolai diákok egy éves prospektív vizsgálatában azt találták, hogy a perfekcionizmus rizikófaktornak tekinthető az evészavar fenntartásában.

Az utóbbi időben egyre többet foglalkoznak a perfekcionizmus és az evészavarok, valamint más mentális zavarok kapcsolatával. A különböző vizsgálatban a szerzők a perfekcionizmus különböző aspektusait emelik ki, mint az evészavar specifikus jellemzőit. Bulik és mtsai (22) több mint ezer női ikerpár vizsgálatában azt találták, hogy a perfekcionizmusnak az az aspektusa, ami a hibák miatti túlzott aggodalmat jelenti (concern over mistakes), csak az evészavarokra jellemző, és nem kapcsolódik más pszichiátriai kórképekhez. Shafran és Mansell (171) - áttekintve az a perfekcionizmusra vonatkozó szakirodalmat - arra a következtetésre jutott, hogy az önmagukra vonatkozó perfekcionizmus, magas belső elvárások (self-oriented perfectionism) specifikusan jellemző az evészavarokra, míg a beteg által észlelt rá vonatkozó, de mások részéről megfogalmazott magas elvárások (socially prescribed perfectionism) a mentális zavarok széles körét érinti.

Természetesen a perfekcionizmus, az alacsony önértékelés és hangulati szabályozás nem külön-külön kapcsolódnak az evészavarhoz. Ezt a legjobban Fairburn és mtsainak (47) transzdiagnosztikus modellje szemlélteti (2. ábra).



2. ábra: Az evészavarok fenntartásának transzdiagnosztikus modellje.

A szerzők igyekeztek olyan modellt alkotni, amelyben figyelembe veszik az utóbbi évek kutatásainak eredményeit, és megpróbálják az evészavarok fenntartó mechanizmusait egységesen ábrázolni, anélkül, hogy azokat diagnosztikai egységekre bontanák. Természetesen ez a modell sem tökéletes, a szerzők is hangsúlyozzák, hogy ez csak sematikus ábrázolás, és nem ad képet az evészavarok kialakulásáról, csak a fenntartásukról. Négy elemnek tulajdonítanak kiemelt szerepet: az interperszonális kapcsolatoknak, az alacsony önértékelésnek, a perfekcionizmusnak és a hangulati instabilitásnak vagy „intoleranciának”.

2.3.4.3. Biológiai és genetikai tényezők

A táplálkozás, az energiaháztartás és a testsúly szabályozásában fontos szerepet játszanak a neurotranszmitter, a neuroendokrin és hormonális rendszeren kívül a különböző tápanyagokból származó energiahordozó szubsztrátok (zsírsavak, aminosavak, glukóz) mennyisége a vérben. Az AN-s és BN-s betegekben megfigyelt biokémiai változások (214) többsége a súlyvesztés, a hányás-purgálás következményének tűnik (48), és a súly visszanyerésével, táplálkozás normalizálódásával a változásoknak többsége megszűnik. Néhány változás viszont fennmarad a gyógyulás után is, például eltérések a szerotonin rendszer működésében (60, 97), és ezek talán majd az evészavarok szempontjából is hajlamosító tényezőknek lesznek tekinthetők, ha további kutatások is megerősítik ezt.

A biokémiai változások és evészavarok kapcsolatában kérdéses, hogy az adott változás akut állapotnak, hosszantartó betegségnek a következménye-e, vagy pedig előzménye. Kérdéses továbbá, hogy ezek specifikusan az evészavarhoz, vagy pedig pld. a jelentősebb súlyvesztéshez kapcsolódnak-e.

Mivel az evészavaroknál hiányoznak az adoptációs vizsgálatok, a genetikai tényezők szerepét valószínűsítő adatokat főleg iker- és családvizsgálatokban nyerték. Az ikervizsgálatok általában kis mintákon készültek, és a kapott eredmények széles sávban mozognak, ezért nem lehet pontosan megítélni, milyen mértékben van jelen a genetikai komponens BN-nál és AN-nál. A külön és együtt nevelt ikrek vizsgálatai hasonlóan nagy eltéréseket mutatnak. Túry és Szabó (214) összefoglalta az eddigi ikervizsgálatokból nyert adatokat és a következő eredményeket nyerte: Több ikervizsgálat alapján az AN-ban a konkordancia egypetéjű ikrek között 56-66%, kétpetéjű ikrek között 0-7% volt. A BN-ban egypetéjű ikrek között 33-83%-os, kétpetéjű ikrek között 0-29%-os konkordanciát találtak. Strober és mtsai (185) családvizsgálataiban az AN-s betegek elsőfokú rokonánál 4,1% volt az AN és 2,6% a BN prevalenciája, míg a kontrollcsoport elsőfokú rokonai között nem találtak AN-t, a BN prevalenciája pedig 1,1% volt. Mind az iker-, mind a családvizsgálatok arra engednek következtetni, hogy a genetikai tényezőknek van szerepe az evészavarok kialakulásában, bár a genetikai faktorok szerepének a mértéke bizonytalan.

2.4. KOMORBIDITÁS

2.4.1. Depresszió

Mind az AN-ban, mint a BN-ban a depressziót a leggyakoribb komorbid betegségnek tekintik. Az evészavarokhoz társuló depresszív tünetek gyakran eltérnek a klasszikus major depressziótól, így a BN-ban nem jellemző pszichomotoros lelassultság, a hangulat napszaki ingadozása, az önvád, a napi tevékenység általános romlása. Szabó és Túry (193) összefoglaló tanulmányban összegezte az addig megjelent kutatások eredményeit és a következő adatokat kapta: A major depresszió pontprevalenciája AN-ban 54-55%. Restriktív AN-ban az élettartam-prevalencia 10-54%, bulimarexiában 40-89%, BN-ban pedig 24-78%. Az újabb kutatások szintén alátámasztják az eddigi adatokat, a depresszió gyakorisága 50% körül mozgott az evészavarokban (19, 74).

Dansky és mtsainak (35) felmérése eredményei alapján a major depresszió élettartam-prevalenciája 36% volt azoknál az amerikai nőknél, akik a BN kritériumoknak megfeleltek, így valószínűsíthető, hogy a nem klinikai mintán kisebb a komorbiditás a depresszióval.

Több elmélet született az evészavarok és a depresszió kapcsolatának magyarázatára. Köztük a depresszióelmélet az egyik legismertebb, amely azt veti fel, hogy az AN és különösen a BN a depressziós spektrumba tartozik (214), az evészavar a depresszió következménye vagy változata. Az elmélet ellen az szól, hogy a két betegségben eltér a nemek, korosztályok és társadalmi rétegek aránya.

A másik elmélet szerint a depresszió az evészavar másodlagos következménye. Több vizsgálat mutatja, hogy az étel-depriváció a depresszív tünetek kialakulásához vagy felerősítéséhez vezethet (32, 114, 147). Ellene szól, hogy a depresszív tünetek gyakran fennmaradnak súlyrendezés után is.

2.4.2. Szorongásos zavarok

Bulik és mtsai (21) szerint a szorongásnak központi szerepe van az evészavarok kialakulásában és fenntartásában, a falásrohamok néha a szorongáscsökkentés módját jelentik. A leggyakrabban vizsgált kapcsolat az evészavarok és a kényszer kapcsolat (139). Az evészavarokban, főleg AN-ban számos olyan megnyilvánulás van, ami egyfajta kényszerességre utal (rituálék az evéssel, az étellel kapcsolatban, perfekcionista, teljesítményorientált személyiség). A DSM IV (7) viszont külön választja az evészavarokban fellépő kényszer tüneteit a kényszerbetegségtől.

A komorbiditási vizsgálatok vegyes képet mutatnak a kényszertünetek vonatkozásában. 10-30%-ra teszik a kényszerbetegség arányát az evészavarokban (214), és AN-nál gyakoribb, mint BN-nál (200). Bár vannak vizsgálatok, ahol ennél sokkal alacsonyabb, 5%-os gyakoriságot találtak az AN-ban (88). Ikervizsgálatokban nem találtak érdemleges kapcsolatot az AN és a kényszerbetegség között (214).

Obszesszív premorbid személyiséget AN-ban 27-60%-os gyakorisággal figyeltek meg (214). A kutatók egy része azt feltételezi, hogy az élelemelvonás, éhezés hatására felerősödnek a premorbid kényszervonások az AN-ban (99, 147, 200).

Amellett, hogy kényszertünetek és néhány evészavar tünete között hasonlóság van, eddig nincsenek meggyőző vizsgálatok, amelyek a két betegség kapcsolatát alátámasztanák.

Az utóbbi időben egyre többet kutatnak az evészavar és a szociális fóbia kapcsolatát (79, 91).

2.4.3. Addikció

A két zavartípus kapcsolatának magyarázatára több megközelítés született (94, 214, 237): genetikai/biológiai hajlam, addiktív személyiség, az impulzuskontroll-zavar, mint közös tényező, de egyik sem nyert egységes megerősítést a kutatásokban.

Az ezen a területen végzett vizsgálatok rendkívül heterogének. Az összehasonlítást megnehezíti, hogy általában különbözőképpen definiálták a vizsgált kategóriákat. A

vizsgálatok többsége a BN és alkohol, drogfogyasztás és abúzus kapcsolatát vizsgálta. Holderness és mtsai (94) a pszichoaktív szerekre és az evészavarokra vonatkozó 51 tanulmány áttekintésekor az alábbi adatokat nyerték, amelyek egyúttal jól szemléltetik a vizsgálatok heterogenitását:

A BN-ban az alkoholhasználat, amely nem éri el az abúzus szintjét 10-89% (medián 23%) volt, az utcai drogok használata az élettartam-prevalenciája 5%-100% (medián 26%), jelenlegi vagy az élettartam drog használatának prevalenciája 8-33% volt (medián 21%). Az AN-t kevésbé vizsgálták a pszichoaktív szerek komorbiditása szempontjából, mint a BN-t. Ezekben a következő adatokat találták: Az alkoholhasználat az AN-ban három vizsgálatnál 0 %, 5%, 34% volt, két tanulmány foglalkozott az utcai drogok használatával, és 12% ill. 19%-os előfordulási gyakoriságot kaptak. Néhány tanulmány külön vizsgálta azokat az evészavarokat, ahol a bulimia és anorexia vagy egyidejűleg, vagy az élettörténet alatt jelen volt. Ilyen esetben az alkoholhasználat 20-45%, az utcai drogok használata 29-40% volt.

A szerzők a következő következtetéseket vonták le: a komorbiditási kapcsolat erősebb a BN-ban, mint az AN-ban, illetve az AN bulimiás altípusában restriktív AN-sokkal összehasonlítva. Ezt a későbbi vizsgálatok is megerősítették. Úgy tűnik, hogy a pszichoaktív szer abúzus a falással és purgálással áll kapcsolatban, attól függetlenül, hogy BN-ban vagy AN-ban fordul elő, ugyanakkor a restriktív anorexiásokra nem volt jellemző (19, 156, 242).

Kashubeck és Mintz (96) nem találtak szignifikáns kapcsolatot a BN tünetei és a pszichoaktív anyagok abúzusa között. Szerintük sok módszertani hiba fedezhető föl az e tárgykörében végezett vizsgálatokban. Ezen kívül a bulimiások közül inkább azok kerülnek kezelésre, akiknek több problémájuk van. Ezt az álláspontot megerősíti Welsh és Fairburn (229), akik szerint a multiimpulzív bulimia felülreprezentált a szakellátásban. Az utóbbi időkben egyre több olyan vizsgálat született, amely az evészavarok és a pszichoaktív szer abúzus kapcsolatát cáfolja, vagy leszűkíti azokra bulimiásokra, akik személyiségzavarban szenvednek.

Stock és mtsai (182) evészavarban szenvedő fiatal serülő lányokat hasonlítottak össze egészséges kortársaikkal pszichoaktív szer egy éves használatát vizsgálva. A restriktív

típusú evészavarnál kisebb mértékű volt a pszichoaktív droghasználat, mint az egészséges kortársaknál, a purgáló típusú evészavarban szenvedők és az egészségesek között nem találtak különbséget e tekintetben.

Van Ranson és mtsai (224) a családi vizsgálatokban nem találtak kapcsolatot a szülők drog-, alkohol használata/abúza és a lányok zavart táplálkozási magatartása között.

Nagata és mtsainak (130) vizsgálata rámutat a lehetséges transzkulturális különbségekre. A pszichoaktív szer abúzus élettartam-prevalenciája a majdnem 200 éves-zavarban szenvedő japán betegnél csak 8,6%- volt.

Összefoglalva a komorbiditás vizsgálatokat, azt lehet mondani, hogy általában magas a komorbiditás a depresszió és az evészavarok között, bár nem világos az ok-okozati összefüggés, és némely kutató azt gondolja, hogy kapcsolatuk korrelációs jellegű (116), és több tényező egyszerre befolyásolja együttes előfordulásukat. Az evészavar és a szorongásos kórképek között legtöbbször kutatott kényszerbetegség vonatkozásában úgy tűnik, nem egyszerű komorbiditásról van szó, hanem inkább közös gyökerű jelenségekről, amelyeket az obszesszív személyiségvonások megléte alapoz meg. Az addikció legtöbbször a bulimiás tünetekhez, és nem feltétlenül a kórképekhez kapcsolódik. Ezen a területen a klinikai kutatások eredményeit a multiimpulzív bulimia szakellátásban meglévő felülreprezentáltsága is befolyásolhatja. Ezen kívül számolni kell a kultúrközi különbségekkel.

2.5. AZ EVÉSZAVAROK PSZICHOTERÁPIÁJÁNAK FŐBB IRÁNYZATAI, HATÉKONYSÁGI VIZSGÁLATOK

Ebben a fejezetben csak röviden ismertetem a főbb pszichoterápiás módszereket: a pszichodinamikus terápiát, a családterápiát, a kognitív-viselkedésterápiát (későbbiekben KVT), és az interperszonális terápiát (későbbiekben (ITP)). Ezek részletes leírása, valamint az evészavarok kezelésében alkalmazott más módszerek (pld. hipnoterápia, test-orientált terápiák stb.) ismertetése magyar nyelven is megtalálható (39, 141, 155, 157, 173, 190, 203, 205, 214, 216-218). A hangsúlyt inkább a terápiák hatékonyságára helyeztem, hiszen a hatékonysági vizsgálatok nem csak azt mutatják, hogy a jelenlegi kutatások alapján milyen módszer választandó elsőként, hanem általában azt, hogy milyen eredmények, problémák merülnek fel az evészavarok kezelésében.

A pszichoterápiákon kívül farmakoterápiának is fontos szerepe van az evészavarok kezelésében, főleg a BN kezelésében. Nagyobb áttekintő tanulmányok e témakörben magyarul is megjelentek (132, 133, 214).

2.5.4. Pszichodinamikus pszichoterápiák

A pszichodinamikus terápiáknak nagy múltja van az AN kezelésében. Ennek ellenére ritkán tárgyai a kutatásnak, mert költséges és időigényes módszerek, s nehéz a hatékonyságuk vizsgálata.

A pszichodinamikus elméletek szerint a tüneteknek szimbolikus jelentésük van, és kifejezik a tudattalan konfliktusait. Klasszikus analitikus felfogás szerint az anorexia korai gyerekkori trauma megjelenítése, e betegek orális és anális karaktervonásokkal rendelkeznek. Az AN-s tünetek a dinamikus álláspont szerint kifejezhetnek lojalitást a családhoz és passzív-agresszív lázadást a család ellen, különlegessé teheti viselőjét, növelheti az önértékelést stb. A tünetek úgy is értelmezhetők, mint a szexualitással összefüggő érzésekkel kapcsolatos megküzdési mód, a fejlődő nőiesség, a szexualitás elutasítása. Egy másik értelmezés szerint az AN-nak gyakran az a szerepe, hogy legitimálja az agresszió kifejezését. Nélküle a betegnek nem lenne lehetősége dühe kifejezésére (214).

Déváld (39) kétfázisos modellt ajánl az evészavarok kezelésére:

1. A terápia első fázisában a hangsúly a kezelés formális vonatkozásaira kerül. A terapeutának meg kell maradnia, az intenzív áttételi nyomás ellenére, neutrális és objektív pozícióban.
2. A terápia második fázisában az intrapszichés konfliktusok, tudattalan képzetek, vágyak és fantáziák kibontakozására és átdolgozására kerül sor. A szerző rendkívül fontosnak tartja az evészavarok kezelésében a fallikus-ödipális vágyak, fantáziák feltárását és átdolgozását.

A fizikai vagy szexuális abúzust elszenvedett betegeknél, súlyos személyiség-problémákkal valamint más terápiás módszerre rezisztens betegeknél ajánlják a pszichodinamikus módszereket (214).

Nem ritkán a dinamikus orientált pszichoterápiákat más módszerekkel együtt alkalmazzák. A dinamikus orientált és a kognitív pszichoterápiák kombinációjának, a kognitív-analitikus terápia néven ismert irányzatnak az az előnye, hogy a kialakult kognitív torzulások azonosítását és korrekcióját a személyiségfejlődésbeli folyamatában nézi (37).

2.5.2. Családterápia

A családnak fontos szerepe lehet az evészavar kialakulásában, kiváltásában és fenntartásában (102, 141, 214, 235). A családterápia a rendszerszemléleten alapszik, ami szerint a család egymással kapcsolatban álló, és következetesen viszonyuló egységekből álló rendszer, amelyet meghatározó szabályok irányítanak. A családterápiában a terapeuta segíti a családot a változtatásban, ám az, hogy ez milyen módszerekkel történik, az adott családterápiás irányzat elméleti modelljétől függ (30).

A strukturális családterápia irányzata (125) a pszichoszomatikus tünet megjelenését a családi diszfunkció kifejeződésének tekinti. Ezért azoknak a diszfunkcionális mintáknak a felderítésére és megváltoztatására törekszik, amelyek erősítik és fenntartják a betegség tüneteit.

A milánói, szisztémás iskola (167, 168) szerint a tünehordozó a betegségével egyensúlyt teremt családban, így a tünetegettes egy nem megfelelő

problémamegoldásnak tekinthető. A szisztémás iskola a család kommunikációjára összpontosít, segíti a megfelelő kommunikáció kialakítását. A tünet pozitív átkeretezése által rávilágítanak a tünet szerepére a családi rendszeren belül.

A transzgenerációs családterápia (181) azon családi hiedelemrendszerek feltárására és átkeretezésére irányul, amelyek hozzájárulnak a betegség kialakításában is fenntartásában.

A családterápia serdülő AN-s betegeknél a leghatékonyabb terápiás eljárás az eddigi vizsgálatok alapján. A BN családterápiájáról kevesebb irodalmi adat van, ami a BN-s betegek magasabb életkorával, függetlenségével magyarázható (214, 235).

2.5.1. Kognitív viselkedésterápia

A kognitív viselkedésterápia célja, hogy módosítsa azokat a specifikus viselkedéseket és gondolkodási módokat, amelyek fenntartják a betegséget. Az evészavarok KVT-ja vonatkozásában napjainkra már gazdag szakirodalom született (42, 47, 49, 50, 73, 83, 205, 214, 216, 223, 236, 238).

A BN fenntartó tényezői közé bizonyos kognitív sajátosságokat sorolnak, amelyek ahhoz vezetnek, hogy a beteg állandóan a hízástól való félelemben él, különösen érzékeny a súlyváltozásra és igyekszik diétázással kontrollálni táplálkozását. A diétázás viszont különböző pszichológiai és fiziológiai mechanizmusokon keresztül a falásrohamokhoz vezet, amelyeket követően a betegek különböző kompenzáló módszereket alkalmaznak az ételtől való megszabadulásuk érdekében. A KVT a BN esetében három szakaszból áll:

1. Az első szakaszban azon van hangsúly, hogy a páciens visszanyerje a kontrollt a táplálkozása fölött, és normalizálódjon az étkezése.
2. A második fázisban azokra a folyamatokra koncentrálnak, amelyek segítenek a diétázás abbahagyásában, és a cél falásrohamokat kiváltó tényezők megszüntetése. Azokat a kognitív sajátosságokat is célba veszik, amelyek a betegség fenntartásában közrejátszanak, és a problémamegoldó készségek növelését igyekeznek elérni.

3. A harmadik szakaszban az eredmények megtartására, a relapszus prevencióra fókuszálnak.

A BN kezelésében eddig a KVT-nak vannak a legjobb eredményei.

Az AN-ra sokáig nem volt kidolgozott KVT modell, és a terápiában leginkább a BN-ra alkalmazott módszereket alkalmazták, különböző módosításokkal. Fairburn és mtsai (52) 1999-ben közölték az AN KVT modelljét, amelynek az a lényege, hogy az AN pszichopatológiájának központi jellegzetessége az evéskontroll extrém szükséglete. A szerzők szerint az evéskontroll szükséglete az általános önkontroll-szükséglet, a perfekcionizmus, az alacsony önértékelés és a hatékonyságérzés hiányának kombinációjából fejlődik ki. Szerintük a beteg szélsőséges önkontroll-igényét közvetett és közvetlen módon mérsékelni kell, fokozatosan elmozdítva az evésről.

2.5.3. Interperszonális pszichoterápia

Az ITP a rövid, strukturált terápiák közé tartozik, a hangsúlyt a páciens interperszonális kapcsolataira helyezi, azokra az életeseményekre, kapcsolatokra, amelyek fenntartják a zavart (43, 115, 122, 214). Az „Itt és most” elv alapján működik. A BN kezelésében kipróbált és igazolt az ITP hatékonysága.

Az ITP nem foglalkozik közvetlenül az evészavarok tüneteivel. Ha a beteg a terápia során áttér az evészavar tüneteire, a terapeuta átirányítja a figyelmet az interperszonális problémákra.

A terápiát három szakaszra lehet osztani

1. A jelenlegi interperszonális problémák valamint a betegséget fenntartó interperszonális tényezők pld. a falásrohamok, vagy purgálás kiváltásához hozzájáruló kapcsolati konfliktusok azonosítása. Interperszonális kontextusban vizsgálják az evészavar kialakulását, összehasonlítják a beteg interperszonális kapcsolatait most és a betegség kezdete előtt.

2. A terápia második szakaszában a beteg veszi át a vezető szerepet. Feladata, hogy különböző oldalakról tanulja meg elemezni a megjelenő interperszonális problémákat, konfliktusokat, jobban megértse ezeket, és megtalálja a különböző megoldásokat.
3. A terápia utolsó szakaszában ritkulnak a találkozások. Két célja van ennek a szakasznak: az elért eredmények biztosítása, és a relapszus kockázatának csökkentése.

2.5.5. Hatékonysági vizsgálatok AN-ban

Az evészavarokban szenvedők randomizált, kontrollált családterápiájának több fázisú hatékonyságvizsgálatát Russell és Dare munkacsoportja végezte (36, 164). Az első fázisban AN-ban szenvedő betegeknél a családterápia és az egyéni szupportív terápia hatékonyságát hasonlították össze. Ötéves követés után a családterápiában részesültek 90%-ánál stabil volt a gyógyulás, míg az egyéni terápiával kezelt betegek 50%-a még evészavarban szenvedett. Az AN-s betegek családjának működésében bekövetkezett változások is stabilnak bizonyultak két éves követéses vizsgálatban (225). A második fázisban rövid, fokális pszichoterápia és a családterápia hatékonyságát hasonlították össze. Szignifikáns különbség mutatkozott a családterápia javára. A harmadik fázisban a hagyományos családterápiát az úgynevezett „családi tanácsadással” hasonlították össze, amikor a szülőkkel és a beteggel külön beszélnek az ülés folyamán. Mindkettőnek hasonló volt a hatékonysága.

A fenti vizsgálatokon kívüli más kontrollált vizsgálatot családterápiájában Robin és mtsai (158) végeztek. Az AN behaviorális családterápiáját dinamikus egyéni terápiával hasonlították össze, és a két módszer egyforma hatású volt. Később hasonló vizsgálatot végeztek (159), és hasonló eredménnyel. Háromféle csoportterápiát hasonlítottak össze ambuláns betegek kezelésében: KVT, hagyományos viselkedésterápia és eklektikus terápia. A 6 és 12 hónapos követés eredményei nem mutattak különbséget, mind a három csoportban hasonló mértékű súlynövekedés és a szociális funkciók javulása következett be. Ball (10) összehasonlította az egyéni ambuláns KVT-t a viselkedésorientált családterápiával, és hasonló eredményre jutott.

2.5.6. Hatékonysági vizsgálatok BN-ban

A BN-ban jóval több kontrollált vizsgálat született, mint AN-ban, s ezek a KVT módszer hatékonyságát erősítették meg (85). A KVT-val – bár BN esetében ezt az elsőként választandó módszernek tartják – a betegek csak 30-50%-a gyógyul, a másik fele egyáltalán nem, vagy csak kisebb mértékben javul.

Több metaanalízis is készült, és az adatok szerint a falásrohamok remissziója 51-71%, a purgálása 36-56% volt (238). A változás megőrzését igazolják a követéses vizsgálatok, például Fairburn és mtsai (51) vizsgálati eredményei szerint hat évvel a kezelés után a BN-sok 48%-a tünetmentes volt.

Újabb és igen fontos megközelítés a farmako- és a pszichoterápia kombinációja. Több vizsgálat támasztja alá, hogy a KVT-val vagy csoportterápiával kombinált gyógyszeres terápia hatékonyabb, mint bármelyik módszer önmagában (4, 129, 226).

Egyéb pszichoterápiákkal végzett összevetések is azt igazolják, hogy a KVT a leghatásosabb kezelési formák közé tartozik BN-ban. Garner és mtsai (72) szupportív pszichoterápiákkal, Fairburn és mtsai (50) interperszonális pszichoterápiával végeztek összehasonlítást, s a KVT ennek tükrében is igen hatékonynak bizonyult.

Egy nagyszabású, 220 beteggel végzett vizsgálat keretében összehasonlították az IPT és a KVT hatékonyságát (5). Közvetlenül a terápia után szignifikáns különbség volt a két terápiás megközelítés hatékonysága között. A KVT-val kezelt BN-s betegek 45%-a tünetmentes volt, míg az IPT-val kezelt betegeknek csak 8%-a. Ez a különbség viszont az egyéves követésnél már nem mutatkozott: a KVT-val kezelt betegek 40%-a, az IPT-val kezelt 27%-a volt tünetmentes. Ennek az eredménynek a tükrében mindkét terápiás megközelítésnek hasonló a hatékonysága, de a KVT gyorsabban hat.

Fairburn és Harrison (48) 2003-ban összesítette az addigi terápiás módszerek hatékonysági vizsgálatait, aszerint, hogy milyen erősek a bizonyítékok, melyek a terápiás hatékonyságra vonatkoznak, és milyen a vizsgált terápia hatékonysága. Az 1. táblázat leegyszerűsítve mutatja az eredményeket. A táblázatból kitűnik, hogy a BN kezelésében a legjobb hatékonyságot, bár az is csak közepes mértékű, a KVT éri el, majd ezt követi a farmakoterápia és az ITP. Az AN kezelésében a családterápia

bizonyult a leghatékonyabbnak serdülők számára, a többi terápiás irányzatnak a hatékonysága gyenge.

Terápiás megközelítés	Anorexia nervosa		Bulimia nervosa	
	bizonyítékok	hatékonyság	bizonyítékok	hatékonyság
Antidepresszánsok (akut kezelés)	mérsékelt	0	jelentős	**
Antidepresszánsok (relapszus prevenció)	mérsékelt	*	mérsékelt	*
Kognitív-analitikus terápia	mérsékelt	*	nincs	-
Kognitív viselkedésterápia	mérsékelt	*	erős	***
Expozíció válaszprevencióval	nincs	-	közepes	**
Családterápia serdülőknél	közepes	***	nincs	-
Interperszonális pszichoterápia	nincs	-	közepes	**
Pszichodinamikus terápia	mérsékelt	*	mérsékelt	*
Pszichoedukációs önségítés	nincs	-	közepes	*
Táplálkozási tanácsadás	mérsékelt	0	mérsékelt	*

1. táblázat: Terápiás megközelítések hatékonysága és a bizonyítékok erőssége a kontrollált vizsgálatok alapján
Forrás: (48).

Bizonyítékok erőssége:

nincs - nincs vizsgálat;

mérsékelt - négy vizsgálat van és egyik sem kiváló minőségű;

közepes – legalább négy vizsgálat, vagy kettő kiváló minőségű;

jelentős - a közepes és erős között,

erős - legalább tíz vizsgálat, és legalább öt kiváló minőségű vizsgálat.

Hatékonyság: 0 - nem hatékony; * - enyhe; ** - mérsékelt; *** - közepes

2.6. PREVENCIÓS LEHETŐSÉGEK

A prevenció szükségességét senki sem vitatja. Azt viszont, hogy a fogalom mit takar az evészavarok esetében, milyen módszerek hasznosak, és hogyan értelmezzük az eddigi kutatások eredményeit, élénk vita tárgya. Az utóbbi másfél évtizedben egyre több prevenciós beavatkozás történt a nyugati országokban (20, 26, 28, 82, 135, 199). Catalano és Dooly (27) az elsődleges prevencióban reaktív és proaktív stratégiákat különböztet meg. A reaktív primer prevenció magában foglalja azokat a stratégiákat, amelyek segítenek a potenciálisan ártalmas stresszorokkal való megküzdésben, és erősítik a velük szembeni ellenállást. A proaktív primer prevenció pedig azokat a stratégiákat jelenti, amelyek kizárják az oki tényezőket, azaz igyekeznek elkerülni a stresszort. Az evészavarok prevenciójában gyakran használják a reaktív stratégiát, azaz igyekeznek megerősíteni az ellenállást azzal a nyomással szemben, amit a média és a kortársak gyakorolnak, de a proaktív stratégiákat nem nagyon alkalmazzák, pedig más területeken ezek sikeresek (dohányzás, drog stb.).

Austin (8) 20 prevenciós vizsgálatot elemez, amelyek többsége iskolában történt, mindegyik edukációs elemet tartalmazott, néhány médiaelemző program is volt köztük. A hatékonyságot tekintve a szerző a következő eredményt kapta: 20 intervencióból négy esetben tapasztaltak pozitív változást viselkedési szinten, öt vizsgálatnál a tudásszint növekedett és néhánynál a testtel és a súllyal kapcsolatos attitűdök és aggodalmak változását regisztrálták. Négy vizsgálat esetén viszont az utó- vagy követéses vizsgálatnál a tünetek rosszabbodása volt tapasztalható. Felmerül a gyanú az elemzés után, hogy ha csupán az evészavarokkal kapcsolatos ismereteket közvetítik, de alapvetőbb diszfunkciókat (mint például az alacsony önértékelés, a szociális kompetencia hiánya, érzelmi labilitás stb.) nem vonnak be a megelőző program fókuszába, akkor a zavarok gyakoriságának fokozódására is lehet számítani (26).

A prevenciós programok többsége rövid volt. Rövid programoktól reálisan nem várhatunk olyan változásokat, amelyek tartósan fennmaradnak anélkül, hogy környezeti változások is létrejönnének. A rövid programoktól inkább az várható el, hogy gondolatébresztők legyenek.

A meglévő prevenciós programok közül a legátfogóbb és a leginkább szociális környezetre irányuló program Norvégiában született (82, 197). Átfogó oktatócsomagot dolgoztak ki, amelyet az összes középiskola és kollégium, az iskolai egészségügyi szervezetek, a pedagógiai főiskolák és az egészségügyi iskolák is megkaptak. Az oktató anyag nemcsak az ismeretanyagot közölte az evészavarokról és következményeiről, a testi fejlődés sajátosságairól, de nagy hangsúlyt fektettek a stresszel való megfelelő megbirkózási stratégiák és asszertivitás elsajátítására is, az anyag útmutatót tartalmazott a tanárok, védőnők, tanácsadók részére arról, hogy mi a teendő evészavar gyanúja esetén. A program második részének egyik fontos pontja volt az evészavarokkal kapcsolatos kompetencia és tudás növelése a segítőkben. 136 kurzust az iskolai és az egészségügyi személyzet részére tartottak, melyeken kb. 10 000 ember vett részt.

Hasonlóan többkomponensű, de egyszerűbb prevenciós programokat mások is közölnek (20, 199).

Az eddigi kutatások legfontosabb tanulsága, hogy a proaktív prevenciós beavatkozások nélkül a reaktív prevenciós beavatkozások legfeljebb figyelemfelkeltők. Ezért mindkettőnek párhuzamosan kell történnie az evészavarok prevenciójában. A British Medical Association által 2000 kiadott, az „Evészavarok, testkép és média” című jelentés (38) jól körvonalazza a teendőket ezen a területen. A jelentés amellett, hogy felhívja a figyelmet az evészavarok egyre gyakoribb előfordulására és veszélyeire, részletes javaslatokat fogalmaz meg a média, az egészségügy, az oktatás, és a kormányzati egészségügyi stratégia felé, hogy mi a teendő, és rámutat azokra a pontokra, ahol közösen kell dolgozniuk a különböző szakembereknek.

2.7. EPIDEMIOLOGIAI VIZSGÁLATOK

Az evészavarok gyakorisága különböző vizsgálatokban eltérő (92, 131, 221, 214). Ennek egyik oka az alkalmazott kritériumok különbözősége, mivel a diagnosztikai kritériumok fokozatosan módosultak, így például a DSM-III kritériumokon alapuló adatok a szigorúbb kritériumokat alkalmazó DSM-III-R-hez képest sok szubklinikai esetet is magukba foglalnak. A másik ok a vizsgálati módszerekben rejlik. A prevalencia vizsgálatoknál a kétlépcsős vizsgálat ajánlott - azaz a kérdőíves szűrést interjúfázis követi, amely lehetőséget ad az adatok pontosítására. A kétlépcsős vizsgálatok nagyon költségesek és nagy minták esetén szinte lehetetlenek, ezért az epidemiológiai felmérések egy része egylépcsős.

2.7.1. Epidemiológiai vizsgálatok nyugati országokban

Az evészavarokra vonatkozó epidemiológiai vizsgálatokat főleg a nyugati országokban végezték. Van Hoeken és mtsai (221) – összefoglalva az eddigi incidenciac- és prevalencia vizsgálatokat – kiemelik, hogy az incidenciac vizsgálatok eredményei (a zavarok rejtett volta miatt is) minimális becslésnek tekinthetők. Az AN incidenciája minimum 8 / 100 000 lakos/év, a BN incidenciája minimum 13 / 100 000 lakos/év volt a legmondosabb vizsgálatok alapján (92, 209). Általánosan elfogadott, hogy a fiatal, 15-24 év közötti nőknél az evészavarok incidenciája nőtt az utóbbi évtizedekben (120). A részletes incidenciac vizsgálatok eredményeit magyar nyelven Túry és Szabó (214) foglalták össze.

Szigorú diagnosztikai kritériumokat felhasználó kétlépcsős vizsgálatok eredményei szerint a fiatal nők között az AN egyéves prevalenciája átlagosan 0,28%, a BN élettartam-prevalenciája pedig 1% körül volt (92).

A nem kétlépcsős vizsgálatok közül Lucas és mtsai (120), Hoek (93), Garfinkel és mtsai (67, 68), Ghaderi és Scott (77) vizsgálati eredményeit emeljük ki. Hoek (93) reprezentatív holland vizsgálatában a következő eredményeket kapta: az AN pontprevalencia 0,0184%, a BN pontprevalencia 0,0204% volt az össznépeességre vonatkozóan, a 15-29 éves korcsoportban az egyéves AN-prevalencia 0,16%, az egyéves BN prevalencia pedig 0,17% volt. A kanadai átlagnépeesség vizsgálatában

Garfinkel és mtsai (67, 68) a nők között 1,1% BN élettartam-prevalenciát találtak, az AN élettartam-prevalenciája 0,56% volt. Lucas és mtsai (120) az USA-ban átfogó szűrés alapján 0,15% AN-pontprevalenciát találtak, a 15-19 éves nők között pedig 0,48%-ot. Götestam és Agras (81) az általános norvég női populáción végzett vizsgálatban a következő pontprevalenciákat kapta: BN 0,7%, AN 0,3%, atípusos evészavar 1,3%, a 18-29 éves korosztályban pedig a BN 1,8%, AN 0,35%, atípusos evészavar 2,2% pontprevalencia volt. Egy svéd vizsgálatban Ghaderi és Scott (77) 1157, 18-30 év közötti nőt vizsgált, az DSM-IV szerinti AN pontprevalenciája 0%, élettartam prevalenciája 0,86% volt, míg a BN pontprevalenciája 1,75%, az élettartam prevalencia pedig 2,85% volt. A felmérésben egyéb evészavarokat is vizsgáltak (falászavar, atípusos evészavarok), és megállapították, hogy az összes evészavar pontprevalenciája 2,59%, az élettartam-prevalencia 7,78% volt.

2.7.2. Epidemiológiai vizsgálatok közép-kelet-európai országokban

Amint korábban ezt már említettük, sokáig az a nézet uralkodott, hogy az evészavarok elterjedtségét a „3 W” jellemzi: white Western women (=fehér nyugati nők). Az evészavarokat a kultúrafüggő szindrómák (culture-bound syndrome) közé sorolták (148, 149), és a más kultúrákban megjelenő evészavarokat a nyugati kultúrával való túlzott azonosulás következményének tekintették. Nasser (131) szerint ez az álláspont nem tartható tovább – egyrészt azért, mert egyre több nem-nyugati kultúrában végzett vizsgálat azt bizonyítja, hogy az evészavarok, ha nem is azonos, de hasonló mértékben jelen vannak másutt is, másrészt szerinte az evészavarok nem annyira egyfajta kultúrával függenek össze, mint inkább a globális kulturális változásokkal és a média által közvetített, uniformizált értékrenddel.

A közép-kelet-európai országokban néhány klinikai jellegű beszámoló mellett kevés epidemiológiai vizsgálat történt, és a meglévők többsége is diákmintákon készült (17, 112, 134, 151, 152, 202, 208, 239, 240). A vizsgált minták nagysága általában nem haladta meg az 1000 főt, kivéve a szlovén vizsgálatot.

Lengyelországban 747 tanulólány (14-16 éves, fővárosi elsőéves gimnazisták) kétlépcsős vizsgálata szerint nem találtak a DSM-III-R kritériumainak megfelelően sem

AN-t, sem BN-t, viszont a szubklinikai evészavarok pontprevalenciája 2,34%, a diétázás pontprevalenciája 28,6% volt (239, 240).

Tomori és Rus-Makovec (202) 4700 a felsőoktatási intézményekben tanuló szlovén lányok között 1,1%, a fiúk között 0,1% bulimiást talált.

A csehországi incidenciadatak (54) az egészségügyi minisztérium által közölt statisztikán alapszanak. Ezek alapján Prágában jelentősen nőtt az AN incidenciája. 1973-ban az incidencia 1,08 / 100 ezer lakos volt, ami 1991-ben 4,1 / 100 ezerre növekedett. Egy másik közlés (112) szerint 981 fős diákmintán a BN aránya meglepően magas, 5,7% (1,1% purgáló és 4,6% nem purgáló típus) volt a nők között, és csak egy nő (0,14%) felelt meg az AN kritériumainak, de ezeket az adatokat óvatosan kell kezelni, mivel a BN megállapításához alkalmazott kritériumok leírása hiányos.

Nagyon érdekesek Wastenhoefer (232) vizsgálati eredményei. Miközben megállapította, hogy a Nyugat-Németországban 1990-97 között a BN mind a nők mind a férfiak körében enyhén csökkent, 1997-ben Nyugat- és Kelet-Németországban a nők között majdnem azonos volt a vizsgált evészavarok prevalenciája. BN Nyugat-Németországban 1,1%, míg Kelet-Németországban 1,5%. Egy korábbi vizsgálatban, melyben a nyugat- és kelet-berlini diákok evési attitűdjeit vetették össze, szintén hasonló eredményeket kaptak mindkét csoportban (134).

Nagyon kevés adat van orosz területről. Tsivil'ko és mtsai (208) 2062 (12-17 éves) tanulólányt vizsgáltak. Eredményeik szerint 3,4% megfelelt a BNO-10 AN kritériumainak, bár ebbe a csoportba a szerzők a BN-t is beleszámították, mert a BN-t az AN változatának tekintették. Nem közölték részletesen a vizsgálat módszertanát, így eredményeiket óvatosan kell kezelni.

Vajon a közép-kelet európai szociálökonomiai és politikai változások befolyásolták-e egyáltalán, és ha igen, akkor milyen mértékben az evészavarok terjedését a különböző országokban? Ez jelenleg élénk vita tárgya (16, 80, 150).

2.7.3. Magyarországi vizsgálatok

Magyarországi diákmintákon több vizsgálatot folytattak (152, 191, 210, 211, 212, 215), Az átlagnépességben, de nem reprezentatív mintán eddig egy vizsgálat történt (194).

Egy nemzetközi összehasonlító vizsgálatban (152), amelyben Ausztria, a volt NDK és Magyarország vett részt, a legmagasabb prevalenciaértékek Magyarországon voltak. A BN gyakorisága Magyarországon 1%, Ausztriában 0,6% volt, míg az NDK-ban nem volt BN. AN-t nem találtak. Szubklinikai AN csak Magyarországon volt. Szubklinikai BN nők között az előfordulás Ausztriában 1,9%, az NDK-ban 1,7%, Magyarországon 3,8% volt. Ez megegyezik a korábbi magyarországi vizsgálatokkal (191, 211, 212, 215), ahol – bár kevésbé szigorú kritériumok alapján – megállapították, hogy a magyar diákok között magas volt az AN-s attitűd gyakorisága, továbbá egyetemista lányok között a DSM-III-R-nek megfelelő BN nők között 1,3%-ban fordult elő. Középiskolások között nem találtak BN-t. Az általános populációban végzett kérdőíves vizsgálat eredményei meglepően magas értékeket mutatnak a nők körében. AN-t nem találtak, a BN 0,7%-ban fordult elő, a szubklinikai BN gyakorisága 5,3%, a szubklinikai AN 0,7% volt (194).

A fentiekből kitűnik, hogy eddig átfogó reprezentatív evészavar-epidemiológiai felmérés nem történt a közép-kelet-európai országokban. Ezért az 1998-99-ben a fiatal magyar nők lelki- és egészségi állapotát vizsgáló országos reprezentatív felmérés egyik célja volt az evészavarok prevalenciájának meghatározása 15-24 éves nők körében, azaz az evészavarok szempontjából veszélyeztetett korcsoportban.

3. VIZSGÁLAT

3.1. KUTATÁS A MAGATARTÁSTUDOMÁNYOKBAN

A magatartástudományokban végzett kutatások általános céljai nem különböznek más tudományokétól. Ezeket általában a következő csoportokba szokták sorolni: felderítés, leírás, előrejelzés, ok-keresés és magyarázat. Természetesen ezeket nem lehet elkülönülten kezelni, mivel sok kutatás egyszerre több célt is kitűz magának (195).

Felderítésről általában akkor van szó, ha a kutató új, vagy kevésbé ismert jelenséget szeretne jobban megismerni. A felderítő kutatások segítséget nyújtanak a későbbi vizsgálatok megtervezésénél.

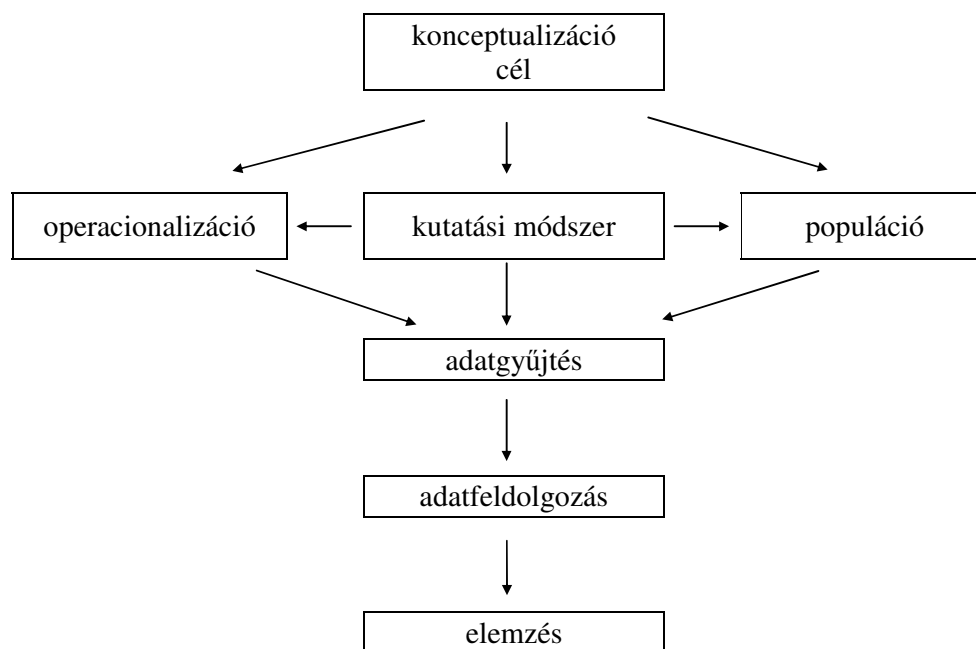
A leírásnak az a célja, hogy a kutató pontos képet kapjon az általa vizsgált dimenziókról, vagy pedig egy másik szinten célja lehet azoknak a módoknak a leírása, ahogyan az események, jelenségek korrelálnak egymással.

Ha az adott események, jelenségek bizonyos gyakorisággal kapcsolódnak egymáshoz, lehetőség nyílik az előrejelzésre. Az anticipált események, jelenségek azonosítása nagy jelentőségű a magatartástudomány számos területén (pl. prevenció különböző szinteken: a veszélyeztetett csoportok kiválasztása, a prevenció fókuszának megállapítása stb.). Két vagy több jelenség közötti korreláció megállapítása nem ad választ az ok-okozati összefüggések kérdéskörére. Ahhoz viszont, hogy pl. egy viselkedésformát módosítsunk, ismernünk kell ennek a viselkedésnek az okait. Az okok felderítése nem azonos a magyarázattal, bár talán e kettő kapcsolódik egymáshoz a legszorosabban. Mivel gyakran nehéz az igazi, vagy az összes ok felderítése, az a magyarázat, amely a tudomány fejlődésének adott stádiumában adekvátnak tűnik, részben vagy akár teljesen elveszítheti jelentőségét az új okok, jelenségek felderítésekor. A tudományos kutatás mindig magában hordozza ezt a fajta többértelműséget, amely a jövő kutatók csíráját képezi és a tudományos kutatás dinamikáját biztosítja.

Azt, hogy milyen kutatási stratégiát választunk, a tanulmányozott kérdés jellege és a lehetőségeink határozzák meg. A kérdőíves felméréseket, keresztmetszeti vizsgálatokat, mint amilyen a miénk, leggyakrabban a leíró és korrelációs kutatásokban használják. A

jelenségek leírása szükséges ahhoz, hogy a későbbiekben egy adott kérdést részletesen tudjunk tanulmányozni. A korrelációs kutatások arra keresik választ, hogy van-e összefüggés a vizsgált változók között. Mint említettem, az együttjárás nem magyarázza meg az oksági kapcsolatot. Az ok-okozati viszony megállapításához szükséges, hogy az ok időben megelőzze az okozatot. A korrelációs kutatásokban nyert adatok csak ritkán adnak választ erre a kérdésre. Egy másik fontos jelenség, amire figyelni kell a korrelációs kutatásoknál, az úgynevezett harmadik, mediáló változó hatása. A kérdés ilyenkor, hogy a két változó közötti korreláció fennállása nem magyarázható-e egy harmadik változó hatásával, amely befolyásolja mind a két vizsgált változót.

A kutatásunk kivitelezése és leírása során követtük a Babbie (9) által közölt kutatási folyamat-modellt (3. ábra).



3. ábra: A Babbie által közölt kutatási folyamat-modell egyszerűsített változata.

3.2. A VIZSGÁLAT CÉLJAI

Az eddigi kutatások is (33, 34, 84, 104, 105, 153, 188, 189) rámutattak, hogy milyen fontos a fiatal magyar nők lelki-egészségi állapotának a felmérése. Mi azoknak a mentális zavaroknak a feltérképezését tűztünk célul, melyre az adott korosztály és nők veszélyeztetettek.

Az evészavarok irodalmi áttekintése alapján azt mondhatjuk, hogy bár egyre jobban ismerjük az evészavarok természetét, mégis számos kérdés nyitva marad, az etiopatológia, komorbiditás, terápia és prevenció, de még a diagnosztikai kritériumok területén is. Ezért is izgalmas ez a terület a kutató számára. Kutatásomban nem igyekszem megválaszolni az összes felmerülő kérdést, csak egy részterületet szeretnék tisztázni. A következő kérdésekre keresem a választ:

1. Mekkora az evészavarok prevalenciája fiatal magyar nők körében?
2. Milyen pszichoszociális jellemzők és komorbid problémák mentén tér el kortársaitól az evészavarral jellemzett csoport?

3.3. MINTA

A fenti vizsgálat keretében 3615, 15-24 éves nő adatait elemeztük anonim kérdőív segítségével. 2016 fő tanuló volt, 1599 már nem tanult. A kérdőív széleskörű volt, tartalmazta a szociális-anyagi háttérre, az iskolai, munkahelyi körülményekre, az egészségi állapotra, az egészséges magatartásra, a táplálkozási magatartásra és szokásokra, a fizikai és szexuális abúzusra, a szexuális magatartásra, a pszichés állapotra és jellegzetességekre vonatkozó kérdéseket. A kérdőív végleges változatát 120 fiatal nővel végzett elővizsgálat után alakítottuk ki. A kérdőív két változatban készült: a tanulók kérdőíve 161 kérdést, a már nem tanulóké 188 kérdést tartalmazott (a különbség a munkahelyi körülményekre vonatkozó 27 kérdést jelenti).

A vizsgálat a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Kutatásetikai Bizottsága, az adatvédelmi biztos és a kisebbségvédelmi ombudsman engedélyével történt (az utóbbira

azért volt szükség, mert a kérdőív az etnikai hovatartozásra vonatkozó kérdést is tartalmazott).

A mintavétel módszere többlépcsős rétegzett mintavétel volt. A minta kiválasztása tanulók esetében először az ország régióiban (a Központi Statisztikai Hivatal által kijelölt 6 régió: Közép-Magyarország, Észak-Magyarország, Észak-Alföld, Dél-Alföld, Dél-Dunántúl, Észak-Dunántúl), a régiók lakosságának az arányában, a második lépésben a régiókon belül az iskolatípus és az életkor figyelembevételével történt. A nem tanulók esetében (dolgozók, munkanélküliek, GYES-en lévők, háztartásbeliek) a kiválasztás az első lépésben az ország régióiban történt (a régiók megegyeztek a tanulók esetén alkalmazottakkal). A régiókon belül a kiválasztás a foglalkozási típusok (a Központi Statisztikai Hivatal által megadott kategóriák: diplomás vagy vezető, egyéb szellemi foglalkozású, kisvállalkozó, szakmunkás, segédmunkás; ezt kiegészítettük két kategóriával: háztartásbeli vagy GYED-en, GYES-en lévő, valamint munkanélküli) és az életkor alapján történt.

A tanulók kiválasztásánál az iskolatípusok (gimnázium, szakközépiskola, szakmunkás-képző, szakiskola, főiskola, egyetem) arányai az országos létszámarányoknak feleltek meg. Az iskolák kiválasztása egy adott régióban random módon, a régió összes iskolájának listájából történt, majd a további lépésben az adott iskolán belül évfolyamonként átlagosan 10, szintén random módon, névlista alapján kiválasztott személy egyidejűleg töltötte ki a kérdőíveket a kiképzett kérdezőbiztos felügyelete mellett. Ha az iskolában nem volt annyi lánytanuló, ami a random kiválasztáshoz szükséges lett volna, akkor ugyanabból a régióból, ugyanolyan típusú új iskolát vontunk be. Az iskolások esetében a település nagyságot csak részben tudtuk figyelembe venni, mivel a közép- illetve felsőfokú iskolák általában csak nagyobb lélekszámú településen találhatóak - a 20 000 lélekszám alatti településeken általában kevés a középiskola.

A nem tanuló minta kiválasztása a régió, az életkor, a település nagyság (ennek három kategóriája: 20 000 lakos alatti, 20 000 – 50 000 közötti és 50 000 fölötti), továbbá a foglalkozási típus arányainak megfelelően történt. A kérdezőbiztos személyesen kereste meg a válaszadókat és az ő felügyelete alatt történt a kérdőív kitöltése. A nem tanulók esetén a település véletlenszerű kiválasztását úgy igyekeztünk biztosítani, hogy a

random módon kiválasztott iskolák településeiben kerestük meg a kikérdezendő személyeket.

A visszautasítási ráta mindössze 6% volt. Visszautasítás esetén tanulóknál azonos évfolyamból választottunk ki egy másik tanulót, a nem tanulóknál a kérdezőbiztos azonos településen lakó, azonos korú és azonos foglalkozástípusú személyt keresett meg.

A tanulók mintájában 10,4% szakmunkásképzőbe, 33,6% szakközépiskolába, 34,6% gimnáziumba, 1,3% szakiskolába, 19,5% felsőfokú oktatási intézménybe járt. A nem tanulók között a következő volt az iskolai végzettség eloszlása: 0,6% 8 általánosnál alacsonyabb végzettségű, 10,8% 8 általánost végzett, 30,2% szakmunkásképzőt, 48,9% érettségizett, 9,0% felsőfokú végzettségű. A tanulók mintájában a korátlag $17,6 \pm 2,13$ év, nem tanulók mintájában $21,5 \pm 1,95$ év volt.

Csak azokat a kérdőíveket vettük figyelembe, ahol a válaszadó hiánytalanul válaszolt mindegyik, az evészavarok megállapításához szükséges kérdésre. Így az evészavarok vonatkozásában vizsgált minta 3385 főből állt, ami az eredeti minta (3615 fő) 94%-a volt.

Az adatok feldolgozása során arra a kérdésre kerestünk választ, hogy a vizsgált mintában milyen az AN, a BN, valamint ezek szubklinikai formáinak pontprevalenciája. Mivel kérdőíves vizsgálatról van szó, természetesen csak becsült vagy szimulált diagnózisról beszélhetünk.

3.4. KRITÉRIUMOK, ALKALMAZOTT KÉRDŐÍVEK

3.4.1. Az evészavar, súlykontroll-módszerek megállapításához alkalmazott kritériumok

A kritériumokat részben a DSM-IV (7) által meghatározott evészavarok diagnosztikai kritériumainak igyekeztük megfeleltetni. A súlyvesztés mértékére vonatkozóan viszont a BNO-10 (233) testtömeg-index-kritériumát alkalmaztuk, mert a DSM-IV-ben leírt 15%-os súlyhiány megállapítása a hazai testsúlynormák hiánya miatt nehezebb lett volna.

Az egyes kritériumok megállapításánál két skálát használtunk:

- A Garner és mtsai (70) által kidolgozott és később bővített (69) Evészavar Kérdőív (EDI) „Karcúság iránti késztetés” skáláját. A magyar adaptációt Túry és mtsai (213, 214) végezték. Ez az alskála a különböző felmérések szerint mind a két evészavar-típusban jól körülírja a fokozott kockázatú populációt, s az általános populáció szűrésére alkalmas (152). A skála magas belső validitással rendelkezik (Cronbach $\alpha=0.85$).
- A Yager és mtsai (244) által kidolgozott Evészavar-tünetek Súlyosság Skáláját, amely az evészavarok tüneteinek gyakoriságát vizsgálja (214). A skála a következő viselkedéseket vizsgálja: testedzés a testsúly és az alak miatt, diétázás fogyás vagy súlytartás érdekében, étvágycsökkentők, hashajtók, vízhajtók szedése, önhánytatás, falásrohamok előfordulási gyakorisága (soha, havonta egyszer, havonta többször, hetente egyszer, hetente többször, naponta, naponta többször).

A becsült AN kritériumai a következők voltak:

- $BMI \leq 17,5 \text{ kg/m}^2$,
- amenorrhoea legalább 3 hónapon keresztül,
- az Eating Disorder Inventory (EDI)-ban a „Karcúság iránti késztetés” skála legalább 14 pont.

A becsült BN kritériumai:

- a falásroham gyakorisága legalább hetente többször,
- legalább az egyik kompenzáló viselkedés (önhánytatás, hashajtók, vízajtók, étvágy-csökkentők szedése, diétázás, testedzés) előfordulása minimum hetente többször,
- az EDI-ben a „Karcúság iránti késztetés” skála legalább 14 pont.

Szubklinikai evészavarok esetén olyan evészavarokat vizsgáltunk, amelyek bár nem merítik ki teljességükben a fenti kritériumokat, de a nagyon közel állnak BN-hoz és AN-hoz.

A szubklinikai AN kritériumai:

- rendszertelen menses vagy amenorrhoea,
- az EDI-ben a „Karcúság iránti késztetés” skála legalább 10 pont,
- BMI < 19 kg/m².

A szubklinikai BN kritériumai:

- falásroham legalább havonta többször,
- legalább az egyik kompenzáló viselkedés előfordulása (önhánytatás, hashajtók, vízajtók, étvágycsökkentők szedése) minimum havonta többször, testedzés és diétázás esetén legalább hetente többször,
- az EDI-ben a „Karcúság iránti késztetés” skála legalább 10 pont.

3.4.2. A szociális-családi háttérjellemezők vizsgálatánál alkalmazott változók

Lakóhely

Három kategóriát képeztünk a lakóhely vizsgálatánál (Budapest és megyeszékhely / egyéb város / község).

Szülők iskolai végzettsége

A szociális háttér vizsgálatánál a szülők iskolai végzettségét vettük figyelembe. Az utóbbinál három kategóriát képeztünk: magasnak tekintettük az iskolai végzettséget, ha

legalább az egyik szülőnek felsőfokú végzettsége van, közepesnek, ha legalább az egyik szülőnek érettségije van, alacsonynak, ha egyik szülő sem érettségizett.

Szülők pszichiátriai betegsége

A következő kérdéseket tettük fel:

„Tudomásod szerint vérszerinti édesszüleid szenvednek-e vagy szenvedtek-e az alábbi betegségekben?

1. Depresszió
2. Egyéb pszichiátriai betegség”

Külön kérdeztünk rá a vizsgált személy édesapjára és édesanyjára. A feldolgozás során a két kérdést egy változóvá alakítottuk: szülők pszichiátriai betegsége: volt / nem volt

Alkoholproblémák a családban

A következő kérdést tettük fel:

„Jelöld meg, ha nálatok a családban előfordul a következő:

Édesanyám (vagy nevelőanyám) rendszeresen sok alkoholt fogyaszt

Édesapám (vagy nevelőapám) rendszeresen sok alkoholt fogyaszt”

Válaszlehetőségek: igen / nem

A feldolgozás során két kérdést egy változóvá alakítottuk: szülők rendszeres alkohol-fogyasztása.

A kérdőívben szereplő és általunk vizsgált többi változó egyértelmű, dichotóm változó volt.

3.4.3.A pszichés jellemzők vizsgálatánál alkalmazott kérdőívek, változók

Megküzdési módok rövidített kérdőíve

A teljes kérdőív (58, 59) faktoranalízise alapján (103, 109) három problémaorientált, három érzelempontú és egy támogatást kereső faktor különíthető el. Az adaptív megküzdési módot a problémaorientált megközelítés segíti leginkább, a jelentős érzelmi feszültség ezt akadályozza (107, 110). Kevésbé adaptív érzelmi megküzdési módok

első sorban akkor kerülnek túlsúlyba, ha nem érezzük magunkat képesnek, alkalmasnak a helyzet feletti kontrollra.

A felmérésbe nyolc tétel került bele: négy érzelmi megküzdési mód és négy problémaorientált megküzdési mód. A négy válaszlehetőséget (nem jellemző, alig jellemző, jellemző, teljesen jellemző) kétértékűvé alakítottuk át a feldolgozás során: jellemző / nem jellemző. Mindegyik tételt külön-külön vizsgáltuk.

Ellenségesség Kérdőív rövidített változata

Cook és Medley (31) által kidolgozott skálából faktoranalízis alapján hat tételből álló rövidített kérdőív került be a felmérésbe (106, 110, 111). Mi az elemzésbe öt tételt vontunk be. A hat tételből öt tétel általában az emberekre vonatkozott, egy tétel a családra. Az utóbbit kizártuk az elemzésből, az így alkotott skála belső validitása Cronbach $\alpha=0,63$ volt. Az ellenségesség pontszámát öt állításra adott válaszok alapján számítottuk ki. Két kategóriát képeztünk: magas és alacsony ellenségesség. A leválasztási (cut-point) pont ≥ 8 volt. A leválasztási pont megállapításához alkalmazott módszer leírását lsd. a „Statisztikai eljárások” fejezetet (az 59. oldalon).

Diszfunkcionális Attitűd Skála rövidített változata

A Weisman és Beck (228) által kidolgozott, Burns (23) által rövidített kérdőívet Kopp adaptálta (103, 107, 110) magyarra.

A kérdőív 7 attitűdöt vizsgál: külső elismerés igény, teljesítményigény, perfekcionizmus, szeretettség-igény, jogos elvárások, onnipotencia, külső kontroll. Több attitűd pozitív értéke fokozott belső elvárásokat jelent, és hajlamosító tényező mentális zavarokra (103, 107). A felmérésbe az adott attitűd legnagyobb faktorsúlyú állítása került bele (104, 109). Válaszlehetőségek (azaz az adott állítással kapcsolatban az egyetértés mértéke) a következők voltak: egyáltalán nem, inkább nem, inkább igen, teljesen egyetérték. Az így alkotott skála belső validitása Cronbach $\alpha= 0,62$ volt (163).

A skála pontszáma alapján magas belső elvárásokkal rendelkező csoportot képeztünk (≥ 13 pont). A leválasztási pont megállapításához alkalmazott módszeréről lsd. a „Statisztikai eljárások” fejezetet Ezen kívül tételenként is vizsgáltuk a skálát, kétértékű-

vé alakítva a változókat (igen / nem), arra keresve a választ, hogy mely attitűdök jellemzik az evészavar csoportot.

3.4.4. A komorbid mentális problémák vizsgálatánál alkalmazott kérdőívek, változók

Alkoholfogyasztás

A következő kérdést tettük fel:

„Az alkoholfogyasztással kapcsolatban, melyik állítás illik leginkább Rád?

1. Ritkán iszom szeszesitalt, és akkor is csak kevesebbet
2. Rendszeresen iszom szeszesitalt, de mindig csak kevesebbet
3. Ritkán iszom szeszes italt, de akkor nagy mennyiségben
4. Rendszeresen nagyobb mennyiségű szeszesitalt fogyasztok
5. Soha nem iszom szeszesitalt”

A vizsgált változót kétértékű változóvá alakítottuk: rendszeresen, vagy nagy mennyiségű alkohol fogyasztása / soha nem iszik, vagy ritkán kis mennyiségben.

Droghasználat

A következő kérdést tettük fel:

„Életed során hány alkalommal használtad a következő kábítószereket: marihuána vagy hasis, máktea vagy ópium, ragasztó vagy szerves oldószer, nyugtatók vagy altatók, nyugtatók alkohollal együtt, amfetaminok, Speed, LSD vagy más hallucinogén anyag, crack, kokain, heroin, Extasy?”

Mindegyik kábítószer-fajtára külön kérdés vonatkozott. Válaszlehetőségek: nem használtam, csak kipróbáltam, 10-nél kevesebbszer, 10-20 alkalommal, rendszeresen használtam.

Mivel a rendszeres droghasználat ritka volt a mintában, kétértékű változót alakítottunk: nem használtam - használtam. Az utóbbi arra vonatkozott, ha a felsorolt közül legalább az egyiket legalább kipróbálta.

Öngyilkosság

Két kérdést tettünk fel „Foglalkoztatottak-e már valaha öngyilkossági gondolatok? Volt-e öngyilkossági kísérleted?”

Válaszlehetőségek: igen/nem

Depressziós tünetegyüttes

A depressziós tünetegyüttes mérésére a Beck Depresszió Kérdőív (BDI) rövidített és magyar mintára adaptált változatát használtuk (13, 109, 162). A rövidített Beck depressziós kérdőív kilenc tételt tartalmaz. Klinikai validitását Rózsa és mtsai (162) végeztek el. A skálának magas a belső validitása: Cronbach $\alpha=0,85$ (163). A rövidített BDI pontszámát átszámítottuk, és a következő kategóriákat alkalmaztunk (103, 162).

A kérdőív kategóriái (depressziós kategóriák):

- 0-9 pont - nincs depresszió
- 10-18 pont - enyhe depresszió
- 19-25 pont - közép súlyos
- 26 pont felett - súlyos depressziós állapot

Az utóbbi két kategóriát egybevontuk, mivel a 19. leválasztási pontnál a kérdőív magas, 97,5%-os szenzitivitást mutat (162).

Szorongás

A következő kérdést tettük fel: „Érzel-e indokolatlan félelmet, szorongást?”

Válasz lehetőségek: nem/ ritkán/ gyakran.

A vizsgált változót kétértékű változóvá alakítottuk: gyakori indokolatlan szorongás / nem gyakori

Szexuális és fizikai abúzus előfordulása az elmúlt egy évben

A szexuális és fizikai abúzusra vonatkozóan két kérdést tettünk fel:

„Az elmúlt évben előfordult-e, hogy valaki megütött, megvert, megrugdosott vagy egyéb módon testileg bántalmazott?

Előfordult-e az elmúlt évben, hogy valaki szexuális aktivitásra kényszerített?”

Válaszlehetőségek: igen / nem

3.4.3. Statisztikai eljárások

Az adatok feldolgozása az SPSS 9 számítógépes programcsomag segítségével történt.

Az adatok elemzésénél leíró statisztikai módszereket használtunk. A csoportok összehasonlításánál, mivel minden egyes esetben kétértékű változót vizsgáltunk, esélyhányados (OR) becsültünk, 95% konfidencia intervallum (CI) mellett. Az esélyhányados számszerűen kifejezi a vizsgált két bináris változó kapcsolatának erősségét. A 95%-os konfidencia intervallum azt jelenti, hogy ismételt mintavétel esetén az esélyhányados 95%-os biztonsággal a megadott intervallumon belülre esik. Többváltozós elemzésként logisztikus regresszió analízist használtunk, mivel a függő változó bináris változó volt. Az eredmények az evészavar meglétére értendők. A logisztikus regresszió a vizsgált változók közötti összefüggéseket úgy vizsgálja, hogy egymástól független súlyokat becsli. A kapcsolat erősségét esélyhányadosban (OR) adtuk 95%-os konfidencia intervallum (CI) mellett. Többváltozós elemzésnél az adatokat minden egyes esetben korra kontrolláltuk, folyamatos változóként beléptetve a logisztikus regresszióba. A korátlagok összehasonlításánál t-próbát alkalmaztunk.

A leválasztási pont meghatározása az Ellenségesség, valamint a Diszfunkcionális Attitűd Skáláján azonos módszerrel történt. Mivel mind két skálának az eloszlása megközelítőleg normális volt, ezért az átlagtól való egy szórásnyi értéket vettünk leválasztási pontnak, ily módon hoztuk létre a magas ellenségességgel, valamint a magas belső elvárásokkal jellemzett csoportokat.

3.5. EREDMÉNYEK

3.5.1. Súlykontroll módszerek, evészavarok prevalenciája

Először azoknak a változóknak az előfordulási gyakoriságát vizsgáltuk, amelyek az evészavar megállapításához alkalmazott kritériumokat jelentették (2. táblázat).

	BMI		MENSES		KARCUSÁG IRÁNTI KÉSZTETÉS SKÁLA PONTSZÁMA		FALÁSROHAM	
	≤17,5	BMI >17,5 és BMI <19	Elmaradt legalább 3 hó	rendszeretlen	KK ≥14	KK<14 és KK≥10	hetente többször	havonta többször
N	296	658	86	843	478	294	83	290
%	8,7	19,4	2,5	24,9	14,1	8,7	2,7	8,6

2. táblázat: Az alultápláltság, a menstruációs zavarok és a falásrohamok százalékos gyakorisága a teljes mintában

KK: Karcsúság iránti késztetés skála az EDI-ben

BMI: testtömeg-index (kg/m^2)

Az egész minta 28,1%-a alacsony súllyal (BMI: $19 \text{ kg}/\text{m}^2$ alatt) rendelkezett, és a minta 8,7%-ában a BMI $17,5 \text{ kg}/\text{m}^2$ -nél alacsonyabb volt. Legalább három hónapon át tartó amenorrhoea fordult elő a minta 2,5%-ában, rendszeretlen menstruációt 24,9%-nál találtunk.

Magas volt azoknak az aránya, akik az EDI karcsúság iránti késztetés skálán magas pontszámot értek el. A minta majdnem egynegyede (22,8%) tíz vagy ennél több pontot ért el, jelezve, hogy mennyire fontos e korosztály számára a karcsúságideál.

Falásroham az egész mintában 21,5%-ban fordult elő, havonta legalább több alkalommal falásroham a vizsgált populáció 8,6%-ánál, hetente több alkalommal falásroham 2,7%-nál fordult elő.

A leggyakoribb súlykontroll módszer a mintában a diéta és a testedzés volt. A súly fenntartása vagy csökkenése érdekében a vizsgált személyek 38,9%-a havonta legalább egyszer diétázik, rendszeresen, azaz hetente legalább kétszer diétázik 11,7%, naponta 6,3%. Testedzést a súly vagy az alak miatt legalább egyszer havonta a személyek 49,2%-a, hetente legalább kétszer 27,6%-a és naponta 7%-a végez.

A minta 1,7%-ánál (57 fő) a következő viselkedések legalább egyike rendszeresen, azaz legalább kétszer hetente előfordul: önhánytatás, hashajtó, vízhajtó, étvágycsökkentők szedése. Étvágycsökkentők szedésének előfordulása az egész mintában 3,4%, rendszeres, azaz hetente legalább kétszer 0,9%, hashajtók alkalmazása 3,6%, rendszeres 0,7%, önhánytatás 2,3%, rendszeres 0,2%, vízhajtók alkalmazása 0,7%, rendszeresen csak egy fő alkalmazta (196).

A fent megadott kritériumoknak megfelelő evészavarok gyakoriságát a 3. táblázatban mutatjuk be.

	N	%
Becsült anorexia	1	0,03
Becsült bulimia	14	0,41
Szubklinikai anorexia	37	1,09
Szubklinikai bulimia	50	1,48
Összes evészavar	102	3,01

3. táblázat: Evészavarok gyakorisága a teljes mintában

Az egész mintában csak egy fő felelt meg az AN kritériumainak. A BN pontprevalenciája 0,41%, a szubklinikai AN pontprevalenciája 1,09%, a szubklinikai BN pontprevalenciája 1,48% volt.

Az evészavar csoport korátalga szignifikánsan ($p < 0,001$) alacsonyabb volt ($18,4 \pm 2,5$), mint azoknak, akiknek nem volt evészavaruk a leirt kritériumok alapján ($19,4 \pm 2,9$).

3.5.2. A tanulók és nem tanulók összehasonlítása súlykontroll módszerek és evészavarok szempontjából

Külön elemeztük az evészavarok előfordulását a fokozott kockázattal rendelkező tanulók és a nem tanulók között (4. táblázat). Összehasonlítva a tanulókat és a nem tanulókat, a súlykontroll módszerek vonatkozásában elmondható, hogy a tanulók gyakrabban alkalmazzák a rendszeres testedzést (34,1%), mint a nem tanulók (19,4%), és a diétázást (13,1%, illetve 9,6%). A különbség szignifikáns volt a tanuló és nem tanulók között mind a testedzés (OR: 2,2 CI: 1,8-2,5 $p < 0,001$), mind a diétázás (OR:1,4 CI: 1,1-1,7 $p < 0,01$) vonatkozásában. A többi súlykontroll módszer tekintetében nem találtunk eltérést a tanulók és nem tanulók között.

	Tanulók (N=1900)		Nem tanulók (N=1485)	
	N	%	N	%
Becsült anorexia	0	0	1	0,1
Becsült bulimia	9	0,5	5	0,3
Szubklinikai anorexia	33	1,7	4	0,3
Szubklinikai bulimia	32	1,7	18	1,2
Összes evészavar	74	3,9	28	1,9

4. táblázat: Evészavarok gyakorisága a tanulók és a nem tanulók között

A tanulók és a nem tanulók mintájának összehasonlításában jelentős eltérést tapasztaltunk a két csoport között (4. táblázat). A tanulók mintájában gyakrabban fordultak elő az evészavarok (OR: 2,1 CI: 1,4-3,3 $p < 0,01$). A legjelentősebb eltérést a szubklinikai AN előfordulása mutatta, bár statisztikailag a kis elemszám miatt nem tudtuk ezt vizsgálni. A BN és a szubklinikai BN tekintetében nem találtunk szignifikáns eltérést a két csoport között.

3.5.3. A csoportosítási szempontokról és a háttérjellemzőkről általában

A felmérés, mivel nem csak az evészavarra vonatkozott, hanem általában a fiatal nők testi-lelki egészségére, lehetőséget adott arra, hogy ne csak az evészavarok és súlykontroll módszerek prevalenciáját tudjuk megállapítani, hanem össze is hasonlíthassuk az evészavar csoport pszichoszociális jellemzőit, valamint komorbiditást más mentális problémákkal a minta többi, evészavar-mentes részével. Ezért két csoportot képeztünk: egy evészavar-mentes csoportot, valamint egy evészavar csoportot. Utóbbiban összevontuk az AN, BN, szubklinikai AN és szubklinikai BN csoportokat. A vizsgált változók kiválasztásában irányadók voltak az eddigi szakirodalomban megjelent kutatások eredményei. A korlátozást az képezte, hogy a felmérés nem specifikusan az evészavarokra vonatkozott, hanem általában a fiatal nők lelki-egészségi állapotára, így bizonyos vonatkozásokat (pl. kényszerességet, vagy súlytörténetet, evészavarok előfordulása a családban) nem tudtuk vizsgálni.

A következő csoportosításokban vizsgáltuk a háttérjellemzőket: szociális-családi háttérjellemzők, pszichés jellemzők, majd ezt követte komorbid mentális problémák vizsgálata.

Az AN és a BN alcsoportok összehasonlítása nem tartozott a vizsgálat kitűzött céljai közé (az alcsoportok viszonylag kis elemszáma miatt), de ahhoz, hogy jobban megértsük az eredményeket, elvégeztük az alcsoportok összehasonlítását is az összes vizsgált változó mentén. Többségében nem találtunk szignifikáns különbséget az AN alcsoport (AN és szubklinikai AN) és a BN alcsoport (BN és szubklinikai BN) között. Négy változóban (szülők pszichiátria betegsége, rendszeres vagy nagy mennyiségű

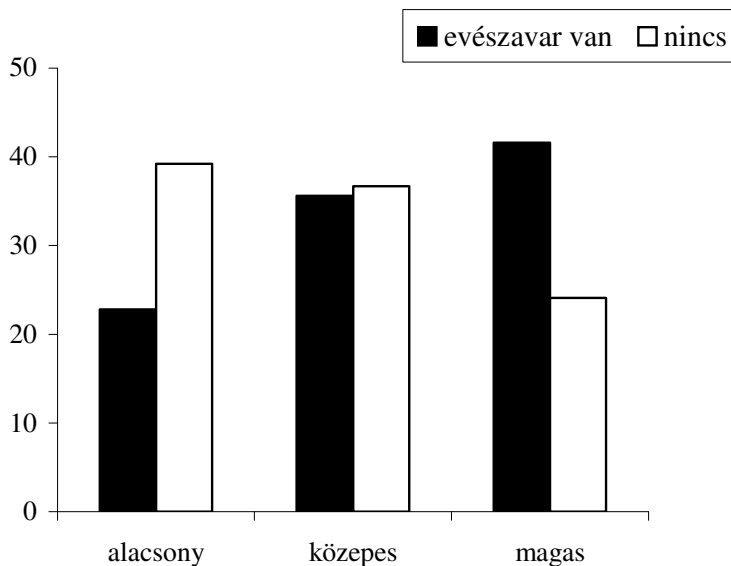
alkoholfogyasztás, egy megküzdési stratégia és egy attitűd) találtunk különbséget, ez minden esetben az adott változót tárgyaló fejezetben részletezzük.

3.5.4. Szociális- családi háttérjellemzők

Az evészavar csoport lakóhely szerinti eloszlása szignifikánsan különbözött az evészavar-mentes csoporttól. Ez a különbség viszont csak a város / község viszonylatában mutatkozott, az evészavar csoport 82,4%-a , míg a minta többi részének 70,7%-a él városban (OR: 1,9 CI:1,2-3,2 $p<0,05$). A különböző várostípusok (Budapest, megyeszékhely, egyéb város) összehasonlításában nem volt különbség.

A családi háttérjellemzők közül vizsgáltuk a szülők iskolai végzettségét, a szülők válását, halálát, a pszichiátriai betegség előfordulását a szülőknél, valamint a szülők rendszeres, nagy mértékű alkoholfogyasztását. A fenti változók közül csak kettő: a szülők iskolai végzettsége, és a szülők pszichiátriai betegsége mutatott szignifikáns összefüggést az evészavarral.

Eltérést tapasztaltunk a szülők iskolai végzettségének az eloszlásában az evészavar és evészavar-mentes csoport összehasonlításában (4. ábra).



4. ábra: A szülők iskolai végzettségének százalékos eloszlása evészavar és evészavar-mentes csoportban.

Az evészavar csoportban felsőfokú végzettségű szülők gyermekei fordultak elő a leggyakrabban (41,6%), majd a középfokú végzettségű szülők gyermekei (35,6%), és a legritkábban az alacsony végzettségű szülők gyerekei (22,8%) következtek, míg az evészavar-mentes almintában fordított volt az arány (5. ábra). A szülők felsőfokú végzettsége a szülők alacsony végzettségéhez képest mutatott szignifikáns eltérést (OR: 3 CI: 1,8-4,9 $p < 0,001$), azaz a felsőfokú végzettségű szülők leánygyermekének az alacsony végzettségű szülők gyermekeihez viszonyítva háromszor nagyobb az esélye arra, hogy evészavara legyen.

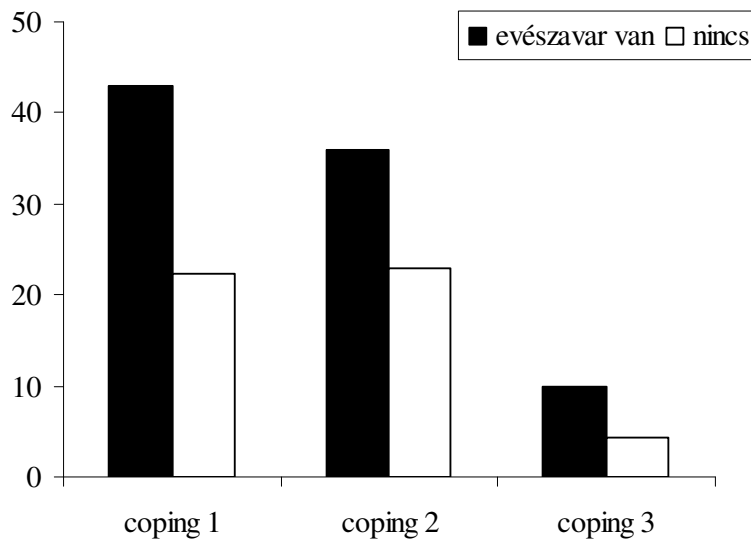
A második változó, amiben eltért a két csoport, a szülők pszichiátriai betegsége volt. Az evészavar csoportban szignifikánsan (OR: 2,1, CI: 1,2-3,3 $p < 0,01$) magasabb volt azoknak az aránya (25,5%) akik beszámoltak arról, hogy a szüleiknek pszichiátriai betegségük volt, mint az evészavar-mentes csoportban (14%). Megállapítottuk, hogy az AN és a BN alcsoportokat összehasonlítva különbség van ennek a változónak a megoszlásában. Míg AN alcsoportban a szülők pszichiátria betegsége majdnem azonos arányban fordult elő (13,2%) mint az evészavar-mentes csoportban, a BN alcsoportban 32,5% volt. A különbség szignifikáns volt a két alcsoport között (OR: 3.2 CI: 1,2-9,4 $p < 0,05$). Ez azt jelenti, hogy a BN alcsoportban a szülők pszichiátriai betegségére háromszor nagyobb az esély, mint az AN alcsoportban.

3.5.5. Pszichés jellemzők

A pszichés jellegzetességek közül vizsgáltuk az attitűdöket, az ellenségességet, és a nehéz élethelyzetben alkalmazott megküzdési módokat (coping).

3.5.5.1. Megküzdési módok

A vizsgált nyolc megküzdési stratégia közül hármat (5. ábra) gyakrabban használtak az evészavar csoportban: „Evéssel, ivással, dohányzással vezettem le a feszültséget” (coping 1): „Másokon vezettem le a feszültséget” (coping 2), „Nyugtatók vagy gyógyszerek szedésével próbálkoztam” (coping 3).



5. ábra: Az evészavar csoportra jellemző megküzdési módok százalékos eloszlása az evészavar-mentes csoporthoz viszonyítva.

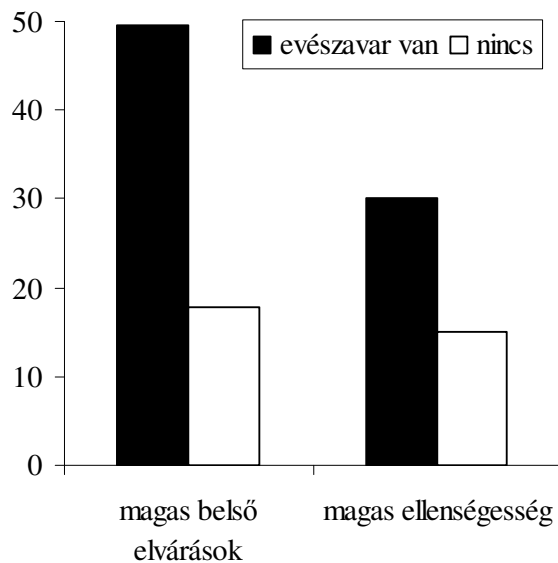
Mindhárom megküzdési módnál az eltérés szignifikáns volt: coping 1 (OR: 2,6 CI: 1,7-3,9 $p < 0,001$), coping 2 (OR: 1,9 CI: 1,2-2,8 $p < 0,01$), coping 3 (OR: 2,4 CI: 1,2-4,8 $p < 0,01$). Mindhárom az érzelmi megküzdési módok közé tartozik. A problémaorientált megküzdési módokban nem volt különbség az evészavar csoport és a minta többi része között.

Az AN és BN alcsoport között csak az „Evéssel, ivással, dohányzással vezettem le a feszültséget” megküzdési stratégia alkalmazásában volt különbség. A BN alcsoportban 53,2%, míg AN alcsoportban 26,3% azaz evészavar-mentes csoporthoz hasonló arányban használta ezt a megküzdési módot. A különbség szignifikáns volt (OR: 3,2 CI: 1,3-7,7 $p < 0,05$).

3.5.5.2. Ellenségesség, magas belső elvárások, attitűdök

Az Ellenségesség és a Diszfunkcionális Attitűdök Skála alapján megvizsgáltuk, hogy a magas ellenségesség (pontszám ≥ 8), és magas belső elvárások (pontszám ≥ 13) milyen gyakorisággal fordulnak elő a két vizsgált csoportban (6. ábra).

Az evészavar csoportban gyakoribb (30%) volt a magas ellenségesség, mint az evészavar-mentes csoportban (15,1%). Az eltérés szignifikáns volt (OR: 2,4 CI: 1,6-3,7 $p < 0,001$). A magas belső elvárások előfordulási gyakoriságában nagy különbséget tapasztaltunk a két csoport között (49,5% versus 17,9%). A magas belső elvárások megléte több mint négyszeresére megnövelte az esélyt az evészavarra (OR: 4,5 CI: 3-6,7 $p < 0,001$).



6. ábra: A magas ellenségesség és magas belső elvárások százalékos előfordulása a két vizsgált csoportban.

A rövidített Diszfunkcionális Attitúd Skála különböző attitűdöket vizsgál, azért a skálát tételesen is megvizsgáltuk, arra keresve választ, hogy mely attitűdök különböztetik meg jellemző módon az evészavar az evészavar-mentes csoporttól. Négyenél találtunk szignifikáns különbséget (5. táblázat).

	OR	CI	p
Teljesítményigény (Ha sikertelen vagyok munkámban / tanulásban sikertelen ember vagyok.)	3,2	2-4,9	p <0,001
Külső elismerés igénye (Személyes értékem nagyrész attól függ, hogy mások mit gondolnak rólam.)	2,7	(1,8-4)	p <0,001
Perfekcionizmus (Elkeseredem, ha hibát követek el.)	2,7	(1,6-4,5)	p <0,001
Szerettség igény (Ha valaki, akit szeretek, nem szeret, ez azt jelenti, hogy nem vagyok szeretetre méltó.)	2,2	(1,3-3,7)	p <0,01

5. táblázat: Az evészavar csoportra jellemző attitűdök

Az AN alcsoportot a BN alcsoporttól attitűdök közül csak a „külső elismerés igénye” különböztette meg. Az AN csoportra jellemzőbb volt a „külső elismerés igénye” (60,5%), mint a BN csoportra (37,5%). A különbség szignifikáns volt (OR: 2,6 CI:1,1-5,8 p<0,05).

3.5.5.3. A pszichés jellemzők összesített vizsgálata többváltozós elemzéssel

A fent vizsgált pszichés jellemzők feltételezésünk szerint összefügghetnek egymással, ezért logisztikus regresszió elemzéssel megnéztük, hogy van-e egymástól független kapcsolatuk is az evészavarral (6. táblázat). A logisztikus regresszióba azokat a pszichés jellemzőket léptettünk be (magas belső elvárásokat, magas ellenségességet, „Másokon vezettem le a feszültséget” megküzdési stratégiát) amelyek mindkét alcsoportra (AN és BN) jellemzők. Mivel az értékrend, az attitűdök kialakításában nagy szerepet játszik az otthoni környezet, a szülők iskolai végzettségére is kontrolláltuk a változókat.

	OR	CI	p
Magas belső elvárások	4,1	2,7-6,2	p <0,001
Magas ellenségesség	1,8	1,3-3	p <0,05
„Másokon vezettem le a feszültséget” megküzdési mód	1,9	0,9-2,7	n.s.

6. táblázat: Pszichés tényezők és az evészavar kapcsolatának elemzése logisztikus regresszióval

A vizsgált változóknak egymástól függetlenül van kapcsolata az evészavarral, kivéve a vizsgált „Másokon vezettem le a feszültséget” megküzdési módot, amelynek kapcsolata az evészavarral nem független a fenti változóktól.

3.5.6. Komorbiditás más mentális problémákkal

Mivel az evészavarok számos más mentális problémával társulnak, megvizsgáltuk, hogy az evészavar csoport milyen mentális problémák mentén különbözik az evészavarmentes csoporttól. A következő változókat vizsgáltuk: dohányzás, rendszeres vagy nagy mennyiségű alkoholfogyasztás, droghasználat, öngyilkossági gondolatok, öngyilkossági kísérlet, depressziós tünetegyüttes megléte, gyakori indokolatlan szorongás. Ezen kívül ebben a részben tárgyaljuk a szexuális abúzus és a fizikai abúzus előfordulását az elmúlt egy évben. Bár az utóbbi kettő nem nevezhető komorbid mentális zavarnak, mivel erős összefüggést mutat az itt tárgyalt komorbid mentális problémákkal (33) célszerűnek tartottuk, hogy együtt vizsgáljuk a fenti komorbid mentális problémákkal.

3.5.6.1. Dohányzás, rendszeres vagy nagy mennyiségű alkoholfogyasztás

Dohányzás vonatkozásában nem találtunk szignifikáns különbséget a két vizsgált csoport között.

Az alkoholfogyasztási szokásokat és ennek hátterét fiatal nők mintáján részletesen elemezzük egy másik munkánkban (34). Itt kiemelendő, hogy a teljes mintában leggyakoribb a ritka, de nagy mennyiségű alkoholfogyasztás (13,3%), majd ezt követi a rendszeres kis mennyiségű alkoholfogyasztás (3,2%), és ritkán fordul elő a rendszeres

nagy mennyiségű alkoholfogyasztás 0,3%-ban. Az evészavar csoportban hasonló arányban fordulnak elő a fent említett alkoholfogyasztási szokások, mint az evészavarmentes személyeknél.

A rendszeres, vagy nagy mennyiségű alkoholhasználatban nem volt szignifikáns eltérés az evészavar (22,8%) és evészavarmentes csoport (16,7%) között. Viszont eltérést tapasztaltunk a két alcsoport között (AN és BN): a rendszeres vagy nagy mennyiségű alkoholfogyasztás a BN csoportban gyakoribb volt (28,6%) mint AN csoportban (13,3%). Bár a különbség látványos, de az AN csoport kis elemszáma miatt nem bizonyult szignifikánsnak, ezért külön összehasonlítottuk a BN csoportot az evészavartól mentes csoporttal, és szignifikánsan magasabb volt az alkoholfogyasztás a BN csoportban (OR: 2, CI: 1,2-3,5 $p < 0,05$) az evészavartól mentes csoporthoz viszonyítva.

3.5.6.2. Droghasználat

Az egész mintában ritka volt a rendszeres droghasználat (29 fő). A fiatal nők leggyakrabban a marihuánát vagy hasist, majd nyugtatókat vagy altatókat, kisebb mértékben amfetaminokat és nyugtatókat használtak alkohollal (34). Az evészavar és evészavarmentes csoport összehasonlítását a drogfajták szerint a 7. táblázat mutatja.

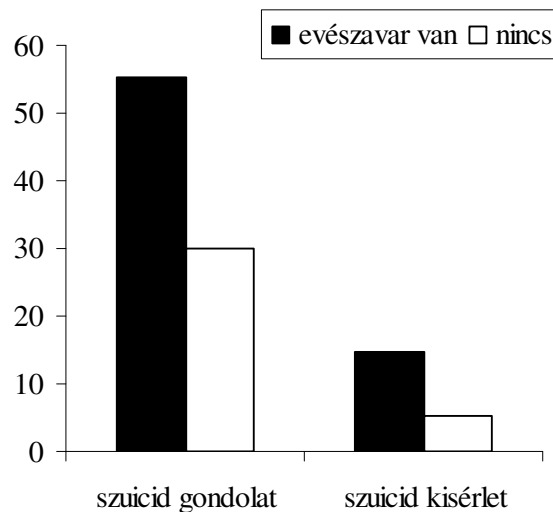
	Evészavar-mentes csoport	Evészavar csoport
Fű (marihuána vagy hasis)	12,9%	21,3%
Nyugtatók vagy altatók	7,7%	17%
Amfetaminok, Speed	3,9%	8,6%
Nyugtatók alkohollal	3,9%	3,2%
Extasy	3%	6,4%
LSD	1,8%	4,3%

7. táblázat: A leggyakrabban használt drogok prevalenciája az evészavar és evészavarmentes csoportban.

Az evészavar csoportban szignifikánsan gyakrabban használnak marihuánát vagy hasist (OR: 1,8, CI: 1,1-3 p<0,05) és nyugtatókat vagy altatókat (OR: 2,4 CI: 1,4-4,2 p<0,01), mint evészavar-mentes csoportban. Összesen a droghasználat (azaz legalább egyiket, legalább kipróbálta) gyakoribb volt az evészavar csoportban 33,7%, mint az evészavar-mentes csoportban (19,4%). Az eltérés szintén szignifikáns volt (OR: 2,2 CI:1,4 – 3,5 p<0,01).

3.5.6.3. Az öngyilkossági kísérlet és öngyilkossági gondolat

Az öngyilkossági kísérlet élettartam prevalenciája majdnem háromszor nagyobb volt az evészavar csoportban (14,7%), mint az evészavar-mentes csoportban (5,3%). Az öngyilkossági gondolat élettartam prevalenciája az evészavar csoportban 55% volt, míg az evészavar-mentes csoportban 30,1% (7. ábra)

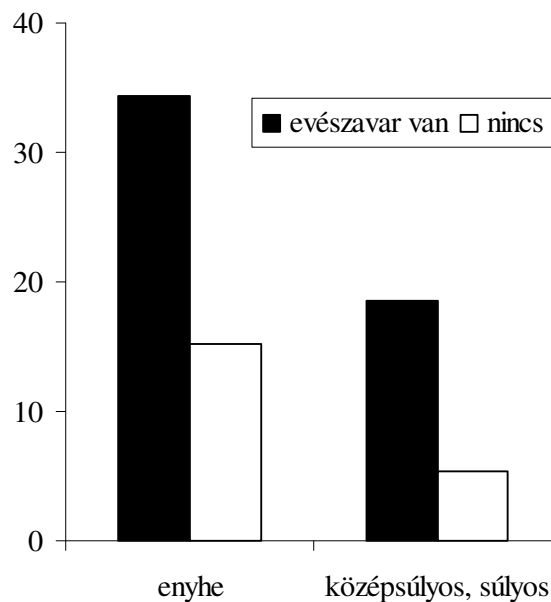


7. ábra: Az öngyilkossági gondolat, kísérlet élettartam prevalenciája két vizsgált csoportban

Az evészavar-csoportba tartozóknak életük során háromszor nagyobb az esélye mind az öngyilkossági kísérletre (OR: 3,1 CI: 1,7-5,6 p<0,001), mind az öngyilkossági gondolatra (OR: 2,9 CI: 1,9-4,3 p<0,001) mint az evészavar-mentes csoportba tartozóknak.

3.5.6.4. *Depressziós tünetegyüttes*

A Beck Depresszió Kérdőív pontszámai alapján mért depressziós tünetegyüttes gyakrabban fordult elő mindkét vizsgált súlyossági kategóriában az evészavar csoportban (8. ábra), mint az evészavar-mentes csoportban. Enyhe depresszió előfordulása 34,3% versus 18,5%, közepsúlyos és súlyos depresszió 15,2% versus 7% volt. Az evészavar csoportba tartozó nőknél háromszor nagyobb az esély a depresszió közepsúlyos vagy súlyos formájára (OR: 3,2 CI:1,8-5,7 $p < 0,001$), és szintén majdnem háromszor nagyobb az esély a depresszió enyhébb formájára (OR:2,7 CI:1,7-4,2 $p < 0,001$).



8. ábra: A depressziós tünetegyüttes prevalenciája az evészavar és evészavar-mentes csoportban

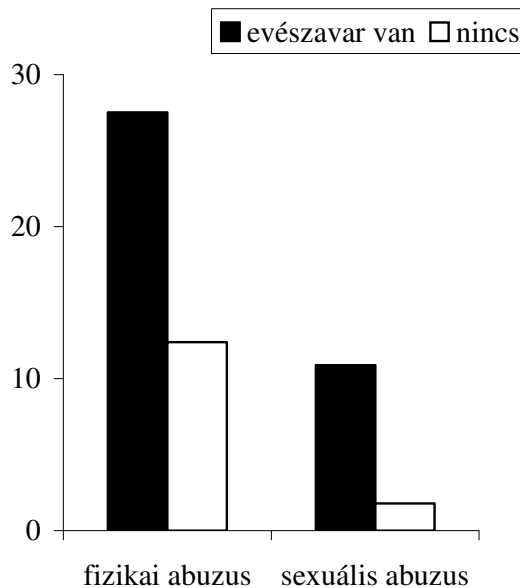
3.5.6.5. *Gyakori indokolatlan szorongás*

A gyakori, indokolatlan szorongás előfordulásában nem volt szignifikáns különbség az evészavar és az evészavar-mentes csoport között (11% versus 7,8%).

3.5.6.6. Fizikai és szexuális abúzus

Az elmúlt egy évben a fizikai és szexuális abúzus előfordulási gyakoriságát a két vizsgált csoportban a 10. ábra szemlélteti. Fizikai abúzus előfordulása nagyobb volt az evészavar csoportban (27,5%), mint az evészavar-mentes csoportban (12,4%). A különbség szignifikáns volt (OR: 2,5 CI:1,6-3,9 $p < 0,001$).

A szexuális abúzus előfordulása az egész vizsgált mintában ritka volt. Az evészavar csoportban majdnem hatszor több volt (10,9%) a szexuális abúzus, mint az evészavartól mentes csoportban (1,8%). Az összefüggés szignifikáns volt (OR: 6,8 CI: 3,4-13,3 $p < 0,001$). Együttesen a szexuális vagy fizikai abúzus előfordulásának esélye az elmúlt egy évben, az evészavar csoportban majdnem háromszor volt nagyobb, mint evészavartól mentes csoportban (OR: 2,7 CI:1,7-4,2 $p < 0,001$).



9. ábra: Az elmúlt egy évben fizikai, szexuális bántalmazás százalékos gyakorisága az evészavar és evészavar-mentes csoportban.

3.5.6.7. Komorbid mentális problémák többváltozós elemzése

Mivel a fent vizsgált komorbid mentális problémák nemcsak az evészavarral vannak kapcsolatban, hanem egymással is, logisztikus regressziós analízissel vizsgáltuk, hogy

van-e egymástól független kapcsolatuk az evészavarral. A szülők iskolai végzettségére kontrolláltuk az adatokat, mivel a fiatal nők mintáján a droghasználat és családi háttér vizsgálata szignifikáns összefüggést mutatott a szülők iskolai végzettsége és a droghasználat között (34). Az eredményeket 8. táblázat mutatja.

	OR	CI	p
A depresszió kategóriái			
Enyhe depresszió	2,4	1,5-3,9	p<0,001
Középsúlyos vagy súlyos	2,2	1,1-4,3	p<0,05
Nincs depresszió	1*		
Öngyilkossági kísérlet	2,1	1,1-4,1	p<0,05
Szexuális vagy fizikai abúzus	1,8	1,1-3,1	p<0,05
Drog használat	1,3	0-8,1-2,2	n. s.

*referencia csoport

8. táblázat: Az evészavar és a komorbid mentális problémák kapcsolatának elemzése logisztikus regresszióval.

Az elemzés szerint a droghasználat hatását az egyéb vizsgált változók magyarázzák, ezért önálló hatása már nem szignifikáns. A többi változónak egymástól független kapcsolatuk van az evészavarral.

3.5.7. Összesített eredmények

- Az egész mintában csak egy fő felelt meg az AN kritériumainak. A BN prevalenciája 0,41%, a szubklinikai AN prevalenciája 1,09%, a szubklinikai BN prevalenciája 1,48% .
- A leggyakoribb súlykontroll módszer a diéta és a testedzés volt, a purgáló viselkedés ritkán fordult elő.

- Az evészavarok gyakrabban fordultak elő a tanulók, mint a nem tanulók körében valamint a városi lakosoknál.
- A családi háttérjellemzők vizsgálatában két vonatkozásban találtunk különbséget az evészavar és az evészavar-mentes csoport között. Az evészavar csoportban szignifikánsan gyakoribb volt a szülők pszichiátriai betegsége (csak a BN alcsoportban). A szülők iskolai végzettsége szignifikánsan különböztette meg a két csoportot. A felsőfokú végzettségű szülőknek az alacsony végzettségűekhez viszonyítva háromszor nagyobb az esélye, hogy a lányuknak evészavara legyen.
- A pszichés jellemzők szignifikánsan különböztették meg a két csoportot. Az evészavar csoportra jellemző az érzelmi megküzdési stratégiák alkalmazása nehéz élethelyzetben, gyakoribbak a magas belső elvárások és magas ellenségesség.
- Komorbid mentális problémák közül a depressziós tünetegyüttes (a súlyosság mindegyik vizsgált kategóriájában), szuicid kísérletek, szuicid gondolatok előfordulása és a droghasználat álltak szignifikáns kapcsolatban az evészavarral.
- Az evészavar csoportban szignifikánsan gyakoribb a fizikai és szexuális abúzus előfordulása az elmúlt egy évben.
- Az eredményeken nem változtatott, ha az egy csoportba tartozó vizsgált változókat együttesen vizsgáltuk, kivéve a droghasználatot, amelynek önálló hatása megszűnt a többi komorbid probléma kontrollálásakor. Az AN és a BN alcsoportokban az azonos érzelmi megküzdési módok alkalmazásának önálló kapcsolata az evészavarral megszűnt a többi pszichés jellemzőkre történő kontrollálásakor.
- Nem találtunk különbséget az evészavar és az evészavar-mentes csoport között a következő változóknál: családi háttérfaktorok közül: a szülők rendszeres alkoholfogyasztása, a szülők válása, a szülők halála; a pszichés változók között a problémaközpontú megküzdési módokban, a komorbid problémák körében a rendszeres vagy nagy mennyiségű alkoholfogyasztásban, gyakori indokolatlan szorongásban.

- Az AN és BN alcsoport között négy változó mentén tapasztaltunk eltérést. A BN alcsoportban szignifikánsan gyakoribb volt a szülők pszichiátriai betegsége, „evés, ivás, dohányzás” megküzdési mód alkalmazása, valamint tendenciájában - bár nem szignifikánsan - gyakoribb volt a rendszeres vagy nagy mennyiségű alkohol fogyasztása az AN alcsoporthoz viszonyítva. Az AN alcsoportnál szignifikánsan gyakoribb volt a másoknak való megfelelési igény, mint a BN csoportnál.

3.6. MEGBESZÉLÉS

3.6.1. A súlykontroll módszerek és az evészavarok prevalenciája.

A különböző testsúlykontrolláló módszerek rendszeres alkalmazása (diétázás, túlzott testedzés fogyás vagy súlyfenntartás érdekében, falásrohamok stb.) a zavart táplálkozási magatartás leggyakoribb mutatójaként szerepel a szakirodalomban. Több vizsgálatban elemezték, hogy fiatalok között milyen gyakorisággal fordulnak elő ezek a módszerek és az evészavarok szempontjából kockázatot jelentő viselkedésformák.

Fairburn és mtsai (44) - áttekintve az eddigi önkítöltős kérdőíves felméréseket megállapították, hogy a leggyakoribb súlykontroll módszer a szigorú diétázás és koplalás, amely a válaszadók több mint negyedénél fordul elő, a legalább hetente előforduló falásrohamok a vizsgált személyek 15,7%-ánál, önhánytatás hetente 2,4%-nál, hashajtó használata hetente 2,7%-nál fordul elő.

Westenhofer (234) többek között a nyugat- és kelet-németországi nők (18 év feletti) súlykontroll módszereit hasonlította össze. Azt találta, hogy legalább kétszer hetente a következő súlykontroll-módszereket alkalmazták Nyugat- és Kelet-Németország diéta 10,3% versus 13,3%, testedzés: 15,3% versus 12,5%, hányás 1,1% versus 1,6%, hashajtók 2,7% versus 2,2%, vízhajtók 3,1% versus 4,7%.

Tomori szerint (202) a szlovén diáklányok között a falásroham gyakori (majdnem minden nap) előfordulása 4,3%, és a súlycsökkenés érdekében a szigorú diétát 5,1%, hashajtókat 0,8%, az önhánytatást 1,2% alkalmazza.

Serdula és mtsai (169) több mint 10 000 tanulót vizsgáltak, közülük majdnem 6000 lány volt. A tanulólányok közül 44% igyekezett fogyni és 26% igyekezett megakadályozni a súlygyarapodást. A tanulólányok a súlycsökkenés vagy -fenntartás érdekében a vizsgálatot megelőző héten a legalább egyszeri testedzést 51%-ban, az étkezés kihagyását 49%-ban, az étvágycsökkentőket 4%-ban, az önhánytatást 3%-ban alkalmazták.

Rogers és mtsai (160) majdnem 18 ezer tanulólány adatait elemezték. Adataik szerint a diákok 7,4%-a mindig diétázik, és csak 37,4%-uk nem diétázott soha, a minimálisan heti két önhánytatás az amerikai adolescensek körében 1,5%, az ennél ritkább

önhánytatás gyakorisága 11,6% volt. A hashajtók, vízajtók alkalmankénti használata 1,9%-1,8% volt.

Saját felmérésünkben a hashajtó-használat havonta legalább többször 1,9%, a vízajtó-használat 0,4% önhánytatás 0,7% volt a teljes mintában.

Úgy tűnik, hogy a testedzés, diétázás mind a magyar mind más mintákban a leggyakoribb súlykontrolláló módszer, a szigorú diétázás is nagyon hasonló arányban fordul elő a vizsgálatok többségében. A súlykontroll drasztikusabb módszerei – önhánytatás, vízajtók, hashajtók, étvágycsökkentők szedése – ritkán fordulnak elő a vizsgált mintákban, míg a fent idézett, főleg nyugati vizsgálatokban a magyarországi adatokhoz viszonyítva magasabb az előfordulásuk, és különösen nagy az eltérés az önhánytatás gyakoriságában.

Az általunk nyert evészavar-prevalencia adatai sok vonatkozásban alátámasztják az eddigi közép-kelet-európai és magyarországi vizsgálatok eredményeit. AN-t a vizsgálatok többségében vagy egyáltalán nem találtak, vagy csak egy-egy esetet (kivéve az oroszországi adatokat), ugyanúgy, mint saját mintánkban. A BN prevalenciája 0-1,3% között volt az eddigi magyarországi vizsgálatokban, a vizsgált mintától függően (a középiskolásoknál nem találtak BN-t, a legmagasabb értékeket pedig az orvostanhallgatók között találták). Saját vizsgálatunkban nem találtunk szignifikáns eltérést a tanulók és a nem tanulók között a BN gyakoriságában. Más közép-kelet európai országokban a BN prevalenciája 0-1,5%.

Az evészavarok szubklinikai formáinak prevalenciáját nehéz összehasonlítani más vizsgálati eredményekkel, ugyanis a szubklinikai formák meghatározása eléggé eltérő a különböző vizsgálatokban. A szubklinikai evészavarok általunk meghatározott kritériumai csak mennyiségi mutatókban térnek el az AN és BN kritériumaitól, kivéve a diéta és testedzés gyakorisági mutatóit, amelyek mindkét esetben azonosak – mivel ezek a leggyakrabban alkalmazott módszerek a fogyás érdekében. Tehát mi azt a réteget kerestük, amelynek tagjai – bár még nem merítik ki az AN és BN kritériumait – az evészavarok szempontjából kifejezetten veszélyeztetetteknek tekinthetőek. A szubklinikai formák feltérképezése azért is fontos, mert az evészavarok rejtett volta és az AN-sok erőteljes megfelelési igénye némileg torzíthatja az eredményeket, így joggal

feltételezhető, hogy néhány, a kérdőíves felmérésben a szubklinikai tartományba sorolt eset valójában ennél súlyosabb. A szubklinikai evészavarok gyakorisága a vizsgálatunkban valamivel alacsonyabb, mint az eddig Magyarországon mért értékek. Az eltérés nagy valószínűséggel az eltérő mintákban rejlik: az eddigi vizsgálatok nagy része középiskolásokon, egyetemistákon történt, a dolgozó mintában pedig középfokú iskolai végzettségű személyeket céloztak meg. Az eddigi vizsgálatok kizárólag nagyvárosokban készültek, és ismert jelenség, hogy az evészavarok gyakrabban fordulnak elő városi lakosok között. A szubklinikai evészavarok közül – az eddigi magyarországi vizsgálatokkal egybehangzóan – gyakrabban fordul elő a szubklinikai BN, mint a szubklinikai AN.

A tanulók és a már nem tanulók összehasonlítása egyértelműen mutatja, hogy az összes evészavarok gyakorisága szignifikánsan magasabb a tanulók között. Ez ismét alátámasztja azt az állítást, hogy a diákpopuláció veszélyeztetett az evészavarok szempontjából. A legnagyobb eltérés a szubklinikai AN tekintetében jelentkezik, ami részben az életkorral magyarázható. A fiatalkor (pubertás – korai adolescencia) AN szempontjából veszélyeztető tényező, következésképpen az AN szubklinikai formái is gyakrabban fordulhatnak elő ebben a korosztályban. A tanulók jobban ki vannak téve a kortársnyomásnak a karcsúság irányába, és ez az erre érzékeny egyéneknél a zavart táplálkozási magatartáshoz vezethet (57).

3.6.2. Pszichoszociális háttérjellemzők

Nehéz egyértelmű magyarázatot adni, vajon miért az evészavarral jellemzett csoportban fordulnak gyakrabban elő a felsőfokú végzettségű és ritkábban az alacsony végzettségű szülők gyermekei, különösen, ha figyelembe vesszük az erre vonatkozó, sokszor egymásnak ellentmondó szakirodalmi adatokat, amely a szocioökonómiai státuszt, a szociális réteg és evészavarok összefüggését tárgyalja (66, 123, 160). Az összehasonlítás azért is nehéz, mert a nyugati országokban a szülők iskolai végzettsége, amit mi vizsgáltunk, általában csak az egyik eleme a szocioökonómiai státusznak. A mi társadalmunkban, ahol az anyagi különbségek sokáig kisebbek voltak, mint nyugaton, a szülők végzettsége nagymértékben meghatározta a hovatartozást, a család által képviselt és a gyerekek felé közvetített értékrendet, attitűdöket. Az a feltételezésünk, hogy a

felsőfokú végzettségű szülők gyakrabban közvetítenek olyan attitűdöket, értékrendet, amelyek hozzájárulhatnak az evészavarok és szubklinikai formáinak kialakulásához. Bár a nyugati szakirodalomban is többször lehet találkozni ezzel a felvetéssel (123, 140), eddig nem sikerült azonosítani azokat a változókat, melyek közvetítenek a magas szocioökonómiai státusz és evészavarok között. Vizsgálatunkban a magas belső elvárások kapcsolatát az evészavarral nem változtatta meg, ha a szülők iskolai végzettségére kontrolláltuk a mintát.

A nyugati szakirodalomban jelenleg elfogadott álláspont, hogy az AN esetén túlsúlyban vannak a magas SES-sel rendelkező szülők gyerekei, míg a BN minden szociális osztályban azonos mértékben van jelen. A mintánkban nem találtuk meg ezt a különbséget. Ha elfogadjuk azt az álláspontot, hogy az evészavarok „elit” jellege idővel csökken a nyugati országokban (123, 146), ahogyan az evészavar kialakulásához hozzájáruló attitűdök, értékrendek széleskörűvé válnak, és elfogadjuk a korai (1970-1985 közötti) kutatások eredményeit, amelyek azt mutatták, hogy mindkét evészavar a magas szociális osztályokban fordul elő gyakrabban, akkor azt a hipotézist is felállíthatjuk, hogy a magyarországi evészavarok előfordulása különböző szociális rétegekben ugyanazt a trendet követi egy kis „időcsúszással”. Természetesen ez csak hipotézis, amelyet a későbbi vizsgálatok vagy megerősítenek, vagy cáfolnak. Az AN és a BN közötti különbség hiányára a szülők iskolai végzettségére vonatkozóan egy másik magyarázat is elképzelhetőnek tűnik, éspedig az, hogy az alcsoportok viszonylag kis elemszáma miatt nem jelenik meg a különbség, bár meg kell jegyeznünk, hogy százalékos eloszlásban sem volt tendenciaszerű különbség a két alcsoport között.

A családi háttér vizsgálatban a szakirodalmi adatokhoz viszonyítva kevesebb problémát találtunk. Csak a szülők pszichiátriai betegsége volt gyakoribb az evészavar csoportban, mint az evészavar-mentes csoportban. Ráadásul a mintánkban ezt a különbséget a BN alcsoportban tapasztalt magas arány okozta, míg az AN alcsoport hasonló értékeket mutatott a szülők pszichiátriai betegségének gyakoriságában, mint a minta többi, evészavart nem mutató része. A szülők depressziója és pszichiátriai betegsége rizikófaktornak tekinthető a gyerekek mentális problémáinak szempontjából. Saját, ugyanazon mintán végzett vizsgálatunkban (34) a szülők pszichiátriai betegsége szoros kapcsolatot mutatott a vizsgált személyeknél az egészségi állapot rossz megítélésével, a

gyakori szomatikus panaszokkal, a droghasználattal, az alkoholfogyasztással, a dohányzással.

Főleg a klinikai mintákon végzett vizsgálatokban magasnak találták az AN-s és BN-s betegek elsőfokú rokonainál a mentális zavarok gyakoriságát (48, 63, 76, 185). A különböző vizsgálatok eredményei ellentmondók aszerint, hogy az evészavarban szenvedők elsőfokú rokonai között gyakoribb-e az alkohol és a pszichoaktív szerek abúza. A vizsgálatok egy része, főleg BN-s betegek szüleinél az alkohol- és a drogabúzus nagyobb gyakoriságát állapította meg (53, 100), egy másik része pedig ezt nem erősítette meg (63, 224). Garcia-Vilches és mtsainak (65) vizsgálata szerint a szülők alkohol abúza nem befolyásolja a BN súlyosságát. A klinikai mintákon végzett vizsgálatok általában erősebb összefüggéseket mutatnak a problémás családi háttér és az evészavarok között. Ez részben azzal magyarázható, hogy főleg súlyosabb, nem ritkán krónikus esetek kerülnek kezelésre (főleg a BN-nál), másrészt az evészavarok megléte más mentális problémák megjelenését is befolyásolhatja a családban. Vizsgálatunk eredményei abban egyeznek meg a szakirodalommal, hogy a BN-soknál a családi háttér vizsgált jellemzői problematikusabbak. Egy másik lehetséges oka annak, hogy vizsgált mintánkban a szülők rendszeres alkoholfogyasztása nem volt gyakoribb az evészavar csoportban, az, hogy a szülők rendszeres, nagymennyiségű alkoholfogyasztása leggyakoribb az alacsony végzettségű szülőknél volt (18%), míg a felsőfokú végzettségű szülőknél ez a felére csökkent (34).

Az általunk vizsgált pszichés jellemzők, amelyek megkülönböztették az evészavar csoportot az evészavar mentes csoporttól, megegyeznek a szakirodalmi adatokkal. A magas ellenségesség (6, 61), amely egyfajta szociális bizalmatlanságot fejez ki, az érzelmi megküzdési módok gyakori alkalmazása, főleg a BN alcsoportban (64, 77, 101) – ide sorolhatók még az öngyilkossági fantáziák, kísérletek gyakori előfordulása és a depresszív tünetegyüttes gyakoribb megjelenése – mind egyfajta érzelmi labilitásról és az érzelmi élet nem megfelelő szabályzásáról tanúskodnak (146, 246).

A magas belső elvárások, perfekcionizmus az alacsony önértékeléssel és az érzelmi labilitással párosulva fő pszichés komponensei az evészavarok fenntartásának Fairburn és mtsai szerint (47). Természetesen a magas belső elvárások, a perfekcionizmus, nem minden esetben hatnak negatívan, ezért Shafran és mtsai (170) a klinikai

perfekcionizmus fogalmát használják, amely alatt a törekvéseknek, a teljesítménynek, a magas belső elvárásoknak olyan túlértékelését értik, amely a negatív következmények ellenére is fennáll.

3.6.3. Komorbid mentális problémák

A komorbiditás vonatkozásában azokat az eredményeket kaptuk a depressziós tünetegyüttesnél, az öngyilkossági kísérleteknél és gondolatoknál, amelyeket a szakirodalmi adatok alapján vártunk. A klinikai mintákon vizsgált depresszió gyakorisága az eredményeinkhez viszonyítva magasabb volt, ami a klinikai mintákon és felméréseken alapuló, általában tapasztalható különbséggel magyarázható. Viszont az eltérés az evészavar-mentes csoporttól a depressziós tünetegyüttes mindegyik vizsgált súlyossági kategóriában szignifikáns volt.

Az öngyilkossági kísérletek, öngyilkossági gondolatok gyakran jelennek meg az evészavarnál (193), és ezt igazolják mind a klinikai, mind a nem klinikai mintán (41, 55, 124, 127) nyert adatok. A vizsgálatunk ebben a vonatkozásban hasonló eredményeket hozott. Az öngyilkossági kísérletek, gondolatok értelemszerűen részben a depressziós tünetegyüttesen keresztül kapcsolódnak az evészavarokhoz, bár a depresszió és a szuicidium közötti kapcsolat nem közvetlen (214). A szuicid kísérleteknek mintánkban önálló kapcsolatuk is volt az evészavarral, a vizsgált komorbid mentális problémáktól függetlenül. Feltételezésünk szerint a gyakoribb öngyilkossági gondolat, kísérlet megjelenése az evészavar csoportban - mint már említettük - az érzelmi labilitás egyik megjelenési formája.

A rendszeres vagy nagy mennyiségű alkoholfogyasztásban nem találtunk különbséget az evészavar és az evészavar-mentes csoportban. Az alcsoportok vizsgálatánál tendenciaszerűen megjelent a különbség az AN-s és a BN-s csoportok között, a BN-s csoportban gyakoribb volt az alkoholfogyasztás. A szakirodalmi adatok nagymértékű heterogenitást mutatnak az alkohol és droghasználat, az abúzus vonatkozásában. Újabban az alkohol és drog abúzust nem annyira a kórképekkel, mint a zavart táplálkozási magatartással, annak bizonyos formájával, a purgálással, valamint a bulimia multiimpulzív típusával hozzák összefüggésbe. A droghasználat gyakoribb volt

felmérésünkben az evészavar csoportban, bár ez a közvetlen kapcsolat az evészavarral megszűnt, ha a komorbid mentális problémákra, valamint a szülők iskolai végzettségére is kontrolláltuk az adatokat. A droghasználat értelmezésekor figyelembe kell venni, hogy az eltérést főleg a „parti” drogok és nyugtatók, altatók szedése okozta, amellett, hogy más vizsgált komorbid zavarokhoz is kapcsolódik. A droghasználatot a teljes mintában a családi háttértényezők közül legjobban a szülők iskolai végzettsége befolyásolja (34). Az alacsony végzettségű szülők gyermekeinek 15%-ánál fordult elő, míg a felsőfokú végzettségű szülők gyermekeinél ez az arány majdnem a duplájára, 28,1%-ra nőtt.

A gyakori indokolatlan szorongásban nem volt különbség az evészavar és az evészavarmentes csoport között. A szakirodalmi adatokkal nehéz ezt összehasonlítani, mert főleg a kényszer és evészavarok kapcsolatát tárgyalják. Elképzelhetőnek tartjuk, hogy egy kérdés nem volt elegendő ahhoz, hogy differenciálja a csoportokat.

A szexuális vagy fizikai abúzus magas előfordulása az evészavar csoportban megegyezik a szakirodalmi adatokkal. A kutatások többsége a gyerekkori abúzust vizsgálja, míg vizsgálatunkban az elmúlt egy évben történt szexuális vagy fizikai abúzust vizsgáltuk. Természetesen a kettőnek az átfedése is lehetséges, ezt azonban nem állt módunkban vizsgálni. Meglepően magas volt mind a szexuális, mind a fizikai abúzus aránya az evészavar csoportban. A gyerekkori abúzus hatása olyan emocionális, önértékelési zavarok kifejlődéséhez vezethet, amelyek számos pszichopatológiai kép kialakulását megalapozhatják (többek között az evészavarokét is), így nem meglepő, hogy a vizsgálatok többségében a gyerekkori szexuális vagy fizikai abúzust az evészavar nem specifikus rizikófaktorának tekintik. Ackard és mtsai (1) szerint a serdülőkori fizikai vagy szexuális bántalmazás megnehezíti a serdülőkorban bekövetkezett testi változások pozitív integrációját a testképbe és a pozitív testkép kialakulását. A purgálásnak ebben a felfogásban az a célja, hogy kevésbé vonzóvá tegye a testet, ami megvéd az abúzustól.

3.7. KORLÁTOK

Vizsgálatunk eredményeit értékelve figyelembe kell venni, hogy az interjúfázist nem tudtuk elvégezni, mivel a kérdőív – az adatvédelmi biztos ajánlásának megfelelően – névtelen volt, így az adatok ellenőrzésére, pontosítására nem került sor. Ezt szigorú kritériumok alkalmazásával igyekeztük pótolni. Mivel a talált összefüggések túlnyomó része egyezik a szakirodalmi adatokkal, úgy gondoljuk, hogy jól körülhatároltuk az evészavar csoportot. Másik korlátozó tényező volt, hogy nem tudtuk alkalmazni a DSM-IV testsúlyra vonatkozó kritériumát, mivel Magyarországon – a kisgyermekkor kivéve – nem állnak rendelkezésre életkorral korrigált testtömegindex-alapadatok. Így elképzelhetőnek tartjuk, hogy a szubklinikai AN viszonylag magas gyakorisága a tanuló mintában a már nem tanulókhöz képest részben azzal magyarázható, hogy kortól független BMI kritériumokat alkalmaztunk. A BN és AN alcsoportok közötti összehasonlításának eredményeit, annak ellenére, hogy megegyeznek a szakirodalmi adatokkal, óvatosan kell kezelni az alcsoportok nagysága miatt. Mindezek ellenére a vizsgált korosztályra vonatkozóan reprezentatívnak tekinthető adataink megerősítik, hogy az evészavarok fontos egészségügyi problémát jelentenek Magyarországon is.

3.8. KÖVETKEZTETÉSEK

Felmérésünk az első, evészavarokat vizsgáló reprezentatív felmérés volt közép-kelet európai országban. Ez lehetőséget adott arra, hogy az evészavar csoportot összehasonlíthassuk a háttérjellemzőkben és komorbid mentális zavarok mentén az evészavarban nem szenvedő kortársakkal, valamint a szakirodalmi adatokkal.

A reprezentatív mintán végzett vizsgálatunk szerint az AN prevalenciája 0,03%, a BN prevalenciája 0,41%, a szubklinikai AN prevalenciája 1,09%, a szubklinikai BN prevalenciája 1,48%, az összes az evészavarok prevalenciája 3,01% volt 15-24 éves fiatal nők körében. A vizsgált korosztályra vonatkozóan adataink azt mutatják, hogy az evészavarok fontos problémát jelentenek a fiatal magyar nők körében, és a szakirodalmi adatokat is figyelembe véve várható az evészavarok prevalenciájának növekedése.

Reményeink szerint vizsgálatunk – reprezentativitásának köszönhetően – hozzájárulhat azon állítás cáfolatához, amelyet a szakma jeles képviselői, Fairburn és Harrison (48) még 2003-ban is hangoztattak, és amely szerint az evészavar a nyugati társadalmakban élő nőkre jellemző.

Az evészavarok területén fontos a prevenció programok elindítása is. Az evészavarral jellemzett csoport több vonatkozásban szignifikánsan különbözött a kortársaitól a szociális, családi háttérmutatókban, ami a veszélyeztetett réteg azonosítását megkönnyíti.

Az evészavar csoport jellegzetes eltérést mutatott a pszichés mutatókban a negatív érzelmek szabályozásában, a stresszhelyzetek kezelésében. A magas belső elvárások az egyénre nézve lehetnek pozitív, motiváló jellegűek, de mivel felmérésünkben - az irodalmi adatokkal összhangban - gyakoribb előfordulását észleltük az evészavar csoportban, úgy gondoljuk, hogy bizonyos feltételek mellett a túlzott belső elvárások hozzájárulhatnak a pszichés problémák kialakulásához vagy fenntartásához. Mindez alátámasztja az iskolai mentálhigiéné, és olyan programok elindításának szükségességét, amelyek elősegítik a megfelelő megküzdési módok kialakítását, az önértékelés növelésére, a reális célok kitűzésére irányulnak.

Az evészavarok más mentális problémákkal is társulnak. Gyakoribb a depresszív tünetegyüttes, az öngyilkossági kísérlet és gondolat, gyakoribb a droghasználat. Ezért fontos, hogy a prevenció programok ne elszigetelten, egy-egy problémára összpontosuljanak, hiszen az evészavarok területén ez nem bizonyult hatékony módszernek. Ezért inkább különböző területeket együttesen megcélzó prevenció programok kidolgozását érdemes célul tűzni.

A tanulók és a már nem tanulók összehasonlítása egyértelműen mutatja, hogy az összes evészavar gyakorisága szignifikánsan magasabb a tanulók között. Ez ismét alátámasztja azt az állítást, hogy a diákpopuláció veszélyeztetett az evészavarok szempontjából, és a megelőzésnek fontos helye az iskola, bár az áttekintett szakirodalom alapján elmondhatjuk, hogy az iskola a prevenciónak nem kizárólagos helye.

További klinikai, és az eddigiekhez nagyobb mintán végzett vizsgálatokra lenne szükség ahhoz, hogy kiderítsük, vizsgálatunk a szakirodalomtól némileg eltérő eredményeit (az alkohol, valamint a rendszeres drogfogyasztásban) a klinikai és nem klinikai mintákon végzett vizsgálatok különbözősége okozza, vagy a különbség a kultúrközi különbségekből fakad-e.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Szeretnék köszönetet mondani mindazoknak, akik ötleteikkel, velem való együttgondolkodásukkal hozzájárultak ahhoz, hogy ezen a témán dolgozhassak, akik lelki támaszt nyújtottak vagy éppen segítettek eligazodni a magyar nyelv rejtelmeiben – főleg annak nem mindig könnyű nyelvtanában.

Köszönetet mondok

...témavezetőmnek, Dr. Kopp Mária Professzor Asszonynak, aki lehetőséget adott arra, hogy a Magatartástudományi Intézetében kutathassak és dolgozhassak, aki folyamatosan biztatott, és aki néha jobban bízott bennem, mint én magam.

...Dr. Túry Ferencnek, aki a kezdetektől fogva, folyamatosan és nagymértékben hozzájárult a kutatáshoz és a dolgozat megírásához mind ötleteivel, mind gyakorlati segítségével. Segítőkézsége és pozitív gondolkodása sokszor kimozdított a holtpontról.

...Dr. Hajnal Ágnesnek, aki javaslataival segített átgondolni a dolgozat végső változatát, és alaposan, nagy türelemmel nézte át – nyelvi szempontból is – a dolgozat végső változatát. Lényeglátó gondolkodása segített abban, hogy a dolgozat elkészüljön.

...férjemnek, aki évek óta az elsődleges nyelvi lektor szerepét vállalja összes megjelent magyar nyelvű közleményemnél, a doktori disszertációban, segített a dolgozat szerkesztésében, és a munka megfeszített időszakában teljesen magára vállalta a mindennapi terheket.

...Szedmák Sándornak, aki bevezetett az SPSS bonyolult világába, valamint Birkás Emmának és Mészáros Eszternek a valóság és a statisztika közötti összefüggések átgondolásában nyújtott segítségükért.

...gyermekeimnek, akik a maguk módján igyekeztek megkönnyíteni és segíteni a munkámat, és akik óriási motiváló erőt jelentenek számomra; édesapámnak és édesanyámnak, akik, amíg tudtak, támogattak engem, bízva abban, hogy jó úton haladok.

...munkatársaimnak, barátaimnak a biztatást, a gyakorlati segítséget, az ötleteket, a támogatást, amit tőlük kaptam.

IRODALOMJEGYZÉK

1. Ackard DM, Neumark-Sztainer D.: Date violence and date rape among adolescents: associations with disordered eating behaviors and psychological health. *Child Abuse & Neglect* 2002, 26 (5):455-73.
2. Ackard DM, Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, French S, Story M.: Binge and purge behavior among adolescents: associations with sexual and physical abuse in a nationally representative sample: the Commonwealth Fund survey. *Child Abuse & Neglect* 2001, 25 (6):771-85.
3. Agras S, Hammer L, McNicholas F.: A prospective study of the influence of eating-disordered mothers on their children. *Int J Eat Disord* 1999, 25:253-62.
4. Agras WS, Rossiter EM, Arnow B, Schneider JA, Telch, CF, Raeburn SD, Bruce B, Perl M, Koran LM.: Pharmacologic and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: a controlled comparison. *Am J Psychiatry* 1992, 149: 82-87.
5. Agras WS, Walsh T, Fairburn CG, Wilson GT, Kraemer HC.: A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 57, 459-466, 2000.
6. Allen FCL, Scannell ED, Turner HR.: Guilt and hostility as coexisting characteristics of bulimia nervosa. *Aust Psychol* 1998, 33:143-47.
7. American Psychiatric Association.: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition. Washington, D.C. APA, 1994. Magyar fordítás: DSM IV diagnosztikai kritériumai. Animula, Budapest, 1995.
8. Austin SB.: Prevention research in eating disorders: theory and new directions. *Psychol Med* 2000, 30:1249-62.
9. Babbie E.: A társadalomtudományi kutatás gyakorlata. Budapest. Balassi Kiadó. 1995.
10. Ball J.: A controlled evaluation of psychological treatments for anorexia nervosa. In: Wilson GT: Cognitive behaviour therapy for eating disorders: progress and problems. *Behav Res Therapy* 1999, 37: 79-95.

11. Bardone AM, Vohs KD, Abramson LY, Heatherton TF, Joiner TE.: The confluence of perfectionism, body dissatisfaction, and low self-esteem predicts bulimic symptoms: clinical implications *Behav Therapy* 2000, 31:265-80.
12. Barry D, Grilo CM, Masheb RM.: Gender differences in patients with binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2002, 31:63–70.
13. Beck A T, Beck RW.: Shortened Version of BDI. *Post Graduate Medicine* 1972, 52:81-85.
14. Becker AE, Burwell RA, Gilman SE, Herzog DB, Hamburg P.: Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *British Journal of Psychiatry* 2002, 180:509-14.
15. Bell L.: Does concurrent psychopathology at presentation influence response to treatment for bulimia nervosa? *Eat Weight Disord* 2002, 7:168–181.
16. Bisaga K.: Commentary 2. In: *Eating disorders and cultures in transition* (Eds. Nasser M, Katzman MA, Gordon RA.). Hove: Brunner-Routledge, 2001, 108-110.
17. Boyadjieva S, Steinhausen HC.: The Eating Attitudes Test and the Eating Disorders Inventory in four Bulgarian clinical and nonclinical samples. *Int J Eat Disord* 1996; 19:93-98.
18. Branch CHH, Eurman LJ.: Social attitudes toward patients with anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1980, 137:631-32.
19. Braun DL, Sunday SR. and Halmi KA.: Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine* 1994, 24:857–867.
20. Buddeberg-Fischer B, Kalghofer R, Gnam G, Buddeberg C.: Prevention of disturbed eating behaviour: a prospective intervention study in 14- to 19-year-old Swiss students. *Acta Psychiatr Scan* 1998, 98:146-155.
21. Bulik CM, Sullivan DF, JL, Fear JL, Joyce PR.: Eating disorders and antecedent anxiety disorders: a controlled study. *Acta Psychiatr Scan* 1997, 96:101–107.
22. Bulik C, Tozzi F, Anderson C, Mazzeo SE, Aggen S, Sullivan PF.: The relation between eating disorders and components of perfectionism. *Am J Psychiatry* 2003, 160(2):366-8.

23. Burns DD.: Feeling good. The mood therapy. Signet and Mentor, New York, 1980.
24. Button EJ, Sonugarbarke EJS, Davies J, Thompson M.: A prospective study of self-esteem in the prediction of eating problems in adolescent schoolgirls: questionnaire findings. *Br J Clin Psychol* 1996, 35:193-20.
25. Caldwell MB, Brownell KD, Wilfley DE.: Relationship of weight, body dissatisfaction, and self-esteem in African American and white female dieters. *Int J Eat Disord* 1997, 22:127-30.
26. Carter JC, Stewart DA, Dunn VJ, Fairburn CG.: Primary prevention of eating disorders: might it do more harm than good? *Int J Eat Disord* 1997; 22:167-72.
27. Catalano R, Dooley D.: Economic change in primary prevention. In: *Prevention in mental health. Research, policy, and practice* (Eds: Price RH, Kerterer RF, Bader BC, Monahan J). Sage Publications, Beverly Hills, CA, 1980.
28. Chally PS.: An eating disorders prevention program. *J Child & Adolescent Psychiatr Nurs* 1998; 11:51-60.
29. Chandy, JM, Blum RW, Resnick MD.: History of sexual abuse and parental alcohol misuse: risk, outcomes, and protective factors in adolescents. *Child and Adolescent Social Work Journal* 1996, 135: 411–432.
30. Commer RJ.: *A lélek betegségei. Pszichopatológia*. Budapest, Osiris, 2000.
31. Cook W, Medley D.: Proposed hostility and pharisaic-virtue scales for MMPI. *Journal of Applied Psychology* 1954, 38: 414-418.
32. Cowen PJ, Anderson IM and Fairburn CG.: Neurochemical effects of dieting: relevance to changes in eating and affective disorders. In: Anderson GH and Kennedy S.H (Eds), *The biology of feast and famine: relevance to eating disorders*, Academic Press, San Diego, CA, 1992, 269–284.
33. Csoboth CT, Birkas E, Purebl G.: Physical and sexual abuse: risk factors for substance use among young Hungarian women. *Behavioral Medicine* 2003, 28 (4):165-71.

34. Csoboth Cs, Szumska I, Purebl Gy.: Self-rated health and health damaging behaviour among women in Hungary: the effect of off-spring family characteristics. *Social and Preventive Medicine* (megjelenés alatt)
35. Dansky BS, Brewerton TD, Kilpatrick DG, O'Neil PM, Resnick HS, Best CL, Saunders BE.: The nature and prevalence of binge eating disorder in a national sample of women. In: Widiger TA, Frances AJ, Pincus HA, R. Ross, First MB, Davis WF and Kline M(Eds), *DSM-IV sourcebook*, APA Press, Washington, 1998, 515–531.
36. Dare C, Eisler I, Colahan M, Crowther C, Senior R, Asen E.: The listening heart and the chi square: clinical and empirical perceptions in the family therapy of anorexia nervosa. *J Family Therapy* 1995,17:31-57
37. Dare C, Eisler I, Russell G, Treasure J, Dodge L.: Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial of out-patient treatments. *British Journal of Psychiatry* 2001, 178:216-21.
38. Darvell M.: *Eating disorders, body image & the media*. British Medical Association, London, 2000.
39. Dévald P.: *Öndesztuktivitás az evészavarokban*. Budapest, Pszichoanalitikus Gyermek- és Serdülőterápiás Intézet, 1993.
40. Dingemans A, Bruna MJ, van Furth E.F.: Binge eating disorder: a review. *Int J Obes* 2002: 26:299-307.
41. Emborg C.: Mortality and causes of death in eating disorders in Denmark 1970-1993: a case register study. *Int J Eat Disord* 1999, 25(3):243-51.
42. Fairburn CG.: Cognitive-behavioural treatment for bulimia. In: Garner DM, Garfinkel PE (Eds.). *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York, Guilford, 1985: 160-192.
43. Fairburn CG.: Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. In Garner DM, Garfinkel PE (Eds): *Handbook of treatment for eating disorders*. New York, Guilford, 1997, 278-293.

44. Fairburn CG, Beglin S.J.: Studies of the epidemiology of bulimia nervosa, *Am J Psychiatry* 1990;147: 401-408.
45. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Norman P, O'Connor M.: The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Arch Gen Psychiatry* 2000, 57:659–665.
46. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Welch SL.: Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Arch Gen Psychiatry*. 1999, 56:468–476.
47. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R.: Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behav Res Therapy* 2003, 41(5):509-28.
48. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders.: *Lancet* 2003, 361:407-16.
49. Fairburn CG, Jones R, Peveler R.C, Hope RA, O'Connor M.: Psychotherapy and bulimia nervosa: longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. *Arch Gen Psychiatry* 1993, 50:419-428.
50. Fairburn CG, Marcus M, Wilson, GT.: Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: a comprehensive treatment manual. In: *Binge eating: nature, assessment, and treatment* (Eds. Fairburn CG, Wilson GT.). Guilford, New York, 1993, 361-404.
51. Fairburn CG, Norman PA, Welch, SL, O'Connor, M.E, Doll, H.A, Peveler R.C.: A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1995, 52:304-312.
52. Fairburn CG, Shafran R, Cooper Z.: A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behav Res Therapy* 1999, 37:1-13.
53. Fairburn CG, Welch SL, Doll HA, Davies BA, OConnor ME.: Risk factors for bulimia nervosa: a community-based case-control study. *Arch Gen Psychiatry* 1997, 54:509–517.
54. Faltus F, Krch FD.: Eating disorders in Czechoslovakia: epidemiological and clinical aspects. 2nd International Rome-Symposium on Eating Disorders.

- Advancements in diagnosis and treatment of anorexia, bulimia and obesity. Abstract book, 1993, 22. old.
55. Favaro A, Santonastaso P.: Suicidality in eating disorders: clinical and psychological correlates. *Acta Psychiatr Scand* 1997, 95(6):508-14.
 56. Fichter MM, Quadflieg N.: Six-year course of bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1997, 22:361–38.
 57. Field AE, Camargo CA, Taylor, CB, Berkey, CS, Colditz A.: Relation of peer and media influences to the development of purging behaviors among preadolescent and adolescent girls. *Archives Pediatrics & Adolescent Medicine* 1999, 153:1184-9.
 58. Folkman S, Lazarus RS.: An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav* 1980, 21:219-239.
 59. Folkman S, Lazarus RS.: Manual for the Ways of Coping Questionnaire. Research edition. Palo Alto, Consulting Psychologists Press, 1988.
 60. Frank GK, Kaye WH, Meltzer CC.: Reduced 5-HT_{2A} receptor binding after recovery from anorexia nervosa. *Biol Psychiatry* 2002, 52:896–906.
 61. Friedman MA, Wilfley DE, Welch RR, Kuncze JT.: Self-directed hostility and family functioning in normal-weight bulimics and overweight binge eaters. *Addict Behav* 1997; 22:367-75.
 62. Fukunishi I, Koyama K.: Relations of alexithymic characteristics with eating attitudes and hostility in female college students. *Psychological Reports* 2001,88:1245-50.
 63. Garcia de Amusquibar AM, De Simone CJ.: Some features of mothers of patients with eating disorders. *Eating & Weight Disorders* 2003, 8(3):225-30.
 64. Garcia-Grau E, Fuste A, Miro A, Saldana C, Bados A.: Coping style and disturbed eating attitudes in adolescent girls. *Int J Eat Disord* 2002, 32:116-20.
 65. Garcia Vilches I, Badia-Casanovas A, Fernandez-Aranda F, Jimenez-Murcia S, Turon-Gil V, Vallejo-Ruiloba J, Katzman M.: Characteristics of bulimic patients

- whose parents do or do not abuse alcohol. *Eating & Weight Disorders* 2002, 7(3):232-8.
66. Gard MC, Freeman CP.: The dismantling of a myth: a review of eating disorders and socioeconomic status. *Int J Eat Disord* 1996, 20:1-12.
 67. Garfinkel PE, Lin E, Goering P, Spegg C, Goldbloom DS, Kennedy S, Kaplan AS, Woodside DB. Bulimia nervosa in a Canadian community sample: prevalence and comparison of subgroups. *Am J Psychiatry* 1995, 152:1052-1058.
 68. Garfinkel PE, Lin E, Goering C, Spegg D, Goldbloom D, Kennedy S, Kaplan AS, Woodside DB. Should amenorrhoea be necessary for the diagnosis of anorexia nervosa? *Br J Psychiatry* 1996, 168:500-50.
 69. Garner DM. *Eating Disorders Inventory-2*. Odessa, Psychological Assessment Resources, 1991.
 70. Garner DM, Olmstead MP, Polivy J.: Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord* 1983, 2:15-34.
 71. Garner DM, Olmsted MP, Polivy J, Garfinkel PE.: Comparison between weight preoccupied women and anorexia nervosa. *Psychosom Med* 1984, 46:255-66.
 72. Garner DM, Rockert W, Davis R, Garner MV, Olmsted MP, Eagle M.: Comparison between cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1993, 150:37-46.
 73. Garner DM, Vitousek, KM, Pike KM. Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. In: Garner, DM, Garfinkel PE. (Eds.) *Handbook of treatment for eating disorders* Guilford, New York, 1997, 94-144. old.
 74. Geist R, Davis R, Heinman M.: Binge/purge symptoms and comorbidity in adolescents with eating disorders. *Canadian Journal of Psychiatry* 1998, 43:507-512.
 75. Geller J, Cockell SJ, Goldner EM.: Inhibited expression of negative emotions and interpersonal orientation in anorexia nervosa. *Int Eat Disord* 2000, 28:8-19.

76. Gershoen ES, Hamovit JR, Schreiber JL.: Anorexia nervosa and major affective disorders associated in families: a preliminary report. In: Guze SB, Earles FE, Barrett JE. (Eds.) *Childhood psychopathology and development*. New York, Raven Press, 1983, 279-287.
77. Ghaderi A, Scott B.: Prevalence and psychological correlates of eating disorders among females aged 18-30 years in the general population. *Acta Psychiatr Scand* 1999, 99:261-266.
78. Ghaderi A, Scott B.: Coping in dieting and eating disorders: a population-based study. *Journal of Nervous & Mental Disease* 2000, 188(5):273-9.
79. Gilbert N, Caroline M.: Social anxiety and social comparison: differential links with restrictive and bulimic attitudes among nonclinical women. *Eating Behaviors* 2003, 4/3:257-264.
80. Gotbaum NE.: Commentary 1. In: *Eating disorders and cultures in transition* (Eds. Nasser M, Katzman MA, Gordon RA.). Hove: Brunner-Routledge, 2001, 105-117.
81. Gøtestam KG, Agras WS.: General population-based epidemiological study of eating disorders in Norway. *Int J Eat Disord* 1995, 118:119-125.
82. Gresko RB, Rosenvinge JH. The Norwegian school-based prevention model: development and evaluation. In: *The prevention of eating disorder* (Ed.: Vandereycken W.). New York University Press, 1998.
83. György S.: Az evészavarok kognitív-viselkedésterápiás megközelítése. In: *Étkezési zavarok* (szerk.: Riskó Á.). Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest, 1993, 37-56.
84. Hajnal Á, Csoboth Cs. Szülődepriváció: a szülők válása és halála fiatal nők mintájában. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika* 1999, 10(3-4):16-22.
85. Hay PJ, Bacaltchuk J.: Bulimia nervosa. *BMJ* 2001, 323/7:33-37.
86. Herzog DB, Dorer D, Keel PK.: Recovery and relapse in anorexia and bulimia nervosa: A 7.5-year follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999, 38:829-837.

87. Herzog DB, Hopkins JD, Burns CD. A follow-up study of 33 subdiagnostic eating disordered women. *Int J Eat Disord* 1993, 14:261–267.
88. Herzog DB, Keller MB, Sacks NR, Yeh CJ, Lavori PW.: Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1992, 31:810–817.
89. Hewitt PL, Flett GL, Ediger E.: Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in eating disorder attitudes, characteristics, and symptoms. *Int J Eat Disord* 1995, 18:317-26.
90. Hill AJ, Franklin JA.: Mothers, daughters and dieting: investigating the transmission of weight control. *Br J Clin Psychol* 1998, 37:3-13.
91. Hinrichsen H, Wright F, Waller G, Meyer C.: Social anxiety and coping strategies in the eating disorders. *Eating Behaviors* 2003, 4:117-126.
92. Hoek HW.: Epidemiology of anorexia nervosa and bulimia nervosa in the Western world. *CME* 1995, 13:501-508.
93. Hoek HW.: The incidence and prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in primary care. *Psychol Med* 21:455-460, 1991.
94. Holderness HC, Brooks-Gunn J, Warren MP.: Co-morbidity of eating disorders and substance abuse: review of the literature. *Int J Eat Disord* 1994, 16:1–34.
95. Hsu LKG.: Outcome of bulimia nervosa. In: *Eating disorders and obesity* (Ed. Brownell KD, Fairburn CG.). New York, Guilford, 1995, 238-244.
96. Kashubeck S, Mintz LB: Eating disorder symptomatology and substance use in college females. *J College Student Development* 1997, 37:396-404.
97. Kaye WH, Frank GK, Meltzer CC.: Altered serotonin 2A receptor activity in women who have recovered from bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 2001, 158:1152–1155.
98. Kaye WH, Lilenfeld LR, Plotnicov K, Merikangas KR, Nagy L, Strober M, Bulik CM, Moss H, Greeno CG.: Bulimia nervosa and substance dependence: association and family transmission. *Alcohol Clin Exp Res* 1996, 20:878-881.

99. Kaye WH, Weltzin TE, Hsu LK, Bulik C, McConahay C, Sobkiewicz T.: Patients with anorexia nervosa have elevated scores on the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Int J Eat Disord* 1992, 12: 57–62.
100. Kendler KS, MacLean C, Neale M, Kessler R, Heath A, Eaves L: The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1991, 1627-1637.
101. Koff E, Sangani P.: Effects of coping style and negative body image on eating disturbance. *Int J Eat Disord* 1997, 22(1):51-6.
102. Komlósi P.: Családterápiás megközelítés az anorexia nervosa kezelésében. In: *Étkezési zavarok* (szerk. Riskó Á). Budapest, Magyar Pszichiátriai Társaság, 1993, 69-75.
103. Kopp M.: *Orvosi pszichológia (Az egészséglélektan és magatartásorvoslás alapjai)*. SOTE, Budapest, 1994.
104. Kopp M, Csobóth Cs, Purebl Gy.: Egészségmegőrzés- mit jelent ma Magyarországon a fiatal nők “egész”-sége. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika* 1999, 10(3-4): 5-15.
105. Kopp M, Csobóth Cs, Purebl Gy.: Fiatal nők egészségi állapota, In: *Szerepváltozások* (Szerk. Pongrácz T, Tóth IGY.) TÁRKI, 1999, 239-259.
106. Kopp MS, Falger PR, Appels A, Szedmák S.: Depressive symptomatology and vital exhaustion are differentially related to behavioural risk factors for coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 1998, 60:752-75.
107. Kopp M, Fóris N.: *A szorongás kognitív viselkedésterápiája*, Végeken, Budapest, 1993.
108. Kopp M, Skrabski Á.: Összehasonlító mentálhigiénés vizsgálatokra ajánlott módszertan. *Végeken* 1991, 2: 4-24.
109. Kopp M, Skrabski Á.: *Magyar lelkiállapot*, Végeken, Budapest, 1992.
110. Kopp M, Skrabski Á.: *Alkalmazott magatartástudomány. A megbirkózás egyéni és társadalmi stratégiái*. Végeken, Budapest, 1995.

111. Kopp M, Skrabski Á, Szedmák S.: Depressive symptomatology and hostility as cardiovascular risk factors. *Irish J of Medical Sciences* 1998, 167, Suppl 7, 22(abstr).
112. Krch D, Drábková H.: Prevalence mentální anorexie a bulimie v populaci české mladeže. *Česko-Slov Psychiatr* 1996, 92:237-247.
113. Lacey JH, Evans C.: The impulsivist: a multi-impulsive personality disorder. *British J Addiction* 1986, 81:641-649.
114. Laessle R, Platte P, Schweiger U, Pirke KM.: Biological and psychological correlates of intermittent dieting behavior in young women. A model for bulimia nervosa. *Physiology and Behavior* 1996, 60:1-5.
115. Lajtai L.: Az interperszonális pszichoterápia bemutatása. *Pszichoterápia* 2001, 11:199-207.
116. Leung F, Steiger H.: Lack of causal relationship between depressive symptoms and eating abnormalities in a nonclinical population: Findings from a six-month follow-up study. *Int J Eat Disord* 1991, 10:513-519.
117. Levine MP, Smolak L, Moodey AF, Shuman MD, Hessen LD.: Normative developmental challenges and dieting and eating disturbances in middle school girls. *Int J Eat Disord* 1994, 15:11-20
118. Levy AB, Dixon KN, Stern SL.: How are depression and bulimia related? *Am J Psychiatry* 1989, 146:162-169.
119. Lilenfeld LR, Kaye WH, Greeno CG, Merikangas KR, Plotnicov K, Pollice C, Rao R, Strober M, Bulik CM, Nagy L.: Psychiatric disorders in women with bulimia nervosa and their first-degree relatives: effects of comorbid substance dependence. *Int J Eat Disord* 1997, 22:253-264
120. Lucas AR, Beard CM, O'Fallon, Kurland LT.: 50-year trends in the incidence of anorexia in Rochester, Minn.: A population-based study. *Am J Psychiatry* 1991, 148:917-922.

121. Lunner K, Werthem EH, Thompson JK, Paxton SJ, McDonald F, Halvaarson KS.: A cross-cultural examination of weight-related teasing, body image, and eating disturbance in Swedish and Australian samples. *Int J Eat Disord* 2000, 28:430-35.
122. Markowitz JC.: *Interpersonal psychotherapy for dysthymic disorder*. American Psychiatric Press, Inc. Washington, 1998.
123. McClelland L, Crisp A.: Anorexia nervosa and social class. *Int J Eat Disord* 2001, 29:150-156.
124. Milos G, Spindler A, Hepp U, Schnyder U.: Suicide attempts and suicidal ideation: links with psychiatric comorbidity in eating disorder subjects. *General Hospital Psychiatry* 2004, 26:129-35.
125. Minuchin S: *Families and family therapy*. Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1974.
126. Minuchin S, Rosman BL, Baker L.: *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*. Cambridge, MA: Harvard Univ. Press, 1978.
127. Miotto P, De Coppi M, Frezza M, Preti A.: Eating disorders and suicide risk factors in adolescents: an Italian community-based study. *J Nerv Ment Dis* 2003, 191(7):437-43.
128. Mitchell JE, Hatsukami D, Eckert ED, Pyle RL.: Characteristics of 275 patients with bulimia. *Am J Psychiatry* 1985, 142:482-485.
129. Mitchell JE, Pyle, RL, Eckert ED, Hatsukami D, Pomeroy C, Zimmermann R.: A comparison study of antidepressants and structured intensive group psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *Arch. Gen. Psychiatry* 1990, 47, 149-157.
130. Nagata T, Kawarada Y, Ohshima J, Iketani T, Kiriik N.: Drug use disorders in Japanese eating disorder patients. *Psychiatry Research* 2002, 109:181-191.
131. Nasser M.: *Culture and weight consciousness*. London, Routledge, 1997.
132. Németh A.: Az evészavarok farmakoterápiája. *Psychiatria Hungarica* 1996, 11:337-344.

133. Németh A.: Étkezési zavarok biológiai alapjai. In: Étkezési zavarok (szerk. Riskó Á). Budapest, Magyar Pszichiátriai Társaság, 1993, 57-62.
134. Neumärker U, Dudeck U, Vollrath M, Neumärker KJ, Steinhausen HC.: Eating attitudes among adolescent anorexia nervosa patients and normal subjects in the former West and East Berlin: a transcultural comparison. *Int J Eat Disord* 1992; 12:281-289.
135. Neumark-Sztainer D, Sherwood NE, Collier T, Hannan PJ.: Primary prevention of disordered eating among preadolescent girls: feasibility and short-term effect of a community-based intervention. *J American Dietetic Association* 2000; 100:1466-73.
136. Neumark-Sztainer D, Story M, Hannan PJ, Beuhring T, Resnick, MD.: Disordered eating among adolescents: associations with sexual/physical abuse and other familial/psychosocial factors. *Int J Eat Disord* 2000, 28:249-258.
137. Nielsen S.: Epidemiology and mortality of eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2001, 24:201-214.
138. Nilsson E W, Gillberg Cand Rastam M.: Familial factors in anorexia nervosa: A community-based study *Comprehensive Psychiatry* 1998, 39: 392-399.
139. O'Brien KM, Norah KV.: Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationships. *Clinical Psychology Review* 2003, 23:357-74.
140. Ogden J, Thomas D.: The role of familial values in understanding the impact of social class on weight concern. *Int J Eat Disord*, 1999, 25:273-9.
141. Onnis L: A pszichoszomatikus zavarok rendszerszemlélete. Budapest, Animula, 1993
142. Paul T, Schroeter K, Dahme B, Nutzinger DO.: Self-injurious behavior in women with eating disorders. *Am J Psychiatry* 2002, 159:408-411.
143. Paxton SJ, Schutz HK, Wertheim ES, Muir SL.: Friendship clique and peer influences on body image concerns, dietary restraint, extreme weight-loss

- behaviors, and binge eating in adolescent girls. *J Abnorm Psychol* 1999, 108:255-66.
144. Pike KM, Rodin J.: Mothers, daughters, and disordered eating. *J Abnorm Psychol*. 1991, 100:198-204.
145. Pliner P, Haddock G.: Perfectionism in weight concerned and unconcerned women: an experimental approach. *Int J Eat Disord* 1996, 19:381-389.
146. Polivy J, Herman CP.: Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*. 2002, 53:187-213.
147. Pollice C, Kaye WH, Greeno CG, Weltzin TE.: Relationship of depression, anxiety, and obsessionality to state of illness in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 1997, 21:367-376.
148. Prince R.: Is anorexia nervosa a culture-bound syndrome? *Transcultural Psychiat Res Rev* 1983, 20:229.
149. Prince R.: The concept of culture-bound syndromes: anorexia nervosa and brain-fag. *Soc Sci Med* 1985, 21:197-203.
150. Rathner G.: Post-communism and the marketing of the thin ideal. In: *Eating disorders and cultures in transition* (Eds Nasser M, Katzman MA, Gordon RA.). Hove: Brunner-Routledge, 2001.
151. Rathner G, Túry F, Szabó P.: Evészavarok a rendszerváltás után a volt kommunista országokban. *Orvosi Hetilap* 2001, 142:1331-1333.
152. Rathner G, Túry F, Szabó P, Geyer M, Rumpold G, Forgács A, Söllner W, Plöttner, G.: Prevalence of eating disorders and minor psychiatric morbidity in Central Europe before the political changes in 1989: a cross-cultural study. *Psychol Med* 1995, 25:1027-1035.
153. Rethelyi JM, Berghammer R, Ittzes A, Szumska I, Purebl G, Csoboth C.: Comorbidity of pain problems and depressive symptoms in young women: results from a cross-sectional survey among women aged 15-24 in Hungary. *European Journal of Pain* 2004, 8(1):63-9.

154. Ricca V, Mannucci E, Mezzani B.: Psychopathological and clinical features of outpatients with an eating disorder not otherwise specified. *Eat Weight Disord* 2001, 6:157–165.
155. Riskó Á: Étkezési zavarban szenvedők (anorexia, bulimia, ún. faló elhízottak) pszichoanalitikus terápiájának kezdeti nehézségeiről. In: *Korai személyiségfejlődés és terápiás folyamat* (szerk. Lukács D). Budapest, Animula, 1996, 131-138.
156. Riskó Á: Anorexiás, bulimiás és rohamszerűen faló elhízott személyek Pszichodiagnosztika vizsgálatának főbb sajátosságai. *Psychiatria Hungarica* 1996, 11:281-288.
157. Riskó Á: Az étkezési zavarok (anorexia, bulimia, obesitas) meghatározása, klinikai tünetei, pszichodinamikai jellegzetességei, kezelési lehetőségei. In: *Étkezési zavarok* (szerk. Riskó Á). Budapest, Magyar Pszichiátriai Társaság, 1993, 6-16.
158. Robin AL, Siegel PT, Koepke T, Moye AW, Tice S.: Family therapy versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa. *J Developmental and Behavioral Pediatrics* 1994, 15:111-116.
159. Robin AL, Siegel PT, Moye AW, Gilroy M, Dennis AB, Sikand A.: A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1999, 38(12):1482-9.
160. Rogers L, Resnick MD, Mitchell JE, Blum RW.: The relationship between socioeconomic status and eating-disordered behaviors in community sample of adolescent girls. *Int J Eat Disord* 1997, 9:15-23.
161. Rorty M, Yager J.: Histories of childhood trauma and complex post-traumatic sequelae in women with eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America* 1996 19: 773–791.
162. Rózsa, S, Szádóczky, E, Füredi, J.: A Beck Depressziós Kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán. *Psychiatria Hungarica* 2001, 16(4): 384-402.
163. Rózsa S, Réthelyi J, Stauder A, Susánszky É, Mészáros E, Skrabski Á, Kopp M.: A Hungarostudy 2002 országos reprezentatív felmérés általános módszertana és a

- felhasznált tesztbattéria pszichometriai jellemzői. *Pszichiátia Hungarica* 2003, 18(2):83-94.
164. Russell GFM, Szmukler GI, Dare C, Eisler I.: An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1987, 44:1047-1056.
 165. Santonastaso P, Friederici S, Favaro A.: Full and partial syndromes in eating disorders: A 1-year prospective study of risk factors among female students. *Psychopathology* 1999, 32(1):50-6.
 166. Schmidt U, Tiller J, Blanchard M, Andrews B, Treasure J.: Is there a specific trauma precipitating anorexia nervosa? *Psychol Med* 1997, 27:523-30.
 167. Selvini-Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G: The treatment of children through brief therapy of their parents. *Family Process* 1974, 13:429-442.
 168. Selvini-Palazzoli M, Cecchin G, Prata G, Boscolo L: Hypothesizing - circularity - neutrality: three guidelines for the conductor of the session. *Family Process* 1980, 19:3-12.
 169. Serdula MK, Collins ME, Williamson DF, Anda RF, Pamuk E, Byers, TE.: Weight control practices of US adolescents and adults. *Ann Intern Med* 1993, 119:667-671.
 170. Shafran R, Cooper Z, Fairburn CG.: Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research & Therapy* 2002, 40(7):773-91.
 171. Shafran R. Mansell W.: Perfectionism and psychopathology: a review of research and treatment. *Clinical Psychology Review* 2001, 21(6):879-906.
 172. Shisslak CM, Crago M, McKnight KM, Estes LS, Gray N, Parnaby OG.: Potential risk factors associated with weight control behaviors in elementary and middle school girls. *J Psychosom Res* 1998, 44:301-13.
 173. Simon L, Tölgyes T.: A bulimia nervosa II. *Ideggyógy Szemle* 1990, 43:484-500.
 174. Slade PD.: Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Brit J Clin Psychol* 1982, 21:167-179.
 175. Smolak L. Murnen SK. A meta-analytic examination of the relationship between child sexual abuse and eating disorders. *Int J Eat Disord* 2002, 31(2):136-50.

176. Steinhausen HC.: The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry* 2002, 159: 1284–1293.
177. Stice E.: Modeling of eating pathology and social reinforcement of the thin-ideal predict onset of bulimic symptoms. *Behav Res Therapy* 1998, 36:931-44.
178. Stice E.: A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: mediating effects of dieting and negative affect. *J Abnorm Psychol* 2001, 110:1-12.
179. Stice E, Schupak-Neuberg E, Shaw HE, Stein RI.: Relation of media exposure to eating disorder-symptomatology: an examination of mediating mechanisms. *J Abnorm Psychol* 1994, 103: 836-840.
180. Stice E, Shaw HE.: Adverse effects of the media portrayed thin-ideal on women and linkages to bulimic symptomatology. *J Soc Psychol* 1994, 13:288-308.
181. Stierlin H, Weber G.: *Unlocking the family door. A systemic approach to the understanding and treatment of anorexia nervosa.* New York, Brunner/Mazel, 1989.
182. Stock S L, Goldberg E, Corbett S, Katzman DK.: Substance use in female adolescents with eating disorders *Journal of Adolescent Health* 2002, 31(2):176-182.
183. Stormer SM, Thompson JK.: Explanations of body image disturbance: a test of maturational status, negative verbal commentary, social comparison, and sociocultural hypotheses. *Int J Eat Disord* 1996, 19:193-202.
184. Striegel-Moore R.: Risk factors for eating disorders. *Ann NY Acad Sci.* 1997, 817:98-109.
185. Strober M, Lampert C, Morrell W, Burroughs J, Jacobs C.: A controlled family study of anorexia nervosa: evidence of familial aggregation and lack of shared transmission with affective disorders. *Int J Eat Disord* 1990, 9:239-253.
186. Sullivan P, Bulik CM, Carter FA, Gendall KA, Joyce PR.: The significance of a prior history of anorexia in bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1996, 20:253–261.

187. Sullivan PF, Bulik CM, Fear JL, Pickering A.: Outcome of anorexia nervosa: a case-control study. *Am J Psychiatry* 1998, 155:939–946.
188. Susánszky É, Hajnal Á, Csoboth Cs.: Öngyilkossági gondolat és az egészségi állapot összefüggése fiatal nők körében. *Lege Artis Medicinae* 2000, 10(6): 528-533.
189. Susánszky É, Szántó Z, Csoboth Cs, Purebl Gy.: Család: Erőforrás vagy veszélyforrás? *Századvég* 2000, 16: 45-59.
190. Szabó P.: Testkép és zavarai, test-orientált terápiaiak. *Psychiatria Hungarica* 1996,11:311-325.
191. Szabó P, Túry F.: The prevalence of bulimia nervosa in a Hungarian college and secondary school population. *Psychother Psychosom* 1991, 56:43-47.
192. Szabó P, Túry F.: A pszichoszomatikus táplálkozási zavarok szövődményei. *Orvosi Hetilap* 1994, 135:1067-1072.
193. Szabó P, Túry F.: A depresszió és a táplálkozási zavarok kapcsolata. *Psychiatria Hungarica* 1994, 9:55-68.
194. Szabó P, Túry F.: Az anorexia és bulimia nervosa klinikai és szubklinikai formáinak prevalenciája dolgozó nők és férfiak körében. *Orvosi Hetilap* 1995, 136:1829-1835.
195. Szumska I: Kutatás a magatartástudományban. In *Magatartástudomány*, szerk.: Buda Béla, Budapest, 2001.
196. Szumska I, Túry F, Hajnal Á, Csoboth Cs, Purebl Gy, Réthelyi J.: Evészavarok prevalenciája fiatal nők hazai reprezentatív mintájában. *Psychiatria Hungarica* 2001, 16:374-383.
197. Szumska I, Túry F, Jakabfi P.: Az evészavarok prevenciója. *Kérdések és ellentmondások. Lege Artis Medicinae* 2003:13(1)24-28.
198. Szumska I, Túry F, Jakabfi P.: Új modellek az evészavarok prevenciójában. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 2003, (3):5-9.
199. Taylor CB, Altman T.: Priorities in prevention research for eating disorders. *Psychopharmacol Bull* 1997, 33:413-417.

200. Thornton C, Russell J.: Obsessive compulsive comorbidity in the dieting disorders. *Int J of Eat Disord* 1997, 21:83–87.
201. Tiggemann M, Pickering AS.: Role of television in adolescent women's body dissatisfaction and drive for thinness. *Int J Eat Disord* 1996, 20:199-203.
202. Tomori M, Rus-Makovec M.: Eating Behavior, depression, and self-esteem in high school students. *Journal of Adolescent Health* 2000, 26:361-367.
203. Tölgyes T, Géczy A.: Integrációs lehetőségek a táplálkozási magatartászavarok kezelésében pszichoterápiás ambulancián. *Végeken* 1993, 4(3):25-33.
204. Tölgyes T, Simon L.: A bulimia nervosa I. *Ideggyógy Szemle* 1989, 42:397-407.
205. Tölgyes T, Simon L, György S.: A táplálkozási magatartászavarok kognitív és viselkedésterápiája. *Psychiatria Hungarica* 1996, 11:299-309.
206. Treuer T, Fábíán Zs, Füredi J.: A fizikai bántalmazás, sexuális bántalmazás és a testképzavar összefüggése evészavarokban. *Pszichoterápia* 2001, 248-252.
207. Troop NA, Schmidt VA, Turnbull SJ, Treasure JL.: Self-esteem and responsibility for change in recovery from bulimia nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 2000, 8:384-93.
208. Tsivil'ko MA, Dmitrieva TN, Zanozin AV. Prevalence of anorexia nervosa in urban population of adolescents [oroszul]. *Zhurnal Nevrologii i Psikhiatrii Imeni S.S. Korsakova* 1999, 99(3):47-49.
209. Turnbull S, Ward A, Treasure J, Jick H, Derby L.: The demand for eating disorder care. An epidemiological study using the General Practice Research Database. *Br J Psychiatry* 1996, 169:705-712.
210. Túry F, Kollár M, Szabó P.: Táplálkozási attitűdök középiskolások között. *Ideggyógy Szemle* 1991, 44:173-181.
211. Túry F, Kollár M, Szabó P, Pető Z, Boda K.: Táplálkozási zavar-epidemiológiai vizsgálatok két középiskolás populációban. *Végeken* 1993, 4(3):14-19.
212. Túry F, Rathner G, Szabó P, Forgács A.: A táplálkozási magatartás zavarainak hazai epidemiológiai adatai: újabb eredmények. *Orvosi Hetilap* 1994, 135:787-791.

213. Túry F, Sáfrán Zs, Wildmann M, László Zs.: Az Evési Zavar Kérdőív (Eating Disorder Inventory) hazai adaptációja. *Szenvedélybetegségek* 1997, 5:336-342.
214. Túry F, Szabó P. A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa. *Medicina*, Budapest, 2000.
215. Túry F, Szabó P, Szendrey G.: Evészavarok prevalenciája egyetemista populációban. *Ideggyógy Szemle* 1990, 43:409-418.
216. Túry F, Szumska I.: Az evészavarok kognitív viselkedésterápiája In: *Kognitív viselkedésterápia* (szerk: Mórotz K, Perczel-Forintos D.). *Medicina Kiadó* (megjelenés alatt).
217. Túry F, Wildmann M.: Hipnoterápia családdal: rendszerszemlélet és hipnózis. *Hipno-Info* 1997, XXVIII:5-7.
218. Túry F, Wildmann M: Integratív terápiais megközelítés a táplálkozási viselkedés zavarainak kezelésében - egyéves tapasztalataink. *Magyar Pszichol Szemle* 1992/93, 48/49:213-235.
219. Van der Ham T, Van Strien DC, Van Engeland H.: Personality characteristics predict outcome of eating disorders in adolescents: a 4-year prospective study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1998, 7:79-84.
220. Van Furth EF, van Strien DC, Martina LM, van Son MJ, Hendrickx JJ, van Engeland H.: Expressed emotion and the prediction of outcome in adolescent eating disorders. *Int J Eat Disord* 1996, 20(1):19-31.
221. Van Hoeken D, Lucas AR, Hoek HW.: Epidemiology. In: *Neurobiology in the treatment of eating disorders* (Eds.: Hoek H, Treasure JL, Katzman MA). New York, Wiley, 1998, 97-126.
222. Vandereycken W.: The families of patients with an eating disorder. In: *Eating disorders and obesity* (Eds. Brownell KD, Fairburn CG). New York, Guilford, 1995, 219-223.
223. Vanderlinden J, Norré J, Vandereycken W: *A practical guide to the treatment of bulimia nervosa*. New York, Brunner/Mazel, 1992.

224. von Ranson KM, McGue M, Iacono WG.: Disordered eating and substance use in an epidemiological sample: II. Associations within families. *Psychology of Addictive Behaviors* 2003, 17(3):193-201.
225. Wallin U, Kronvall P.: Anorexia nervosa in teenagers: change in family function after family therapy, at 2-year follow-up. *Nordic Journal of Psychiatry* 2002, 56(5):363-9.
226. Walsh BT, Wilson GT, Loeb KL, Devlin MJ, Pike KM, Roose SP, Fleiss J, Wateraux C.: Medication and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1997, 154: 523-531.
227. Walters EE, Neale MC, Eaves LJ.: Bulimia nervosa and depression: a study of common genetic and environmental factors. *Psychol Med* 1992, 22:617-622.
228. Weissman AN, Beck AT.: The dysfunctional attitude scale. Thesis, University of Pennsylvania, Philadelphia, 1979.
229. Welch SL, Fairburn CG.: Impulsivity or comorbidity in bulimia nervosa: a controlled study of deliberate self-harm and alcohol and drug misuse in a community sample. *Br J Psychiatry* 1996, 169:451-45
230. Welch SL, Doll HA, Fairburn CG.: Life events and the onset of bulimia nervosa: a controlled study. *Psychol Med* 1997, 27:515-22.
231. Wertheim EH, Paxton SJ, Schutz HK, Muir SL.: Why do adolescent girls watch their weight? An interview study examining sociocultural pressures to be thin. *J Psychosom Res* 1997, 42:345-55
232. Westenhoefer J.: Prevalence of eating disorders and weight control practices in Germany in 1990 and 1997. *Int J Eat Disord* 2001, 29:477-81.
233. WHO: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision (ICD-10). Genf, WHO, 1992. A pszichiátriai rész magyar fordítása: BNO-10. A mentális és viselkedészavarok osztályozása. WHO-MPT, 1994.

234. Wildes JE, Emery RE, Simons AD.: The roles of ethnicity and culture in the development of eating disturbance and body dissatisfaction: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 2001, 21(4):521-51.
235. Wildmann M, László Zs, Túry F.: Rendszerszemlélet, családterápia evészavarokban. *Psychiatria Hungarica* 1996, 11:289-298.
236. Wilson GT.: Cognitive behaviour therapy for eating disorders: progress and problems. *Behav Res Therapy* 1999, 37:79-95.
237. Wilson GT.: Eating disorders and addictive disorders. In: *Eating disorders and obesity* (Eds. Brownell KD, Fairburn CG.). New York, Guilford, 1995, 165-170.
238. Wilson GT, Fairburn CG, Agras WS.: Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. In: *Handbook of treatment for eating disorders* (Eds. Garner DM, Garfinkel PE.). Guilford, New York, 1997, 67-93.
239. Wlodarczyk-Bisaga K: Abnormal eating attitudes in Polish adolescent schoolgirls. Előadás-kézirat, Satellite Meeting of the European Council on Eating Disorders, Warszawa, 1992.
240. Wlodarczyk-Bisaga K, Dolan B.: A two-stage epidemiological study of abnormal eating attitudes and their prospective risk factors in Polish schoolgirls. *Psychol Med* 1996, 26:1021-1032.
241. Wonderlich SA Mitchell JE.: Eating disorders and comorbidity: empirical, conceptual, and clinical implications. *Psychopharmacology Bulletin* 1997, 33:381–390.
242. Wonderlich SA, Brewerton TD, Jovic S, Dansky BS, Abbott DW.: Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997, 36(8):1107–1115.
243. Woodside DB, Bulik CM, Halmi KA, Fichter MM, Kaplan A, Berrettini WH, Treasure M, Strober J, Lilienfeld L, Klump K, Kaye WH.: Personality, perfectionism, and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders. *Int J Eat Disord* 2002, 31(3):290-9.

244. Yager J, Landsverk J, Edelstein CE.: A 20-month follow-up study of 628 women with eating disorders. I. Course and severity. *Am J Psychiatry* 1987, 144:1172-1177.
245. Young E A, McFatter, R Clopton J R.: Family functioning, peer influence, and media influence as predictors of bulimic behavior. *Eating Behaviors* 2001, 2(4):323-337.
246. Zonnevijlle-Bender MJ, van Goozen SH, Cohen-Kettenis PT, van Elburg A, van Engeland H.: Do adolescent anorexia nervosa patients have deficits in emotional functioning. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2002, 11(1):38-42.

SAJÁT KÖZLEMÉNYEK

Szumska I, Túry F, Csoboth C, Réthelyi J, Purebl, G Hajnal Á.: The prevalence of eating disorders and weight-control methods among young women: A Hungarian representative study. *European Eating Disorders Review*. (közlésre elfogadva)

Csoboth Cs, Szumska I, Purebl Gy.: Self-rated health and health damaging behaviour among women in Hungary: the effect of off-spring family characteristics. *Social and Preventive Medicine* (közlésre elfogadva)

Réthelyi JM, Berghammer R, Ittzes A, Szumska I, Purebl G, Csoboth C.: Comorbidity of pain problems and depressive symptoms in young women: results from a cross-sectional survey among women aged 15-24 in Hungary. *European Journal of Pain* 2004, 8(1):63-9.

Túry F, Szumska I.: Az evészavarok kognitív viselkedésterápiája. In: *Kognitív viselkedésterápia*. (szerk: Mórotz K., Perczel-Forintos D.). Medicina Kiadó (megjelenés alatt)

Berghammer R, Szumska I.: Vizsgálati módszerek: teszt- és kérdőíves módszerek. In: *Orvosi pszichológia* (szerk: Kopp M, Berghammer R.). Medicina Kiadó (megjelenés alatt)

Szumska I, Túry F, Jakabfi P.: Az evészavarok prevenciója. *Kérdések és ellentmondások*. *Lege Artis Medicinae* 2003, 13(1): 24-28.

Szumska I, Túry F, Jakabfi P.: Új modellek az evészavarok prevenciójában. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 2003, 3:5-9.

Szumska I, Túry F, Hajnal Á, Csoboth Cs, Purebl Gy, Réthelyi J.: Evészavarok prevalenciája fiatal nők hazai reprezentatív mintájában. *Psychiatria Hungarica* 2001, 16 (4):374-383.

Szumska I.: Kutatás a magatartástudományban. In *Magatartástudomány* (szerk. Buda B.). Budapest, 2001, 701-715 old.

Egyéb publikációk

Szumaska I, Purebl Gy, Gál K.: A klinikai pszichológus feladatai a pulmonológiai ellátásban. In: A klinikai pszichológia és mentálhigiéné protokollja (szerk: Bagdy E.). Animula, Budapest, 1998, 195-201 old.

Lukács J, Mohácsi E, Batiz A, Szumaska I., Kaszab Zs.: Tapasztalataink súlyos asthma bronchiális betegek komplex terápiás módszerével. Rehabilitáció 1994/2.

Idézhető előadások:

Szumaska I.: Evészavarok prevalencia vizsgálatában nyert adatok 15-24 éves magyar nők körében: a pszichoszociális mutatók összehasonlítása nyugati vizsgálatok eredményeivel. Semmelweis Egyetem 4. sz. Interdiszciplináris Doktori Iskolájának hetedik önálló tudományos ülése, Budapest, 2003.

Szumaska I, Túry F, Csoboth Cs.: The Prevalence of Eating Disorders in a Hungarian Representative Sample of Young Women. Kongressz Essstörungen. 10. Internationale Wissenschaftliche Tagung Jubiläumskongress, Alpbach, 2002.

Szumaska I, Túry F.: Kérdések és ellentmondások. Evészavarok prevenciója. MPT V Nemzeti Kongresszus, Budapest, 2002.

Szumaska I.: Az evészavarok prevalenciája és pszichoszociális vonatkozásai fiatal magyar nők körében, Semmelweis Egyetem 4. sz. Interdiszciplináris Doktori Iskolájának hatodik önálló tudományos ülése, Budapest, 2002.

Szumaska I, Hajnal Á.: Falásrohamok összefüggései magatartási és szociális jellemzőkkel fiatal magyar nők körében. MPT IX Vándorgyűlése. Miskolc 2001.

Hajnal Á, Szumaska I, Csoboth Cs.: A szülői és gyermeki magatartásproblémák összefonódása egy felmérés tükrében. MPT IX Vándorgyűlése, Miskolc, 2001.

Szumska I.: Az evészavarok prevalenciája és pszichoszociális vonatkozásai 15-24 éves fiatal magyar nők körében , Pszichiáter Professzorok és Tanítványaik Klubja. Veszprém 2001.

Hajnal Á, Csoboth Cs, Szumska I.: What does it mean, if young women appraise their mothers as depressed? IV European Conference and the XV Hungarian National Conference on Family Therapy. Budapest 2001.

Szumska I.: A fiatal lányok és nők táplálkozási zavar tüneteinek gyakorisága. MPT Vándorgyűlés, Győr, 2000.

Szumska I.: A pánik és agorofóbia kognitív-viselkedésterápiás kezelése. A Magyar Pszich. Társaság Országos Tudományos Nagygyűlése, Budapest, 2000.

Purebl Gy, Szumska I.: Asthmás betegek adjuváns pszichológiai kezelésének alapelvei. MPT IV. Nemzeti Kongresszus, Budapest, 1998.

Fóris N, Szumska I.: 17-25 éves fiatalok egészségszokásai és pszichés jellemzői. A Magyar Pszich. Társaság XII Országos Tudományos Nagygyűlése. Budapest 1996.

Kaszab Zs, Szumska, I, Lukács J, Mohácsi E.: Felnőtt asthmás betegek önszorgató csoportja. Magyar Pszich. Társaság XI. Országos Tudományos Nagygyűlés, Debrecen 1994.

Kaszab Zs, Szumska I.: Complex Therapy of Adult Astmatic Patient. 3-th International Congress of Behavioural Medicine, Amsterdam, 1994 .

**MELLÉKLET:
A FELMÉRÉSBEN ALKALMAZOTT KÉRDŐÍVEK, SKÁLÁK**

Evészavar Kérdőív (EDI) Karcsúság iránti késztetés skálája

1. Lelkiismeret-furdalás nélkül eszem édességeket és szénhidrátokat
2. Foglalkoztat a fogyókúrás gondolata
3. Erős büntudatom van, ha túl sokat ettem
4. Rettegek a hízástól
5. Túl nagy jelentőséget tulajdonítok a testsúlynak
6. Állandóan az jár az eszemben, bárcsak vékonyabb lehetnék
7. Ha hízom egy kilót, aggódom, hogy tovább hízom

mindig, rendszerint, gyakran, néha, ritkán, soha

Evészavar-tünetek Súlyossági Skálája

Milyen gyakran fordultak elő Önnél a következő viselkedések

	soha	havonta egyszer	havonta többször	hetente egyszer	hetente többször	naponta	naponta többször
A. Diétázás (azért, hogy fogyjál vagy tartsd a súlyod)							
B. Testedzés a testsúly és alak miatt							
C. Étvágycsökkentők							
D. Falásrohamok*							
E. Önhánytatás							
F. Hashajtók szedése							
G. Vízhajtók szedése							

* A falásroham olyan nagy mennyiségű táplálék gyors elfogyasztása, melyet mások extrém mennyiségnek tartanak.

Beck Depressziós Kérdőív rövidített változata

Hogyan érezte magát az elmúlt időszakban? **Kérem**, válaszoljon az alábbiak szerint:

1. Minden érdeklődésemet elvesztettem mások iránt
2. Semmiben sem tudok dönteni többé
3. Több órával korábban ébredek mint szoktam, és nem tudok újra elaludni
4. Túlságosan fáradt vagyok, hogy bármit is csináljak
5. Annyira aggódom a testi- fizikai panaszok miatt, hogy másra nem tudok gondolni
6. Semmiféle munkát nem vagyok képes ellátni
7. Úgy látom, hogy a jövőm reménytelen és a helyzetem nem fog változni
8. Mindennel elégedetlen vagy közömbös vagyok
9. Állandóan hibáztatom magam

egyáltalán nem jellemző, alig jellemző, jellemző, teljesen jellemző

Ellenségesség rövidített kérdőíve

1. Az emberek általában aljasak, önzőek és ki akarják használni a másikat
2. A legtöbb ember azért becsületes, mert fél a leleplezéstől
3. Senki sem törődik azzal, hogy mi történik a másikkal
4. A legbiztosabb senkiben sem bízni
5. Ha egy jó ismerősöm sikereiről hallok, úgy érzem, mintha magam kudarcot vallottam volna.

egyáltalán nem jellemző, alig jellemző, jellemző, teljesen jellemző

Megküzdési módok

Élje bele magát élete egyik nehéz helyzetébe! Az eseményt követő hetekben mennyire jellemezték Önt az alábbi állítások?

1. A helyzet valamilyen kreatív, alkotó tevékenységre ösztönzött
2. Más emberként kerültem ki a helyzetből – jó értelemben véve
3. Evéssel, ivással, dohányzással vezettem le a feszültségemet
4. Nyugtatók vagy gyógyszerek szedésével próbálkoztam
5. Egy lapra tettem fel mindent, valami nagyon kockázatosba fogtam
6. Másokon vezettem le a feszültséget
7. Több különböző megoldást találtam a problémára
8. Igyekeztem a dolgot a másik személy szempontjából nézni

egyáltalán nem jellemző, alig jellemző, jellemző, teljesen jellemző

Diszfunkcionális Attitűd Skála rövidített változata

A következő kérdésekre válaszoljon az alábbiak szerint.

- 1 Személyes értékem nagy-részt attól függ, hogy mások mit gondolnak rólam
- 2 Ha nem viszonzák a szeretetemet, ez azt jelenti, hogy nem vagyok szeretetre méltó
- 3 Ha sikertelen vagyok a munkámban, sikertelen ember vagyok
- 4 Elkeseredem, ha hibát követek el
- 5 Ha valakinek jót teszek, remélhetem, hogy viszonzni fogja
- 6 Képesnek kell lennem arra, hogy mindenkinek segítek, aki rászorul
- 7 Boldogságom nagyrészt attól függ, hogy mi történik velem

egyáltalán nem ért egyet, kevéssé ért egyet, inkább egyetért, teljesen egyetért

ÖSSZEFOGLALÓ

Az evészavarok kutatása egyre nagyobb figyelmet kap az utóbbi két-három évtizedben, s bár egyre jobban ismerjük az evészavarok természetét, mégis számos kérdés nyitva maradt. Korábban átfogó reprezentatív evészavar-epidemiológiai felmérés a kelet-közép-európai országokban nem történt. Ezért vizsgálatunk egyik célja az evészavarok prevalenciájának meghatározása volt a 15-24 éves nők körében, azaz az evészavarok szempontjából veszélyeztetett korcsoportban, továbbá célunk volt elemezni, hogy milyen pszichoszociális háttértényezők és komorbid problémák mentén tér el kortársaitól az evészavarral jellemzett csoport.

Reprezentatív, kérdőíves, keresztmetszeti felmérést végeztünk 3615 fiatal nő körében. Eredményeink szerint az anorexia nervosa (AN) pontprevalenciája 0,03%, a bulimia nervosa (BN) 0,41%, a szubklinikai AN 1,09%, a szubklinikai BN 1,48% volt.

Az evészavarral jellemzett csoport több vonatkozásban szignifikánsan különbözött a kortársak csoportjától. Az evészavarok gyakrabban fordultak elő a tanulók, mint a nem tanulók körében, valamint gyakoribbak voltak városi lakosoknál. A családi háttérjellezők közül az evészavarosok csoportja a szülők iskolai végzettsége tekintetében szignifikánsan különbözött a minta többi részétől, a BN alcsoportban pedig emellett gyakoribb volt a szülők pszichiátriai betegsége is. A felsőfokú végzettségű szülőknek az alacsony végzettségűekhez viszonyítva háromszor nagyobb volt az esély arra, hogy a lányuknak evészavara legyen. A vizsgált pszichés tényezők közül az evészavar csoportra jellemző volt, hogy nehéz élethelyzetben főleg érzelmi megküzdési stratégiákat alkalmaznak, gyakoribbak a magas belső elvárások és magas az ellenségesség. A komorbid mentális problémák közül a depressziós tünetegyüttes, a szuicid kísérletek, a szuicid gondolatok előfordulása és a droghasználat álltak szignifikáns kapcsolatban az evészavarral. Az evészavar csoportban szignifikánsan gyakoribb a fizikai és szexuális abúzus előfordulása az elmúlt egy évben.

Az eredményeket a szakirodalmi adatok tükrében, hasznosításukat a prevenció szemszögéből tárgyaljuk.

SUMMARY

In the past two to three decades research concerning eating disorders has been receiving escalating attention, and even though we are beginning to understand it's nature, many questions are still left unanswered. Comprehensive and representative studies have not been previously conducted in the Central-Eastern European region. Therefore one of the goals of our study was the definition of the prevalence of eating disorders among 15-24 year old women, the age-group most at risk for eating disorders. Our other aim was to analyse the differences regarding psychosocial correlates and co-morbidity problems between those with eating disorders and those without.

We conducted a representative, questionnaire, cross-sectional survey among 3615 young women. Our results show that the point-prevalence of anorexia nervosa (AN) was 0.03%, of bulimia nervosa (BN) 0.41%, of sub-clinical AN 1.09%, and of sub-clinical BN 1.48% .

Women in the eating disorders group differed significantly in many aspects from their peers. Eating disorders were more frequent among students, than non-students, and were more frequent among urban dwellers. Regarding family background factors women with eating disorders differed significantly from the rest of the sample. Women with BN reported parental psychiatric disorders more frequently. Parents with high educational level had a three-fold risk for their daughters to have eating disorders, than parents with low educational level. Of the studied mental health variables, the group with eating disorders was characterised by emotional coping strategies in stressful situations, had higher internal expectations of themselves more frequently, and had high hostility scores. From the co-morbid mental problems depressive symptomatology, suicide attempts, suicidal thoughts, and drug use were in significant association with eating disorders. Physical and sexual abuses in the past year were significantly more frequent in the eating disorder group.

Results are discussed in the light of scientific literature and through the perspective of preventive interventions.