

Evészavarok és evészavar-tünetek epidemiológiája.  
Evészavarban szenvedő betegek  
személyiségvizsgálata kognitív megközelítésben  
pszichometriai módszerekkel

Doktori értekezés

**Dr. Tölgyes Tamás**

Semmelweis Egyetem  
Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Tringer László egyetemi tanár, kandidátus  
Készült: a Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikán

Hivatalos bírálók: Dr. Túry Ferenc egyetemi docens, kandidátus  
Dr. Szabó Pál egyetemi docens, kandidátus

Szigorlati bizottság elnöke: Dr. Szilárd János egyetemi tanár,  
kandidátus  
Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Kopp Mária egyetemi tanár, MTA  
doktor  
Dr. Fráter Rózsa egyetemi tanár, kandidátus

Budapest  
2007.

## Tartalomjegyzék

Tartalomjegyzék.....	1
Rövidítések jegyzéke.....	4
1. Bevezetés.....	5
2. A szakirodalmi háttér áttekintése.....	8
2. 1. Epidemiológiai vizsgálatok.....	8
2. 2. Az evészavarok etiopatogenezise.....	13
2. 2. 1. Biológiai és genetikai tényezők.....	14
2. 2. 2. Komorbiditás.....	16
2. 2. 2. 1. Depresszió.....	16
2. 2. 2. 2. Szorongásos zavarok.....	18
2. 2. 2. 3. Addikciók.....	20
2. 2. 2. 4. Személyiségzavarok.....	22
2. 2. 2. 5. Disszociatív elmélet.....	23
2. 2. 3. Szociokulturális tényezők.....	24
2. 2. 4. Pszichológiai tényezők.....	25
2. 2. 4. 1. Családi tényezők.....	25
2. 2. 4. 2. Egyéni pszichológiai tényezők.....	28
2. 2. 4. 3. Pszichés háttér.....	29
2. 2. 4. 3. 1. Pszichoanalitikus klinikai megfigyelések.....	29
2. 2. 4. 3. 2. A kognitív viselkedésterápiás elmélet.....	31
2. 2. 4. 3. 3. Jellemző személyiségvonások.....	35
2. 2. 4. 3. 4. Testkép.....	44
3. Célkitűzések.....	46
4. Módszerek.....	47
4.1. A vizsgálatban résztvevő csoportok leírása.....	47
4. 2. A vizsgálatban alkalmazott kérdőívek.....	48
4. 3. Statisztikai elemzés.....	53
5. Eredmények.....	55
5. 1. Az epidemiológiai vizsgálat eredményei.....	55

5. 2. A BITE és az EAT klinikai evészavaros populáción történt vizsgálatának eredményei.....	61
5. 3. Az evészavarban szenvedő betegek depresszív tünetei vizsgálatának eredményei a BDI alapján.....	63
5. 4. Az evészavarban szenvedő betegek diszfunkcionális attitűdjei vizsgálatának eredményei a Burns-féle Diszfunkcionális Attitűd Teszt alapján.....	64
5. 5. Az evészavarban szenvedő betegek asszertivitás vizsgálatának eredményei a Rathus-féle Asszertivitás Kérdőív alapján.....	67
5. 6. Az evészavarban szenvedő betegek megküzdési módjai vizsgálatának eredményei a Megküzdési Módot Kérdőív alapján.....	69
5. 7. Az evészavarban szenvedő betegek alakra vonatkozó attitűdjeinek eredményei az Emberi Alakrajzok Tesztje alapján.....	71
5. 8. Az evészavar alcsoportok és a korai maladaptív sémák kapcsolatának vizsgálata.....	75
5. 8. 1. A Korai Maladaptív Séma Kérdőív Alskáláinak faktorstruktúrája.....	75
5. 8. 2. Az evészavar alcsoportok Korai Maladaptív Séma-faktorokon alapuló általános lineáris modell-analízisének eredményei.....	77
5. 8. 3. Az alcsoportok közötti, BMI szerinti összehasonlítás eredménye.....	78
5. 9. A korai maladaptív sémák és az evészavar viselkedés közötti kapcsolat vizsgálatának eredményei.....	78
5. 9. 1. Az evészavar viselkedések és a Korai Maladaptív Sémák kanonikus korreláció analízise.....	78
5. 9. 2. Az evészavar alcsoportok általános lineáris modell-analízise, a kompenzáló evészavar viselkedések és a Korai Maladaptív Séma-párok kanonikus faktori alapján.....	80
5. 9. 3. Az evészavar alcsoportok kanonikus faktorok szerinti elkülönítése.....	82
6. Megbeszélés.....	82
6. 1. Az epidemiológiai vizsgálat eredményeinek megbeszélése.....	82
6. 2. A klinikai vizsgálatok megbeszélése.....	85
6. 2. 1. Az evészavar tesztekkel nyert eredmények megbeszélése.....	85
6. 2. 2. A depresszióról, a diszfunkcionális attitűdökről, az asszertivitásról	

és a coping stílusról nyert eredmények megbeszélése.....	86
6. 2. 3. Az Emberi Alakrajzok Tesztje eredményének megbeszélése.....	89
6. 2. 4. A Korai Maladaptív Sémák és az evészavarok közti kapcsolat vizsgálatainak megbeszélése.....	90
7. Következtetések.....	96
Összefoglalás.....	98
Abstract.....	99
Irodalomjegyzék.....	100
Saját publikációk jegyzéke.....	118
Köszönetnyilvánítás.....	120

## **Rövidítések jegyzéke**

AN: anorexia

APA: Amerikai Pszichiátriai Társaság

BDI: Beck-féle Depresszió Kérdőív

BED: binge-eating disorder

BITE: Edinburgh-i Bulimia Kérdőív

BMI: testtömeg-index

BN: bulimia nervosa

DA: diszfunkcionális attitűd

DAS: diszfunkcionális attitűd skála

DSM: Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyv

EAT: Evési Attitűdök Tesztje

EVZ: evészavar

EVZV: evészavar-viselkedés

FTAN: falás/tisztulás (purgáló) altípusú anorexia nervosa

KMS: korai maladaptív séma

KVT: kognitív viselkedésterápia

RAN: restriktív anorexia nervosa

RAS: Ratus-féle Asszertivitás Kérdőív

WHO: Egészségügyi Világszervezet

Y-BOCS: Yale-Brown Kényszergondolat-Kényszercselekvés skála

YSQ-L: Young-féle Séma Kérdőív hosszú változata

## 1. Bevezetés

Az elmúlt két évtizedben a nemzetközi szakirodalom megkülönböztetett figyelemmel fordult a táplálkozási magatartás zavarai felé. Az utóbbi időben a magyar szakirodalomban is egyre több kutatásról szóló beszámoló jelenik meg e témában. A növekvő érdeklődés oka e kórképek viszonylag magas és növekvő prevalenciája - többnyire a fiatal korosztály érintettségével - a kronicizálódás jelentős veszélye, a számos, nem ritkán életveszélyt is jelentő szomatikus szövődmény és a magas pszichiátriai komorbiditás, valamint az etiopatogenezis kellő ismeretének és a gyors, költséghatékony, megfelelő hatékonyságvizsgálatokkal egyértelműen igazolt terápiás eljárásoknak és prevenciós programoknak a hiánya.

A táplálkozási magatartászavarok két alaptípusa és egyben a mai pszichiátriai ellátást legnagyobb százalékban érintő formája, az *anorexia nervosa* és a *bulimia nervosa*.

Az *anorexia nervosa* fő tünetei a kornak, testmagasságnak megfelelő testsúly fenntartásának elutasítása, az ebből származó súlyvesztés, a soványság ellenére a súlygyarapodástól, elhízástól való félelem, a saját testre vonatkozó testképzavar és az amenorrhoea. Az egyik fő tünetét jelentő önéheztetés történeti előzményeit a középkori éhezõ szentek, majd a késõbbi, vásári mutatványosként szereplõ éhezõ mûvészek jelenthetik. Az elsõ orvosi leírás Morton, majd a késõbbi korok számára is elfogadott leírás Gull és Lasegue nevéhez fûzõdik (Vandereycken és mtsai 1990, Túry és Szabó 2000). A XX. század utolsó negyedének kezdetén Feighner 1972-ben kidolgozott kritériumai, valamint a BNO-9 (WHO 1975) voltak használatosak. Elõbbiben a testsúly 25 %-ának hiánya, továbbá a részletes tünetleírásban a bulimiás epizód tünetei is szerepeltek. A DSM-III (APA 1980) kritériumai között már a Hilde Bruch által alaptünetként leírt testképzavar is megjelent. A DSM-III revideált változata (APA 1987) a testsúly hiányának kritériumát 15 %-ra csökkentette és a jelenlegi diagnosztikai rendszerekben, a DSM-IV-ben, (APA 1994) és a BNO-10-ben (WHO 1992) is ez van érvényben. Ez a változás az enyhébb esetek AN-ként történõ diagnosztizálását is lehetõvé teszi. A DSM-IV már az AN két altípusát – restriktív és falás/tisztulás típus – is megkülönbözteti.

A *bulimia nervosa* fő tüneteit a visszatérõ, meghatározott idõtartam alatt nagy mennyiségû étel elfogyasztásával járó falási epizódok jelentik, melyek alatt az

érintett személy az étkezés feletti kontrollvesztés érzését éli át. Ehhez kapcsolódóan - mivel testének súlya és alakja túlzottan befolyásolja az önértékelését - az elfogyasztott ételek hizlaló hatásának elkerülése céljából visszatérően alkalmatlan kompenzáló viselkedésformákat hajjt végre, önhánytatást, hashajtózást, vízhajtózást, beöntést vagy koplalást, túlzott testgyakorlást.

A bulimia mint tünet, az ókor óta ismert, egyrészt intermittálóan jelentkező farkasétvágy, másrészt a római császárkorban elterjedt akaratlagos hányásokkal megszakított evések formájában. Utóbbiak célja az étkezés örömeinek fokozása illetve elnyújtása volt a mihamarabb történő folytatás lehetővé tételével (Pethő 1989). A mai értelemben vett bulimia nervosat először Russell írta le 1979-ben (Russell 1979) az AN rosszindulatú variánsaként, s kidolgozta a lényegében máig érvényes kritériumait is. Önálló betegségként a BN először a DSM-III (APA 1980) rendszerében jelent meg. A DSM-III-R (APA 1987) a BN diagnózisához már megkövetelte a falásrohamok és az alkalmatlan kompenzáló viselkedésformák minimálisan heti kétszeri gyakoriságát, folyamatosan legalább három hónapon keresztül, a DSM-IV (APA 1994) pedig már megkülönböztet purgáló és nem purgáló alcsoportokat is. A purgáló típus az aktuális epizód alatt rendszeresen önhánytatással, hashajtók vagy vizelethajtók használatával, esetleg beöntéssel próbálja a falásrohamok hatásait kompenzálni, a nem-purgáló típus ezzel szemben kompenzáló viselkedésként a koplalást vagy túlzott mértékű testgyakorlást alkalmazza rendszeresen. A BNO-10 (WHO 1992) diagnosztikai rendszerébe sem a BN tüneteinek gyakoriságára vonatkozó kritériumok, sem a megkülönböztetett altípusok nem kerültek be.

Az evészavar szindrómák pontosítása a 80-as évektől kezdődően lendületet adott az azokkal kapcsolatos kutatásoknak. A kutatások egyik iránya az epidemiológiai adatok pontosítása, kiegészítése multicentrikus, reprezentatív felmérésekkel mind az evészavarok, mind az azokat feltehetően megelőző, megalapozó kóros táplálkozási magatartásformák, illetve a „szubklinikus” formák vonatkozásában. Emellett az epidemiológiai vizsgálatok célja a különösen veszélyeztetett társadalmi csoportok feltérképezése is.

Az evészavar szindrómák etiopatogenezisének magyarázatára eleinte szelektív modellek születtek. Ezek egy része betegségmodell, mely egyes más pszichiátriai

betegségekkel való szorosabb kapcsolatra, az azokkal való hasonlóságokra építve igyekezett hatékony kezelési eljárásokat kidolgozni (depresszió-, kényszerbetegség-modell, disszociációs, addikciós hipotézis). Más csoportjuk egy-egy pszichoterápiás iskola saját elméleti modelljében klinikai megfigyelésekre építve dolgozott ki magyarázó hipotéziseket és ezekre épülő pszichoterápiás stratégiákat (pszichodinamikus irányzat, családterápia, viselkedés- és kognitív terápia), melyek a betegek egy része számára hatékony kezelést jelentettek. Ugyanakkor a terápiás eljárások hatékonyságának egyes betegcsoportokban tapasztalható elégtelenségei a színtiszta terápiás eljárások szimultán vagy szukcesszív integratív alkalmazására vezettek (Vandereycken 1987, Túry és Wildmann 1993, Tölgyes és Géczy 1993).

A 80-as évek második felétől kezdődően a kutatók egyre inkább a multidimenzionális modellek alapján közelítik meg az evészavarok etiopatogenezisét. Ennek keretén belül egyrészt hajlamosító (predisponáló), kiváltó (precipitáló) és betegség-fenntartó tényezőket különítenek el, másrészt hipotéziseikben egyaránt fontosnak tekintik a biológiai, pszichológiai és szociális tényezőket. Az egyes tényezők között kölcsönös visszahatásokat, cirkuláris összefüggéseket feltételeznek a korábbi szelektív modellek többnyire lineáris oksági kapcsolata helyett. A multidimenzionális megközelítésben a korábbi szelektív modellek eredményei, úgy tűnik, megfelelő helyükre kerülnek.

A terápiás hatékonyságvizsgálatok szerint az eredményekben megmutatkozó eltérések nem annyira egy megfelelő, hatékonyabb terápiás módszer vagy módszerek megválasztásától függenek, hanem a betegek egyes személyiségvonásaitól, motivációjától, terápiás kapcsolatra való képességétől (Grilo és mtsai 1997, Treasure és mtsai 1999). Jelenleg a kutatások egyik fontos csoportja az evészavarok biológiai hátterének vizsgálatára irányul, ennek távolabbi célja a jelenleg szerény hatékonyságot felmutató farmakoterápiás eszköztár fejlesztése. A kutatások másik fontos csoportjának célja a terápiás hatékonyságot befolyásoló személyiségvonások vizsgálata és az egyes evészavar csoportokkal illetve alcsoportokkal, egyes evészavar-tünetek súlyosságával való kapcsolatának pszichometriai módszerekkel történő tisztázása. Ezekkel kapcsolatban a bizonyítékokon alapuló orvosi szemlélet egyelőre sok hiányosságot fogalmazhat meg a számos értékes klinikai megfigyelés ellenére is és a már elvégzett pszichometriai vizsgálatok közül is sok még



mege erősítésre, további kutatásra szorul. Az új, igazolt adatok segíthetnek a terápiás eszköztár pontosításában, célzottabbá, hatékonyabbá, gazdaságosabbá tételében.

Az értekezésben bemutatandó kutatásom két téma köré csoportosítható. Az első a magyarországi epidemiológiai adatok bővítése az AN, BN és az ezeket megalapozó kóros viselkedésformák tekintetében a különösen veszélyeztetett 14-29 éves korcsoportra vonatkozóan az ország két térségében. A második témakör az evészavarok, illetve ezek alcsoportjai személyiségháttérének, az evészavarokban jelentős szerepet játszó, a specifikus evészavar tünetek mellett fennálló járulékos viselkedés- és kognitív tüneteknek a pszichometriai vizsgálata. A szakirodalom áttekintése során a saját vizsgálataimhoz szorosabban kapcsolódó irodalmat igyekeztem összefoglalni.

## **2. A szakirodalmi háttér áttekintése**

### **2.1 Epidemiológiai vizsgálatok**

Epidemiológiai vizsgálatokat legkorábban és idáig a legnagyobb számban a nyugati országokban, az Egyesült Államokban és a Nyugat-Európai országokban végeztek. A vizsgálatok tanúsága szerint az AN és a BN főként a fiatal női populációt érinti, a betegek mintegy 95 %-a nő és főként a 15-30 év közötti korosztály érintett (APA 1993).

A kórkép jelentőségét támasztották alá Crisp adatai, melyek szerint az Egyesült Királyságban az anorexiás betegek számát 23000-re becsülték a nyolcvanas évek kezdetén, kiemelve, hogy közülük évente 220 meghal (Crisp 1980). Ausztriában, 1988-ban Rathner és Messner 3-lépcsős prevalencia-vizsgálat során a vizsgált adolescens kórú lányok 1,3 %-át találták anorexiásnak és további 1,3 %-ukat szubklinikus anorexiásnak. (Rathner és Messner 1988), míg egy öt évvel későbbi vizsgálatuk során tizenéves serdülő lányoknál a pontprevalenciát 0,58%-nak találták (Rathner és Messner 1993). Rastam és mtsai 1989-ben Svédországban 4000 fő bevonásával végzett vizsgálat során 15 éves lányok 0,85 %-át minősítették a DSM-III-R kritériumai alapján AN-snak (Rastam és mtsai 1989). 1991-ben egy az USA-ban elvégzett felmérés során nőknél 0,3 %-os pontprevalencia-érték mutatkozott és a női AN-sok száma nyolcszorosa volt a férfiakénak (Lucas és mtsai 1991), a 15-19

éves női korosztályra vonatkozó pontprevalencia pedig 0,48 % volt. Rooney és munkatársai 1995-ben az egészségügy különböző területein dolgozó szakemberek megkeresésével kiterjedt és alaposan előkészített két lépcsős vizsgálatot végeztek Délnyugat-London kijelölt földrajzi területén 519900 fős lakosság körében (Rooney és mtsai 1995). Eredményeik alapján egy év alatt a lakosság 0,02%-a volt érintett, míg a 15-29 éves női korosztály prevalencia értéke 0,1% volt. Az incidencia érték ugyanezen populációk tekintetében 2.7, illetve 19.2 volt 100000 lakosra és egy éves időtartamra vonatkozóan. Hoek 1991-es hollandiai reprezentatív vizsgálatában az AN pontprevalenciája az össznépességre vonatkozóan 0,0184%-nak, míg a 15-29 éves korcsoportban az egy éves prevalencia 0,16%-nak adódott (Hoek 1991). Ugyanezek az adatok a BN esetében 0.0204%, illetve 0.17% voltak. Garfinkel és mtsai a kilencvenes évek közepén (Garfinkel és mtsai 1995) az AN élettartam-prevalenciáját kanadai átlagnépesség körében nők között 0.56%-nak, a bulimia nervosáét 1.1%-nak találták. Gotestam és Agras norvég női populációban szerzett adatai szerint az AN pontprevalenciája 0.3%, a BN-é pedig 0.7% volt, a 18-29 éves korosztály ugyanezen adatai pedig 0.35% illetve 1.8% voltak (Gotestam és Agras 1995). Ghaderi és Scott svédországi vizsgálatában a kilencvenes évek végén az AN pontprevalenciája 0%-nak, élettartam-prevalenciája 0.86%-nak adódott, a BN ugyanezen adatai 1.75% és 2.85%-nak voltak. (Ghaderi és Scott 1999). A BN prevalenciáját 1990-ben egy 50 vizsgálat eredményeit áttekintő közlemény 1% körülirek találta fiatal nők körében (Fairburn és Beglin 1990).

Megjegyzendő, hogy míg a 80-as években még a DSM-III kritériumrendszerét használva különböző szerzők még a fiatal nők 5-13 %-át minősítették BN-snak (Halmi és mtsai 1981, Pyle és mtsai 1983, Tölgyes és Simon 1989), addig ez a szám a DSM III-R, majd a DSM-IV rendszerének használatával 1-4% közötti értékre csökkent.

Az evészavarokat korábban a fehér, középosztálybeli nyugati nők betegségének tartották (Prince 1985), a más kultúrában fellépő zavarokat inkább a nyugati kultúrával történő azonosulás következményének tekintették. A kilencvenes évek vége felé kiderült, hogy ezek a zavarok más kultúrákban is hasonló mértékben vannak jelen s gyakoriságuk inkább az általános kulturális változásokkal és a média által közvetített értékekkel mutat összefüggést. (Nasser 1997)

Közép- és Kelet Európában hazánkon kívül Lengyelországból, Csehországból, Szlovéniából, Oroszországból számoltak be epidemiológiai felmérésekről a témával kapcsolatban. Lengyelországban a 90-es évek elején 747 14-16 éves tanulólány (fővárosi első éves gimnazisták) kétlépcsős vizsgálata során DSM-III-R szerint sem AN-s, sem BN-s személyt nem találtak, a szubklinikai zavarok pontprevalenciája 2,34 %, míg a diétázó magatartásé 28,6 % volt. (Wlodarczyk-Bisaga és Dolan 1996). Egy cseh közlemény szerint 981 fős diákmintán kérdőíves vizsgálat alapján a nők 5,7%-a bizonyult DSM-IV szerinti BN-snak (1,1 % purgáló, 4,6 % nem purgáló), míg a férfiak között nem találtak BN-s személyt. (Krch és Drábková, 1996). Az AN prevalenciáját 0,14 %-nak találták. Egy vizsgálat során Szlovéniában 2000-ben 4700 felsőoktatásban tanuló lány között a lányok 1,1 %-át, a fiúknak pedig 0,1 %-át találtak BN-snak (Tomori és Rus-Makovec 2000).

Kevés értékelhető vizsgálat történt a volt Szovjetunió területén. Tsivil'ko és mtsai Oroszországban 2062 fő 12-17 éves tanulólány vizsgálatával a BNO-10 szerint 3,4 % AN-s személyt találtak, akik közé a BN-sokat is beszámították, a kórképet az AN variánsának tekintve. A közlemény több módszertani hibája miatt az adatok óvatosan értékelendők. (Tsivil'ko és mtsai 1999)

Magyarországon Túry és Szabó 1989-ben kelet- és délkelet-magyarországi egyetemisták vizsgálata során a DSM III szerinti BN prevalenciáját nők között 4%-nak, férfiak között 0,8%-nak találta (Túry és Szabó 1990). A heti egyszeri bulimiás epizód megkövetelésével ezek az adatok 1,3 %-ra illetve 0,8-ra módosultak. A kóros tartományba eső EAT-pontszám alapján a nők 3,6%-át értékelték szubklinikus AN-snak, míg a klinikai kritériumoknak megfelelő AN-t a vizsgálatban nem találtak. A kilencvenes évek elején végzett további felmérések során (Túry és mtsai 1991, 1993) az anorexiás attitűd kóros mértékben a vizsgált középiskolás és egyetemista női populáció 2,4 illetve 5,5 %-át érintette, a második lépcsőben elvégzett interjúvizsgálat szerint azonban egyetlen személy sem bizonyult klinikailag AN-snak.

Egy nemzetközi közép-európai összehasonlító vizsgálatban a legmagasabb prevalencia-értékek Magyarországon mutatkoztak (Rathner és mtsai 1995). A tesztvizsgálat alapján a DSM-III-R kritériumai szerint becsült BN gyakorisága a magyar egyetemista női mintában 1 %, Ausztriában 0,6 %, a korábbi NDK területén

0 % volt. A szubklinikai BN gyakorisága ugyanezen a mintán 3,8 %-nak, 1,9 %-nak és 1,7 %-nak mutatkozott.

Szumska és mtsai 2001-ben hat magyarországi régióban 3615 nő, közülük 2016 tanuló bevonásával végeztek reprezentatív felmérést (Szumska és mtsai 2001, Szumska 2005). Az adatok 94 %-nak értékelhetősége mellett a következő adatokat kapták: a kérdőívek adatai alapján becsült AN pont-prevalenciája 0,03 %, a BN-é 0,41%, a szubklinikai anorexiáé 1,09 %, míg a szubklinikai bulimiáé 1,48 % volt. Az értékek általában valamivel magasabbak voltak a tanulók, mint a már nem tanulók között. Vizsgálatában a becsült AN kritériumai: 17,5 kg/m<sup>2</sup> alatti BMI, legalább három hónapon át fennálló amenorrhoea és az EDI „karcsúság iránti készletesség” skáláján elért legalább 14 pont voltak. A becsült BN kritériumainak a legalább hetente kétszer előforduló falásrohamot, legalább egy kompenzáló viselkedésforma heti többszöri előfordulását és az EDI előbb említett skáláján mutatott legalább 14 pontot tekintették. Szubklinikai AN-snak diagnosztizálták a személyt 19 kg/m<sup>2</sup> alatti BMI mellett fennálló amenorrhoea vagy rendszertelen menses és a fentebb említett EDI skála legalább 10 pontja esetén. A szubklinikai BN kritériumát a falásroham és valamelyik kompenzáló viselkedésforma minimum havi kétszeri előfordulása, valamint az előbbi skála legalább 10 pontja jelentették.

Az epidemiológiai vizsgálatokat összegezve azt mondhatjuk, hogy az AN incidenciája a nyolcvanas-kilencvenes években 4,06-8,2, a BN-é pedig 3,9-12,2 volt évente 100000 lakosra. Az incidencia vizsgálatok jó összefoglalása megtalálható magyar nyelven is (Túry és Szabó, 2000). Az AN pontprevalenciája a vizsgálatok többségében 0,1 és 0,8 % között volt, a fiatalabb korosztályra korlátozódó vizsgálatok természetesen magasabb mutatóival, míg a BN pontprevalenciája 1 % körül mozgott. Többek szerint ezek alulbecsült adatok lehetnek, mert az EVZ-os betegek különösen hajlanak a vizsgálat megtagadására (Fairburn-Beglin, 1990). Az anorexia gyakoriságának növekedéséről azonban megoszlanak a vélemények (Fombonne, 1995), illetve úgy tűnik, inkább az enyhébb formák váltak gyakoribbá (Lucas és mtsai, 1991), míg a BN gyakoriságának növekedése egyértelműnek tűnik. A közép- és kelet-európai vizsgálatok tanúsága szerint e régiók adatai nem maradnak el egyértelműen a gazdaságilag fejlett nyugati országokéitól.

Az epidemiológiai vizsgálatok értékelése kapcsán feltétlenül kell néhány kritikai megjegyzést tennünk, a vizsgálatok néhány korlátjára utalnunk. Az AN és a BN gyakorisága a különböző vizsgálatokban eltérést mutat. Az eltérés oka részben az alkalmazott kritériumrendszer illetve diagnosztikai rendszer különbözősége, részben a különböző epidemiológiai mutatók (incidencia, pontprevalencia, élettartam-prevalencia, össznépeségre, női populációra, különböző életkor-határos fiatal női korcsoportra vonatkozó prevalencia-értékek) használata. További problémákat illetve nehézségeket találhatunk a vizsgálati módszerekben. A prevalencia-vizsgálatoknál ugyanis kétlépcsős vizsgálat ajánlott, amikor a kérdőíves vizsgálattal kiszűrt személyek egy második, interjúfázisba kerülnek, mely lehetőséget ad a diagnosztika pontosítására. Ezek a vizsgálatok azonban részint nagyon költségesek, részint pedig, főleg nagy esetszámú és multicentrikus vizsgálatok során nagyon nehezen kivitelezhetők. A szűrővizsgálatok során az anonimitás lehetőségét és az önkéntesség elvét etikai szempontok miatt tiszteletben kell tartani, az interjúfázison pedig azoknak a személyeknek jelentős százaléka nem vesz részt, akiknél a szűrővizsgálat alapján az indokolt lenne. Gondot jelent a szűrővizsgálatok során alkalmazott kérdőívek és az ezek alapján kialakított szimulált, becsült kritériumok különbözősége is. További problémát jelentenek a „szubklinikus” esetek sokszor kissé önkényesnek tűnő és tanulmányonként különböző kritériumai. A szubklinikus eseteket általában potenciális klinikai esetekként kezeljük, ám nincsenek megbízható vizsgálatok a szubklinikus és klinikai esetek viszonyáról, hogy azokból milyen százalékban válnak klinikai esetek vagy esetleg milyen mértékben korábbi klinikai esetek javulásának következményei. Ezek megállapításához valószínűleg ugyanazon populáció ismételt, longitudinális vizsgálatára lenne szükség, ami nemcsak költséges, hanem általában kivihetetlen is. További gondot jelenthet a reprezentatív vizsgálati minta megválasztása. Az AN-ra vonatkozóan például a pont-prevalencia a legtöbb középiskolásokon végzett vizsgálat során 0 %-nak adódott (Túry és mtsai, 1990, Túry és mtsai, 1993). A súlyosabb, orvosi kezelés alatt álló személyek azonban ezekből a kérdőíves vizsgálatokból kimaradhatnak (kórházi tartózkodás, munkahelyi, iskolai távollét stb.), és ugyanígy a nagyobb kockázati tényezőjű csoportok tagjai is (táncosok, sportolók) (Tölgyes és Nemessúri, 2004).

## 2. 2. Az evészavarok etiopatogenezise

Az evészavarok etiopatogenezisében szelektív és multikauzális-multidimenzionális megközelítéseket ismerünk. A szelektív modellek korábban jelentek meg, egy-egy pszichoterápiás iskola hipotéziseihez vagy biológiai vizsgálatok eredményihez kapcsolódva lineáris, monokauzális oksági viszonyt tételeztek fel, vagy nozológiai betegségmodellek részterületeinek kiemelésével az evészavarokat más kórképek specifikus megnyilvánulásainak tartották. A szelektív modellek jelentősége napjainkra csökkent, jelentős szerepük volt azonban a további kutatások számára és néhány a korábbiakhoz képest hatékony terápiás módszer kialakulásában (Tölgyes és Simon 1989, Túry és Szabó 2000).

A nyolcvanas évektől kezdődően az evészavarok multidimenzionális megközelítése fokozatosan teret hódított a szelektív modellekkel szemben (Szumska 2005). Utóbbi szerint az evészavarok komplex biopszichoszociális hatások bonyolult összjátékának következményei, melyek egymást erősítve és egymásra visszahatva, rendszerelméleten alapuló cirkuláris szabályozással alakítják ki és tartják fenn e kórképeket. (Potreck-Rose 1987, Tölgyes és Simon 1989, Túry és Szabó 2000, Szumska 2005). Az okok között általában hajlamosító (prediszponáló), kiváltó és fenntartó tényezőket különböztetnek meg, bár az egyes okok besorolása e három csoportba korántsem egységes a szakirodalomban. Más felosztás szerint az okokat szociokulturális, családi és egyéni mező szerint szokták csoportosítani. Ezeknek az okoknak a következtében alakul ki aztán az aktuális pszichés helyzet, illetve pszichikai zavar, melyben a táplálkozási magatartászavar tünetei megjelennek.

A hajlamosító tényezők lehetnek egyéni, családiak, szociokulturálisak. Egyéni kockázatnak tekintik általában a biológiai okokat, a premorbid obesitást, az önpercepció zavarait, bizonyos személyiségvonásokat. Családi kockázatot jelent a családban előforduló evészavar, affektív zavar vagy alkoholizmus és az autonómia kialakulását nehezítő családi kapcsolatok. Szociokulturális kockázati tényezők között szerepel a nem, a kor, bizonyos társadalmi réteghez való tartozás. Különbségek vannak az egyes foglalkozási csoportok között is, illetve vannak különösen veszélyeztetett

foglalkozások, társadalmi csoportok. Jelentős tényező a karcsúságideál kulturális nyomása és a nőkre háruló szerep-túlterhelés illetve konfliktus.

A kiváltó tényezők között tartják számon a diétázást. A diétázást elindíthatja a valós túlsúly, kövérség, illetve másoknak a reális vagy kevésbé reális kövérségre tett negatív megjegyzései. Az evészavart inadekvát stressz-elkerülő magatartásnak is felfoghatjuk. A kiváltó tényezők között tartják számon sokan a depressziót és a stresszel való inadekvát megbirkózást is.

A betegségfenntartó tényezők között a környezeti és kognitív megerősítők szerepelnek. Az izoláció, a családi struktúra változása, a másodlagos betegségelőnyők egymás között is fennálló, többszörös kapcsolatok révén is hozzájárulhatnak a betegség fenntartásához. Az evészavarok tüneteinek a pszichológiai és családi rendszerekben homeosztatisz szerepük lehet, elterelve a figyelmet más problémás területekről biztosítják a rendszer további fennmaradását és működését (Túry és Szabó 2000).

Tekintettel arra, hogy több fontos oki tényező besorolása a predisponáló, kiváltó és fenntartó tényezők közé nem egységes, az etiopatogenezisben figyelembe veendő legfontosabb oki tényezőket a biológiai eredet, más betegségekkel való komorbiditás szerepe, szociokulturális, családi és egyéni tényezők csoportosításban mutatom be.

### **2. 2. 1. Biológiai és genetikai tényezők**

A biológiai tényezők vizsgálata a korai szelektív elméletek alapján kezdődött, melyekhez kapcsolódva az evészavarokat megpróbálták elsősorban a depresszió, másodsorban a kényszerbetegség vagy az addiktív zavarok speciális formáiként magyarázva, az illető kórképben már bevált farmakoterápiával kezelni. A szerotonin- vagy a noradrenalin- transzmissziót befolyásoló antidepresszívumok eddig azonban nem teljesen váltották be a hozzájuk fűzött reményeket, bár kétségtelen hatékonyságuk, főleg a BN kezelésében. A régebben kipróbált fázisprofilaktikumok, antiepileptikumok nem váltak be, míg más gyógyszercsoportok még kísérleti stádiumban vannak (pl.:BN-nál az opiát-antagonisták).

Az utóbbi évtizedekben főként állatkísérletek alapján ismereteink lényegesen bővültek a táplálékfelvétel, a testsúly és az energiaháztartás szabályozásával kapcsolatban. Az előbbi folyamatokat központi idegrendszeri és perifériás

szabályozások befolyásolják, melyek biokémiailag neurotranszmitterek, neuropeptidek, neuromodulátor- és metabolikus hatással is rendelkező hormonok közvetítésével vagy különböző energiahordozó tápanyagok (zsírsavak, glukóz, aminosavak) vérkoncentrációjának negatív feed-backje által mennek végbe. Természetes, hogy ezeknek a folyamatoknak, az abban résztvevő biokémiai mediátoroknak és azok szerepének a megismerése segíthet az evészavarok patogenezisének jobb megértésében és a minél hatékonyabb farmakoterápia megtalálásában.

Egyelőre azonban még az evészavarokban talált eltérések legtöbbször inkább a kóros táplálkozási magatartás következményének, mint oki tényezőnek tűnik. Néhány kivétel közt említhetjük AN-ban a noradrenalin-anyagcsere csökkenését és a fokozott szerotonin-aktivitást, melyeknek etiológiai szerepet tulajdonítanak a kórkép létrejöttében, sőt utóbbinak az AN-hoz kapcsolódó kényszeres viselkedéselemek kialakulásában is. BN-ban viszont a szerotoninhiány, az alacsony szerotoninszint tűnik döntőnek, a szerotoninszint és a falásrohamok gyakorisága között negatív korreláció áll fenn. A két EVZ szindróma szerotonin-elmélete magyarázatát adja egyrészt a BN-ok triptofánhiányának, másrészt a szerotoninerg antidepresszívumok hatékonyságának BN-ban az AN-val szemben. Az evészavarok terén végzett biológiai vizsgálatok eredményeinek részletes összefoglalását végezte el Szabó (Túry és Szabó 2000) és ezek összefoglalása egy későbbi közleményben is megtalálható (Kishi és Elmquist, 2005).

A biológiai vizsgálatok másik fő irányát a genetikai vizsgálatok képezik. Az erre vonatkozó adatok főleg iker- és családvizsgálatokból származnak. Több AN-ban és BN-ban végzett ikervizsgálat eredményeit összegezve Túry és Szabó arra a következtetésre jutott (Túry és Szabó 2000), hogy AN-ban egypetéjű ikrek között a talált konkordancia 56-66%, míg kétpetéjűek között csak 0-7%. BN-ban ugyanezek az adatok 33-83% és 0-29% voltak. Ezek a vizsgálatok az EVZ-okban a genetikai tényezők szerepét látszanak igazolni, mégpedig AN-ban valamivel egyértelműbben és kifejezettebben, mint BN-ban. Hasonló eredményeket mutattak a családvizsgálatok is. Strober és mtsai vizsgálatában AN-sok elsőfokú rokonai közt 4,1 % volt az AN-sok és 2,6 % a BN-sok aránya, szemben a kontrollcsoport elsőfokú rokonai közt észlelt 0 és 1,1 %-kal (Strober és mtsai 1990). Úgy tűnik tehát, hogy a genetikai tényezőknek szerepük van az AN és BN kialakulásában, de ez még további megerősítésre szorul és jelenleg a mértéke is bizonytalan.



## **2. 2. 2. Komorbiditás**

A komorbiditás-vizsgálatok jelentős része a korábbi szelektív betegségmodellekben indult útjára. Az evészavarokat egy-egy jobban ismert és beváltabb kezelési lehetőségekkel rendelkező pszichiátriai betegség specifikus megnyilvánulásának próbálták tekinteni és az adott kórkép kezelésében már eredményt felmutató kezelési technikákat igyekeztek alkalmazni. E szelektív betegségmodellek ugyan egy-egy betegséggel való szorosabb kapcsolatra épültek, ám az evészavarok sok sajátosságát nem tudták megmagyarázni. A betegségmodellek helyét később komorbiditás-vizsgálatok vették át, melyek jelentősége a különböző betegségek biológiai és pszichológiai háttere hasonlóságának kimutatásában és ezáltal a kezelési technikák továbbfejlesztésében áll.

### **2. 2. 2. 1. Depresszió**

Az evészavarok komorbiditása kapcsán legtöbbit és legáltalánosabban a depresszióval való kapcsolatot vizsgálták. A kétféle zavar társulása kétségtelenül gyakoribb a véletlen egybeesésnél. A depresszió és az evészavarok kapcsolatát értelmező elképzelések lényegében három formát öltenek: az egyik szerint a depresszió az elsődleges betegség, az evészavar ennek a következménye. A második feltevés szerint az evészavar az elsődleges, és a depresszív tünetegyüttes ennek a következményeként alakul ki, míg a harmadik hipotézis a kapcsolatot nem oki, hanem pusztán korrelációs természetűnek tartja (Túry és Szabó 2000).

Egy korai vizsgálat szerint a Hamilton-skála alapján az AN-s betegek 40%-a, BN-s betegek 23 %-a mutatkozott legalább mérsékelt depressziósnak (Herzog 1984). Lee és mtsai 1985-ös vizsgálatában (Lee és mtsai 1985) evészavaros betegek 77 %-a legalább enyhe, 23 %-a pedig közép súlyos depressziós volt a BDI alapján. 52 %-uknak szerepelt az előtörténetében affektív zavar, 59 %-nál pedig az elsőfokú rokonok között. Kennedy és mtsai 1994-ben (Kennedy és mtsai 1994) 198 nő (AN= 83, BN= 115) 43%-át találták major depressziósnak a DSM-III-R strukturális interjú kritériumai szerint. A major depressziós evészavar csoport BDI átlaga 30,9 volt, szignifikánsan magasabb a nem major depressziós evészavarosok 20,5 pontos átlagánál. A két csoport

elkülönítésében a 26-os pontszám adta a legjobb szenzitivitás és specificitás-értéket. A BDI 5 tétel (elégedetlenség, bátortalanság, súlyvesztés, szuicid gondolatok, döntéshozatal) alapján megfelelően osztályozta a minta 80%-át a depressziós vagy nem depressziós kategóriába. Blinder és mtsai 2436 kórházban kezelt nő 27 pont-prevalenciás komorbiditását vizsgálták, 1995. jan. 1-től 2000. december 31-ig. Evészavaros pácienseik 97%-ánál találtak legalább 1 komorbid diagnózist, 94%-ánál hangulatzavart, főként unipoláris depressziót (Blinder és mtsai, 2006). Godart és mtsai 271 EVZ-os beteg vizsgálata során a szorongásos és depresszív zavarok pont- és élettartam-prevalenciájában AN-s és BN-s csoportok között nem találtak különbséget (Godart és mtsai, 2006).

A 80-as évektől készült több komorbiditás-vizsgálatot összegezve a major depresszió pont-prevalenciája anorexia nervosában 54-55%, RAN-ban az élettartam-prevalencia 10-54%, FTAN-ban 40-78%, BN-ban pedig 74-78% (Túry és Szabó, 2000).

Az evészavarok és a depresszió közötti kapcsolat az alábbiakban mutatkozik meg (Tölgyes és Simon, 1989, Túry és Szabó, 2000):

1. Bulimiás kísérleti személyek élettörténetében a kontroll-csoporthoz viszonyítva szignifikánsan több olyan élethelyzet szerepel, melyet a levertség, passzivitás érzése határoz meg.
2. Az evészavarban szenvedő páciensek a különböző depressziós kérdőíveken szignifikánsan magasabb pontszámot adnak.
3. Az evészavarban szenvedő betegek jelentős százalékánál egyidejűleg egyértelmű depressziós szimptomatika is fennáll.
4. A tünetek szezonális változása időnként bulimiában megjelenik, amit a szerotonin-aktivitás változásával magyaráznak (Blouin és mtsai 1992).
5. Evészavarban szenvedő betegek bizonyos biológiai tesztekre adott reakciója hasonló a depressziós páciensekéhez. (TRH-ra adott TSH válasz anorexiában, DST-szupressziós teszt bulimiában).
6. AN-s és BN-s betegek elsőfokú rokonainál nagyobb az affektív zavarok prevalenciája és az ezzel kapcsolatos betegségi rizikó magasabb. Hudson és mtsai (1983) evészavaros betegek elsőfokú rokonainál 32%-osnak találták az affektív zavarok kifejlődésének kockázatát, ami szignifikánsan nagyobb volt, mint a kontroll

csoportban, viszont affektív betegek rokonainál nem gyakoribbak az evészavarok (Herpertz-Dahlmann 1992).

7. Több antidepresszív gyógyszerrel történt kontrollált kezelési kísérletben a bulimiás betegek étkezési viselkedésében is pozitív hatás mutatkozott. Az antidepresszívumok hatékonysága nem függött a depressziós tünetek jelenlététől és súlyosságától (Mayer és Walsh, 1998).

Megjegyzendő, a klasszikus major depresszió több alapvető tünete nem jellemző evészavarokban. Bulimiában a pszichomotoros gátoltság, a hangulat napszaki ingadozása, az önvádlás, valamint a napi tevékenység általános romlása jellemzően nem fordul elő. A nemek, korosztályok és társadalmi rétegek aránya is eltérő a két betegségben. Evészavarok tüneteinek hátterében általában megjelennek a Beck-féle kognitív disztorziók. BN-s nőknél több vizsgálat szerint gyakoribbak voltak a depressziós kognitív sémák, mint a kontrollcsoportnál. A depresszióra jellemző és a bulimiára specifikus kognitív torzítások azonban több vizsgálatban egymástól elkülöníthetők voltak, utóbbiak elsősorban a testképre, önbüntetésre, testi aggodalmaskodásra, öngyilkossági fantáziákra vonatkoztak (Schlesier-Carter és mtsai 1989, Brouwers 1988, Túry és Szabó 2000). Az utóbb felsorolt különbségek a kétségtelenül gyakori együttjárás és a korábban felsorolt hasonlóságok ellenére inkább a statisztikai korrelációs természetű, tehát komorbiditásra utaló magyarázatot látszanak megerősíteni.

#### **2. 2. 2. 2. Szorongásos zavarok**

A szorongásos zavarok közül leggyakrabban vizsgálták a kényszerbetegséggel való kapcsolatot. Egy korábbi szelektív modell szerint az evészavarok mintegy a nyugati kultúra modern kényszerbetegségei lennének, és a kényszer-spektrumba tartoznának (Rothenberg, 1986). Biológiaiilag is közös pontnak tűnik a szerotonin-reguláció zavara. AN-ban számos kényszeres jellegű viselkedés található, a fokozott kontrollra törekvés, étellel, evéssel kapcsolatos rituálék, perfekcionizmus.

A DSM-IV szerint azonban csak akkor jogosult egyúttal a kényszerbetegség diagnózisára is, ha a kényszertünetek az evészavar specifikus tüneteinek kívüli területekre is

kiterjednek. Bár a felmérések szerint mind a kényszeres jellegű tünetek gyakorisága, mind pedig az OCD-vel való komorbiditás AN-ban lényegesen gyakoribb, a BN korai viselkedésterápiás kezelésében alkalmazott expozíció és válaszmegelőzés technikát a kényszerbetegségekkel való rokonság elmélete alapján dolgozták ki (Rosen és Leitenberg 1982, Giles 1985; Rossiter és Wilson 1985, Simon és Tölgyes, 1990).

A komorbiditási adatok arra utalnak, hogy kényszerbetegség 10-30%-os gyakorisággal társul AN-hoz, a kényszerbetegeknek pedig mintegy 15%-a küzd EVZ tünetekkel is (Németh 1994, Cooper 1995, Túry és Szabó 2000). Obszesszív premorbid személyiséget AN-ban 27-60%-os gyakorisággal figyeltek meg.

Az újabb komorbiditás-vizsgálatok elsősorban az egyes alcsoportok vonatkozásában vizsgálták ezt a kérdést. Speranze és mtsai 2001-ben 58 AN és 31 BN ambuláns és osztályos beteg vizsgálatában (Speranze és mtsai 2001) EVZ-ban az OCD pontprevalenciája 15,7%-nak, élettartam-prevalenciája 19%-nak adódott, szemben a kontroll-csoport 0 és 1,5 %-os értékével. AN-ban enyhén magasabb volt, mint BN-ban (19% és 22,4%, szemben a 9,7% és 12,9%-kal), bár a különbség nem volt szignifikáns. FTAN-ban volt a legmagasabb az OCD pont- és élettartam-prevalenciája (29 és 43%), amit a RAN (16%), és BN (13%) élettartam prevalenciája követett. Az esetek 65%-ában az OCD korábban lépett fel, mint az evészavar. Végül az OCD pontprevalenciája az anorexiás súlytartományban nem volt szignifikánsan magasabb és a Y-BOCS-pontszámok sem. Utóbbi azt mutatja, hogy az OCD és az alultápláltság között a kapcsolat korlátozott mértékű.

Godart és mtsai vizsgálatában a szociális fóbia és az OCD szignifikánsan gyakoribb volt, mind a RAN, mind a FTAN csoportban, a pánikzavar pedig BN-ban, míg a szorongásos zavarok együttesen nem mutattak szignifikáns különbséget a három alcsoport között (Godart és mtsai 2006). Blinder és mtsai fentebb már idézett vizsgálatában (Blinder és mtsai 2005), kórházban kezelt EVZ-os páciensek 56%-ánál találtak szorongásos zavar komorbiditást. A kényszerbetegség gyakorisága a RAN és FTAN alcsoportban kétszeres volt, a PTSD pedig az FTAN alcsoportban volt kétszer gyakoribb a többi EVZ-hoz képest. Ezek a különbségek szignifikánsak voltak.

Összességében a vizsgálatok azt bizonyítják, hogy az EVZ-ok és a szorongásos zavarok közötti komorbiditás gyakori, és a komorbiditás mértékében az egyes

alcsoporthoz nem különböznek szignifikánsan egymástól, viszont egyes szorongásos zavar szindrómák és EVZ alcsoporthoz között kifejezettebb kapcsolat észlelhető. Így a kényszerbetegség és - úgy tűnik - a szociális fóbia is AN-soknál gyakoribb, függetlenül annak restriktív, vagy purgáló jellegétől, míg a PTSD és a pánikbetegség inkább BN-val társul. Ezek az adatok azonban még további megerősítésre szorulnak. Úgy tűnik, hogy a kényszertünetek és a szociális fóbia vonatkozásában az evészavarok egyes alcsoporthozjaival, főként a RAN-val való komorbiditás a hasonló személyiségvonásokon alapul (Szumska 2005).

### **2. 2. 2. 3. Addikciók**

Az evészavarok közül elsősorban a BN tünetei, a falásroham, az ehhez társuló kontrollvesztettség, a súlycsökkentő viselkedésformák abúzszerű használata mutat kifejezetten addiktív jelleget. AN-ban az addiktív jelleg kevésbé nyilvánvaló, de az ideális karcsúság elérése is felfogható szenvedélyként, amint erre a német „Magersucht” elnevezés is utal. Az evészavarok és az addikciók kapcsolatának magyarázatára több feltevés született: közös genetikai, biológiai hajlam, addiktív személyiség szerepe, impulzus-kontroll zavar, mint közös tényező, de ezek közül egyik sem nyert bizonyítást (Túry és Szabó 2000, Szumska 2005). Az addikciók és a BN között tünettanilag hasonlóságot jelent a „szerrel” való túlzott foglalkozás, annak a stressz és a negatív érzések kezelésére történő használata, az alkalmazás alatti kontrollvesztés, a probléma tagadása, és a probléma-viselkedésnek a kellemetlen következmények ellenére való fennmaradása.

Hasonlóan az addikciókban jelenlévő szerhasználathoz, BN-sok is érzelmi állapotuk szabályozására és a feszültségekkel való megküzdésre használják az ételt. Az addikciók örömszerző függőséggel járnak. Az „ételfüggőség” azonban csak pszichológiai szinten létezik, megvonásos tünetek nincsenek. Anorexiában a „szer” fogalma alatt a „soványságot” kell érteni. Örömet a vágy legyőzése okoz, tehát „éhség-dependenciáról” van szó. Anorexiásoknál addiktív sajátosság a perfekcionizmus és a mozgásos hiperaktivitás. Az extrém testedzés felfogható az endorfinok iránti függőségnek is (Túry és Szabó 2000). Egy 51 tanulmányt áttekintő közlemény adatai (Holderness és mtsai 1994) alapján a BN-sok 23%-ában állt fenn alkohol-abúzus vagy alkohol-dependencia,

ez az adat a rokonok körében 39% volt. Az utcai drogok prevalenciája az egyes közleményekben 5-100%-nak adódott, a középérték 26% volt. Anorexiában alkoholhasználat 0-34%-ban fordult elő, az utcai drogok használata 12-19%-os gyakoriságot mutatott.

Az evészavarosok körében végzett családi vizsgálatok is a betegségek közötti kapcsolatra utalnak. Az alkoholizmus családi előfordulása a BN kockázati tényezője. Az is köztudott, hogy a BN-sok körében gyakoribb az alkohol és a drog használat, a kórképnek ezt az alfaját multiimpulzív BN-nak is nevezik. A pszichoaktív szerek abuzusával rendelkező BN-sok elsőfokú rokonaiban szignifikánsan magasabb az alkohol- és drog-dependencia élettartam-prevalenciája (38%), mint a nem-dependens bulimiások rokonai (10%) vagy a kontrollcsoport rokonai (18%) között (Kaye és mtsai 1996).

Egy újabb közlemény (Blinder és mtsai 2006) 2436 kórházban kezelt evészavarban szenvedő nő 27 pont-prevalenciás komorbiditását vizsgálva 1995. jan. 1-től 2000. december 31-ig, 27 %-uknál talált szerabuzust, szignifikáns különbséggel az evészavar alcsoportok között. Az alkohol abuzus vagy dependencia előfordulása kétszer, a politoxikomán abuzusé vagy dependenciáé pedig háromszor gyakoribb volt BN-ban. Érdekes talán, hogy ezzel szemben a szkizofrénia vagy más pszichózisok komorbiditása háromszor volt gyakoribb RAN-oknál és kétszer FTAN-ban.

Más szerzők az addikciók előfordulását FTAN betegeknél is gyakoribbnak találták a RAN csoporthoz képest és ezt a komorbiditást a falással és a purgáló viselkedésformákkal hozták összefüggésbe (Braun és mtsai, 1994, Riskó, 1996). Több közlemény azonban – amint azt Szumska összegzi (Szumska 2005) - nem talált egyértelmű kapcsolatot a BN és az addikciók között. Több módszertani hibára hívják fel a figyelmet, továbbá a multiimpulzív bulimiát az ellátásban túlreprezentálnak tartják, utalva arra, hogy többnyire a súlyosabb betegek kerülnek kezelésbe. Az evészavarok és a pszichoaktív szerabuzus kapcsolatát inkább a személyiségzavarban szenvedő betegekre tartják jellemzőnek.

#### 2. 2. 2. 4. Személyiségzavarok

Egyes személyiségvonásoknak és a II. tengelyes diagnózisoknak, személyiségzavaroknak fontos szerepet tulajdonítanak az evészavar-szindrómák kialakulásában és főleg fenntartásában. Ezek fennállása vagy hiánya lényeges lehet a kezelés megtervezésében, a terápiás célpontok és módszerek kiválasztásában. Számos közlemény szerint személyiségzavart gyakrabban diagnosztizálnak EVZ mellett, mint más, elsőtengelyes, pszichiátriai diagnózisokat (Bornstein 2001, Grilo és mtsai 2003). Egy korai metaanalízis szerint legáltalánosabbak a C-clusterbe tartozó (kényszeres, dependens és elkerülő) személyiségzavarok, ezeket a B-clusterbe tartozók (borderline, hisztrionikus, nácisztikus és antiszociális) követik, a legritkábbak pedig az A-cluster zavarai (paranoid, szkizoid, szkizotipikus) (Johnson és Wonderlich 1992). Ugyanakkor a különböző közleményekben az evészavarok és a személyiségzavarok komorbiditása igen nagy mértékű ingadozást mutat, 27%-tól 93%-ig (Vitousek és Manke 1994). A mintaválasztás és a vizsgálati módszer okozhat eltéréseket, az önkítöltő kérdőívek alapján történő becslések általában magasabb adatokat mutatnak, mint a diagnosztikus interjúval történők, azaz, az előbbieket túlbecsülik a személyiségzavarok fennállásának gyakoriságát (Modestin és mtsai 1998, Ottosson és mtsai 1998). A kórházban kezelt evészavaros betegek között általában magasabb a személyiségzavarok aránya, mint az ambulánasan kezelték között, ez a különbség még kifejezettebb a nem klinikai minta esetén (Rosenvinge és mtsai 2000). Egy metaanalízis szerint (Bornstein 2001) a RAN-hoz kapcsolódó személyiségzavarok közül leggyakoribbnak mutatkozott az elkerülő személyiségzavar (53%), ezt a dependens (37%), a kényszeres (33%) és a borderline (29%) személyiségzavar követte. Borderline (31%), dependens (31%) és elkerülő (30%) személyiségzavar gyakran járt együtt BN-val is, ezzel szemben kényszeres személyiségzavar BN-ban kevésbé volt gyakori (14%). Ezek az eredmények valószínűleg túlbecsültek, mivel az elemzés az önkítöltő kérdőíves vizsgálatokra is kiterjedt.

Egy áttekintő tanulmány (Cassin és von Ranson, 2004) az EVZ-ok és személyiségzavarok metaanalízise során az elmúlt tíz év szakirodalmát dolgozta fel. Csak azokat a tanulmányokat vették figyelembe, ahol az EVZ-okra vonatkozóan differenciált, alcsoportok szerinti vizsgálat történt. Az önkítöltő kérdőívekkel történt

vizsgálatok alapján RAN-ban a leggyakrabban elkerülő, dependens, kényszeres és borderline személyiségzavar fordult elő. BN-ban a leggyakoribb személyiségzavarok a dependens, az elkerülő, a hisztrionikus és a borderline voltak. A diagnosztikus interjúra épülő vizsgálatok alapján a RAN leggyakrabban kényszeres, elkerülő és dependens személyiségzavarral társult, míg a BN leginkább borderline, elkerülő, dependens és paranoid személyiségzavarral.

Összefoglalva megállapítható, hogy mind AN-ban, mind BN-ban a legáltalánosabban előforduló személyiségzavar az elkerülő volt, ami mindkét betegcsoportnál a mások általi elfogadásra, elismerésre való fokozott törekvést és a kritikától és visszautasítástól való félelmet tükrözte (Narduzzi és Jackson 2000). A kényszeres személyiségzavar is az egyik leggyakoribb volt, mind RAN-ban, mind pedig BN-ban, sőt BED-ben is, ami alátámasztja az evészavarban szenvedő személyek perfekcionizmusát, valamint azt, hogy önmagukkal szemben magas személyes normákat támasztanak (Hewitt és mtsai 1995). Dependens személyiségzavar is gyakori volt, mind RAN-ban, mind BN-ban, amit a szerzők azzal a teóriával hoztak összefüggésbe, hogy az EVZ maladaptív kísérletet jelent az abban szenvedő betegek számára saját életük feletti sikertelen kontrolljuk visszaszerzésére. Az impulzivitással és instabilitással jellemezhető borderline személyiségzavar a falásrohamot mutató betegcsoportokra tűnik jellemzőnek. Ez egybevág más közlemények eredményeivel, melyek szerint az impulzivitás, a szenzáció-éhség, és az újdonság-keresés tipikus személyiségvonása a bingelőknél (Diaz-Marsa és mtsai 2000, Rossier és mtsai 2000)

### **2. 2. 2. 5. Disszociatív elmélet**

Az evészavarok és a disszociatív zavarok komorbiditását kevésbé vizsgálták, ugyanakkor egy közismert elmélet szerint az EVZ-ok kialakulásában disszociatív mechanizmusok is szerepet játszhatnak. A disszociáció énvédő mechanizmusnak tekinthető, mely a pszichológiai túlélés lehetőségét biztosítja az egyénnek, főként korai pszichés traumatikus eseményeket követően (Torem 1986, Watkins és Watkins 1979). A disszociáció főleg a BN tünettanához kapcsolódhat, mint része a bulimiás pszichopatológiai képnek, mint énvédő mechanizmus a bulimiás tünetek által keltett büntudattal, öngyűlölettel szemben, vagy az evési viselkedés fejlődhet további



disszociatív mechanizmussá. Az elmélet elsősorban a BN hipnoterápiáját segítette elő. BN-sok hipnotikus fogékonysága köztudattan magasabb az átlagnál, szemben az anorexiásokéval, akiké az átlagnál alacsonyabb (Vanderlinden és Vandereycken 1988, Túry 1990, Túry 1993). Mivel a hipnózist a disszociáció speciális formájának tarthatjuk, érthető a BN-ok hipnózisra való kifejezett fogékonysága (Túry és Szabó 2000).

### **2. 2. 3. Szociokulturális tényezők**

Az evészavarban szenvedő betegek mintegy 90-95%-a nő (APA 1993). Ennek magyarázatát jelenleg a szakirodalom inkább a szociokulturális tényezőkben találja meg. Az utóbbi időben a női szerepek változása, a szakmai teljesítménnyel kapcsolatos elvárások megjelenése, a hagyományos női szerepek háttérbe szorulása jellemző. A nők megjelenésével, „szépségével” szemben támasztott elvárások minden korban szigorúbbak voltak, de az utóbbi évtizedekben a sikerességet, vonzerőt, kompetenciát a nyugati kultúrában egyre jobban összekapcsolják a karcsúságideállal. (Túry és Szabó 2000, Szumska 2005). A belső bizonytalansággal küzdő serdülőknél a karcsúságideál internalizálása kifejezettebb lehet, ez a testtel való elégedetlenségre, majd kóros táplálkozási magatartásokra vezet. A serdülő lányoknak el kell fogadniuk testük változását, azt saját pozitív önképükbe be kell tudniuk építeni. A test változásának elfogadása és a felnőtt női szerepekkel történő szembesülés sokszor konfliktus-terhes, mindez magyarázná, hogy az AN és BN miért éppen serdülő-adoleszcens korban kezdődik típusosan. Többen kiemelik a karcsúságideál kialakulásában a kortárs csoportok és a médiumok szerepét. A kortársak ugyanis serdülőkorban kiemelt szerepet játszanak különböző viselkedésminták, attitűdök kialakításában (Levine és mtsai 1994, Paxton és mtsai 1999, Szumska 2005). Ugyanakkor a médiumokban, főként a televízióban megjelenő női képek, szépségideálok, nem képviselik a testkép teljes spektrumát, hanem a karcsúságot, soványságot hangsúlyozzák, hozzájárulva ezzel a testtel való elégedetlenség és a karcsúság iránti készletelés növekedéséhez. (Trigeman és Pickering 1996, Becker és mtsai 2002).

Sok vita folyt az etnicitás és szocioökonómiai státusz szerepéről. A korai vizsgálatokat, melyek az evészavarokat felső-középosztálybeli nők betegségének tartották, egyre több kritika érte (Polivy és Herman 2002) Úgy tűnik, hogy egyre

emelkedik a betegek között az alsóbb osztálybeliek aránya. A magasabb szocioökonómiai státusz szerepét magyarázná, hogy a gyenge anyagi háttér mellett a hagyományos női szerep kerül előtérbe, míg jobb anyagi háttér mellett nagyobb szerepet kap a társadalmilag sikeresnek tartott nő eszményképe (Wildes és mtsai 2001, Szumska 2005).

## **2. 2. 4. Pszichológiai tényezők**

### **2. 2. 4. 1. Családi tényezők**

A családnak fontos szerepe van a személyiségfejlődésben. Az interperszonális kapcsolati minták, a problémamegoldás, a különböző attitűdök kialakítása, az értékrend kialakítása tekintetében a családi minták meghatározóak. Az evészavaroknak a szakirodalomban tárgyalt premorbid, kiváltó és fenntartó tényezőit lényegében három szempont köré csoportosíthatjuk, ezek: a családi rendszer aktuális működése, a családban előforduló evészavarok illetve a testsúlyhoz, alakhoz, táplálkozáshoz való specifikus attitűdök, valamint az egyéb mentális zavarok, pszichiátriai problémák előfordulása a családban.

A családi rendszer dinamikája predisponáló, kiváltó és fenntartó tényező is lehet az evészavarok szempontjából. Az anorexiás családok diszfunkciói évtizedek óta ismertek. Már a hetvenes évek végén leírta Minuchin a családstruktúra legszembetűnőbb, véleménye szerint a pszichoszomatikus betegek családjához hasonló zavarait: az összemosottságot, az autonómia csökkenését az egymásra irányuló fokozott figyelem, hiperprotektivitás következtében, az interperszonális határok átjárhatóságát, a konfliktus-megoldás gyengeségét, ami nagyfokú konfliktuskerülésre vezet és a gyermek bevonását a szülői konfliktusokba. A család, miközben alrendszerének határai túlzottan átjárhatóak, a külvilágtól igyekszik mereven elhatárolódni, a családon belüli szabályok merevek, nemritkán ellentmondásosak, a triangulációba vont, evészavaros serdülőnek ellentmondásos és korának nem megfelelő szabályoknak kellene megfelelnie (Minuchin és mtsai 1978, Wildmann és mtsai 1996). A milánói szisztémás családterápiás iskola a hetvenes évek végétől (Selvini-Palazzoli 1978) a tünethordozó homeosztatisz funkcióját hangsúlyozta, felfogásuk szerint a tünet a problémamegoldás hibás kísérlete. A szülők rejtett feszültség ellenére stabil házassága válsághelyzetben veszélybe kerül, a

serdülő a gyengébbnek vélt fél mellé áll, túlzott lojalitása lehetetlenné teszi autonómiáját, individuációját. A család az evészavar által jelentett problémaorientációval elkerüli a megoldandó konfliktusokat, és látszólag megtartja stabilitását. A milánói iskola hipotézisében így a tünet a rendszerhez kapcsolódik és pozitív értelmet nyer (pozitív átfogalmazás).

A BN-s betegek családjára vonatkozó családterápiás szakirodalom jóval szegényesebb az AN-sokénál. Többnyire az AN-sok családjában megismert jellegzetességeket írnak le, kevésbé kifejezett formában. A konfliktuskerülés kevésbé kifejezett, az interperszonális határok is erősebbek, de a család kevésbé stabil. A szülők gyakran ellenségesek, elhanyagolók, a kontroll és autonómia egyensúlyának megtalálásában nehézségeik vannak, gyakoriak a konfliktusok a családban és az ezekhez kapcsolódó indulatkitörések, az érzések, indulatok kontrollja, kezelése is nehézséget jelent (Vanderlinden és mtsai 1992).

Dévald az evészavarok családdinamikai jellegzetességei közül kiemeli, hogy az anyák felszínen önfeláldozó karaktervonása mögött sebezhetőség, a negatív érzések tagadása rejlik (Dévald 1993). Az apák is csak a felszínen tűnnek erősnek, sikeresnek, valójában erős a dependenciájuk, alacsony az önértékelésük. A családban általában tiltott a negatív érzések kifejezése, a szülők a gyermek lojalitását támogatják s nem segítik autonómiáját.

E főként klinikai megfigyelésekből, terápiás tapasztalatokból, esettanulmányokból származó megállapítások mellett több kérdőíves vizsgálat történt az AN-s és BN-s betegek szülei személyiségvonásait illetően. Ezek szerint az anya nagyfokú kritikussága rossz prognózissal társult (Vandereycken 1995) és a perfekcionizmus szignifikánsan magasabb volt az AN-sok anyjánál, mint normál kontrollok szüleinél (Woodside és mtsai 2002). Fairburn és mtsai vizsgálatai szerint az evészavaros betegek szüleinek fokozott kritikussága, túlzott vagy alacsony fokú beavatkozása a betegek életébe csak az egészségesekéhez viszonyítva mutatott eltérést, az általános pszichiátriai betegekével szemben, leszámítva a BN-s szülők magas elvárásait, nem (Fairburn és mtsai 1997, 1999).

A vizsgálatok egy másik csoportja szerint a család nem ritkán közvetíti a karcsúságideál túldimenzionált voltát. Az evészavarban szenvedők szülei gyakran jutalmazták a karcsúságot és dicsérik az ezzel kapcsolatos fegyelmet, önkontrollt

(Branch és mtsai 1980). Egyes vizsgálatok szerint a betegek anyjai is erősebben aggódnak saját súlyuk és alakjuk miatt, mint az egészségesekéi (Woodside és mtsai 2002), az evészavar bármely formájának előfordulása a családban rizikótényezőt jelent (Szumska 2005). Von Ranson és mtsai szignifikáns kapcsolatot találtak serdülő lányok zavart táplálkozási szokásai és anyjuk EVZ élettartam prevalenciája között (von Ranson és mtsai 2003). Az evészavarban szenvedő anyáknak gyermekük etetésével kapcsolatos kóros attitűdjét támasztotta alá több vizsgálat (Agras és mtsai 1999). Eszerint ezek az anyák kevésbé etették rendszeresen gyermeküket, az ételt a gyermek megnyugtására is használták, továbbá hajlamosak voltak a gyermek súlyával és étkezésével kapcsolatos aggodalmakra. A BN-ra nézve Fairburn és mtsai rizikófaktornak tekintették a szülők obesitását és gyakori diétázását, a gyermek gyerekkori elhízását és az ezzel kapcsolatos kritikai megjegyzéseket (Fairburn és mtsai 1997, 1999).

Általában rizikófaktornak tekintik a pszichiátriai betegségek, különösen a depresszió és BN-ra vonatkozóan az addikciók, különösen az alkoholizmus előfordulását a családban (Fairburn és mtsai 1997), mivel az affektív zavarok előfordulása magasabb AN-s és BN-s, az addiktív zavaroké pedig a legtöbb vizsgálat szerint a BN-s betegek elsőfokú rokonai között (Nilsson és mtsai 1998, Wilson 1997). Más vizsgálatok eredményei ezeket az összefüggéseket megkérdőjelezték. Fairburn és mtsai vizsgálataiban (Fairburn és mtsai 1997, 1999) csak AN-sok szüleinél volt magasabb a depresszió előfordulása és az is csak normál kontrollcsoporthoz viszonyítva, míg más pszichiátriai betegekéhez képest nem. Egyes vizsgálatok szerint az alkohol- és pszichoaktív szer abúzus csak az addiktív tüneteket is mutató a BN-s betegek első fokú rokonai között volt magasabb (Kaye és mtsai 1996). Magyarországi reprezentatív felmérés során Szumska az evészavaros személyek szülei között szignifikánsan magasabb komorbiditást talált pszichiátriai betegségre vonatkozóan, mint a nem EVZ-os csoportnál, ez azonban az EVZ csoporton belül csak a BN alcsoportra vonatkozott (Szumska és mtsai 2005, Szumska 2005).

A családi tényezők szerepe tehát egyelőre nem tekinthető teljesen egyértelműnek. Több közülük, mint például a családi dinamika jellegzetességei, a családban a testsúlyra, alakra fordított túlzott figyelem még további megerősítésre szorulnak, a családban előforduló egyéb pszichiátriai betegségeknek pedig az evészavarokra vonatkozó specifikussága vár még megnyugtató tisztázásra.

#### 2. 2. 4. 2. Egyéni pszichológiai tényezők:

Ebben a csoportban premorbid élettapasztalatokat, negatív életeseményeket szoktak számon tartani. Több szerző szerint a bántalmazásnak, megszegényítésnek, traumatikus életeseményeknek az evészavarok kialakulásában szerepük van. BN-s és AN-s csoportok a betegségük kezdetét megelőző évben az egészségesekhez viszonyítva több negatív életeseményről és interperszonális problémáról számoltak be (Schmidt és mtsai 1997, Welsh és mtsai 1997), az anorexiásoknál több kellemetlen, a szexualitással kapcsolatos megszegényítő élmény szerepelt. A testsúlyra, külalakra kapott kritikus, megszegényítő megjegyzések is kapcsolatba hozhatók voltak az evészavar tüneteinek növekedésével, bár ez a táplálkozási magatartászavarban szenvedő betegek ez irányú szelektív figyelmének következménye is lehet (Szumska 2005).

Számos vizsgálat foglalkozott a szexuális és a fizikai abúzus jelentőségével a táplálkozási magatartászavarok kialakulásában. A vizsgálatok egy része a gyerekkori abúzus szerepét vizsgálta. Lehetséges magyarázatok szerint a szexuális vagy fizikai abúzus elősegítheti a disszociatív megbirkózási stratégiák kialakulását vagy alacsony önértékelésre, öngyűlöltre, a saját test megbüntetésének készítésére vezet, esetleg az átélt kontrollvesztés élménye fokozza a test túlkontrollálásának igényét. Úgy tűnik, hogy a szexuális visszaélés inkább a bulimiás, purgáló magatartás megjelenésével hozható összefüggésbe, mint a RAN-val. Több közlemény szerint nem tekinthető specifikus rizikófaktornak a kapcsolat a gyermekkori bántalmazás és az evészavarok között csekély, inkább más komorbid pszichiátriai zavar fennállása mellett kap jelentőséget (Wonderlich és mtsai 1997, Szumska 2000). Több nagy mintán végzett vizsgálat erős kapcsolatot mutatott ki a szexuális vagy fizikai abúzus és a falásrohamok, a súly miatti túlzott aggodalom és a purgáló viselkedésformák között. Ackard és mtsai a serdülőkor randevúk kapcsán elszenvedett fizikai és szexuális trauma hatását vizsgálták a zavart táplálkozási magatartás viszonylatában, eredményük szerint a falásrohamokkal és a purgáló viselkedéssel mindkettő összefüggést mutatott s a kapcsolat akkor volt a legerősebb, ha az illető mindkét formát átélte (Ackard és mtsai 2001). Fairburn és mtsai szerint az AN és a BN esetében mindkét abúzusforma gyakoribb volt, de csak egészséges kontrollcsoporthoz képest, más pszichiátriai betegekhez képest nem (Fairburn és mtsai 1997, 1999). Magyarországon Treuer és mtsai eredményei szerint

inkább a fizikai bántalmazásnak volt szerepe a testképzavar kialakulásában, mint a szexuális abúzusnak (Treuer és mtsai 2001). Szumska magyarországi reprezentatív mintán végzett felmérésében az EVZ csoport 10,9%-ánál talált szexuális és 27,5%-ánál fizikai abúzust a nem EVZ csoport 1,8 és 12,4%-os hasonló adataihoz képest, a különbség mindkét esetben szignifikáns volt (Szumska 2005)

Összefoglalva azt mondhatjuk, hogy bár tetszetős és logikus magyarázatok vannak az abúzus kihatásáról a megzavart táplálkozási magatartásra és az EVZ-ok tüneteire vonatkozóan, azok szerepe az EVZ-ok kialakulásában, az evészavarokra vagy akár azok bizonyos típusú tüneteire vonatkozó specifikus rizikófaktor jellege, valamint gyakorisága e betegek élettörténetében még nem kellően tisztázott.

### **2. 2. 4. 3. Pszichés háttér**

#### **2. 2. 4. 3. 1. Pszichoanalitikus klinikai megfigyelések**

Az AN-ra vonatkozó korai, túlnyomóan az ösztönpszichológiai elméletre építő esettanulmányokat és elméleteket követően H. Bruch írta le az AN-sokra jellemző fő személyiségvonásokat (Bruch 1973, 1978), melyek sok tekintetben a későbbi vizsgálatok alapjait képezték. Bruch szerint három alapvető funkciózavar már a betegség kezdete előtt is felismerhető, ezek: a testkép súlyos zavara, a külső és belső ingereknek, mindeneke előtt az éhségérzet felismerésének a zavara és a tehetetlenség bénító, az élet minden területét érintő érzése. Utóbbival magyarázta a test kontrollálása iránti elkeseredett vágyat. Klinikai megfigyelései alapján hangsúlyozta, hogy minden AN-s páciens sejti a lelke mélyén, hogy alapszemélyisége károsodott, nem elég jó, és minden törekvése arra irányul, hogy ezt a szégyenfoltot leplezze. Koragyermekkorukban kevés énerőre és saját értékeik felőli bizonyosságra tettek szert, bizonytalanok önmagukban, folyamatosan leértékelik magukat és meggyőződésük, hogy a környezet is ilyennek látja őket. Betegségükben szinte megszállottan látják az eszközt annak, hogy minden problémájukat kontroll alá vonják egyfajta nagyzasos szelf által. Az AN-sok kóros megfelelni akarását a terápia során szintén Bruch hangsúlyozta és vitte be a köztudatba, bár H. Deutsch. már korábban felfigyelt rá.

A Kohut (1971) elméletéből továbbfejlődő pszichoanalitikus szelf-pszichológia több személyiségtulajdonságot tart jellemzőnek a táplálkozási magatartászavarokra, melyeket

Skarderud (Skarderud 1999) foglalt össze. Elsőként hangsúlyozza a kontroll vagy az uralom elvesztésének érzését, mely a saját hatékonysághiány élményeként jelentkezik. Oka lehet belső zavarodottság, kétségbeesett magányosság megélése, vagy az az érzés, hogy mások kormányozzák az egyént saját igényei ellenében. A táplálkozási magatartászavar a kontroll megszerzésére irányul, hogy végre képesnek érezze magát az egyén arra, hogy megbirkózzon valamivel.

Másik jellemző vonás evészavarban a betegek alacsony önértékelése. Ezekhez társul az affektusok megnevezésének és kifejezésének zavara, aminek következtében az érzések ismeretlenek és veszélyesek az érintett személy számára s ezért elzárkózik előlük. Az érzelmi élet alexitimiás jellegű zavara magyarázná az általában jellemző elzárkózást a szexuális kapcsolatoktól is. Az evészavaros betegek testükről is inkább vizuális, mintsem érzeti úton szereznek tapasztalatokat. E szemlélet szerint a táplálkozási zavar a lelki élet külső megjelenítése, mely az élet- és önszemlélet konkrétizmusát tükrözi, a tünet egyszerre konkrét és metaforikus valóság, egy tartalom formai megjelenítése, melyben maga a forma a tartalom. Azaz az AN-sok megrekedtek a fogalom előtti vagy konkrét gondolkodás szintjén, mely egocentrizmussal és az onnipotencia mágikus hatékonyság-érezésével jár együtt. Jellemző a minden vagy semmi, vagy-vagy típusú gondolkodás és magatartás. A páciensek számára a teljes lemondás könnyebb a mértéktartásnál. Ez a típusú magatartás kifejezésre jut a kisebb étkezésektől vagy az érzések, indulatok minimális kimutatásától való félelemben, mert a legkisebb megnyilvánulás felidézi a teljes kontrollvesztés rémét. A perfekcionizmus, a tökéletessé válás igénye jellemző ezekre a betegekre, továbbá a kívülről irányítottság, a többiek elvárásainak való megfelelési törekvés. Utóbbi megnyilvánulhat a látványos eredménnyel járó feladatok vállalásában (osztályelsőség, élsportolóság) vagy ellenkezőleg, a többiekkel való teljes hasonlóságban történő identitás-találásban. A kötelességteljesítés, alaposság, alárendelődés, konvencionalitásra törekvés vonásai megfelelnek a winnicotti „hamis szelf” fogalmának (Rizutto és mtsai 1981).

Az AN-s stratégiája inkább az elzárkózás, bezárás, a saját igények aszkétikus tagadása. A BN-s ezzel szemben a minden vagy semmi elv mindkét pólusát megéli. Védekezése rigid, áttört védekezésnek is nevezhető. Érzelmi instabilitását, hirtelen változó kedélyállapotait, impulzuskontroll zavarait, melyek gyakran az indulatok vagy

az addiktív magatartás terén is megnyilvánulnak, ez magyarázhatja. A BN-s ki is éli igényeit meg el is fojtja azokat.

Az analitikus szelf-elmélet szerint tehát az evészavarok mögött legmélyebb szinten a szelf korai nárcisztikus sérülése áll. Ez magyarázza a megerősítéstől való erős függőséget és tárgyéhséget. A betegeket jellemzik a határok problémái is, az egyén nem önmaga aktualizálásában keresi identitása megvalósítását, hanem mintegy önmagából kilép, hogy egy másikká lehessen. Az AN-s grandiózus szelfje a testi igények megtagadásában és az ezáltal a hozzá közelállókon kikényszerített uralkodásban érhető tetten. Ezek a grandiózus, omnipotens fantáziák azonban hamar meghiúsulnak, amit szégyenérzet követ. A BN-s habzsolást, majd az ezt követő megtisztulást az agresszió, a nárcisztikus dühöngés megnyilvánulásaként magyarázza az elmélet.

Az analitikus szelf-elmélet az EVZ-ok klinikai jelenségeit a Kohut által leírt nárcisztikus sérüléssel, illetve nárcisztikus személyiségzavarral hozza összefüggésbe. Későbbi vizsgálatok ugyanakkor nem találtak specifikus kapcsolatot a nárcisztikus személyiségzavar és az EVZ-ok között, igaz a pszichoanalízis és a DSM-IV nárcisztikus személyiségzavar fogalma nem teljesen fedi egymást. Az elmélet értéke a saját iskola tanainak modernizálásán és a saját terápiás eszköztár hatékonyabbá tételén túl a transzteoretikus megközelítések számára leginkább abban áll, hogy a klinikai megfigyelések során számos jellemző, az etiopatogenezis és a prognózis szempontjából fontos személyiségvonásra ráirányította a figyelmet.

#### **2. 2. 4. 3. 2 A kognitív viselkedésterápiás elmélet**

A korai viselkedésterápiás elméletek a táplálékfelvétel szélsőséges korlátozását illetve a túlevéseket és az elhízás megelőzésére alkalmazott alkalmatlan kompenzáló viselkedésformákat tanult magatartásként fogták fel, amit a környezet megerősítő tevékenysége tart fenn (Tölgyes és mtsai 1996) és amiben a tanulás mindhárom formája szerepet kap. A tanuláslélektani modell alapján kidolgozott viselkedésterápiás stratégiák – az operáns megerősítés módszere AN (Vetró és Engels 1984), az expozíció és válaszmegelőzés, valamint egyes önkontroll technikák BN esetében (Rosen és Leitenberg 1982, Simon és Tölgyes 1990) – a korábbiakhoz képest a terápiás hatékonyság jelentős növekedését eredményezték.



További fejlődést jelentett a kognitív terápia alkalmazása az EVZ-ok kezelésében. A kognitív modell szerint AN-ban a fő pszichopatológiai elváltozásokat a betegek hibás, torzult elképzelései jelentik az evésről, a testsúlyról és az alakról. A leggyakoribb gondolkodási hibák a szelektív absztrakció, a túláltalánosítás, magnifikáció, a „minden vagy semmi” típusú gondolkodás, a perszonalizáció és a babonás gondolkodás (Garner és Bemis 1985), melyek BN-ban is jellegzetesek. A sikeresnek tűnő súlykontroll pozitív önmegerősítést jelent, és eleinte a környezet aggodása is megerősítő tényező. A betegség előrehaladtával, a külső megerősítők szerepe csökken és a kialakuló izoláció mellett a saját diszfunkcionális attitűdök válnak a fő fenntartó tényezővé.

BN-s betegek specifikus diszfunkcionális attitűdjei között a külső megjelenés túlértékelése, a külső megerősítés és a szociális elismerés fokozott igénye mellett a sikernek és elismertségnek az attraktív megjelenéssel történő azonosítása és a testképpel kapcsolatos diszfunkcionális attitűdök szerepelnek. Emellett frusztrációs helyzetekben hajlamosabbak a negatív önértékelésre, dichotóm gondolkodásra, depresszív konfliktusfeldolgozásmódra (Tölgyes és Simon 1989, Túry és Szabó 2000).

Az AN komplex kognitív viselkedésterápiás elméletét Fairburn és mtsai foglalták össze (Fairburn és mtsai 1999). A modell magába foglalja egyrészt Bruch megállapításait az AN-sok gondolkodási stílusáról, a hatékonyság hiányának minden gondolatot és cselekedetet átható érzéséről (Bruch 1973), továbbá Vitousek koncepcióját (Vitousek és Manke 1994), mely szerint az AN-sok és BN-sok tüneteit az alakra és a testsúlyra vonatkozó személyes túlértékelések tartják fenn. Utóbbi attitűdök eredete az egyén stabil jellemvonásainak (perfekcionizmus, aszkétizmus, affektív szabályozás nehézségei) a szociokulturális női ideállal való kölcsönhatásában található meg. Míg a legtöbb kognitív behaviorista kutató az alakkal és a testsúllyal kapcsolatos diszfunkcionális attitűdök szerepének betegség-fenntartó szerepét hangsúlyozta, Guidano és Liotti a személyes identitással kapcsolatos kognitív struktúrák hiányosságait tartotta alapvetőnek (Guidano és Liotti 1983), Slade pedig már a kontroll szükségletének centrális szerepét emelte ki. Utóbbi kifejeződik a diétázásban, ami az elért siker által pozitív megerősítést, a hízástól való félelem és egyéb nehézségek elkerülésével pedig negatív megerősítést nyer (Slade 1982). Ezáltal a diétázás tovább erősödik és önfenntartó kör jön létre. Slade hangsúlyozta a családból eredő interperszonális problémák, adoleszcenskori konfliktusok, a dependencia – autonómia

konfliktus, az interperszonális szorongás és az adott korban megjelenő stresszel teli életesemények szerepét a fokozott önkontroll-szükséglet létrejöttében, melynek aztán „legsikeresebb” területévé a test kontrollja válik.

Fairburn és mtsai (1999) is az étkezés kontrolljának szélsőséges szükségletét állították a középpontba, mint a betegség fenntartásának fő szervező erejét. Ez eredetileg az önkontroll iránti szélsőséges szükséglet, amely a hatékonyság hiányával, az alacsony önértékeléssel és a perfekcionista vonásokkal áll kapcsolatban. Miközben az egyén életének számos területén megtapasztalja gyengeségeit és kudarcot él át, az étkezés feletti kontroll sikeresnek tűnik számos vonatkozásban. Az aszkétikus beállítódású személy az étkezés felett elért önkontrollt már önmagában is sikernek érzi, de ezen túl megtapasztalja annak a családra kifejtett hatékonyságát is. Ezen kívül még a „karcsúság-ideálnak” történő megfelelés, valamint a felnőtt nővé válás feltartóztatása is jutalom értékű lehet.

A fokozott önkontroll-szükségletnek az evés feletti kontrollban történő megjelenése és annak kezdeti sikere megerősíti a restriktív, diétázó magatartást. Az egyén végre büszkeséget, diadalt élhet át, emellett fokozott éberséget, érzéseinek kontrollját, melyek fontosabbak számára a megjelenő negatív következményeknél. Az étkezés feletti kontroll fokozatosan egyre inkább az önkontroll és az önértékelés fő mutatójává válik, a betegek úgy érzik, az evés kontrollja által minden fontos dolog uralható életükben, miközben valójában az evés körüli gondolatok és ceremóniák uralják életüket. Elkerülnek a szembesülést az élet más területein mutatkozó nehézségekkel is. A kontroll és önértékelés növekedése lehet a magyarázata a betegség ego-synton, én-azonos jellegének.

Az éhezés azonban fenyegetést jelent az evés kontrolljára, a teltségérzés pedig az önkontroll hibáját jelzi a beteg számára. A böjtölés következtében fokozódó éhségérzet, romló figyelem-koncentráció, érdeklődés-beszűkülés és fokozódó teltségérzet, mind fenyegetést jelent a kontrollra nézve és fenntartja annak további szélsőséges szükségletét.

Hasonlóan, az alakra és a testsúlyra vonatkozó extrém attitűdök is erősítik a diétás megszorításokat. A karcsúság-ideál uralta kulturális környezetben a súlyvesztés és a soványabb külalak szintén elősegíti az önkontroll érzését. A testsúly állandó kényszeres monitorozása és az ezek során tapasztalt kisebb következetlen súlyingadozások azonban

fenntartják a testsúllyal, étkezéssel kapcsolatos diszfunkcionális attitűdöket, mivel a jelentkező szorongás azt sugallja, hogy a legkisebb hiba tönkretetheti az addig elért eredményt.

Az alakváltozás szintén használható az önkontroll mutatójaként. A betegeknel azonban testképzavar áll fenn, aminek következtében testük egyes részeit túl nagyoknak, szélesnek vélik. Az alakról szerzett információ egyébként sem objektív, befolyásolja a beteg negatív hangulata, a megelőzően elfogyasztott ételek miatti gondolatok vagy akár a médiumokban vagy az utcán egy karcsúnak tartott nő látványa. Az észlelt testi eltérések magnifikációja növeli a szorongást, ami az önmonitorozás fokozására vezet s ezáltal ördögi kör alakul ki. Felerősödik e területen is a nehezen megszerzett önkontroll elvesztésének félelme, ami a diétás megszorítások fenntartását eredményezi.

A betegek egy részénél a betegség krónikussá válása során a hipervigil testsúly- és alakkontrollálással kapcsolatban elkerülő magatartás alakul ki az azzal járó szorongás és egyéb negatív érzések kiiktatása céljából. Ez az elkerülés azonban nem segít, nem a javulás jele, hanem a kóros specifikus attitűdök fennmaradását erősíti meg ismét. Az elkerülő magatartás kialakulásával elvesz a valósággal történő szembesülés lehetősége, és fennmarad a betegben az a hiedelem, hogy hiányzik a megfelelő önkontrollja a testsúly és külalak vonatkozásában. A súlycsökkenést, soványságot a betegek a szélsőséges diéta eredményeként könyvelik el, s ha a súlyuk kevésbé csökken, azt diétahiba következményeként értékelik. Ez egyéb súlycsökkentő viselkedések bevezetésére vezethet (szélsőséges mértékű testgyakorlás, purgáló viselkedésformák), melyek újabb ördögi körök kialakulásával önfenntartóvá válnak. Míg a testedzés növeli az önkontroll érzését, a purgáló viselkedésformák hajlamosak azt teljesen aláásni (Kovács 2004).

A Fairburn és mtsai által kidolgozott modell lényegében ötvözi Slade és Garner és Bemis elméletét. A hangsúlyt az AN fenntartásában központi szerepet játszó szélsőséges önkontroll-igényre helyezi, hangsúlyozva, hogy a terápiának is erre kell fókuszálnia. A terápia feladata az önkontroll-igény mérséklése közvetett és közvetlen módon, valamint fokozatos elmozdítása az evés, testsúly és alak területéről távolabbi területekre, hozzásegítve ezzel a páciens ahhoz, hogy más tevékenységekben nyerjen kielégülést, teljesítményérzést. Bár a modell az önkontrollt helyezi a középpontba, ennek keretében kizárólag az AN-ra specifikus diszfunkcionális attitűdökkel

foglalkozik, más problémák, úgymint az érzelemkifejezés nehézségei vagy az interperszonális és családi problémák, kezelését az esetek döntő többségében nem tartja szükségesnek a tünetmentesség eléréséhez.

A klasszikus kognitív viselkedésterápiás kezelés mind az AN, mind a BN kezelésében igyekszik a terápiát az EVZ specifikus tüneteire korlátozni, hangsúlyozva, hogy ha sikerül tünetmentességet elérni, az elért javulás generalizálódik más probléma-területekre is. Utánkövetéses vizsgálatok szerint azonban ez csak az esetek mintegy felében van így, a betegek jelentős része számára ez a megközelítés nem tűnik elegendőnek (Túry és Szumska 2005). Ezért az utóbbi időben egyre nagyobb figyelem fordul a kóros táplálkozási magatartással közvetlenül összefüggésbe nem hozható, de a prognózist befolyásoló személyiségjegyek és maladaptív sémák szerepének megértése felé.

#### **2. 2. 4. 3. 3. Jellemző személyiségvonások**

Az evészavarok hátterében több szerző hangsúlyozza a bizonytalan, törékeny önképet, és a krónikusan rossz *önbecsülést* (Crisp 1965, 1980, Silverstone 1992). Többen a zavart testképet – mely inkább bizonytalan, gyenge testképet jelent - az alacsony önbecsülés következményének tartják (Cash és Pruzinsky 1990). Egyes vizsgálatok szerint az önkép pozitív irányban történő megváltoztatása a testkép pozitív megváltozását is eredményezi (Heriques és Calhoun 1999). Az önkép és az önbecsülés két fő komponense az önszeretet és az önkompetencia. Egyes szerzők az evészavarok kapcsolatát az önszeretettel szorosabbnak tartják, úgy találták, hogy az evési szokások javulása párhuzamos az önszeretet javulásával (Silvera és mtsai 1998). Ugyanakkor, az önszeretet mértéke összefügg a depressziós tünetekkel is (Silverstone 1990, Szabó és Túry 1994). Más szerzők viszont a kompetencia-érzést tartják fontosabbnak (Garner és mtsai 1983). A súlyosabb önképzavar és a súlyosabb testképzavar rendszerint rossz prognózis előjele (Nakijama és mtsai 1994). Az EVZ-ok sikeres terápiája általában az önkép javulását eredményezi, és az önkép javulása is kedvezően hat a táplálkozásvizavarok tüneteire.

A betegek jelentős része számol be a *személyes hatékonyság* hiányáról, inkompetensnek, értéketlennek érzi magát, úgy érzi, nem tudja kontrollálni a saját életét

(Bruch 1973, Selvini-Palazzoli 1978, Strober 1980). Garner mind AN-s, mind BN-s betegeknél szignifikánsan magasabbnak találta a hatékonyság hiányának mértékét a normál kontroll csoporthoz képest, valamint az önképpel és az általános pszichológiai állapottal talált szoros korrelációt. Többen leírták az AN-s családokban fennálló magas teljesítmény-orientációt (Bruch 1973, Kalucy és mtsai 1977) és ehhez kapcsolódóan az AN-sokra jellemző perfekcionizmust, mely sokszor a gyógyulás után is megmarad (Halmi és mtsai 2000, Srinivasagam és mtsai 1995). A *perfekcionizmust* Garner, mind AN-s, mind BN-s betegeknél szignifikánsan magasabbnak találta a normál kontrollokhoz képest (Garner és mtsai 1983). Az *interperszonális bizalmatlanság* – mely Garner szerint az önképpel és a depressziós tünetekkel áll kapcsolatban - a kapcsolatteremtés, illetve az érzelmek mások felé való kifejezésének képtelensége, többek szerint kulcsfontosságú az evészavarok kialakulásában és fenntartásában (Selvini-Palazzoli 1978, Selvini-Palazzoli és mtsai 1980, Strober 1980). Többen hangsúlyozzák a pszichoszomatikus betegekre jellemző alexitimia meglétét AN-s és BN-s betegeknél, az egészséges kontrollcsoporthoz képest jelentősen emelkedettebb jelenlétét (Bourke és mtsai 1992, Smidt és mtsai 1993).

Az *interoceptív tudatosság hiányát* már Bruch, Selvini-Palazzoli, majd Garfinkel és Garner (Garfinkel és Garner 1982) is hangsúlyozta. Az AN-sokkal kapcsolatban megemlítik a nemiségtől való, illetve általában a felnőtté válástól való félelmet, mely a BN-sokra kevésbé jellemző (Crisp 1980). Kovács Dóra vizsgálataiban összefüggést talált AN-soknál a hatékonyság hiányának érzése és a purgáló tünetek, BN-s betegeknél pedig a hatékonyság hiányának érzése és a hashajtás között. Ugyanakkor, a BN-sokkal szemben, megerősítette AN-soknál a felnőtté válástól való félelem meglétét. Összefüggést talált, mind AN-sok, mind BN-sok esetében a purgáló tünetek és a súlyosabb pszichopatológia, a negatívabb önkép, a kifejezettebb testi elégedetlenség, a hatékonyság hiányának kifejezettebb érzése és több kísérő depressziós tünet között. Úgy találta, hogy a karcsúsági készletetés, a hatékonyság hiányának érzése, a perfekcionizmus, az interperszonális bizalmatlanság és az interoceptív tudatosság érzése nem különbözött AN-s és BN-s páciensek között, míg a testi elégedetlenséget BN-oknál szignifikánsan kifejezettebbnek találta. Vizsgálatai szerint AN-s betegeknél a fokozottabb karcsúság iránti készletetés összefüggött a hashajtó-abúzzsal, míg a testi elégedetlenség az

önhánytattással és a hashajtó-abúzzsal, a hatékonyság hiányának érzése pedig mindhárom tünettél. BN-soknál csupán a hatékonyság hiányának érzése és a hashajtó-abúzus között talált összefüggést (Kovács 2004).

Az önbecsülés és a hatékonyság hiánya mellett a *perfekcionizmus* a legtöbbet vizsgált személyiségjegyet EVZ-okban. A perfekcionizmus irreálisan magas mércék felállítását és fenntartását jelenti az ellentétes következmények ellenére is (Shafran és mtsai 2002). A Multidimenzionális Perfekcionizmus Skála (Hewitt és Flett 1991) három formáját méri fel: az önmagára irányuló (saját perfekcionista belső elvárásoknak való kényszeres megfelelési törekvés), a másokra irányuló (irreális elvárások és szigorú értékelés másokkal szemben) és a szociálisan előírt (mások perfekcionista magas elvárásainak való megfelelési törekvés) perfekcionizmust. Úgy tűnik, az önmagára irányuló és a szociálisan előírt perfekcionizmus kapcsolatban áll az evészavarokkal, a RAN-val (Bastiani és mtsai 1995) és a BN-val (Pratt és mtsai 2001), sőt a BED-rel is. Cockell és mtsai AN-oknál mindkét előbbi formát és mások észlelt hibái közlésének a kerülését is magasabbnak találták pszichiátriai és normál kontrollcsoporthoz viszonyítva (Cockell és mtsai 2002). A különbség a csoportok között a kor, depresszió (BDI-átlag 41.6 volt az AN-csoportban!), önértékelés, pszichiátriai distressz különbségeinek kontrollálását követően is fennmaradt, bár a kontrollcsoporttal szemben nem volt szignifikáns. A szerzők felvetették, hogy az evés, a súly és az alak kontrollja a saját magára irányuló perfekcionizmussal, a karcsúságideálhoz való alkalmazkodás pedig a szociálisan előírt perfekcionizmussal hozható kapcsolatba.

Egy másik perfekcionizmust mérő skálán (Frost és mtsai 1990) a tévedések miatti aggodalom és a cselekvések körüli kételkedés inkább kényszeres vonásokat fed le. Az EVZ-os betegek hajlamosak a teljesítményükben való kételkedésre és tévedéseik kudarcként történő interpretálására (Bulik és mtsai 2003, Halmi és mtsai 2000). A perfekcionizmus az AN kezdetének jó prediktora (Tyrka és mtsai 2002), és az evészavar-tünetek megszűnése után is fennmarad (Halmi és mtsai 2000, Bastiani és mtsai 1995), egyúttal nehezítheti a gyógyulást.

Több kutató szerint az evészavarban szenvedő betegek számos *kényszeres* személyiségvonást is mutatnak, ezek a kételkedés, az ellenőrzés, a szimmetria és a pontosság iránti szükséglet (Rogers és Petri 2001, Anderluh és mtsai 2003), mégpedig pszichiátriai kontrollcsoporttal összehasonlítva is fokozott mértékben. (Cassidy és mtsai

1999). A korábbi felfogással szemben, mely a RAN-ra tartotta a kényszeres és a BN-ra az impulzív vonásokat jellemzőnek (Vitousek és Manke 1994), több közlemény szerint RAN és BN nem különbözik minden esetben a kényszeres vonások tekintetében (Anderluh és mtsai 2003) és azok a tüneti gyógyulást követően is fennmaradnak mind RAN-ban (Srinivasagam és mtsai 1995), mind pedig BN-ban (von Ranson és mtsai 1999).

Az *impulzivitást* az előrelátás és a kockázatok és következmények cselekvés előtti felmérésének a hiánya jellemzi. BN-soknál a falás és a purgáló cselekmények hirtelen eldöntése jellemző, amely nem veszi tekintetbe az azokat követő rossz közérzetet és hangulatot, valamint a testi kockázatokat (Fahy és Eisler 1993). A RAN-sok a normál kontrolloknál kevésbé tűnnek impulzívoknak (Claes és mtsai 2002). Ezzel szemben a BN-sok impulzívabbak mind a RAN-soknál, mind a normál kontrolloknál (Claes és mtsai 2002). Bár az impulzivitás egy állandó személyiségvonás is lehet, lehet a hibás diétás szokások és az érzelmi labilitás következménye is BN-soknál (Claes és mtsai 2006). Az érzelmi labilitás és más viselkedésbeli gátlástalanság ugyanakkor, úgy tűnik, csökkenti a falásrohamok és purgáló viselkedésformák javulásának esélyét (Ames-Frankel 1992). Annak eldöntéséhez, hogy az impulzivitás a BN-sok állandó személyiségjegye vagy csak a tünetekkel terhelt keresztmetszeti kép sajátossága, még további hosszmetzeti vizsgálatok tűnnek szükségesnek (Cassin és mtsai 2005).

Az *ingerkereső magatartás* a változatosság, újdonság igényét jelenti, melyek kedvéért az egyén fizikai és szociális kockázatokat is hajlandó vállalni. A falásrohamokat és purgáló viselkedést mutató egyének általában kifejezettebb ingerkereső magatartást mutatnak, mint a RAN-sok vagy a normál kontrollok (Rossier és mtsai 2000, Steiger és mtsai 1997), azaz legjellemzőbb BN-sok, a FTAN-sok és a BED-es egyének között. A RAN-sok az ingerkereső magatartásban hasonló eredményt mutattak, mint más pszichiátriai betegek és elmaradtak a normál kontrolloktól.

A *nárcizmusra* a fizikai megjelenéssel és a teljesítménnyel való túlzott foglalkozás és a szociális környezetből jövő külső megerősítések szükséglete jellemző, valamint az interperszonális érzékenység és a hajlam az önértékelés elvesztésére. A nárcisztikus személyiségvonások szerepét az evészavarokban elsősorban a dinamikus iskolák

hangsúlyozzák, egyedi esetek kapcsán történt klinikai megfigyelésekre támaszkodva. Egyes felmérések szerint a nárcizmus jellemzőbb az AN-sokra és a BN-sokra, mint a legtöbb más pszichiátriai zavarra, vagyis az evészavarokra kockázati tényezőt jelenthet (Steiger és mtsai 1997). A nárcisztikus személyiségvonások a BN remissziója után is fennmaradhatnak, azt sugallva, hogy ez náluk permanens személyiségvonás. Tekintettel arra, hogy a nárcizmus vonatkozásában eddig kevés vizsgálat történt, az evészavarokban betöltött szerepe még további kutatást igényel.

Több vizsgálat történt a *dependencia-autonómia* személyiségvonásokkal kapcsolatban is. A dependencia a mások általi elfogadás, elismerés előtérbe helyezését jelenti, míg az autonóm személyiségre a függetlenség, a kontroll és a teljesítmény jellemző. Több tanulmány szerint az evészavaros betegekben mindkét személyiség-tendencia jelen van, és az evészavarokat inkább e két irányultság konfliktusa jellemzi (Narduzzi és Jackson 2000, Rogers és Petrie 2001). A betegek törekednek a függetlenségre, de alacsony önértékelésük megerősítése miatt támaszkodnak az interperszonális kapcsolatokra is. Az alacsony önértékelés lehet a kapocs az autonómia és a zavart étkezés (Frederick és Graw 1996), az érzelemkifejezés ambivalenciája pedig a dependencia és a zavart étkezés között (Krause és mtsai 2000). A magas dependenciájú személyeket az érzelemkifejezéstől (pl. harag) való visszahúzódás jellemzi, mivel fenyegetve érzik interperszonális kapcsolataikat. Az érzések elnyomása sérülékennyé teszi őket az evészavar-tünetek vonatkozásában.

Néhány vizsgálat során különböző személyiségprofilot találtak a három EVZ alcsoportban (Vitousek és Manke 1994, Vervaeke és mtsai 2004, Westen és Hardnen-Fischer 2001, Favaro és mtsai 2005). A RAN-sokat introverzió, konformitás, perfekcionizmus, rigiditás és kényszeres vonások jellemezték (Casper 1990). A BN-s személyek eredményei vegyesebbek voltak, gyakran találták őket extrovertáknak, hisztrionikusnak, érzelmileg labilisnak (Vitousek és Manke 1994). A FTAN-s egyének vagy azok, akiknek a kórtörténetében AN és BN is szerepelt, hajlottak a súlyosabb és diffúzabb patológiára és a nagyobb fokban diszfunkcionális állapotra akár a RAN, akár a BN csoporthoz képest (Westen és Hardnen-Fischer 2001).



Más vizsgálatok eredményei azt sugallják, hogy az alacsony önértékelés, a perfekcionizmus, kényszeresség, nárcizmus, dependencia és autonómia személyiségvonásai mind az AN-ban, mind pedig BN-ban jellemzőek, míg az impulzivitás és az ingerkeresés inkább a bingelő szindrómákban tipusos (Cassin és mtsai 2005).

Az alacsony önértékeléssel párosuló perfekcionizmus a lehetetlenül magas elvárások teljesíthetlenségére vezet és a testi elégedetlenséggel, a súllyal való túlzott foglalkozással kerülhet kapcsolatba. A perfekcionizmus, a rigiditás, a cselekedetekben való kételkedés, a kontroll szükséglete, a pesszimizmus, a tévedések miatti aggodalom, a bizonytalanságtól való félelem, az alacsony impulzivitás, rendszeretet, az új helyzetek kerülése, a változástól való idegenkedés, azaz a hagyományosan kényszeres jellemvonások jellemzik a RAN-okat. A perfekcionizmus, a kényszeres vonások, a negatív érzelmek, az ártalom-kerülés, azaz az elkerülő személyiségre jellemző személyiségtulajdonságok mind a RAN, mind a BN betegek többségére jellemzők. A BN-sok ugyanakkor különböznek a RAN-soktól a magas impulzivitásban és ingerkereső magatartásban. A FTAN-s és a BED-es csoportok személyiségvonásai inkább a BN-sokéra hasonlítanak, mint a RAN-sokéra. (Cassin és mtsai 2005). Úgy tűnik tehát, hogy egyes személyiségvonások kapcsolódnak az evészavarok alcsoportjaival, bár az azokon belüli heterogenitások nehezen értelmezhetők és az életük során többféle alcsoport kritériumait teljesítő betegek értékelése is problematikus. Egy cluster-analízisre épülő vizsgálat az AN-sok közt három faktort különített el (Strober 1983). Az elsőbe tartozó személyekre a konformitás igénye, a kontroll gyakorlása és a megtartott önfogadás és jó közérzet volt jellemző. A második csoport inkább neurotikus személyiségstruktúrát mutatott magas szintű szorongással, önbizonytalansággal és szociális gátoltsággal. A harmadik alcsoport magas impulzivitást és alacsony énerőt mutatott. Egy későbbi, AN-sok és BN-sok csoportjára vonatkozó cluster-analízis ugyanezt a hármas megoszlást mutatta (Westen és Harden-Fischer 2001). Egy jól funkcionáló, perfekcionista, egy túlkontrollált és egy érzelmileg diszregulált, alulkontrollált csoportot tartalmazott. RAN-s betegek csak az első két csoportban, BN-s és FTAN-s betegek mindhárom csoportban voltak. Ezek a vizsgálatok azt mutatják, hogy a restriktív és a faló/purgáló csoportok személyiségvonásairól

megállapítottak az egyes csoportokra nem teljesen általánosíthatók, inkább tendenciákat jeleznek.

Több vizsgálat tanúsága szerint a zavart táplálkozási magatartású személyek a nehéz élethelyzetekkel történő megbirkózás során az egészségesekkel ellentétben gyakrabban alkalmazzák az érzelmi megbirkózási stratégiákat és az elkerülést. (Garcia-Grau és mtsai 2002, Ghaderi és Scott 2000, Koff és Sangani 1997). Magyarországon EVZ-sok megküzdési stratégiáit és diszfunkcionális attitűdjeit vizsgálta Szili Ilona és György Sándor, alacsony esetszámú mintán, a Szorongás-leküzdési mód preferencia kérdőív, és a Burns-féle Diszfunkcionális Attitűd Skála (DAS) alkalmazásával. Úgy találták, hogy az AN-s és BN-s betegek szignifikánsan nagyobb mértékben alkalmaztak önbüntető stratégiákat, mint a kontroll-személyek, és tendenciát írtak le arra vonatkozóan, hogy a BN-sok stressz-helyzetben inkább hajlanak az önbüntető viselkedésre, mint az AN-sok. A jogos elvárások és a külső kontroll attitűdjeit BN-sokra szignifikánsan jellemzőbbnek találták, mint AN-sokra. Vizsgálatukban a külső elismerés és a szeretettség-igény, valamint az onnipotencia attitűdjei negatívan korreláltak a problémacentrikus megküzdési stratégiával, a szeretettség-igény, a teljesítményigény és a perfekcionizmus attitűdjei pedig az önbüntetés megküzdési stratégiával pozitív korrelációt mutattak (Szili és György 2005)

Szumska Irena a Folkman-Lazarus Megküzdési-módok Kérdőív legnagyobb faktorsúlyú 8 tételét használva (4 érzelmi megküzdési mód és 4 probléma-orientált megküzdési mód) azt találta, hogy három érzelmi megküzdési módot, az epidemiológiai vizsgálat alapján becsült EVZ-os betegek a kontrollokhoz képest szignifikánsan gyakrabban alkalmaznak. Ezek közül egyhez („Evéssel, ivással, dohányzással vezettem le a feszültségemet”) a BN-sok szignifikánsan gyakrabban folyamodtak, mint az AN-sok. A többi faktorban nem talált különbséget a két EVZ csoport között, sőt, a probléma-orientált megküzdési módokban sem mutatkozott különbség az EVZ-csoport és a minta többi része között. Egyidejűleg a Burns-féle DAS-ból minden attitűdből a legnagyobb faktorsúlyú állítást használva, a teljesítmény-igényt, a külső elismerés igényét, a perfekcionizmust és a szeretettség igényét találta jellemzőnek a minta többi részével szemben. Vizsgálatában az AN-s és BN-s csoport csak az AN-ra jellemző külső elismerés igényében különbözött egymástól (Szumska 2005).

Az EVZ-os nők hatékonyságának a hiányát általában, mint láttuk, sokan leírták. Williams és mtsai az EVZ-os betegek asszertivitását vizsgálva diétázó és nem diétázó személyek csoportjával történő összehasonlításban azt találták, hogy az EVZ-osok a nagyobb külső kontroll és befelé irányuló hosztilitás mellett szignifikánsan alacsonyabb asszertivitást is mutattak a másik két csoporttal szemben (Williams és mtsai 1990). Eiber és mtsai EVZ-osok és szociális fóbiások csoportját hasonlították össze, többek között az asszertivitás alapján. A Rathus-teszt alapján végzett vizsgálatban a szociális fóbiásokhoz képest az EVZ-os betegek magasabb asszertív pontszámot értek el (Eiber és mtsai 2003).

Egyre inkább előtérbe kerül EVZ-okban is a Young-féle *Korai Maladaptív Sémák* vizsgálata (Young 1999, Young és mtsai 2003). Míg a kognitív modellek egy része az étellel, testsúllyal, külalakkal kapcsolatos specifikus kognitív torzulásokra helyezi a hangsúlyt (Vitousek és Hollon 1990, Fairburn 1997) EVZ-okban, más kognitív viselkedésterápiás konceptualizálások fontosnak tartják a megértés és a terápia számára a személyiségjellemzőket, illetve a KMS-kat is. Más szóval azokat az alaphiedelmeket, amelyek a másokhoz való kötődésre, az autonómiára, a kompetenciára, az identitásérzésre, a valódi szükségletek és érzések kifejezésének képességére, a határok szabályozására és az önkontrollra vonatkoznak. Empirikus tanulmányok tanúsága szerint a maladaptív sémák jelentős szerepet játszanak a táplálkozási zavarok tüneteinek kialakulásában és fenntartásában (Vitousek és Hollon 1990, Leung és mtsai 1999, Waller és mtsai 2000, Gongora és mtsai 2004, Bruce és Steiger 2005).

Young 19 KMS-t határozott meg, melyek feltétlen séma-szintű reprezentációk és a fentebb megemlített szelf-reprezentációs területeket lefedik (Young 1999) A KMS-k kiterjedt, átfogó és tartós mintázatok, melyek magukba foglalják a személy önképére vonatkozó érzelmeket, kogníciókat és emlékeket, valamint a másokkal való kapcsolódás sajátosságait, a gyermekkorban kialakuló, serdülőkorban továbbfejlődő, és az egész élet folyamán fennmaradó, jelentős mértékben diszfunkcionális attitűdöket (Young és mtsai 2003). Ezek a diszfunkcionális kognitív tartalmak nem specifikusak a táplálkozási zavarokra és megtalálhatók más mentális zavarokban is (Lee és mtsai 1999, Schmidt és mtsai 1995). Young feltételezése szerint a Korai Maladaptív Sémák meghatározóak a személyiségzavarok, enyhébb karakterproblémák és számos I. tengelyes zavar esetében.

Több vizsgálat szerint a Korai Maladaptív Sémák fellelhetők a RAN, FTAN és a BN háttérben és egészséges kontrollcsoporthoz képest az EVZ-os csoportok jelentős eltéréseket mutatnak (Leung és mtsai 1999, Waller és mtsai 2000). Különböző vizsgálatok során különböző KMS-kat találtak aktívnak a különböző alcsoportoknál. Egy nem klinikai mintán adolescens lányokkal végzett vizsgálatban a magasabb EAT pontszámot mutatók csoportjában szignifikánsan magasabb Young Séma Kérdőív pontszámot is találtak az alacsony pontszámú EAT csoporthoz képest. (Cooper és mtsai 2006). Egy másik vizsgálatban egyes Korai Maladaptív Sémák erős összefüggést mutattak a súlyra és az alakra vonatkozó specifikus kognitív beállítódásokkal (Gongora és mtsai 2004). BN-sok kognitív viselkedésterápiás csoportterápiájának több hatékonysági mutatója összefüggést mutatott a kezelés előtti KMS szinttel (Leung és mtsai 2000).

Néhány közlemény eredményei szerint összefüggés mutatható ki a Young Séma Kérdőívvel mérhető KMS-k és a testsúlykontroll fenntartásának képessége között (Gongora és mtsai 2004, Waller és mtsai 2002). Bár az említett közlemények az EVZ-ok és a kognitív sémák között kapcsolatot mutattak ki, a vizsgált minta alacsony esetszáma – különösen az evészavarok alcsoportjára vonatkozóan - kétségeket támaszt az eredmények megbízhatóságát és általánosíthatóságát illetően (Leung és mtsai 1999, Waller és mtsai 2000). Ezen kívül, több közleményben jelentős számú, különböző egyéni mérőeszközt használtak, ami felveti az 1-es típusú hiba ( $\alpha$ -infláció) lehetőségét. Az egyes közlemények egy-, illetve többváltozós vizsgálatai egymásnak ellentmondó eredményeket hoztak.

Több közlemény vizsgálta a személyiség és a falásrohamok, valamint az inadekvát kompenzáló viselkedésformák (testedzés, étvágycsökkentő tabletták, hányás, hashajtás, vizelethajtás) kapcsolatát (Vitousek és Manke 1994, Cassin és von Ranson 2005, Lilenfeld és mtsai 2006). A túlzott testgyakorlás a legelterjedtebb a RAN-s csoportban volt, és korrelált a perfekcionizmussal és kitartással (Shroff és mtsai 2006). A purgáló viselkedésformák, mint az önindukált hányás, az étvágycsökkentő, hashajtó és vízhajtó tabletták alkalmazása, jelentősebb általános pszichopatológiával és borderline személyiségjegyekkel, illetve egyéb személyiség-problémákkal társultak (Reba és mtsai 2005, Tozzi és mtsai 2006, Tobin és mtsai 1992). A magas fokú impulzivitás, ingerkereső illetve újdonság-kereső beállítódás a bingelő és purgáló magatartás

irányában sérülékenységet eredményezett, és a diéta-megszorításra vonatkozóan is jelentős prediszponáló és fenntartó tényezőnek mutatkozott (Vervaeet és mtsai 2004).

Meggyőző kutatási bizonyítékok mutatják bizonyos KMS-k összefüggését egyes specifikus EVZ-os magatartásformákkal, így például a falásrohamok és a hányás gyakoriságával (Leung és mtsai 1999, Gongora és mtsai 2004, Waller és mtsai 2001), és a KMS-k jelenlétét RAN-ban, FTAN-ban és BN-ban (Leung és mtsai 1999, Waller és mtsai 2000). A különböző vizsgálatokban egybecsengett, hogy az EVZ-os páciensek nagyobb számban és erőteljesebben mutattak a normál kontrollokhoz viszonyítva KMS-kat, az egyes alcsoportokban aktívnak, hatékonyan tűnő KMS-k azonban különböztek az egyes vizsgálatokban (Leung és mtsai 1999, Waller és mtsai 2000).

Korábbi vizsgálatok meggyőzően mutatják, hogy a különböző személyiségprofilok korrelálnak a különböző evészavar-tünetekkel. A későbbiekben ezekkel a specifikus személyiség-változókkal összefüggést mutató specifikus sémaprofilokat is találtak, melyekről kimutatták, hogy szintén összefüggést mutatnak az evészavaros magatartással. Little vizsgálati eredményei szerint több KMS korrelált az evészavaros magatartással aktuálisan evészavarban szenvedő pácienseknél. Ezeknek az összefüggéseknek az ismerete fontos a terápiát végző szakemberek számára a megfelelő terápiás eszköztár megválasztása érdekében.

#### **2. 2. 4. 3. 4. Testkép**

Testképen az egyén saját testével kapcsolatos pszichológiai élményeit és attitűdjeit értjük, valamint azt a módot, ahogyan ezek az élmények szerveződnek (McCrea és mtsai 1982, Szabó 1993). A testképzavar az evészavarok legjellemzőbb tünete, nem pusztán vizuális jellegű, hanem jóval összetettebb élményt jelent, taktilis, interoceptív, térbeli összetevői is vannak. Általában a nemiséggel összefüggő testméretekre vonatkozik, a páciensek mellükkel, csípőjükkel, hasukkal, fenekükkel elégedetlenek. Többdimenziós jelenség, a különböző érzékszervi modalitásokon alapuló testképek mellett elkülönítik a kognitív és affektív testképet (Túry és Szabó 2000). A testképzavar nem tekinthető általános perceptuális zavarnak, mivel az anorexiás nők testmagasságukat és élettelen tárgyak méreteit pontosan meg tudják adni és más nők testméreteit is jobban ítélik meg a sajátjukénál (Túry és Szabó 2000).

A testkép vizsgálatára több módszer használható (Túry és Szabó, 2000). *Vizuális méretbecslés* során a vizsgálati személy kaliber-körzövel, vagy mozgatható fényforrások segítségével adja meg különböző testméreteit, vagy papírlapon rajzolja be ezeket, torzított kép módszere esetén beállítható tükrök, lencsék, vagy videó-készülék segítségével torzíthatja a saját képét a neki megfelelő méretűre. Az Emberalakrajzok Tesztjében különböző tápláltságú alakok sorozatából kell választania, különböző szempontok szerint. Számos kérdőíves módszer is létezik, illetve több, evészavarokra vonatkozó teszt alkálai között szerepelnek a testképpel kapcsolatos tételek. Projektív módszer a Machover által, elsősorban gyermekek számára kidolgozott rajz-teszt, de Rorschach-teszt segítségével is vizsgálták a testképet. Számítógépes módszereknél a vizsgálatban résztvevő személyek a számítógép képernyőjén, külön-külön beállíthatják a különböző testrészek méretét.

Az Emberalakrajzok Tesztjét Szabó Pál használta a 90-es évek elején a testkép mérésére, evészavarok szűrővizsgálatában. A ténylegesen észlelt és a vágyott ideális alak közötti legnagyobb különbséget dolgozó nőknél találta, azaz ők érezték magukat leginkább kövérnek vágyott alakjukhoz képest. Egyetemista nőknél ez az eltérés kisebb volt, az egyetemista férfiak alak-ideálja pedig gyakorlatilag egybeesett az aktuális alakjukkal. A dolgozó férfiaknál a tényleges alak és a vágyott ideális alak közti különbség a korral járó testsúllyal párhuzamosan, de a valóságosnál kevésbé nőtt, míg a nőknél jobban. (Szabó 1993). A dolgozó nők „jelenlegi alak” átlaga  $4,41 \pm 1,8$ , az egyetemista lányoké  $3,82 \pm 1,6$ , a dolgozó férfiaké  $4,34 \pm 2,1$ , az egyetemista fiúké  $3,37 \pm 1,6$  volt. A dolgozó nők a saját számukra „ideálisnak” tartott, tehát vágyott alakot átlagosan 3,36-ra, az általában vett ideális nőalakot pedig 3,17-ra becsülték. Egyetemista lányok ugyanezen adatainak átlagai 3,05 és 3,04 voltak, míg a másik nem számára legvonzóbb nőalakot a dolgozó nők 3,34-ra, az egyetemista lányok pedig 3,24-ra becsülték.

A testképpel kapcsolatos vizsgálatok eredményeinek részletes elemzése található meg Szabó leírásában (Túry és Szabó 2000). Ennek összegzéseként megállapítható, hogy a vizsgálati eredmények nem mentesek ellentmondásokról és az instrukció megfogalmazása, valamint a testkép vizsgálatához alkalmazott módszer is befolyásolja a

vizsgálati személy választását. A méretbecslés módszerénél inkább túlbecslésre, a videotorzítás módszerénél inkább alulbecslésre hajlamosak a vizsgálati személyek diagnózisuktól függetlenül (Meermann és mtsai 1989). Az eltérések különböznek a testkép kognitív és affektív összetevőinek tekintetében (Huon és Brown 1986). Utóbbi értelmében az egyik instrukció szerint azt az alakot kellett megadniuk, amit gondolnak, a másik szerint pedig azt, amit éreznek saját magukról. A torzítás mértéke a két feladatban különböző volt, a betegek kövérebbnek érzik testüket, de az, amit gondolnak magukról kevésbé különbözik a valóságtól. Egy későbbi vizsgálat során a tv-képernyő helyett életnagyságú ernyőre vetítve láthatták a vizsgálati személyek a saját testüket fürdőruhában. Egy csavar forgatásával kellett változtatniuk a saját alakjukat aszerint, amilyennek gondolják (kognitív válasz), érzik (affektív válasz), illetve amilyennek szeretnék látni (ideális alak), miközben 65-160 százalékos torzításra volt lehetőség. Korábbi vizsgálatok eredményeivel ellentétben az AN-s betegek nem érzékelték vastagabbnak magukat, becslési értékeik nem különböztek a kontrollszemélyek értékeitől. A BN-s betegek csoportjában a kognitív válasz 6-7%-os (106,6%), az affektív válasz 23%-os (122,9%) túlbecslésre utalt, míg az ideális alakra vonatkozó válasz 20%-os (80,1%) alulbecslést mutatott. Tehát a BN-sok ténylegesnek észlelt és szubjektíve ideálisnak tartott alakja között meglehetősen mély a szakadék, míg az AN-sok csoportjában ez a két érték egybeesik. Utóbbi azzal magyarázható, hogy a betegek már olyan soványak, hogy alakjukkal elégedettek (Probst és mtsai 1995). Ez az eredmény egybevág korábbi vizsgálatokéval, melyek szerint a reálisnak vélt és a vágyott ideális alak közötti különbség BN-soknál a legkifejezettebb és AN-sok között is nagyobb FTAN, mint RAN betegeknél (Meermann és mtsai 1989).

### **3. Célkitűzések**

Vizsgálataim során a következő kérdésekre kerestem választ:

1. Milyen magas az evészavarok, illetve az AN és BN prevalenciája és az ezeket megalapozó kóros táplálkozási magatartásformák előfordulása a fiatal magyar népesség körében? Mutatkoznak-e különbségek ezekben az adatokban Magyarország két különböző régiója között?

2. Melyek az evészavarok szűrővizsgálatában gyakran alkalmazott Edinburgh-i Bulimia Kérdőív (BITE) és az Evési Attitűdök Tesztje (EAT-40) jellemző értékei klinikai evészavar alcsoportokban, milyen különbségek mutatkoznak ezekben az értékekben az egészséges kontrollcsoporttal szemben és az egyes alcsoportok között? Milyen a BITE bulimiára és az EAT evészavarokra vonatkozó specificitása és szenzitivitása?
3. Találhatók-e, és ha igen, milyen különbségek, a diszfunkcionális attitűdök mértékében, illetve a különböző diszfunkcionális attitűdök megoszlásában az evészavaros alcsoportok és a kontrollcsoport között, illetve az egyes evészavar alcsoportok között?
4. Mennyiben különböznek az egyes evészavaros alcsoportok a kontrollcsoporttól és egymástól az aktuálisan észlelhető depresszió mértéke szerint?
5. Vannak-e különbségek a restriktív anorexiás, falás/tisztulás anorexiás és purgáló típusú bulimia nervozás betegek és kontroll-személyek megküzdési módjaiban és szociális hatékonyságában?
6. Hogyan mutatkozik meg az anorexiás illetve bulimiás betegek testképzavara emberi alakrajzok becslésében?
7. Találhatók-e az egyes evészavar alcsoportokra jellemző korai maladaptív séma-profilok, illetve az egyes korai maladaptív sémák és az evészavar-tünetek súlyossága között található-e összefüggés az egyes evészavar alcsoportokon belül?

#### **4. Módszerek:**

##### **4. 1. A vizsgálatban résztvevő csoportok leírása**

Az epidemiológiai szűrővizsgálatot Budapesten és Pécsen végeztük, összesen 8, közép- illetve felsőoktatási intézményben. A vizsgálatban 800 fő vett részt, 580 főtől kaptunk értékelhető anyagot, a válaszadási ráta 72,5% volt. Az 580 személyből 332 nő és 248 férfi volt, 340 személy budapesti, 240 pedig pécsi oktatási intézmény diákja, illetve hallgatója. Kormegoszlás szerint 101 személy 12-14 éves, 298 15-18 éves, 181 pedig 19-29 éves korosztályba tartozott. Ezen kívül, egy különösen veszélyeztetett populáció szűrővizsgálata céljából, egy 20 lányból, és 13 fiúból álló balettiskolás osztály adatait hasonlítottuk össze hasonló korú 15-16 éves, 16 lányból és 16 fiúból álló középiskolás osztály adataival.



A klinikai vizsgálatban résztvevők a Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika osztályon illetve ambulánsan kezelt betegeiből kerültek ki. A betegek adatainak a vizsgálatban való felhasználása a Semmelweis Egyetem Regionális, Intézményi Tudományos és Kutatásetikai Bizottságának az engedélyével történt. A vizsgálatban összesen 222 evészavarban szenvedő beteg, 77 restriktív anorexiás, 95 purgáló bulimia nervozás, és 48 falás/tisztulás típusú anorexiás beteg adatait használtuk fel<sup>1</sup>, a kontrollcsoport 67 személye a vizsgálatban önkéntes részvételt vállaló egyetemista és középiskolás fiatal nőkből állt. Az egyes csoportok között nem volt szignifikáns különbség koruk tekintetében ( $F = 0,25$ ,  $df = 3,283$ ,  $p < 0,86$ ). A RAN alcsoport átlagéletkora 23,1 év ( $SD = 6,15$ ), az FTAN alcsoporté 23,4 év ( $SD = 4,44$ ), a BN alcsoporté 22,8 év ( $SD = 4,67$ ), a kontrollcsoportté pedig 23,2 év ( $SD = 2,8$ ) volt. Kivételt képez ez alól a Korai Maladaptív Sémák vizsgálata, melyben összesen 114 evészavaros nőbeteg (RAN: 35, FTAN: 30, BN: 49) vett részt. Az egyes alcsoportok között nem volt szignifikáns különbség koruk tekintetében ( $F = 0,17$ ,  $df = 2,106$ ,  $p = 0,85$ ). A RAN alcsoport átlagéletkora 24 év ( $SD = 4,9$ ), a FTAN alcsoporté 24,1 év ( $SD = 5,7$ ), a BN alcsoportté pedig 24,8 év ( $SD = 7,2$ ) volt. A három alcsoport képzettségi szintje is lényegében azonos volt, hozzávetőlegesen a populáció 89%-ának volt legalább középiskolai végzettsége ( $\chi^2 = 3,56$ ;  $df = 8$ ,  $p = 0,89$ ).

#### **4. 2. A vizsgálatban alkalmazott kérdőívek**

Az epidemiológiai szűrővizsgálatot két lépcsőben végeztük.

Első lépésben történt az összeállított teszt-batteria kitöltése önkitöltő kérdőívek önkéntes kitöltése formájában. Az alkalmazott kérdőívek a következők voltak:

- általános demográfiai adatok (25 tétel)
- BITE (33 tétel) – (Henderson és Freeman 1987)
- Evési Attitűdök Tesztje (40 tétel) – (Garner és Garfinkel 1979)
- Beck Depresszió Kérdőív (21 tétel) – (Beck és mtsai 1961)

Második lépésben a diagnózis megerősítése érdekében a kiszűrt személyek interjú-vizsgálatát terveztük, a DSM-IV kritériumain alapuló, félig-strukturált interjú alapján.

---

<sup>1</sup> Az egyes vizsgálatokban az elemszám minimális változása előfordulhat, hiányzó adatok következtében

Tekintettel a szűrővizsgálat során biztosított anonimitásra, az interjú-vizsgálatra való jelentkezés is önkéntes volt, amennyiben a személy visszajelzést kért, vagy valamilyen probléma miatt segítséget keresett, telefonos, vagy személyes jelentkezési lehetőséget biztosítottunk.

A szűrővizsgálat alapján becsült AN-snak diagnosztizáltuk az adott személyt, amennyiben:

- kiszámított BMI-értéke  $17,5 \text{ kg/m}^2$  alatt volt.
- legalább 3 hónapja amenorrhoea állt fenn (nők esetében)
- EAT-pontszáma meghaladta a 29-pontot

A becsült BN kritériumai a következők voltak:

- legalább hetente kétszeri falásrohamok
- legalább hetente inadekvát kompenzáló viselkedésformák
- 25 pontot meghaladó BITE-összpontszám

A BITE Magyarországon kevésbé használt teszt (Henderson és Freeman 1987) a falásrohamok illetve a DSM-III szerinti BN szűrésére. A teszt két, egy tüneti és egy súlyossági alskálából áll. A tünetlista 30 tételt tartalmaz, melyen összesen 30 pont érhető el, melyből a 20 pont feletti érték tekinthető pozitívnak. A súlyossági skála 6 tételből áll, az elérhető maximális pontszám 39, az eredeti értékelés szerint 5 pont felett minősíthető kórosnak. Ily módon a 25 pont feletti összpontszám feleltethető meg a DSM-III szerinti BN-nak. Összeállítói a teszt validitását és reliabilitását igen jónak találták ( $\alpha = 0,96$  a tünetlistára vonatkozóan, és  $\alpha = 0,62$  a súlyossági alskálára vonatkozóan). Magyar nyelvre Géczy Annával fordítottuk le.

Az EAT (Garner és Garfinkel 1979) a diszfunkcionális táplálkozási szokások és attitűdök mérésére kidolgozott teszt, megalkotói szerint 29 pontnál magasabb érték anorexiás beállítódásra utal. Az evészavarok irányába mutató veszélyeztetettséget jelzi, AN vagy BN klinikai diagnózisának felállítására és az AN és BN elkülönítésére nem alkalmas. Reliabilitása anorexiás személyekre  $\alpha = 0,79$ , anorexiás és normál kontrollszemélyekre együttesen  $\alpha = 0,94$  volt. Magyarra Túry és mtsai fordították le.

Mind az epidemiológiai vizsgálatban, mind a klinikai betegpopuláció vizsgálatánál használtuk a 21 tételes Beck Depresszió Skálát. Ennek pontszámai hagyományosan a 10-18 pont közötti értéken enyhe, a 19-25 pont közötti értéken közép súlyos, míg a 25 pont feletti értéken súlyos depressziós állapotot jeleznek. Rózsa és mtsai az eredeti kérdőívvel nagymértékben korreláló ( $r = 0,92$ ,  $p < 0,0001$ ) rövidített változat (Beck és Beck 1972) eredményeinek a DIS-sel való (Diagnostic Interview Schedule) összevetése során a 19 pontos leválasztási kritériumot találták optimálisnak a depressziós és nem depressziós személyek elkülönítésére (Rózsa és mtsai 2001). Ez lényegében megfelel az enyhe és közép súlyos esetek közötti választóvonalnak. Tekintettel arra, hogy a Beck Depresszió Skála 19. pontja evészavarban szenvedő betegeknél nem értékelhető, az evészavaros betegek depressziós pontszámait ennek figyelembevételével korrigáltuk.

A klinikai betegpopuláció diagnózisa a DSM-IV kritériumainak figyelembevételével történt, többnyire általam, vagy esetenként velem együtt dolgozó, az evészavaros betegek diagnosztizálásában és kezelésében jártas pszichiáter kollégám által. Az evészavarosnak diagnosztizált személyek három alcsoportba, restriktív anorexia nervosa, falás/tisztulás típusú anorexia nervosa és purgáló típusú bulimia nervosa tartoztak. A betegek tápláltsági állapotának mérésére a Quetelet-féle Testtömeg Indexet használtuk (BMI).

A klinikai betegpopuláció kognitív stílusának vizsgálatánál a Weissman és Beck által kidolgozott (Weissman és Beck 1979) Diszfunkcionális Attitűd Skála Burns által (Burns 1980) rövidített változatát alkalmaztuk, melyet Kopp (Kopp és Skrabski 1992, Perczel és mtsai 2005) fordított magyarra. A kérdőív hét attitűdöt vizsgál, ezek a külső elismerés igénye (1-5. tétel), a szeretettség igénye (6-10. tétel), a teljesítmény igénye (11-15. tétel), a perfekcionizmus (16-20. tétel), a jogos elvárások (21-25. tétel), az onnipotencia (26-30. tétel) és a külső kontroll/autonómia (31-35. tétel).

A klinikai betegpopuláció asszertív viselkedésének, illetve szociális készségének mérésére a 30 tételes Rathus-féle Asszertivitás Kérdőívet alkalmaztuk (Rathus 1973). A teszt magyarországi pszichometriai elemzése során (Perczel és Tringer 1995, Perczel és mtsai 2005) 5 faktort lehetett azonosítani, melyek a következők voltak:

1. bizonytalanság/önértékelési zavar
2. érzések kimutatása
3. fogyasztói helyzetekben megjelenő önérvényesítés

4. nemet mondás
5. személyes részvétel a kapcsolatban

Az evészavarban szenvedő betegek alcsoportjainak asszertivitás-értékeit és az egyes teszt-faktorokban mutatkozó értékeit hasonlítottuk össze a kontrollcsoport és egymás megfelelő értékeivel.

A klinikai betegpopuláció coping-stratégiáit vizsgálva, a Megküzdési Módk Kérdőívet alkalmaztuk. A kérdőív eredeti, 68 tételes változatát Folkman és Lazarus (Folkman és Lazarus 1980) dolgozta ki, melyen belül 8 faktort tudtak azonosítani. A kérdőív magyarra fordítását követő vizsgálat során Kopp és Skrabski kialakította a kérdőív 22 tételes változatát, melyen belül az eredeti faktorokhoz nagyon hasonló, de azoktól bizonyos fokig különböző faktorokat határozott meg (Kopp és Skrabski 1992, Perczel és mtsai 2005). Három ún. probléma-orientált, három érzelmi és egy támogatást kereső faktort nyertek. A hét faktor a következő volt:

1. problémaelemzés
2. céltudatos cselekvés
3. érzelmi indíttatású cselekvés
4. alkalmazkodás
5. segítségkérés
6. érzelmi egyensúlykeresés
7. érzelmi visszahúzóds

A táplálkozási magatartászavarban szenvedő betegek egyes alcsoportjaira jellemző megküzdési módok sajátosságainak meghatározására a magyar változatot és annak faktorait használtuk..

Az anorexiás és bulimiás betegek aktuális és vágyott testképe torzulásának vizsgálatára az Emberalakrajzok Teszt (Fallon és Rozin 1985) megfelelő skáláit használtuk. A tesztben a vizsgálati személynek különböző tápláltsági állapotú 9 emberi alak közül kell kiválasztania a saját testének, valamint testideáljának megfelelő képet. A választás 5 szempont szerint történik:

1. sajátmagához aktuálisan leginkább hasonló kép kiválasztása
2. saját számára kívánatosnak tartott alak kiválasztása

3. általában saját neme számára általa ideálisnak tartott alak kiválasztása
4. saját számára legvisszataszítóbb alak kiválasztása
5. saját neméből a másik nem számára legvonzóbbnak tartott alak kiválasztása

Az evészavarban szenvedő betegek alcsoportjai kognitív profiljának további vizsgálatában a korai maladaptív sémák vizsgálatára használtuk a Young-féle Séma Kérdőív hosszú változatát (Young 1999), mely 5 magasabb szintű séma-tartományba sorolható sémát tartalmaz:

#### I. Elszakítottság és elutasítottság - sématartomány

1. érzelmi depriváció – érzelemmegvonás séma
2. elhagyatottság – instabilitás séma
3. bizalmatlanság – abuzus séma
4. társas izoláció – elidegenedettség séma
5. csökkentértékűség – szégyen séma
6. társas elutasítottság érzés séma

#### II. Károsodott autonómia és teljesítőkéesség - sématartomány

7. kudarcra ítéltség séma
8. dependencia – inkompetencia séma
9. sérülékenység – veszélyeztetettség séma
10. összeolvadtság – éretlenség séma

#### III. Határok károsodott volta – sématartomány

11. feljogosítottság – grandiozitás séma
12. elégtelen önkontroll – önfegyelem séma

#### IV. Kóros másokra irányultság – sématartomány

13. behódolás séma
14. önfeláldozás séma
15. elismerés-hajszolás séma

#### V: Aggályosság és gátlás – sématartomány

16. negativizmus – pesszimizmus séma

17. érzelmi gátoltság séma
18. könnyörtelen mércék – hiperkritikusság séma
19. büntető készenlét séma

A kérdőív magyar változatának kidolgozását és pszichometriai jellemzőinek vizsgálatát Unoka Zsolt és mtsai végezték el (Unoka és mtsai 2004, Perczel és mtsai 2005). A kérdőív skáláinak belső konzisztenciája igen magas (a Cronbach- $\alpha$  0,86 és 0,95 közé esik), faktorstruktúrája konzisztensnek mutatkozott a korábbi külföldi mintákon nyert eredményekkel és validitása is igazolást nyert. A Young Séma Kérdőív (YSQ-L) használatának célja kettős volt: egyrészt célunk volt annak vizsgálata, hogy a három evészavar alcsoport rendelkezik-e specifikus korai maladaptív séma-profillal. Vizsgálatunk másik célja volt a Korai Maladaptív Séma-faktorok és a BMI, valamint az Evészavartünetek Súlyossági Skálán szereplő táplálkozási magatartászavarok közötti kapcsolat tisztázása az egyes evészavar alcsoportokon belül. Az Evészavar-tünetek Súlyossági Skálája először Yager és mtsai által használt (Yager és mtsai 1987) egyszerű tünetleltár az anorexia és a bulimia tünetei gyakoriságának és súlyosságának vizsgálatára, melyet Túry és Szabó alkalmazott Magyarországon elsőként (Túry és Szabó 2000). A kérdőívben hét tüneti viselkedés, a diétázás, a testsúly és alak miatt történő testedzés, az étvágycsökkentők használata, falásrohamok, hányás előfordulása, hashajtók, vizelethajtók alkalmazása szerepel, melyek súlyossága hét fokozatú skála szerint pontozható.

#### **4. 3. Statisztikai elemzés**

Az epidemiológiai vizsgálat eredményeit SPSS programcsomag segítségével dolgoztuk fel. Ezen belül a testsúly-paraméterek összehasonlításakor egymintás t-próbát végeztünk, az egyes csoportok evészavaros és nem EVZ-os esetszám szerinti összehasonlításakor  $\chi^2$  próbát alkalmaztunk. A táncművészeti és a normál tagozatos osztály hasonló adatainak összehasonlításakor az alacsony esetszám miatt a Fisher-féle exact tesztet használtuk. A klinikai evészavar alcsoportok egymással és a kontrollcsoporttal történt összehasonlítását általános lineáris modell-analízissel (GLM) végeztük. Ezt követően elvégeztük a Dunnett-féle többszörös összehasonlítást a halmozott tesztelés statisztikai korrekciójának érdekében. Az evészavar tesztek

osztályozási pontosságának vizsgálata, a szenzitivitás és specificitás megállapítása lineáris diszkriminancia-analízissel történt.

A KMS-faktorstruktúrát a 19 séma szerint faktoranalízisnek (fő komponensek) vetettük alá (VARIMAX rotáció, saját faktor  $> 1$ , faktorsúly  $> 0,4$ ). A három evészavaros alcsoport séma-profil szerinti különbségét általános lineáris modell-analízissel vizsgáltuk (GLM), melyben az evészavar alcsoportok szerepeltek független, a KMS-faktorok pedig függő változóként. A BMI- és a KMS-faktorok közötti összefüggések vizsgálata az egyes EVZ alcsoportokon belül kovariancia-analízissel (ANCOVA) történt. Az ANCOVA-modellben a KMS-faktorokat tekintettük független, a BMI-t pedig függő változónak. A KMS-faktorok és az egyes evészavar altípusok közötti interakciókat használtuk annak eldöntésére, hogy ezek az összefüggések különböznek-e az egyes evészavar alcsoportokban.

AZ KMS-készlet és evési viselkedés készlete közötti kapcsolat vizsgálatára kanonikus komponens analízist végeztünk abból a célból, hogy a lehető legnagyobb korrelációt nyerjük a két mintából kapott faktorpárok között. A kanonikus komponens analízis a változócsoportok közötti kapcsolat vizsgálatának optimális lineáris módszere ott, ahol a kanonikus faktorokat két készlet változóiból egymáshoz kapcsoltnak vonjuk ki oly módon, hogy maximalizáljuk az KMS-k és EVZ-viselkedések közötti korrelációt. Wilk-féle lambda-statisztikát alkalmaztunk a kanonikus faktorpárok között talált korreláció szignifikanciájának tesztelésére. A három evészavar alcsoport közötti, kanonikus faktoraik átlaga szerinti különbséget általános lineáris modell (GLM) analízissel vizsgáltuk. Az evészavar alcsoportokat használtuk független változóként a GLM-modellben, a kanonikus faktorokat pedig függő változóként.

A két kanonikus faktornak és külön az azokban szereplő két KMS faktornak a három EVZ alcsoportra vonatkozó elkülönítési, osztályozási pontosságát lineáris diszkriminancia analízis jack-knife validációs módszerével vizsgáltuk.

A vizsgálat a SAS-software program (version 9.1) felhasználásával történt.

## 5. Eredmények:

### 5. 1. Az epidemiológiai vizsgálat eredményei

A szűrővizsgálatban vizsgált populációban a nők aktuális testsúlya 0,07%-kal, míg a férfiaké 0,03%-kal tért el az ideális súlyuktól, negatív irányban ( $t = -0,08$ ,  $df = 573$ , nem szignifikáns). A minimális eltérés valószínűleg a fiatalabb, 18 év alatti korosztály magasabb részvételi arányából adódott. Kifejezetten anorexiás testsúlyú személyt ( $BMI < 17,5 \text{ kg/m}^2$ ) a szűrővizsgálat során az általános populációban nem találtunk. A vágyott súly és az ideális súly összehasonlítása azt mutatta, hogy a férfiak vágyott súlya az ideális testsúlyuknál 1,5%-kal magasabb, míg a nők vágyott súlya az ideális súlyuknál átlagosan 4,81%-kal alacsonyabb ( $t = 7,72$ ,  $df = 549$ ,  $p < 0,0001$ ). Ez jól mutatja, hogy a fiatal férfiak saját testsúlyukkal kapcsolatos attitűdjük inkább a súlyfelvételre, míg a nők inkább a súlycsökkentésre irányul.

#### 1. táblázat

**A 25 pont feletti BITE, és a 29 pont feletti EAT-pontértékek száma és százalékos eloszlása nem és korcsoportok szerint, Budapesten és Pécsen**

Korcsoport	Budapest (N=340)										Pécs (N=240)									
	Nők (N=189)					Férfiak (N=151)					Nők (N=143)					Férfiak (N=97)				
	n	P at ol . B I T E	%	Pa tol . E A T	%	n	Pa tol . B I T E	%	Pa tol . E A T	%	n	Pa tol . B I T E	%	Pa tol . E A T	%	n	Pa tol . B I T E	%	Pa tol . E A T	%
12-14	43	0	0	1	2,3	31	0	0	0	0	15	0	0	0	0	12	0	0	0	0
15-18	116	2	1,7	3	2,6	93	1	1,05	1	1,1	58	2	3,4	2	3,4	31	0	0	1	3,2
19-29	30	2	6,6	1	3,3	27	0	0	0	0	70	9	12,8	3	4,2	54	1	1,8	1	1,8

A BITE és az EAT kor és terület szerinti adatai szigorúan szignifikánsak ( $p < 0,000$  és  $p < 0,005$ ).



Amint az 1. táblázatból is látható, a nők 4,5%-a a férfiaknak pedig 0,8%-a mutatott diszfunkcionálisan magas BITE-értékeket ( $\chi^2 = 21,17$ ,  $df = 2$ ,  $p < 0,0000$ ). A 25 pont feletti értékek a 15-18 éves korosztályban jelentek meg, és az ennél idősebb korosztályban emelkedő tendenciát mutattak. A pécsi régióban a diszfunkcionális értékeket mutató személyek aránya szignifikánsan magasabb volt a budapestiekénél ( $p < 0,01$ ). A nők 3%-ánál és a férfiak 1,2%-ánál ( $\chi^2 = 18,78$ ,  $df = 2$ ,  $p < 0,0001$ ) találtunk 29 pont feletti, anorexiás predispozíciót mutató EAT-értékeket. Míg a BITE-értékek növekedése a 18 év feletti korcsoportban mutatkozott, a diszfunkcionális EAT-értékek már a 12-14 éves korosztályban is megjelentek, a 15-18 éves korosztályban gyakoribbá váltak, és az érettebb korosztályban stagnálást, vagy enyhe csökkenést mutattak. Az EAT-pontszámok tekintetében Budapest és Pécs között nem volt lényeges különbség, habár a pécsi régióban valamivel magasabb volt a kóros értéket mutató személyek száma.

A 2. táblázatban foglaltam össze a BITE Súlyossági Alskálája alapján észlelt legfontosabb tünetsúlyossági értékeket, valamint a korábban ismertetett kritériumok alapján megállapított becsült AN és BN gyakoriságát a vizsgálati mintában. Feltűnő, hogy a falásrohamok gyakorisága mindkét nemnél jelentős. Ezzel ellentétben, az inadekvát kompenzáló viselkedésformák, melyek a falásrohamokat követő súlynövekedés megelőzését célozzák, csaknem kizárólag nőknél fordulnak elő. Mindez jól értelmezhető a nők jelenlegi kultúra által is támogatott karcsúság-ideáljának a hatásaként, melynek megfelelően a falásrohamok negatív következményeit a nők a férfiakhoz képest sokkal kritikusabbnak értékelik, és a BN-ban megjelenő, jól ismert kompenzációs viselkedésformákhoz folyamodnak.

## 2. táblázat

### A kockázati tényezők gyakorisága és a becsült anorexia és bulimia nervosa gyakorisága a vizsgált populációban

	Nők (N=340) n (%)	Férfiak (N=240) n (%)
Falásroham hetente egyszer	31 (12)	19 (9,8)
Falásroham hetente kétszer	13 (3,9)	10 (4,0)
Vízajtózás legalább alkalomszerűen	6 (1,8)	0
Fogyasztó tabletta legalább alkalomszerűen	25 (7,5)	1 (0,4)
Hashajtózás legalább alkalomszerűen	21 (6,3)	0
Önhánytatás legalább alkalomszerűen	8 (2,4)	1 (0,4)
Vízajtózás legalább hetente egyszer	1 (0,3)	0
Fogyasztó tabletta legalább hetente egyszer	5 (1,5)	1 (0,4)
Hashajtózás legalább hetente egyszer	3 (0,9)	0
Önhánytatás legalább hetente egyszer	6 (1,8)	0
EAT > 29	12 (3,6)	4 (1,6)
BITE > 25	15 (4,5)	2 (0,8)
Becsült anorexia nervosa	0	0
Becsült bulimia nervosa	12 (3,6)	1 (0,4)
DSM-IV szerinti bulimia nervosa	2 (0,6)	0

A két városban a fiatal nők jelentős százaléka használ legalább alkalmanként ilyen súlycsökkentő manővereket. Egy vagy több súlycsökkentő viselkedésforma alkalmanként a női vizsgált populáció 15%-ánál jelent meg, míg ezek legalább heti egyszeri alkalmazása 3,6%-uknál. Mivel a férfiak átlomsúlya általában – amint azt korábban láttuk - ebben a korosztályban magasabb az aktuális súlyuknál, ezért nem, vagy kevésbé folyamodnak a BN-sokra jellemző súlycsökkentő viselkedésformákhoz. A vizsgált mintában a nők 3,6%-a és a férfiak 0,4%-a felelt meg a becsült BN kritériumainak, míg becsült AN-s személyt a nők között sem találtunk.

A vizsgálat második, önkéntes alapon történő interjú-fázisában csak két nő vizsgálatára kerülhetett sor, akik a szűrővizsgálat alapján a becsült BN-s kategóriába tartoztak. Az interjú során az igazolódott be, hogy mindkettőjük állapota megfelelt a DSM-IV szerinti purgáló típusú BN kritériumainak. Ennek megfelelően a vizsgálati mintában a biztosan BN-s személyek százalékos aránya 0,6% volt, mely valószínűleg a valóságban ennél valamivel magasabb. A 25 pont alatti BITE-értéket mutató személyek negyedénél találtunk legalább enyhe depresszív szindrómát a Beck Depresszió Kérdőív alapján, és 5,5%-uk felelt meg a teszt alapján a legalább középsúlyos depressziónak. ( $\chi^2 = 12,71$ ,  $df = 3$ ,  $p < 0,005$ ). Ezek az adatok lényegében megegyeznek Kopp és Skrabski korábban magyar átlagpopuláció reprezentatív felmérése során nyert eredményeivel. Ezzel szemben a 25 pont feletti BITE-értéket elért személyek között a Beck Depresszió Kérdőíven legalább enyhe depressziót mutató személyek aránya 71%, a legalább középsúlyos értéket elérőké 14,3% volt, mely megközelítőleg az előző érték háromszorosa. Vagyis, úgy tűnik, hogy a bulimiás tünetek megjelenésével párhuzamosan a depresszív tünetek is súlyosbodnak.

Egy, az evészavarra különlegesen veszélyeztetettnek tartott csoport felmérése céljából egy táncművészeti középiskolás osztály tanulóinak vizsgálatára is sor került. Az ő adataikat hasonlítottuk össze hasonló korú gimnáziumi tanulók megfelelő adataival. A két osztály súlyparamétereinek és evészavar szűrővizsgálati tesztértékeinek átlagait a 3. táblázat tartalmazza.

Az alacsony esetszámra való tekintettel az egyes csoportok megfelelő paramétereit összehasonlítva szignifikáns adatokat nem nyertünk, a tendenciák azonban eléggé nyilvánvalóak. Míg a két osztály tanulóinak között a testmagasságok tekintetében alig található különbség, a balettiskolás lányok aktuális testsúlya lényegesen, a fiúké pedig kissé alacsonyabb a hasonló korú gimnáziumi tanulókénál. A balettiskolás lányok BMI-átlaga az anorexiás tartományba esik, és a balettiskolás fiúké is a normál övezet alsó határértéke alatt található. A balettiskolás lányok vágyott súlya még inkább az AN irányába mutat, ennek megfelelően a vágyott BMI-érték is még inkább anorexiás jellegű. Ezzel szemben, a balettiskolás fiúk vágyott súlya és ennek megfelelően a vágyott BMI-értéke a normál súlytartományba esik.

### 3. táblázat

**15-16 éves táncművészeti középiskolás növendékek és azonos korú gimnáziumi diákok összehasonlítása, súlyparamétereik és szűrővizsgálati tesztértékeik átlagai alapján**

	Táncművészeti középiskolás növendékek		Gimnáziumi diákok	
	lányok n=20 átlag (S.D.)	fiúk n=13 átlag (S.D.)	lányok n=18 átlag (S.D.)	fiúk n=15 átlag (S.D.)
Kor (évek)	15-16	15-16	15-16	15-16
Testmagasság (cm)	169 (5,3)	175 (6,9)	165 (5,9)	173 (6,8)
Testsúly (kg)	49,41 (5,3)	60,02 (6,9)	57,71 (5,5)	63,75 (9,2)
Aktuális BMI (kg/m <sup>2</sup> )	17,3 (1,8)	19,6 (2,0)	21,2 (2,3)	21,3 (2,5)
Vágyott testsúly (kg)	47,41 (4,4)	63,08 (4,9)	56,35 (4,8)	64,37 (5,2)
Vágyott BMI (kg/m <sup>2</sup> )	16,6 (1,2)	20,6 (1,5)	20,7 (1,4)	21,5 (1,6)
EAT-pontszám	23,3 (8,5)	13,9 (6,1)	13 (7,4)	11 (4,2)
BITE összpontszám	13,8 (8,8)	6,8 (3,3)	7,2 (3,9)	5 (8,5)
BITE súlyossági skála pontszám	4,7 (3,8)	1,2 (1,0)	1,07 (0,7)	0,5 (0,4)

A 4. táblázatban az evészavarokra vonatkozó rizikó-faktorok különbségeit foglaltam össze, a két csoportra vonatkozóan.

A táblázatból látható, hogy a balettiskolás lányok jelentős részénél anorexiás testsúly és amenorrhoea is fennáll. E két változó előfordulásának számában a két csoport az alacsony esetszám ellenére szignifikáns különbséget mutatott. A bulimiás viselkedések előfordulása is jóval magasabb ebben a csoportban, mint a gimnáziumi tanulókéban, bár ez inkább az AN falás/tisztulás altípusának tekinthető, semmint BN-nak. A diszfunkcionális mértékű anorexiás attitűdök is lényegesen magasabb százalékban vannak jelen ebben a csoportban. Különös jelentőségűnek tartom, hogy anorexiás BMI-értéket mutató, illetve becsült AN-t mutató személyt az egész szűrővizsgálat során az átlagpopulációban nem találtunk, csak ebben a csoportban, mégpedig figyelemre méltóan magas előfordulási arányban. A táncművészeti középiskolás lányok közül 5

személy teljesítette a becsült AN kritériumait, míg a normál középiskolások közül senki sem. Bár ez a különbség az alacsony esetszám miatt nem szignifikáns, a két csoport közötti különbség egyértelmű. Sajnos, mivel ebből a csoportból senki sem vállalta az interjú-fázist, ezért az AN diagnózisa nem nyerhetett további megerősítést. Ugyanakkor a becsült AN prevalenciája 25% volt ebben a csoportban. A balettiskolás fiúk csoportjában az alacsonyabb testsúly - egy esetet leszámítva - nem társult anorexiás attitűdökkel és purgáló viselkedésformákkal sem.

#### 4. táblázat

**Táncművészeti középiskolás (balettiskolás) növendékek és középiskolás diákok csoportjának összehasonlítása az evészavar rizikófaktorai alapján**

	Táncművészeti középiskolai növendékek		Középiskolai diákok	
	lányok n=20 n(%)	Fiúk n=13 n(%)	lányok n=18 n(%)	Fiúk n=15 n(%)
BITE-összpontszám > 25	1 (5%)	0	0	0
EAT-pontszám > 29	5 (25%)	0	1 (5,6%)	0
Falásroham	6 (30%)	3 (23%)	0	0
Amenorrhoea 3 hónapon túl *	7 (35%)	-	0	-
Fogyasztó tablettá	5 (25%)	0	0	0
Vízajtó	1 (5%)	0	0	0
Hashajtó abuzus	5 (25%)	1 (7,7%)	0	0
Önhánytatás	2 (10%)	0	0	0
BMI < 17,5 kg/m <sup>2</sup> *	8 (40%)	1 (7,7%)	0	0

\* A két osztály leánytanulói között Fisher-féle exact teszttel  $p < 0,01$  szignifikáns különbség mutatkozott.

## 5. 2. A BITE és az EAT klinikai evészavaros populáción történt vizsgálatának eredményei

Az 5. táblázatban az EVZ alcsoportok és kontrollcsoport BITE-összpontszámának, tüneti és súlyossági alskálájának eredményeit foglaltam össze.

### 5. táblázat

#### Evészavar alcsoportok és kontroll csoport összehasonlítása a BITE alapján

	Diagnosztikai csoportok								Diagnosztikai		
	RAN (n=77)		BN (n=95)		FTAN (n=48)		K (n=65)		alcsoporthoz különbség	közti	p
	Átlag	SD	Átlag	SD	Átlag	SD	Átlag	SD			
1.	13,95	8,43	40,05	8,68	35,10	11,20	11,28	6,99	208,01	3,284	<0,0001 *
2.	11,35	5,97	23,47	4,78	21,53	5,60	8,37	4,55	148,01	3,279	<0,0001 **
3.	3,19	3,63	15,57	5,92	14,02	6,66	2,90	2,86	157,45	3,284	<0,0001 **

1: BITE összpontszám

2: BITE tüneti alskála

3: BITE súlyossági alskála

\* BN és FTAN alcsoport a RAN és K csoportoktól  $p < 0,01$  szinten, B és FTAN alcsoport egymástól is  $p < 0,01$  szinten szignifikáns különbséget mutatott.

\*\* BN és FTAN csoport a RAN és K csoporttól, valamint a RAN és K csoport egymástól  $p < 0,01$  szinten szignifikánsan különbözött, BN és FTAN között  $p < 0,05$  szinten.volt szignifikáns különbség.

Jól látható, hogy a BN és a F/T AN csoport átlagai a BITE mindhárom skáláján jóval meghaladják a kórosságot jelző 25, 20, illetve 5 pont határértékeket, míg a RAN és kontrollcsoport értékei a határértékek alatt maradnak.

A BITE-összpontszám alapján a RAN és K csoport erősen szignifikánsan különbözött a bulimiás tüneteket is mutató két evészavar csoporttól, az utóbbi két csoportnak a kontrollcsoporttól való eltérésének szignifikanciáját a Dunnett-próba is megerősítette. A BN és FTAN csoport között is szignifikáns különbség mutatkozott, míg a RAN csoport csak marginálisan szignifikáns mértékben különbözött a K csoporttól.

A BITE Tüneti Alskáláján és a Súlyossági Alskálán a BN és a FTAN csoport a RAN és K csoporttól, valamint a RAN és K csoport egymástól is, erősen szignifikánsan, míg a BN és FTAN csoport egymástól szignifikánsan különbözött. A kontrollcsoportnak a három EVZ-os alcsoporttal szembeni szignifikáns különbségét a Dunnett-próba is megerősítette mindkét esetben.

A bulimiás tüneteket mutató EVZ csoportok elkülönítése érdekében elvégeztük a BITE specificitás és szenzitivitás vizsgálatát, az összpontszámra és a Súlyossági Alskálára vonatkozóan. A teszt összpontszámának a BN-ra vonatkozó szenzitivitása és specificitása magas volt (93,68% és 93,85%) a K csoporttal szemben, a betegek 93,75%-a került a megfelelő diagnosztikai kategóriába a 25 pontos határ mellett. A RAN-okkal szemben a szenzitivitás 89,61%, a specificitás 92,63% volt, a betegek 91,28%-a kapott helyes besorolást. A súlyossági alskála 5 pontos határértéke mellett a szenzitivitás és specificitás értékei a kontrollokkal szemben 93,68% illetve 93,85%, a RAN csoporttal szemben pedig 96,1% és 93,68 % voltak , az első esetben a betegek 93,75%-a, a másodikban pedig 94,77%-a kapott helyes besorolást. Az FTAN betegek bevonása az értékeket némileg rontotta, a purgáló és nem purgáló két csoport között a teljes skála szenzitivitása 84,21%-ra, specificitása 81,05%-ra, a súlyossági alskála ugyanezen értékei pedig 78,95% illetve 90,53%-ra csökkentek, ami ugyan még mindig nagyon jó eredmény.

A 6. táblázatban az EAT egyes csoportokra jellemző értékei láthatók.

A táblázatban látható, hogy mindhárom evészavar csoport átlaga jóval meghaladja a kórosnak tartott 30 pontos határértéket. Tekintettel arra, hogy a teszt a bulimiás viselkedésre vonatkozó néhány tételt is tartalmaz, talán nem meglepő, hogy a FTAN csoport értékei a legmagasabbak és a BN csoport átlaga is magasabb a RAN-énál. Az egyes csoportok közötti eltérés szignifikáns volt, a kontrollcsoport és az evészavaros csoportok közötti különbség szignifikanciáját a Dunnett-próba is megerősítette.

## 6. táblázat

### Evészavar alcsoportok és kontroll csoport összehasonlítása az EAT alapján

	Diagnosztikai csoportok								Diagnosztikai alcsoportok közötti különbség		
	RAN (n= 77)		BN (n=95)		FTAN (n=48)		K (n=67)				
	Átlag	SD	Átlag	SD	Átlag	SD	Átlag	SD	F	df	P
EAT	41,25	23,49	50,26	17,94	57,46	21,60	12,78	9,27	70,32	3,286	<0,0001*

\* A BN és FTAN alcsoport közötti különbség  $p < 0,05$ , az összes többi alcsoportok közötti különbség  $p < 0,01$  szinten volt szignifikáns.

Az EAT a diszkriminancia analízis során a K csoport 94,03%-át osztályozta helyesen a kontroll/beteg felosztás szerint, az EVZ-ok közül pedig a FTAN-s betegek 89,58%-a, a BN-sok 90,53%-a, a RAN-soknak azonban csak 64,94%-a nyert helyes besorolást.

### 5. 3. Az evészavarban szenvedő betegek depresszív tünetei vizsgálatának eredményei a BDI alapján

Számos szakirodalmi adat szól amellett, hogy a depresszió előfordulási aránya magasabb az evészavarokban az átlagpopulációhoz képest. Az EVZ szűrővizsgálatok tesztértékeiben magasabb pontértéket elért személyek között jóval magasabb a depressziós tüneteket is mutató személyek aránya, mint a normál kontrollcsoportban. Ezt erősítették meg saját epidemiológiai vizsgálatom eredményei is. A depresszív tünetek fennállását a Beck Depresszió Kérdőív alapján vizsgáltuk.

A 7. táblázat mutatja be a saját klinikai mintánkon végzett vizsgálatban a Beck Depresszió Kérdőív eredményeit a három EVZ-os alcsoportban a kontrollcsoporthoz viszonyítva.

A Beck Depresszió Skálán - amint az várható volt - a kontrollcsoport mindhárom EVZ alcsoporttól erősen szignifikánsan különbözött, melyet a Dunnett-próba is megerősített.



## 7. táblázat

### Evészavar alcsoportok és kontroll csoport összehasonlítása a Beck Depresszió Kérdőív alapján

Diagnosztikai csoportok								Diagnosztikai alcsoportok közti különbség		
RAN (n=70)		BN (n=92)		FTAN (n=40)		K (n=67)		F	df	p
Átlag	SD	Átlag	SD	Átlag	SD	Átlag	SD			
18,76	11,50	18,99	11,10	24,06	11,72	5,58	5,25	35,50	3,272	<0,0001*

\*  $P < 0,01$  szignifikáns különbség volt a kontroll csoport és valamennyi evészavaros alcsoport,  $p < 0,05$  szinten pedig a FTAN és a RAN és BN alcsoport között.

A kontrollcsoport átlaga a normálövezetben van, míg a RAN és BN csoport átlagértéke csaknem eléri a közép súlyos depresszió alsó határát, az FTAN csoporté pedig a súlyos depresszió határát. A vizsgálat alapján ez utóbbi csoport tűnik depresszió tekintetében a legsúlyosabb mértékben veszélyeztetettnek, értékei a másik két evészavaros csoportétól is szignifikáns különbséget mutattak. Megjegyzendő még, hogy az EVZ-os betegek 87,8%-ánál volt észlelhető a BDI alapján valamilyen fokú depresszió, melyen belül a súlyos depresszió a F/TAN csoport 42%-át, a RAN és BN csoportnak pedig 30-30%-át érintette.

#### 5. 4. Az evészavarban szenvedő betegek diszfunkcionális attitűdjei vizsgálatának eredményei a Burns-féle Diszfunkcionális Attitűd Teszt alapján

Az evészavarban szenvedő betegek alcsoportjainak kognitív jellemzőit, diszfunkcionális attitűdjeit a Burns-féle DAS-skála alapján vizsgáltuk. A 8. táblázat a Burns-féle DAS-skála alapján mutatja a három evészavaros csoport kognitív profilját. A táblázatban a diszfunkcionális attitűdökre (DA) utaló számok a következő attitűdöket tükrözik:

S: DAS összpontszám

1. Külső elismerés igénye
2. Szerettség igénye

3. Teljesítményigény
4. Perfekcionizmus
5. Jogos elvárások
6. Omnipotencia
7. Külső kontroll/autonómia

### 8. táblázat

#### Evészavar alcsoportok és kontroll csoport összehasonlítása a Burns-féle Diszfunkcionális Attitűd Skála alapján

DA	Diagnosztikus alcsoportok								Diagnosztikus alcsoportok közti különbség		
	RAN (n=75)		BN (n=94)		FTAN (n=48)		K (n=66)				
	Átlag	SD	Átlag	SD	Átlag	SD	Átlag	SD	F	df	p
S	15,92	21,74	22,00	19,59	18,47	20,21	3,17	15,32	12,77	3,283	<0,0001 (A)
1.	1,99	4,14	2,73	4,15	1,79	4,53	0,45	3,23	4,20	3,283	0,0063 (B)
2.	3,07	3,92	3,83	4,19	3,49	3,67	0,44	3,67	10,44	3,281	<0,0001 (C)
3.	1,31	6,18	2,51	5,16	1,31	5,79	-2,38	4,71	10,87	3,283	<0,0001 (D)
4.	2,67	4,77	3,61	4,19	2,70	4,96	-0,29	3,78	10,99	3,280	<0,0001 (E)
5.	3,10	4,36	4,18	4,24	3,93	3,71	3,95	3,91	1,04	3,281	0,27 (n.s.)
6.	3,41	4,29	3,65	3,75	3,70	3,55	1,66	2,78	4,57	3,280	0,038 (F)
7.	0,43	4,64	1,62	4,30	1,91	3,48	-0,50	3,44	5,12	3,273	0,018 (G)

A: Valamennyi evészavar alcsoport  $p < 0,01$  szinten szignifikánsan különbözött a kontroll csoporttól, RAN a BN és FTAN csoportoktól  $p < 0,05$  szinten

B: A K csoport a BN-től  $p < 0,01$ , a RAN csoporttól  $p < 0,05$  szinten szignifikánsan különbözött.

C: A K csoport és valamennyi evészavar alcsoport között  $p < 0,01$  szignifikáns különbség volt

D: A K csoport és valamennyi evészavar alcsoport között  $p < 0,01$  szignifikáns különbség volt.

E: A K csoport és valamennyi evészavar alcsoport között  $p < 0,01$  szignifikáns különbség volt

F: Kontrollok és valamennyi evészavar alcsoport között  $p < 0,01$  szignifikáns különbség volt.

G: Kontroll és BN, FTAN csoportok között  $p < 0,01$  szignifikáns, RAN és BN, FTAN csoportok között marginálisan ( $p=0,05$ ) szignifikáns különbség.

Jól látható, hogy – amint ez várható is volt - a diszfunkcionális attitűdök összpontszámában a három evészavaros csoport átlagértéke a kontrollcsoporténál jóval magasabb, értékeik és a kontrollcsoportéi közti erős szignifikanciát a Dunnett-próba is megerősítette. A DAS-értékek korrelálnak a BDI-értékekkel, a magasabb depressziós pontszám azonban nem magyarázza teljes mértékben a diszfunkcionális attitűdök emelkedését. A legmagasabb pontszámot BN-oknál találjuk, majd a FTAN-sok következnek. A RAN-s és a BN-s csoport közötti eltérés is szignifikáns volt. Lényegében a legtöbb alskálán a kontrollcsoportnak mindhárom evészavar-csoporttól való, erősen szignifikáns, a Dunnett-próba által is megerősített eltérést látjuk. Ez alól három alskála képez kivételt, az egyik a jogos elvárások attitűdje, melynek terén az EVZ csoportok és a kontrollcsoport között nem volt kimutatható szignifikáns eltérés. Ennek oka, hogy érdekes módon a jogos elvárások diszfunkcionális attitűdje jelentős mértékben jellemző az egészséges kontrollszemélyekre is. Ennek további kifejezettsége az EVZ-os betegeknél sem látható. A másik kivétel a Külső kontroll/Aautonómia attitűdben észlelhető, ahol a kontrollok csak a két bulimiás alcsoporttal szemben mutattak erősen szignifikáns, és a Dunnett-próba által is megerősített eltérést, és e két utóbbi csoport a RAN-soktól is marginálisan szignifikáns eltérést adott. Ennek alapján

látható, hogy a külső kontrollós attitűd a BN és FTAN alcsoportokra jellemző kifejezetten, a RAN alcsoportra pedig nem. A külső elismerés igénye leginkább a BN-sokra volt jellemző, a két anorexiás csoport értékei és a K-tól való eltérései kisebb mértékűek voltak, illetve inkább tendenciában mutatkoztak.

A három EVZ alcsoport között a Külső kontroll-autónómia attitűdöt leszámítva nem találtunk szignifikáns különbséget. A legmagasabb értékek mindhárom evészavaros csoporton belül a Szeretetség igény, Perfekcionizmus, Jogos elvárások és Omnipotencia, valamint a két purgáló alcsoportnál a Külső kontroll területén mutatkoztak.

A DAS-összpontszám értékek jelentős korrelációt mutattak a BDI depressziós pontszámával ( $r = 0,55$ ,  $p < 0,01$ ) de az egyes EVZ alcsoportokban különböző mértékben. Magas korrelációt kaptunk a RAN-s alcsoportban ( $r = 0,62$ ,  $p < 0,01$ ), míg a purgáló alcsoportokban közepes fokú volt ez az összefüggés (BN:  $r = 0,45$ ,  $p < 0,01$ , FTAN:  $r = 0,45$ ,  $p < 0,01$ ), a kontrollcsoportnál pedig gyakorlatilag nem mutatkozott korreláció ( $r = 0,27$ ,  $p < 0,01$ ). Úgy tűnik, hogy a purgáló alcsoportok a RAN-sokkal szemben több, a depresszív szindrómától független DA-del rendelkeznek.

## **5. 5. Az evészavarban szenvedő betegek asszertivitás vizsgálatának eredményei a Rathus-féle Asszertivitás Kérdőív alapján**

Az evészavarban szenvedő betegek alcsoportjainak asszertivitását a Rathus-féle Asszertivitás Kérdőív és annak magyar mintán faktoranalízissel nyert faktorai alapján vizsgáltuk. A 9. táblázatban a Rathus-féle Asszertivitás Kérdőív és faktorainak klinikai betegmintánkon nyert adatait foglaltam össze. A tesztfaktor jelzései, illetve számai a következő faktorokra utalnak:

S: Rathus összpontszám

1. Bizonytalanság/önértékelési zavar
2. Érzések kimutatása
3. Fogyasztói helyzetekben megjelenő önérvényesítés
- 4.:Nemet mondás
- 5.:Személyes részvétel a kapcsolatokban.

## 9. táblázat

**Rathus-féle Asszertivitás Kérdőív és faktorai eredménye a különböző evészavar alcsoportokban és a kontroll csoportban.**

Teszt faktor	Diagnosztikai csoportok								Diagnosztikus alcsoportok közti különbség		
	RAN (n=58)		BN (n=75)		FTAN (n=37)		K (n=67)				
	Átlag	SD	Átlag	SD	Átlag	SD	Átlag	SD	F	df	p
S	-0,93	28,1	-0,77	2,83	-3,13	25,65	16,68	2,93	8,35	3,236	<0,0001(A)
1.	0,02	10,07	-1,44	9,10	-0,59	8,67	5,40	7,15	8,18	3,236	<0,0001(B)
2.	-1,84	3,63	-0,43	3,64	-1,68	3,61	0,76	3,56	6,61	3,236	0,0003 (C)
3.	-1,95	3,62	-1,37	3,72	-2,00	3,49	-0,43	3,22	2,49	3,236	0,0509(D)
4.	-0,69	4,48	-0,39	5,17	-1,16	4,15	1,82	4,63	4,68	3,236	0,0034 (E)
5.	1,95	4,43	2,03	4,74	2,30	3,95	4,81	3,22	7,05	3,236	0,0001 (F)

- A. Az asszertivitás összpontszámában a három evészavaros alcsoport a kontrollcsoportéhoz képest szignifikánsan ( $p < 0,01$ ) alacsonyabb eredményt mutatott. A szignifikáns eltérést a Dunnett-próba is megerősítette.
- B. A bizonytalanság/önérvényesítés alszáján mindhárom evészavar csoport szignifikánsan alacsonyabb pontszámot mutatott a kontrollnál ( $p < 0,01$ ). A kapott eredményt a Dunnett-próba is megerősítette.
- C. Az érzések kifejezése faktorában a RAN és FTAN csoport a kontrolltól szignifikánsan ( $p < 0,01$ ) alacsonyabb, a BN-től marginálisan szignifikánsan alacsonyabb értéket adott. A RAN csoport eltérése a BN-től is szignifikáns ( $p < 0,05$ ) volt. A kontroll csoport és a RAN, valamint FTAN alcsoport szignifikáns eltérését a Dunnett-próba is megerősítette.

- D. A fogyasztói helyzetben mutatott asszertivitas faktoraban a RAN es FTAN csoport értéke szignifikánsan ( $p < 0,05$ ) eltért a kontrollcsoporttól. A K és RAN alcsoport közti különbség szignifikanciáját a Dunnett-próba is megerősítette.
- E. A nemet mondás faktorában mindhárom evészavaros alcsoport értékei szignifikánsan ( $p < 0,01$ ) alacsonyabban voltak a kontrollcsoporttól, amit a Dunnett-próba is megerősített.
- F. A személyes részvétel a kapcsolatokban faktorban mindhárom evészavaros alcsoport eltérése szignifikáns ( $p < 0,01$ ) volt a kontrollcsoporttól, amit a Dunnett-próba is megerősített.

Összességében megállapítható, hogy az EVZ-ban szenvedő betegek asszertív magatartása, szociális helyzetekben megmutatkozó hatékonysága alcsoportoktól függetlenül súlyos hiányosságokat mutat normál kontrollszemélyek csoportjával szemben. Úgy tűnik a bizonytalanság/önértékelési zavar a BN csoportot érinti leginkább, míg az érzések kifejezése terén a két anorexiás csoportnak vannak kifejezettebb nehézségei. A fogyasztói helyzetekben megnyilvánuló asszertivitással, úgy tűnik, a normál kontroll személyeknek is nehézségei vannak, az eredmény hasonló a DAS-ban a jogos elvárások terén kapott értékekhez e tekintetben. Ezen a skálán a két anorexiás csoport értékei tértek el szignifikánsan a kontrollokétól, a BN csoport ugyancsak alacsony értékei a normál kontrollokétól nem mutattak szignifikáns eltérést. Mindazonáltal az eredmények azt sugallják, hogy az evészavarban szenvedő betegek legtöbbször valamennyi asszertivitást igénylő helyzetben komoly nehézségei vannak, amit a terápia során célszerű figyelembe venni.

## **5. 6. Az evészavarban szenvedő betegek megküzdési módjai vizsgálatának eredményei a Megküzdési MódoK Kérdőív alapján**

Az evészavarban szenvedő betegek megküzdési módjait a Megküzdési MódoK Kérdőív magyarországi rövidített változata alapján vizsgáltuk. A kérdőív egyes faktoraiban kapott eredményeket a 10. táblázat tartalmazza. A táblázatban az egyes faktorszámok a következő faktorokat jelentik:

1. Problémaelemzés
2. Céltudatos cselekvés
3. Érzelmi indíttatású cselekvés
4. Alkalmazkodás
5. Segítségkérés
6. Érzelmi egyensúly keresése
7. Visszahúzódás

## 10. táblázat

### Megküzdési MódoK Kérdőív faktorainak eredménye az egyes alcsoportokban

Fak- torok	Diagnosztikus alcsoportok								Diagnosztikai alcsoportok közti különbség		
	RAN (n=75)		BN (n=94)		FTAN (n=46)		K (n=67)		F	df	p
	Átlag	SD	Átlag	SD	Átlag	SD	Átlag	SD			
1.	3,63	1,41	3,46	1,48	3,32	1,58	4,05	1,51	3,08	3,278	0,0280 (A)
2.	2,86	1,79	2,55	1,57	2,28	1,58	3,52	1,51	6,65	3,269	0,0002 (B)
3.	1,80	1,36	3,01	1,48	3,24	1,60	1,65	1,67	22,06	3,273	<0,0001 (C)
4.	2,15	1,15	2,66	1,10	2,33	0,98	2,29	1,14	3,21	3,278	0,0235 (D)
5.	2,44	1,76	2,70	1,09	2,30	1,03	2,60	0,93	1,71	3,273	0,1644 (n.s.)
6.	1,20	0,98	1,52	0,88	1,57	0,98	1,46	0,87	2,20	3,270	0,0883 (E)
7.	2,91	1,15	2,97	1,17	3,19	1,05	2,58	0,97	3,06	3,271	0,0287 (F)

A. a BN és a K csoport között  $p < 0,05$ , a FTAN és a K csoport között  $p < 0,01$  szignifikáns különbség volt, melyeket a Dunnett-próba is megerősített. A RAN és a K csoport közti különbség marginálisan szignifikáns volt.

- B. a K csoport a BN és FTAN alcsoporttól  $p < 0,01$ , a RAN alcsoporttól  $p < 0,05$  szinten szignifikánsan különbözött, amit a Dunnett-próba is megerősített. A RAN és FTAN alcsoportok között marginálisan szignifikáns különbség volt.
- C. a BN és FTAN csoport szignifikánsan ( $p < 0,01$ ) különbözött a RAN és K csoporttól. A kontroll és a bulimiás csoportok közti szignifikáns eltérést a Dunnett-próba is megerősítette.
- D. a BN csoport értéke szignifikánsan magasabb volt a RAN ( $p < 0,01$ ) és a K ( $p < 0,05$ ) csoportokénál. A BN és FTAN csoport közti különbség marginálisan szignifikáns volt.
- E. BN és FTAN csoportok szignifikánsan ( $p < 0,05$ ) magasabb értékeket mutattak a RAN csoportnál. A RAN és K csoport között marginálisan szignifikáns különbség mutatkozott.
- F. BN és FTAN csoport szignifikánsan különbözött a K csoporttól ( $p < 0,05$  ill.  $p < 0,01$ ). Utóbbi különbség szignifikanciáját a Dunnett próba is megerősítette. A RAN és K alcsoportok közötti különbség marginálisan szignifikáns volt.

Az eredményeket összegezve azt mondhatjuk, hogy az első két, problémára irányuló, konfliktusmegoldó megbirkózási stílus kevésbé jellemző az EVZ alcsoportokra, mint a kontrollcsoportra. Különösen vonatkozik ez a két bulimiás csoportra. A többi, érzelmi indíttatású megbirkózási stílus legtöbbször a két purgáló EVZ csoportra kifejezetten jellemző, különösen igaz ez a FTAN csoportra, míg a RAN csoport értékei nem tértek el szignifikánsan a kontrollétől. Az érzelmi indíttatású cselekvés, az alkalmazkodás, az érzelmi egyensúly keresése és az elkerülés jellemző volt mindkét purgáló alcsoportra, míg a RAN-okra csak az elkerülés, az is inkább tendenciájában. A segítségkérés stílusában a négy csoport között nem mutatkozott szignifikáns eltérés.

### **5. 7. Az evészavarban szenvedő betegek alakra vonatkozó attitűdjeinek eredményei az Emberi Alakrajzok Tesztje alapján**

Az Emberi Alakrajzok Tesztjének öt tételéből a vizsgálat során négyet használtunk fel, az adott személy megítélése szerint saját magához jelenleg leginkább hasonló alak („jelen alak”), a saját számára ideálisnak tartott („vágyott alak”), az általában a nők



számára ideálisnak tartott („ideális női alak”) és a másik nem számára legvonzóbbnak tartott női alak („legvonzóbb nő”) tételeit. Ezen kívül kiszámoltuk a „vágyott alak” és a „jelen alak” hányadosát mely egyfajta tendenciát mutathat a fogyás vagy testsúlygyarapodás irányában. Az egyes csoportokra vonatkozóan nyert adatok, továbbá a jelenlegi súly alapján számított „jelen BMI” és az „álomsúly” alapján számított „vágyott BMI” értékei a 11. táblázatban láthatók.

## 11. táblázat

### Az Emberi Alakrajzok Tesztjének eredményei az egyes alcsoportokban

	Diagnosztikus alcsoportok								Diagnosztikus alcsoportok közötti különbség		
	RAN (n=59)		FTAN (n=35)		BN (n=75)		K (n=66)				
	Átlag	SD	Átlag	SD	Átlag	SD	Átlag	SD	F	df	p
Jelen alak	2,25	1,58	3,35	2,06	5,24	1,80	4,55	1,40	38,55	3,236	<0,0001 A
Vágyott alak	2,91	0,99	2,31	2,06	2,54	1,82	3,33	0,99	10,09	3,237	<0,0001 B
Ideális nő	3,30	1,19	2,83	0,97	2,61	0,90	3,41	0,86	10,05	3,235	<0,0001 C
Legvonzóbb nő	3,66	1,43	3,17	1,18	2,74	1,25	3,55	1,52	6,20	3,234	0,0075 D
Vágyott/jelen alak	1,84	1,08	1,20	1,19	0,54	0,30	0,76	1,19	38,50	3,236	<0,0001 E
Jelen BMI	15,23	2,09	16,02	1,96	21,84	5,61	21,30	2,35	64,55	3,237	<0,0001 F
Vágyott BMI	17,43	2,13	17,16	1,58	19,00	2,40	20,04	1,58	25,29	3,236	<0,0001 G

A. Erősen szignifikáns eltérés ( $p < 0,01$ ) volt valamennyi csoport között a „jelen alak” értékelésében, kivéve a BN és a K csoport különbségét, mely szintén szignifikáns volt ( $p < 0,05$ ). Az eredményeket a Dunnett-próba is megerősítette.

- B. A „vágyott alak” tekintetében a B és FTAN csoport erősen szignifikánsan ( $p < 0,01$ ) különbözött a K és szignifikánsan ( $p < 0,05$ ) a RAN csoporttól, mely szintén szignifikánsan eltért a K csoporttól is. A BN és FTAN csoport között nem volt szignifikáns különbség. A K csoport eltérését a két bulimiás csoporttól a Dunnett próba is megerősítette.
- C. Az „ideális nő” választásában a BN csoport az AN és K, a FTAN csoport pedig a K csoporttól különbözött erősen szignifikánsan ( $p < 0,01$ ). A RAN csoport a K, a FTAN, valamint a BN a FTAN csoporttól szignifikánsan különbözött ( $p < 0,05$ ). A két bulimiás csoport és a K csoport közti eredményt a Dunnett próba is megerősítette.
- D. A „legvonzóbb nő” értékeiben a BN csoport erősen szignifikánsan ( $p < 0,01$ ) különbözött a RAN és a K, a FTAN csoport pedig marginálisan szignifikánsan a RAN csoporttól. A BN és a FTAN csoportok, valamint a K és RAN, FTAN csoportok között nem volt szignifikáns eltérés.
- E. A vágyott/jelen alak hányadosban a BN és K csoportok között marginálisan, az összes többi csoport között erősen szignifikáns eltérés ( $p < 0,01$ ) volt, amit a Dunnett próba is megerősített.
- F. A jelen BMI tekintetében a két AN csoport erősen szignifikánsan ( $p < 0,01$ ) különbözött a BN és K csoportoktól, míg a többi különbség nem volt szignifikáns. Az eredményeket a Dunnett próba is megerősítette.
- G. A „vágyott BMI” értékeiben erősen szignifikáns ( $p < 0,01$ ) különbség mutatkozott valamennyi csoport között, kivéve a RAN és FTAN csoportot, melyek között nem volt szignifikáns különbség. Az eredményeket a Dunnett-próba is megerősítette.

A táblázatból jól látható, hogy a jelen alak becslése tekintetében valamennyi csoport szignifikáns különbséget mutatott egymással szemben. Az átlagok szerint a BN-sok valamivel vastagabbnak érzik magukat a kontrolloknál, jóllehet a jelenlegi BMI-értékeik, melyek között nem volt szignifikáns különbség ezt nem támasztják alá. A csoportok közti különbségek egyébként nagyjából a jelenlegi BMI szerint alakultak.

A vágyott alak becslésében a két bulimiás csoport értékei a legalacsonyabbak statisztikailag értékelhető eltérés nélkül, míg a RAN csoportéi ennél szignifikánsan magasabbak, bár a kontrollcsoportéinak szignifikánsan alatta maradnak.

Az „ideális nő” becslésében a BN-sok adták a legalacsonyabb értéket, ennél alig magasabbat a FTAN-sok, míg a RAN csoport értékei csaknem megközelítik a kontrollcsoportét.

A „legvonzóbb nő” választásában a BN-sok adtak kiugróan alacsony értéket és érdekes módon a RAN csoport értékei a legmagasabbak, meghaladva a kontrollcsoportét is.

A vágyott/jelen alak hányados az anorexiás csoportoknál az egyet meghaladja, ami úgy tűnhet, mintha hízási motivációra utalna. Különösen nem várt ez a FTAN csoport esetében, ahol a vágyott alak átlaga és a jelen alak átlaga a legnagyobb mértékben tért el ellentétes irányban egymástól. A hányados a BN csoportnál a legalacsonyabb átlagosan, de a kontrollcsoportnál is jóval egy alatt van, vagyis a vágyott alakok karcsúbbak a jelenleginél.

A vágyott BMI értékekben hasonló tendencia mutatkozik, az AN-s csoportok súlyosabbak szeretnének lenni valamivel, míg a kontrollok némileg, a BN-sok pedig jobban alacsonyabb súlyúak szeretnének lenni a jelenleginél.

Megjegyzendő még, hogy az alakbecslések sorrendje minden csoportban azonos volt, a legmagasabb átlagot a „legvonzóbb nő”, utána az „ideális nő”, majd a „vágyott alak” becslésére kaptuk.

A jelenlegi alak és az aktuális BMI között *Speermann-féle korrelációt* számolva a két változó között a RAN-soknál alacsony ( $r = 0,32$ ,  $p = 0,014$ ), a többi csoportnál közepes vagy magas korrelációt találtunk ( FTAN:  $r = 0,59$ ,  $p = 0,0002$ ; BN:  $r = 0,62$ ,  $p < 0,0001$ ; K:  $r = 0,70$ ;  $p < 0,001$ ). RAN-soknál a „vágyott alak” a jelenlegi BMI-vel nem mutatott összefüggést, BN-oknál és a kontrolloknál közepes fokú pozitív korreláció ( BN:  $r = 0,56$ ;  $p < 0,0001$ ; K:  $r = 0,55$ ;  $p < 0,0000$ ), míg a FTAN-soknál közepes negatív korreláció ( $r = - 0,59$ ;  $p = 0,0002$ ) mutatkozott. FTAN-osoknál a negatív korreláció a BMI és az „ideális nő”, valamint „legvonzóbb nő” változók között is megjelent

( $r = -0,59$ ,  $p < 0,0001$ ;  $r = -0,67$ ,  $p < 0,0001$ ), míg a többi csoportnál ezek a változók az aktuális testtömeggel nem mutattak összefüggést.

A „vágyott BMI” értéke BN-oknál és a kontrolloknál mind a „jelen alakkal”, főként pedig a „vágyott alakkal” korrelált. (BN: vágyott BMI - jelen alak:  $r = 0,30$ ,  $p = 0,0088$ ; K: vágyott BMI - jelen alak:  $r = 0,59$ ,  $p < 0,0001$ ; BN: vágyott BMI - vágyott alak:  $r = 0,73$ ,  $p < 0,0031$ , K: vágyott BMI - vágyott alak:  $r = 0,60$ ,  $p < 0,001$ ). RAN-soknál a vágyott alak és vágyott BMI között alacsony pozitív korrelációt ( $r = 0,35$ ,  $p < 0,0074$ ) találtunk, a FTAN-sok „vágyott BMI” értéke nem mutatott összefüggést a „vágyott alakkal”.

## **5. 8. Az evészavar alcsoportok és a korai maladaptív sémák kapcsolatának vizsgálata**

### **5. 8. 1. A Korai Maladaptív Séma Kérdőív Alskáláinak faktorstruktúrája**

A faktoranalízis eredményeit mutatja a 12. táblázat. A saját érték  $> 1$  szabály alapján megtartott négy KMS-faktor a variancia 72,2 % -át magyarázza.

Amint a 12. táblázatból is látható, az első KMS-faktor az Érzelmi depriváció, Elhagyatottság, Bizalmatlanság/Abúzus, Társas izoláció, Sérülékenység /Veszélyeztetettség, Érzelmi gátoltság, Negativizmus/Pesszimizmus alskáláit foglalja magába. A második KMS-faktor a Csökkentértékűség/Szégyen, az Elutasítottság, a Kudarca ítéltés, a Dependencia/Inkompetencia, Összeolvadtság/Éretlenség, Alárendelődés és Elismeréshajszolás alskáláit tartalmazza, a harmadik KMS-faktor pedig az Önfeláldozás, a Könnyörtelen mércék/Hiperkritikusság és a Büntető készenlét alskáláit. A Feljogosítottság/Grandiozitás és az Elégtelen önkontroll/Önfegyelem alkotják a negyedik faktort.

## 12. táblázat

### A YSQL-alskálák fő komponensek szerinti faktoranalízise (VARIMAX rotáció)

	Faktor1	Faktor2	Faktor3	Faktor4
Saját érték	9,96	1,35	1,29	1,12
Megmagyarázott variancia (%)	52,4	7,1	6,8	5,9
Változó				
Érzelmi depriváció	<b>0,78</b>	0,22	0,01	0,13
Elhagyatottság	<b>0,66</b>	0,43	0,22	0,23
Bizalmatlanság/Abuzus	<b>0,72</b>	0,09	0,27	0,35
Társas izoláció	<b>0,58</b>	0,54	0,21	0,24
Csökkentértékűség/Szégyen	0,50	<b>0,59</b>	0,21	0,31
Elutasítottság	0,62	<b>0,63</b>	0,08	0,04
Kudarca ítélettség	0,24	<b>0,73</b>	0,14	0,19
Dependencia/Inkompetencia	0,38	<b>0,79</b>	0,14	0,11
Sérülékenység/Veszélyeztetettség	<b>0,61</b>	0,28	0,41	-0,08
Összeolvadtság/Éretlenség	0,03	<b>0,75</b>	0,31	0,10
Behódolás	0,39	<b>0,71</b>	0,28	-0,09
Önfeláldozás	0,27	0,12	<b>0,82</b>	-0,11
Érzelmi gátoltság	<b>0,67</b>	0,25	0,20	0,19
Könyörtelen mércék/Hiperkritikusság	0,04	0,31	<b>0,77</b>	0,31
Feljogosítottság/Grandiozítás	0,18	0,05	0,09	<b>0,89</b>
Elégtelen önkontroll/Önfegyelem	0,49	0,41	0,03	<b>0,49</b>
Elismerés hajszolás	0,32	<b>0,54</b>	0,15	0,47
Negativizmus/Pesszimizmus	<b>0,62</b>	0,29	0,48	0,15
Büntető készenlét	0,29	0,29	<b>0,61</b>	0,43

Megjegyzés: A faktorokat a sajátérték > 1 szabály alapján választottuk ki, a változókat pedig a faktorsúly > 0,4 alapján vettük tekintetbe

## 5. 8. 2. Az evészavar alcsoportok Korai Maladaptív Séma faktorokon alapuló általános lineáris modell-analízisének eredményei

Az általános lineáris modell-analízis két különbséget mutatott az evészavar altípusok között a 3. KMS és a 4. KMS faktor alapján, amint az a 13. táblázatban látható.

### 13. táblázat

#### Az evészavar alcsoportok KMS faktorokon alapuló általános lineáris modell analízisének eredményei

Faktorok	Diagnosztikus alcsoportok						Különbségek a diagnosztikus alcsoportok között		
	RAN (n=35)		FTAN (n=30)		BN (n=49)				
	Átlag	SD	Átlag	SD	Átlag	SD	Teszt- statisztika (F)	df	p érték
1. Faktor	-0,17	1,02	0,01	0,91	0,11	1,05	0,75	2,106	0,48 (n.s.)
2. Faktor	-0,13	1,14	0,20	0,97	-0,03	0,91	0,85	2, 106	0,43 (n.s.)
3. Faktor	0,35	1,03	0,14	1,04	-0,32	0,86	5,07	2,106	< 0,0001 (A)
4. Faktor	-0,39	0,77	0,41	0,74	0,02	1,17	5,22	2,106	< 0,0001 (B)

A: a post hoc analízisek azt mutatták, hogy a BN csoport szignifikánsan ( $p < 0,05$ ) eltért a RAN és FTAN csoporttól.

B: a post hoc analízisek szignifikáns ( $p < 0,05$ ) eltérést mutattak a RAN és FTAN, és marginálisan szignifikáns különbséget ( $p < 0,1$ ) a RAN és BN, valamint az FTAN és BN alcsoportok között.

Közelebbről, a GLM-eredmények azt mutatták, hogy a 3. KMS factor átlagértéke mindkét anorexiás alcsoportban szignifikánsan magasabb volt, mint a BN-alcsoportban. Ezzel szemben a 4. KMS-faktorban az FTAN alcsoport átlaga szignifikánsan magasabb volt a RAN-alcsoporténál, és marginálisan szignifikánsan a BN-alcsoporténál, továbbá a BN-alcsoporté is marginálisan szignifikánsan magasabb volt a RAN-alcsoporténál.

### **5. 8. 3. Az alcsoportok közötti, BMI szerinti összehasonlítás eredményei**

Amint fentebb leírtam, a BMI- és a KMS-faktorok közötti összefüggés vizsgálata kovariancia-analízissel (ANCOVA) történt. Az ANCOVA statisztikailag szignifikáns kölcsönhatást mutatott ki az evészavar altípusok és a 2. KMS-faktor között ( $F = 5,71$ ,  $df = 92$ ,  $p = 0,004$ ). A kölcsönhatás további vizsgálatára post hoc analízist végeztünk, végül külön regresszió-analízist hajtottunk végre a 2. KMS-faktor és BMI között, minden egyes evészavar alcsoportban. Az analízis a BN-alcsoportban szignifikáns negatív kapcsolatot ( $p < 0,0099$ ) eredményezett, jelezve, hogy a 2. KMS-faktor magasabb értékei a BMI alacsonyabb értékeivel függenek össze. Ilyen összefüggést a RAN és FTAN-alcsoportban nem találtunk. Tovább vizsgálva, hogy mely tételek voltak felelősek ezért az összefüggésért, további ANCOVA-analízisek történtek a 2. faktor tételére vonatkozóan. Az ANCOVA-analízisek statisztikai szignifikanciát mutattak a 2. KMS-faktor három tételére vonatkozóan, beleértve az Elutasítottságot ( $F = 5,00$ ,  $df = 98$ ,  $p < 0,008$ ), a Dependencia/Inkompetenciát ( $F = 3,14$ ,  $df = 98$ ,  $p < 0,048$ ), az Alárendelődést ( $F = 6,81$ ,  $df = 98$ ,  $p < 0,017$ ), és marginálisan szignifikáns eltérést az Összeolvadtság/Éretlenség tételre ( $F = 2,56$ ,  $df = 98$ ,  $p < 0,083$ ) vonatkozóan.

## **5. 9. A korai maladaptív sémák és az evészavar viselkedés közötti kapcsolat vizsgálatának eredményei:**

### **5. 9. 1. Az evészavar-viselkedések és a Korai Maladaptív Sémák kanonikus korreláció analízise**

A kanonikus korrelációs koefficiens az első kanonikus faktor-pár között  $0,64$  ( $F = 1,34$ ,  $df = 133,453$ ,  $p = 0,015$ ), statisztikailag szignifikáns volt. A kanonikus korrelációs koefficiens a második faktor-pár között  $0,58$  volt, megközelítette a statisztikai szignifikanciát ( $F = 1,24$ ,  $df = 108,396$ ,  $p = 0,075$ ). Az EVZ viselkedések első kanonikus faktorát (1. Táblázat baloldali oszlopa), amit falásrohamok, önhánytatás, hashajtó-abuzus és a testedzés hiánya jellemzett, bipoláris faló-purgáló/testgyakorló viselkedésnek, a KMS első kanonikus faktorát (14. Táblázat baloldali oszlopa alul) pedig, amit az Érzelmi depriváció, az Elhagyatottság, az Összeolvadás, az Alárendelődés és az Emocionális gátoltság jellemzett, inasszertív szelfsémának neveztük el

#### 14. Táblázat: A nyert változók és kanonikus faktoraik közötti korrelációk

Változó		1.kanonikus faktor-pár*	2. kanonikus faktor-pár**
Evészavaros magatartás	Diéta	-0,15	0,14
	Gyakorlatok	<b>-0,30</b>	-0,20
	Fogyasztó-tabletták	0,07	<b>0,77</b>
	Falásroham	<b>0,66</b>	<b>0,36</b>
	Hányás	<b>0,48</b>	<b>0,45</b>
	Hashajtózás	<b>0,70</b>	0,08
	vizelethajtás	0,04	0,21
KMS			
	Emocionális depriváció	<b>0,43</b>	-0,13
	Elhagyatottság	<b>0,25</b>	<b>0,25</b>
	Bizalmatlanság/Abuzus	0,02	0,11
	Társas izoláció	0,24	0,04
	Fogyatékoság/Szégyen	0,18	0,16
	Társas elutasítottság	0,18	-0,03
	Kudarcs	0,15	-0,15
	Dependencia	-0,00	0,06
	Sérülékenység	0,02	-0,06
	Összeolvadtság	<b>0,36</b>	0,01
	Alárendelődés	<b>0,37</b>	-0,23
	Önfeláldozás	-0,09	0,01
	Emocionális gátoltság	<b>0,25</b>	-0,03
	Könyörtelen mércék	0,15	0,23
	Feljogosítottság	0,21	<b>0,49</b>
	Impulzivitás	0,20	0,06
	Elismerés hajszolás	0,15	0,21
	Pesszimizmus	-0,12	-0,12
	Büntetési készenlét	-0,11	0,07



A megfigyelt változók és kanonikus faktoraik közötti korrelációi képviselik a változók faktor-súlyait ( $\geq 0,25$  értékeket mutatja a táblázat)

\* Az 1. változó-párra vonatkozó korreláció ( $F = 0,64$ ) szignifikáns volt ( $p = 0,015$ );

\*\* A 2. párra vonatkozó korreláció ( $F=0,58$ ) megközelítette a statisztikai szignifikanciát ( $p = 0,075$ ).

Az evési viselkedés második kanonikus faktorát (14. Táblázat jobboldali oszlopának felső része), amit a falás, fogyasztó tabletták használata és az önhánytatás jellemzett, faló-purgáló viselkedésnek, a KMS második kanonikus faktorát (14. Táblázat jobboldali oszlopa) pedig, amit az Elhagyatottság és a Feljogosítottság/Grandiozítás jellemzett, Feljogosítottság sémának neveztük el.

### **5. 9. 2. Az evészavar-alcsoportok általános lineáris modell-analízise, a kompenzáló evészavar-viselkedések és a Korai Maladaptív Séma-párok kanonikus faktoraik alapján**

Az általános lineáris modell (GLM) analízis azt mutatta, hogy az EVZ-altípusok mind az EVZ-viselkedésfaktorok, mind pedig a KMS-faktorok tekintetében különböztek egymástól (15. táblázat). A GLM-eredmények azt mutatták, hogy a bipoláris falás-purgálás/testgyakorlás és a falás-purgálás viselkedésfaktorban, valamint az inasszertív szelf-séma faktorban mindkét bulimiás alcsoportnak (FTAN, BN) szignifikánsan magasabb átlagértékei voltak, mint a RAN alcsoportnak. A Feljogosítottság szelf-sémafaktorban az FTAN alcsoport szignifikánsan magasabb átlagértéket mutatott a RAN és BN alcsoportnál

## 15. táblázat

### Evészavar alcsoportok KMS-n és EVZ viselkedésen

#### alapuló kanonikus faktor-párjainak általános lineáris modell-analízise

Kanonikus faktor	EVZ-csoportok						Diagnosztikus EVZ-alcsoportok különbségei		
	RAN (n=35)		BPAN (n=30)		BN (n=49)				
	Átlag	SD	Átlag	SD	Átlag	SD	Teszt-statisztika (F)	df	p-érték
EVZ-viselk									
1. faktor	-0,73	0,84	0,30	0,99	0,37	0,82	15,44	2,92	0,0001 (A)
2. faktor	-0,50	0,66	0,40	0,91	0,15	1,12	6,73	2,92	0,0019 (B)
KMS									
1. faktor	-0,43	0,83	0,34	1,16	0,14	0,93	4,83	2,92	0,0102 (C)
2. faktor	-0,29	0,97	0,54	0,99	-0,08	0,94	4,94	2,92	0,0092 (D)

A: Post hoc analízisek azt mutatták, hogy az EVZV 1. “Bipoláris faló-purgáló /testedző viselkedés” faktorban mindkét faló-purgáló alcsoport (FTAN ( $p < 0,01$ ), BN( $p < 0,01$ )) szignifikánsan magasabb átlagértéket mutatott, mint a restriktív csoport (RAN).

B: Post hoc analízisek azt mutatták, hogy az EVZV 2. “faló-purgáló viselkedés” faktorban mindkét faló-purgáló alcsoport (FTAN:  $p < 0,01$ , BN:  $p < 0,01$ ) szignifikánsan magasabb átlagértéket mutatott, mint a restriktív csoport (RAN).

C: Post hoc analízisek azt mutatták, hogy az KMS 1. “inasszertív szelf-séma” faktorban mindkét faló-purgáló alcsoportnak (FTAN:  $p < 0,01$ , BN:  $p < 0,05$ ) szignifikánsan magasabb átlagértéke volt, mint a restriktív csoportnak (RAN).

D: Post hoc analízisek azt mutatták, hogy a KMS 2. “Feljogosítottság szelf-séma” faktorban a FTAN csoportnak szignifikánsan magasabb átlagértéke volt, mint a RAN ( $p < 0,01$ ) és a BN ( $p < 0,05$ ) csoportnak.

### **5. 9. 3. Az evészavar alcsoportok kanonikus faktorok szerinti elkülönítése**

A két kanonikus faktor-pár alkalmazása révén lineáris diszkriminancia analízist folytattunk annak érdekében, hogy megvizsgáljuk a EVZ-alcsoportok elkülönüléseit az előbbieken azonosított individuális kognitív és viselkedésfaktorok alapján. Az eredmények azt mutatták, hogy a helyes osztályozás a jack-knife validálást követően 77%, 55% és 54% volt a RAN, FTAN és BN alcsoportokra vonatkozóan. Minthogy azt vártuk, hogy a viselkedés-faktorok definíció szerint alapvetően hozzájárulnak az osztályozáshoz, megnéztük, hogy vajon a két KMS-faktor jó elkülönítést jelent-e az evészavar altípusok között, amennyiben azokat az evészavar viselkedés faktoroktól függetlenül vizsgáljuk. Az eredmények szignifikáns elkülönülést mutattak a másik két csoporttól a RAN (63%) és a FTAN (55%) csoportokra vonatkozóan, de a BN-csoport osztályozása nem különbözött szignifikánsan a véletlenszerűtől (korrekt osztályozás = 27%).

## **6. Megbeszélés**

### **6. 1. Az epidemiológiai vizsgálat eredményeinek megbeszélése**

A vizsgálat célja a szubklinikai és klinikai AN és BN, valamint az ezeket megalapozó kóros táplálkozási szokások prevalenciájának felmérése volt két magyarországi régió közép- és felsőoktatási intézményeiben.

Bár a 72,5%-os válaszolási ráta jónak mondható a legtöbb hasonló felméréssel való összehasonlításban, mégis kérdéses, hogy a nem-válaszoló 27,5% eredményei mennyiben befolyásolták volna a kapott eredményeket.

Vizsgálatunk során hasonlóan a legtöbb, átlagos oktatási intézményben történt magyarországi felméréshez (Túry és mtsai 1989; 1990; 1991; Rathner és mtsai 1995), valamint átlagpopuláción végzett reprezentatív felméréshez (Szumska és mtsai 2005, Szumska 2005) klinikai anorexiást nem találtunk, az adatok jócskán alatta maradnak a korábbi svédországi és ausztriai adatoknak (Rastam és mtsai 1989, Rathner és Messner 1988). Kérdés, hogy az átlagos oktatási intézmények tanulóit mennyire lehet

reprezentatívnak tekinteni az AN prevalenciája szempontjából, hiszen a betegek nagy része éppen állapota miatt nem jár iskolába, vagy esetleg magántanuló. Úgy tűnik, ennek ellentmond, hogy a táncművészeti középiskolai tanulók között viszont magas számban találtunk becsült anorexiásokat, akiknek a nagy része valószínűleg a vizsgálat diagnosztikai fázisában klinikailag is AN-snak bizonyult volna.

A kulturális karcsúság-ideál, úgy tűnik, jelentős befolyást gyakorol a magyar nőkre is, mert a legtöbbjük szeretne valamennyit fogyni. Az EAT alapján diszfunkcionálisnak tekinthető anorexiás attitűdök jellemezték a női populáció 3%-át, ami lényegében megfelelt a fentebb idézett magyar vizsgálatok eredményének. Ahhoz azonban, hogy ennek a 3%-os populációnak a klinikai evészavarokra vonatkozó tényleges veszélyeztetettségét pontosabban meg tudjuk határozni, hosszmetzeti vizsgálatra lenne szükség.

Az átlagpopulációval szemben viszont a táncművészeti középiskolás tanuló lányok magas prevalenciáját mutatták az anorexiás tartományba eső BMI-értéknek, a következményes amenorrhéának, valamint több alkalmatlan kompenzáló viselkedésformának. Így magas volt közöttük az átlagpopulációból teljesen hiányzó, becsült AN prevalenciája. A szakirodalmi adatok alapján is ez a csoport az AN irányában különösen veszélyeztetett csoportok közé tartozik. Köztudott, hogy ezen szubkultúrán belül az alacsonyabb testsúly fenntartása a külső elvárások által is megkövetelt szigorú normarendszer része, az ehhez kapcsolódó szigorú táplálkozási magatartással együtt. Úgy tűnik azonban, hogy a külső kényszernek való megfelelés inkább a táncművészeti középiskolás fiúkra volt jellemző, akiknél ugyanakkor a kóros beállítódások nem voltak észlelhetők, és az alacsony, sokszor anorexiás tartományba eső testsúly mellett a táplálkozási szokásaik sokkal kevésbé voltak zavartak, mint a lányokéi. A táncművészeti középiskolás lányoknál e külső normarendszernek történő megfelelés párosult a saját anorexiás attitűdjükkel. Feltűnő, hogy a szubkultúrával azonosulva ezek a tulajdonképpen betegnek tűnő személyek egyáltalán nem keresnek kezelést.

Heti kétszeri falásrohamot találtunk a vizsgált nők 3,9, és a férfiak 4%-ánál. Megjegyzendő, hogy a falásrohamokra vonatkozó tesztbeli kérdések nem kellően körülírtak a bulimiás falásroham megállapításához, másfelől pedig a BN-ra az inadekvát súlycsökkenő, a falásrohamokat kompenzáló, alkalmatlan viselkedésformák

megjelenése jellemző, melyek révén kialakul a kóros bulimiás kör. Érdekes, hogy a heti kétszeri falásroham szubjektív minősítése férfiaknál és nőknél csaknem teljesen ugyanolyan arányban jelentkezett. A különbség az ezekre a falásrohamokra való reakciókban mutatkozott meg: míg a férfiaknál csak szórványosan jelentek meg kompenzáló súlycsökkentő viselkedésformák, a heti kétszeri falásrohamokat mutató nők csaknem mindegyikénél legalább heti egyszeri rendszerességgel mutatkoztak. Alkalmatlan kompenzáló viselkedésformák alkalmazása súlycsökkentés céljából összességében a fiatal női populáció 15%-át érintette. Ezen a csoporton belül fokozott kockázati tényezőt jelent BN irányában egyrészt a pozitív BITE-érték, másrészt az alkalmatlan kompenzáló viselkedésformák legalább hetente egyszeri, rendszeres alkalmazása. A 25 pont feletti BITE-érték alapján minősítettünk egy személyt szubklinikai, a 25 pont feletti BITE-érték, a heti kétszeri falásroham és a heti egyszeri alkalmatlan viselkedésforma előfordulása alapján pedig becsült BN-snak. Szubklinikai BN-nak találtuk a női populáció 4,5%-át, és becsült BN-nak a 3,6%-át. Az interjú-fázison résztvevő két nő teljesítette a DSM-IV szerinti BN kritériumait, ami a vizsgált női populáció 0,6%-ának felelt meg. Valószínűsíthető azonban, hogy az interjú-fázis során a becsült BN személyek közül többet klinikai BN-snak találtunk volna. Ugyanakkor, az interjú fázisra jelentkezők alacsony aránya ennek az adatnak a pontosítását nem tette lehetővé.

Felmérésünk a férfiak BN irányban való veszélyeztetettségét jóval alacsonyabbnak találta, 0,8%-uk felelt meg a szubklinikai és 0,4%-uk a becsült BN kritériumainak.

Eredményeink hasonlóan mutatkoztak az utóbbi időben végzett magyarországi felmérésekéihez (Szabó és Túry 1991, Túry és mtsai 1991, Rathner és mtsai 1995, Szumska és mtsai 2005), de a nők közötti szubklinikus és becsült BN-ra kapott eredményeink magasabbak. Ezt részben az alkalmazott kérdőívek és kritériumok különbözősége magyarázhatja, de Rathner és mtsai vizsgálatában a lényegében hasonló becsült BN-kritériumok mellett is alacsonyabb prevalencia-értéket találtak. Jelen vizsgálatunk során a pécsi mintában a budapestinél magasabb BITE-értékeket találtunk. Mindez felveti annak a lehetőségét, hogy az említett különbségek nemcsak a vizsgálati módszerek különbözőségéből adódnak, hanem esetleg az ország egyes régióiban

objektív eltérések is mutatkozhatnak, például a nyugati és keleti területek között. Ez a feltevés azonban még további bizonyítékokat igényel.

Említésre méltó, hogy lányoknál az anorexiás attitűdök már a korai pubertásban megjelentek, míg a purgáló viselkedésformák csak az érettebb korcsoportokban.

A pozitív BDI értékek prevalenciája a nem evészavaros csoportban megfelelt a reprezentatív mintán az átlagpopulációban kapott értékeknek (Kopp és Skrabski 1992), az EVZ-nak becsült csoportban pedig a szakirodalomban leírtakhoz hasonlóan ezek az értékek az átlagpopuláció értékéhez képest csaknem háromszor gyakoribbak voltak (Szumska 2005).

## **6. 2. A klinikai vizsgálatok megbeszélése**

### **6. 2. 1. Az evészavar tesztekkel nyert eredmények megbeszélése**

Amint azt vártuk, a BITE nagyon jó eredményeket mutatott a BN elkülönítésében a nem faló-purgáló csoportokkal szemben. Erősen szignifikáns különbségeket találtunk mindhárom skálán az alcsoportok között, sőt az összpontszám tekintetében a BN a FTAN csoporttól is erősen szignifikánsan, míg a két alszállán utóbbi csoporttól szignifikánsan különbözött.

A BITE specificitása és szenzitivitása a BN-ra a teljes skálán és a tüneti alszállán a kontroll- és a RAN csoportokkal szemben kiváló volt. A teszt összpontszámának a BN-ra vonatkozó szenzitivitása és specificitása 93,68% és 93,85% volt a kontrollcsoporttal szemben és 89,61%, és 92,63% a RAN csoporttal szemben, előbbi esetben a betegek 93,75%-a, utóbbiban pedig 91,28%-a került a megfelelő diagnosztikai kategóriába. A súlyossági alszálla szerint a kontrollokkal szemben 93,68% illetve 93,85%, a RAN csoporttal szemben pedig 96,1% és 93,68 % volt a szenzitivitás és a specificitás, az első esetben a betegek 93,75%-a, a másodikban pedig 94,77%-a kapott helyes besorolást. A FTAN betegek bevonása az értékeket némileg rontotta, a purgáló és nem purgáló két csoport között a teljes skála szenzitivitása 84,21%-ra, specificitása 81,05%-ra, a súlyossági alszálla ugyanezen értékei pedig 78,95%-ra illetve 90,53%-ra csökkentek. Ezek az eredmények a BITE-nek a bulimiás tüneteket mutató személyek szűrővizsgálatára való magas fokú alkalmasságát támasztják alá. Ez még azzal a

meggondolással is igaznak tűnik, ha arra gondolunk, hogy vizsgálatunk jelentős százalékban kórházi körülmények között kezelt BN-s betegek adatait tartalmazza, tehát a súlyosabb esetek valószínűleg növelik a nem faló-purgáló csoportokkal szemben az eltérést. E tekintetben érdemes ezt az eredményt saját epidemiológiai vizsgálatunk eredményével is összevetni, melynek során a pozitív BITE értékek és a becsült BN között elég jó, de lényegesen alacsonyabb egybeesést tapasztaltunk. A különbség oka kétirányú lehet: egyrészt valószínűsíthető, hogy enyhébb eseteknél, akik a beteg/szubklinikus határon állnak, a teszt szenzitivitása és specificitása nem ennyire jó. Más oldalról a teszt kitöltőjének disszimulációs vagy bagatellizálási tendenciája jelenhet meg, mely az adatokat a másik irányba torzíthatja. Összegezve: a két adat közti különbség megnyugtató tisztázásához a kiszűrt személyek interjú-fázison történő megjelenése és vizsgálata lenne szükséges.

Hasonló megállapításokat tehetünk az EAT eredményekre vonatkozóan is. A nagyobb részben osztályos, kisebb részben ambulánsan kezelt vagy kezelésre, vizsgálatra jelentkező betegek átlagai jóval a megállapított 29 pont felett vannak, és a betegcsoportok között is szignifikáns eltérések mutatkoznak. A legtöbb kóros evési attitűdöt a FTAN, majd a BN, végül a RAN betegek mutatták, ami csak részben magyarázható a teszt szerkezetéből, mely bulimiás attitűdöket is tartalmaz. A teszt köztudottan nem alkalmas az EVZ alcsoportok elkülönítésére, és azok diagnózisára sem, mégis némileg meglepő a súlyosabb klinikai eseteket tartalmazó mintán, hogy a RAN-oknak csak 65%-t sorolta az EVZ csoportba. Ez arra hívja fel a figyelmünket, hogy az EAT szűrővizsgálatban történő alkalmazása során pusztán a pozitív EAT-pontszámok alapján a RAN-sok jelentős százaléka, akár súlyosabb betegek is, rejtve maradhatnak.

## **6. 2. 2. A depresszióról, a diszfunkcionális attitűdökről, az asszertivitásról és a coping stílusról nyert eredmények megbeszélése**

A BDI alapján, amint az a szakirodalom alapján várható volt, mindhárom EVZ alcsoport szignifikánsan elkülönült a kontrollcsoporttól, míg egymástól nem. Az EVZ minta 87,8%-ánál állt fenn valamilyen mértékű depresszió, ami – a kezelt és jelentős százalékban osztályon kezelt - betegpopuláció esetében megfelel a szakirodalmi

adatoknak (Blinder és mtsai 2006). Különösen jelentősnek tűnik a súlyos depresszió aránya, amely 30% volt RAN-ban és BN-ban, FTAN-ban pedig 43%. Utóbbi csoportot több szempontból is a legveszélyeztetettebb EVZ alcsoportnak tartják, ez az adat is – úgy tűnik – fokozottabb veszélyeztetettségüket támasztja alá.

A tulajdonképpen depressziósokra kidolgozott DAS alapján az EVZ alcsoportok az összpontszám és a legtöbb DA alapján a kontrollcsoporttól tértek el szignifikánsan, egymástól pedig nem. Az összpontszám korrelációt mutatott a depresszió mértékével, de a különböző alcsoportokban eltérő arányban. Legmagasabb volt az összefüggés a RAN-s csoportnál, míg a másik két alcsoportnál közepes mértékű korrelációt kaptunk. Úgy tűnik tehát, hogy a faló-purgáló alcsoportok több a depresszió mértékétől független DA-del rendelkeznek. A DAS összpontszám BN-oknál volt a legmagasabb, ami egybevág korábbi közlemények eredményeivel, melyek szerint a BN-soknak más EVZ-okhoz képest több DA-jük van (Túry és Szabó 2000).

Az EVZ alcsoportok között csak a külső elismerés és a külső kontroll/autonómia attitűdben kaptunk szignifikáns illetve marginálisan szignifikáns eltérést. A külső elismerés igénye a BN-sokra volt jellemző, a külső kontroll pedig a két bulimiás csoportot a RAN-sokkal szemben is jellemezte. A Szeretettség igény, Perfekcionizmus, Jogos elvárások és Omnipotencia pontszámai mindhárom EVZ csoportban magasabbak voltak. Ezeknek az attitűdöknek az EVZ-okkal való szorosabb összefüggését csak más betegcsoportokkal történő összehasonlításban lehetne tisztázni.

Eredményünk csak részben egyezik Szili és György kis esetszámú klinikai mintán kapott eredményével, ahol a külső kontrollt és a jogos elvárásokat találták jellemzőnek a BN-sokra AN-okkal szemben (Szili és György 2005). A jogos elvárások mint tendencia a mi vizsgálatunkban is mutatkozott, de a különbség nem volt szignifikáns még a kontrollcsoporttal szemben sem, akiknek ez volt a legjellemzőbb DA-jük. Némileg különböztek eredményeink Szumska becsült EVZ-okon kapott eredményeitől is. Ő a Burns-féle DAS-ból minden attitűdből a legnagyobb faktorsúlyú állítást használva, a teljesítmény-igényt, a külső elismerés igényét, a perfekcionizmust és a szeretettség igényét találta jellemzőnek a becsült EVZ-os személyekre a minta többi részével szemben. Vizsgálatában az AN-s és BN-s csoport csak az AN-ra jellemző külső elismerés igényében különbözött egymástól (Szumska 2005). Az ő kapott adatait csak részben sikerült nagyobb esetszámú klinikai mintán megerősítenünk.



A Rathus-féle Asszertivitás Kérdőívvel való vizsgálat során megerősítettük azt a tényt, hogy az EVZ-os betegeknek – legalábbis kontrollcsoporthoz viszonyítva - súlyos nehézségeik vannak. Az érzéskifejezés és a fogyasztói helyzetben való önértékelés terén a két anorexiás csoport kifejezettebb nehézségekkel küzd a BN-soknál is, míg bizonytalanság/önértékelési zavar – tendenciájában úgy tűnik - utóbbiakat érinti jobban. Az EVZ-os betegek hatékonyságának hiányát sokan leírták (Williams és mtsai 1990), de mivel más módszert használtak annak mérésére, adataink csak mérsékeltan összevethetők. Kérdés az is, hogy az asszertivitás hiánya mennyire jellegzetes az EVZ-okra más betegcsoportokkal szemben. Egy vizsgálat során például szociális fóbiásokhoz képest az EVZ-osokat kevésbé találták inasszertívnek. Mindezek ellenére eredményeink azt támasztják alá, hogy az evészavarban szenvedő betegek legtöbbször valamennyi asszertivitást igénylő helyzetben komoly nehézségei vannak, amit a terápia során célszerű figyelembe venni.

Az EVZ-os csoportok megbirkózási stratégiáira vonatkozóan eredményeink alapján azt állapíthatjuk meg, hogy az első két, problémára irányuló, konfliktusmegoldó megbirkózási stílus kevésbé jellemző az EVZ alcsoportokra, mint a kontrollcsoportra. Különösen vonatkozik ez a két bulimiás csoportra. A többi, érzelmi indíttatású megbirkózási stílus legtöbbször a két purgáló EVZ csoportra kifejezetten jellemző, különösen igaz ez a FTAN-s csoportra, míg a RAN-s csoport értékei nem tértek el szignifikánsan a kontrollcsoportétól. Az érzelmi indíttatású cselekvés, az alkalmazkodás, az érzelmi egyensúly keresése és az elkerülés jellemző volt mindkét purgáló alcsoportra, míg a RAN-okra csak az utóbbi, az is kevésbé egyértelműen. A segítségkérés stílusában a négy csoport között nem mutatkozott szignifikáns eltérés.

Eredményeink némileg különböznek a szakirodalomban eddig leírtaktól, melyek az EVZ-okban vagy a zavart táplálkozási magatartású személyeknél a nehéz élethelyzetekkel történő megbirkózás során az egészségesekkel ellentétben az érzelmi megbirkózási stratégiák és az elkerülés gyakoribb alkalmazását mutatták ki. (Koff és Sangani 1997, Garcia-Grau és mtsai 2002, Ghaderi és Scott 2000). Lényegében hasonló adatokat közöltek már igen korán a mentális problémákkal küzdő személyekre vonatkozóan általában is (Folkman és mtsai 1986). Szumska vizsgálatában szintén jellemzőnek találta az érzelmi indíttatású megküzdési módok legtöbbször mind AN-ra, mind BN-ra, míg a problémára irányuló megbirkózási stílusokban nem talált náluk

eltérést a kontrolloktól. Jelen vizsgálat tanúsága szerint az egyes EVZ alcsoportok között lényeges különbségek észlelhetők, a RAN-okra az érzelmi problémamegoldó stratégiák sokkal kevésbé jellemzőek, míg a bulimiás alcsoportokban ezek igen kifejezetten megjelennek. Ezeket az eredményeket a terápia során célszerű tekintetbe venni.

### **6. 2. 3. Az Emberi Alakrajzok Tesztje eredményének megbeszélése**

A teszt eredményeiben az egyes alakváltozókkal kapcsolatban szignifikáns eltéréseket mutató adatokat kaptunk. A „jelen alak” eltérései azt mutatták, hogy a BN-s személyek a nemzetközi adatoknak megfelelően (Probst és mtsai 1995) hajlanak aktuális alakjuk vastagságának túlbecslésére, míg az AN személyek alacsonyabb átlagai inkább a valóban alultáplált állapotot tükröztetik. A „vágyott alak” tekintetében ugyanakkor feltűnő a két purgáló csoport alacsony átlaga, azaz kifejezett alulbecslése, ami BN-ra vonatkozóan megint csak megegyezik a szakirodalmi adatokkal.

Ha abból indulunk ki, hogy a „vágyott súly” egyfajta ideált jelent a személy számára, amit el szeretne érni, és a két szám hányadosát vesszük, egy viszonyszámot kapunk, mely egynél kisebb szám esetén további fogyási, míg egynél nagyobb szám esetén hízási tendenciára utalhat. Persze ennek feltétele egyrészt, hogy a teszteredmény reális adatokat tükrözzön, másrészt, hogy a fogyás/hízást döntően a személy vágyott testképe befolyásolja. BN-oknál a „vágyott alak” átlagából és a „jelen alak” átlagából várható alakhányadosok átlaga nem meglepő, mindkettő alapján az adott testképpel való súlyos elégedetlenségre és fogyási szándéokra következtethetünk. A FTAN-s csoportnál a két adat különbözik, ami csak úgy lehetséges, ha a számláló vagy a nevező átlagát néhány adat jelentősen befolyásolja. Mindenesetre a vágyott/jelen alak hányados a FTAN-soknál is átlagosan AN-s jelleget mutat, vagyis egynél nagyobb értéket, ha szignifikánsan kisebb mértékben is, mint a RAN-soknál. A két purgáló csoport keskenyebb alakpreferenciája azonban az „ideális nő” és a BN-sé „legvonzóbb nő” választásában is megmutatkozik, míg a RAN-sok e két átlaga nem tér el szignifikánsan a kontrollokétól. Az eredmények lehetséges magyarázata, hogy a „karcsúságideál” leginkább a BN-sokat, majd FTAN-sokat befolyásolja, míg a RAN-sok fogyását kevésbé. Ugyanakkor, ha a különbségek mások is, valamennyi csoporton belül a

„vágyott alak” a legkarcsúbb, utána az ideálisnak tartott nő következik, és a másik nem számára legvonzóbb nő a legteltebb.

A jelen alak becslése az egyes csoportokon belül, legkevésbé a RAN-snál, pozitív korrelációt mutatott az aktuális BMI-vel, ami a testképpel kapcsolatos realitás megtartottságát mutatja, a teltebbek – legalábbis az adott alcsoporton belül – teltebbnek látják magukat e vizuális alakbecslés során. Sőt BN-soknál a kontrollokhoz hasonlóan a „vágyott alak” is közepes fokú korrelációt mutatott az aktuális BMI-vel. FTAN-soknál azonban közepes fokú negatív korreláció mutatkozott a jelen BMI és a vágyott alak között, ami arra utal, hogy minél nagyobb súlyú az adott csoporton belül valaki, annál intenzívebb karcsúságra törekszik, ami a motivációk irrealitására és nagyobb fokú zavarodottságára utalhat. Ezt látszik alátámasztani az az eredmény is, hogy míg a „vágyott BMI” értéke BN-soknál és a kontrolloknál mind a „jelen alakkal”, főként pedig a „vágyott alakkal” korrelált, RAN-sok között pedig a vágyott alak és vágyott BMI között alacsony pozitív korrelációt találtunk, a FTAN-sok „vágyott BMI” értéke nem mutatott összefüggést a „vágyott alakkal”. Mindez a FTAN csoport nagyobb fokú heterogenitására és a vágyott testkép nagyobb fokú zavarodottságára utalhat.

#### **6. 2. 4. A Korai Maladaptív Sémák és az evészavarok közti kapcsolat vizsgálatának megbeszélése**

A Korai Maladaptív Sémákkal történt vizsgálat célja az volt, hogy a három evészavar-alcsoportra vonatkozóan specifikus séma-profil megtaláljunk, továbbá, hogy az egyes KMS-faktorok és a testtömeg-index összefüggését tisztázzuk a három evészavaros alcsoportra vonatkozóan. A kapott eredmények azt mutatták, hogy a három alcsoport a KMS-faktorok szerint különbözik egymástól, valamint azt, hogy a KMS-faktorok és a BMI között BN-soknál összefüggés található. A GLM-analízis szerint a két anorexiás alcsoport (RAN, FTAN) 3. KMS-faktor átlaga szignifikánsan magasabb volt a BN alcsoporténál. Mivel a 3. faktor a faktor-letöltés szerint az Önfeláldozás, a Könyörtelen mércék/Hiperkritikusság és a Büntető készenlét sémáit tartalmazza, ezek az eredmények a kognitív sémák szintjén azt jelentik, hogy az AN-s páciensek mindkét csoportja abban különbözik a BN-sokétól, hogy hajlamosak az önfeláldozásra, szélsőséges mértékben

mások szükségleteire összpontosítanak, saját szükségleteik háttérbeszorításával. Az a szilárd meggyőződésük továbbá, hogy az embernek szigorúan törekednie kell arra, hogy elérje a magatartás és a teljesítmény nagyon magas belső normáit, a kritika elkerülése érdekében. A Büntető készenlét KMS-nak megfelelően az a beállítódás jellemzi őket, hogy az embereket könyörtelenül meg kell büntetni a hibáikért. Ezek az eredmények összhangban vannak a korábbi vizsgálatokéival, ahol a RAN-s és FTAN-s pácienseket perfekcionistaabbnak találták a BN-s pácienseknél (Keel és mtsai 2004).

A 4. KMS-faktor (Feljogosítottság/Grandiozítás, Elégtelen önkontroll/Önfegyelem) esetében a FTAN-s csoport szignifikánsan magasabb pontszámot ért el, mint a RAN-s csoport, és marginálisan magasabb pontszámot, mint a BN-s csoport, amely viszont marginálisan magasabb pontszámot mutatott a RAN-s csoportnál. A séma-szintű kogníciók figyelembevételével ez azt jelenti, hogy az FTAN-s pácienseknél a RAN-s páciensekkel összevetve (a Feljogosítottság/Grandiozítás KMS alapján) szignifikánsan nagyobb intenzitású az a meggyőződés, hogy másokhoz képest felsőbbrendűek, speciális jogokra és privilégiumokra jogosultak. Felmentve érzik magukat a normál társas kapcsolatokra jellemző kölcsönösségi szabályok kötöttségei alól. Továbbá, a kifejezettnek tekinthető Elégtelen önkontroll/Önfegyelem KMS sémájuk következtében, úgy tűnik, hogy szignifikánsan nagyobb nehézségük van a megfelelő önkontroll gyakorlásában, illetve visszautasítják azt. Emellett a személyes céljaik elérésével, illetve az intenzív érzelmek és indulatok szabályozásával kapcsolatos frusztrációkkal szemben alacsonyabb toleranciát mutatnak. Eredményeink azt mutatják, hogy a BN-s páciensek a fenti két KMS-t marginálisan nagyobb intenzitással mutatták, mint a RAN-s páciensek. Tanulmányunkkal összhangban, néhány korábbi vizsgálat a FTAN-s pácienseknél egyidejűleg jellemzőnek találta a magas perfekcionizmust és a magas impulzivitást (Keel és mtsai 2004).

A BMI és a korai maladaptív sémafaktorok közötti eltérő kapcsolatok közül statisztikailag szignifikáns volt a 2. KMS-faktor és a BMI összefüggése a BN-s alcsoportban, ahol a 2. faktor magasabb KMS-értékei alacsonyabb BMI-értékekkel társultak. Ez azt jelenti, hogy a BN-s pácienseknél a 2. faktorhoz tartozó sémák, azaz a következő hiedelmek, potenciálisan protektív faktort jelentenek a magasabb BMI-vel szemben:

- az a hiedelem, hogy valamilyen külsődleges, nem-kívánatos tulajdonsága miatt szigetelődik el másoktól;
- az a hiedelem, hogy mások kifejezett segítsége nélkül képtelen a hétköznapi kötelezettségei megfelelő, felelősségteljes ellátására;
- a számára jelentős személyekkel szélsőséges érzelmi bevonódásra és közelségre törekvés, az individuáció és a normális társas fejlődés feladása árán;
- törekvés a mások kontrolljának való kifejezett alárendelődésre, mivel kényszerítve érzi magát az alárendelődésre, hogy elkerülje a másik haragját, bosszúját, elhagyását.

Két korábbi vizsgálatban a YSQ-t alkalmazták az EVZ-os alcsoportok diszfunkcionális maghiedelmeinek összehasonlítására. Leung és mtsai vizsgálata a RAN, FTAN és BN-pácienseket és normál kontroll-pácienseket hasonlította össze. Eszerint a BN-alcsoport magasabb pontszámot mutatott a RAN-alcsoportéhoz képest a Feljogosítottság/Grandiozítás alskálán. A Leung-vizsgálat és a jelen vizsgálat közötti inkonzisztencia az eltérő mintával és a módszertani különbségekkel magyarázható. Először is, a jelen vizsgálat főként osztályon fekvő páciensekkel történt, akik külső segítség nélkül nem voltak képesek evési szokásaik kontrollálására, míg Leung és mtsai ambuláns csoportterápiában résztvevőket vizsgáltak, ami feltehetően a tüneti súlyosság enyhébb fokát jelzi. Ily módon a két vizsgálat eredményei közötti eltérés azzal a ténnyel magyarázható, hogy a mi pácienseinknek súlyosabb tüneteik voltak, ami nagyobb valószínűséggel jár együtt a kognitív sémák jellegzetes torzulásaival. Ez a feltevés konzisztens a korábbi vizsgálatok eredményeivel is (Schmidt és mtsai 1995, Cooper és mtsai 2006). Másodszor, a teljes minta nagysága, és minden evészavaros alcsoport mintája nagyobb volt a mi vizsgálatunkban, ami megnöveli a mi vizsgálatunk érzékenységét. Végül, minthogy mi megelőző adat-redukciót (faktor-analízis) alkalmaztunk, ezért az analízisben kisebb számú változóval dolgoztunk, ami az 1-es típusú hiba lehetőségét csökkenti.

Waller és mtsai vizsgálatukat (Waller és mtsai 2000) a miénktől eltérő diagnosztikus csoportokon végezték. Az ő vizsgálatukban a RAN, a miénkben pedig a BED szindróma nem szerepelt. Abban a vizsgálatban három KMS hatékonyan differenciált az alcsoportok között (Csökkentértékűség/Szégyen, Kudarcra ítélttség, Elégtelen önkontroll/Önfegyelem), habár az egyváltozós és többváltozós megközelítések

ellentmondó eredményeket hoztak, és a teljes minta mérete, valamint mindegyik evészavaros alcsoport mintája általában kisebb volt, mint a mi vizsgálatunkban, ami megkérdőjelezi az eredményeik validitását és általánosíthatóságát.

Az EVZ viselkedés-faktorok és a KMS-faktorok kanonikus korrelációja során nyert eredmények általánosan azt mutatták, hogy a KMS-nak és EVZ viselkedésnek két kanonikus faktor-párja volt, melyek egymással szoros kapcsolatban voltak. Különösen szignifikáns kanonikus korrelációt találtunk az első kanonikus faktor-párra vonatkozóan. Az EVZV első kanonikus faktor-párja bipoláris jellegű, melyet egyfelől a faló-purgáló viselkedés (falás, önhánytatás, hashajtó-abuzus), másfelől pedig a testgyakorlás hiánya jellemez. Ez a bipolaritás összhangban van egy korábbi tanulmány eredményével (Breverton és mtsai 1995). Az első KMS kanonikus faktort az Érzelmi depriváció, az Elhagyatottság, az Összeolvadás, az Alárendelődés, Érzelmi gátoltság határozták meg. Ezek az eredmények egyrészt azt mutatják, hogy szignifikáns pozitív korreláció áll fenn a falás, hányás, hashajtó-abuzus, mint viselkedés, valamint a fentebb említett maladaptív séma-szintek között. Eredményeink összhangban vannak korábbi vizsgálatokkal, melyek a falás-purgálással együttjáró hasonló személyiség-faktorokat mutattak ki. A falás (Klump és mtsai 2000), az önhánytatás (Reba és mtsai 2005), és a hashajtó-abuzus (Tozzi és mtsai, 2006) a Temperamentum és Karakter Kérdőív alacsony önirányítottságával mutatott kapcsolatot, továbbá az önirányítottság szignifikánsan és negatívan korrelált az inasszertív szelf-séma-változó alskálával (Unoka és mtsai 2004).

Másodszor, azok az egyének, akik az inasszertív szef-séma-faktorban alacsony szintet mutattak, feltételezés szerint képesek a testedzés megfelelő alkalmazására, purgálás nélkül, a testsúlyuk kontrollálása érdekében. Ez az eredmény egybehangzó azzal, hogy a rendszeres testedzés alacsony neuroticizmussal, magasabb extraverzióval és ingerkereső magatartással áll kapcsolatban az átlag-népességben (DeMoor és mtsai 2006) és, hogy a testedzés a szorongás és stressz csökkentését szolgálhatja AN-s személyeknél (Davis és mtsai 1994, Favaro és mtsai 2000, Holtkamp és mtsai 2004). Egy tanulmányban, amelyik szélsőséges mértékben testedzőket, nem-szélsőséges mértékben testedzőket, valamint testedzést nem folytatókat hasonlított össze (Shroff és mtsai 2006), azt találták, hogy a mértéktelen testedzés főként az AN purgáló (falás nélküli) altípusával, ezen kívül a magas szorongásos pontszámmal, több kényszer gondolattal és

kényszercselekvéssel, valamint evészavar-tünettel mutatott kapcsolatot. A mi vizsgálatunk során ezzel szemben a testedző viselkedés az első EVZ-viselkedés kanonikus faktorban ellentétben állt a faló-purgáló viselkedéssel. A mértéktelenül testedzők esetében EVZ-os nők között a társuló személyiség-tulajdonságok között a nagyobb mértékű kitartást, a perfekcionizmust és a szorongó-kényszeres személyiségvonásokat írták le (Shroff és mtsai 2006). Ezek a vonások szintén nem jellemzőek azokra a személyiségtípusokra, amelyeket az alacsony önbizalom és ön-hatékonyság jellemez, amiket az inasszertív séma foglal magába. Utóbbi személyek a kötődési személy elérhetetlenségétől szenvednek, akivel individuációjuk rovására túlzott érzelmi kapcsolatban állnak, és akinek a kontrolljának túlzott mértékben alárendelődnek.

A második kanonikus faktor-pár megközelítette a statisztikai szignifikanciát, és a mérsékelten magas kanonikus korrelációs együtthatót. A második kanonikus EVZ-viselkedés faktort, melyet a falás, fogyasztó-tabletták használata és az önhánytatás jellemezett, faló-purgáló viselkedésnek neveztük el, és ez független volt a testedzéstől. A második KMS kanonikus faktort a feljogosítottság/grandiozitás, valamint kisebb mértékben az elhagyatottság jellemezte, és Feljogosítottság szelf- sémának neveztük el.

A post hoc GLM analízis azt mutatta, hogy a bipoláris faló-purgáló/testgyakorló viselkedés és a faló-purgáló viselkedés nyilvánvalóan, definíció szerint megkülönböztette az FTAN és BN csoportot a RAN-stól, a DSM-IV-TR definícióval egybehangzóan (APA 2000). Megjegyzésre méltó azonban, hogy a KMS kanonikus faktorok is elkülönítették a különböző klinikai jelenségek által meghatározott evészavar alcsoportokat. Ezek az eredmények összhangban állnak korábbi tanulmányokéval, melyek a személyiségfaktorok (Westen és Harnden-Fischer 2001, Vitousek és Manke 1994, Cassin és von Ranson 2005, Lilenfeld és mtsai 2006), és különösen a KMS-ek (Leung és mtsai 1999, Waller és mtsai 2000, Gongora és mtsai 2004) jelentőségét vizsgálták az EVZ-ok konceptualizálásában. Eredményeink, melyek a Feljogosítottság séma-faktorban az FTAN csoport szignifikánsan magasabb átlagpontszámát mutatták a RAN és a BN csoporttal szemben, hasonlóak más vizsgálatokéihoz, melyekben az FTAN csoport súlyosabb és diffúzabb személyiségpatológiát mutatott a másik két EVZ-csoportnál (Vitousek és Manke 1994, Westen és Handnen-Fischer 2001).

Az osztályozási pontosságot azoknak a kanonikus faktor-pároknak a diszkriminancia-analízisével vizsgáltuk, melyek jó osztályozást mutattak a RAN, FTAN és BN

vonatkozásában. Megjegyzendő, hogy a két KMS-faktor jól elkülönítette az evészavar alcsoportokat, amikor az EVZ viselkedés-faktoroktól elkülönítve teszteltük. A BN és FTAN, valamint AN csoportok közötti szignifikáns különbség ellenére az osztályozási pontosság a BN-csoportra vonatkozóan alacsony volt, ami a KMS-faktoroknak alacsony diagnosztikus specificitását mutatta erre a csoportra vonatkozóan.

Ismereteink szerint eddig nem vizsgálták az EVZ viselkedések jelenlétének és gyakoriságának a KMS-kal való kapcsolatát a három EVZ-alcsoportban (RAN, FTAN, BN) kanonikus korreláció analízissel. Három korábbi tanulmányban korrelációs analízissel nézték meg a KMS és két EVZV (falás és önhánytatás frekvenciája) közötti korrelációt, az FTAN és BN pácienseknél. Leung és mtsai vizsgálatában az FTAN páciensek között a „Kudarca ítéltés” KMS-alskála pozitív korrelációt mutatott a hányások frekvenciájával, BN páciensek között pedig a „Társas izoláció/Elidegenedettség” negatívan korrelált a falásrohamok frekvenciájával (Leung és mtsai 1999). Waller és mtsai közleményében a falás szignifikánsan korrelált az Elhagyatottság, Csökkentértékűség/Szégyen, Érzelmi depriváció, Érzelmi gátoltság, Kudarcra ítéltés, Elégtelen önkontroll, Társas izoláció KMS-kal, az önhánytatás pedig szintén szignifikánsan korrelált az Elhagyatottság/Dependencia, Csökkentértékűség/Szégyen, Érzelmi gátoltság, Társas izoláció és Sérülékenység KMS-kal (Waller és mtsai 2001). Egy másik közleményben a KMS és a falás és purgálás frekvenciája között BN-s pácienseknél nem találtak szignifikáns korrelációt (Gongora és mtsai 2004).

Ezen közlemények és saját vizsgálatunk közötti eltérések a különböző vizsgálati mintából és metodikai különbségekből adódhatnak. Az idézett közlemények a miénktől eltérő EVZV-eket és diagnosztikai csoportokat vizsgáltak, melyek közt RAN-páciensek nem szerepeltek. Ezen kívül az említett vizsgálatokban nem használtak kanonikus komponens analízist, ami a KMS és EVZV komponensei közötti korreláció megtalálásának a legjobb módszere. A mi vizsgálati mintánkban többségben voltak a kórházban kezelt betegek, szemben a korábbi közleményekével, ami felveti a súlyosabb patológia, és az ebből fakadó eltérések lehetőségét.

Végül, mivel a jelen vizsgálatban elsődleges adat-redukciót (kanonikus korreláció analízis) végeztünk, az analízis során a változók kisebb számával dolgoztunk, ami csökkentette az 1-es típusú hiba lehetőségét.



Meg kell említeni vizsgálatunk néhány korlátját is. Mivel eredményeinket női vizsgálati mintán nyertük, azok nem általánosíthatók férfi-populációkra. Nem zárhatjuk ki továbbá az alultápláltság vizsgálati eredményt befolyásoló hatását, minthogy nem állt rendelkezésünkre erre vonatkozó specifikus mérőeszköz. Bár a személyiségvonásokat az alultápláltság befolyásolhatja, több vizsgálati lelet ezt mégsem támasztja alá (Vitousek és Stumpf 2005). Ezen kívül, az EVZV-ek frekvenciájára vonatkozó adatokat retrospektív önbeszámolók alapján nyertük, ami az eredményeket szintén befolyásolhatja.

Vizsgálatunk, a korábbi, YSQ-ra épülő nemzetközi szakirodalmi beszámolókhöz hasonlóan, azt mutatta, hogy a KMS Young-féle konceptualizálása jelentős szerepet játszik, a különböző, DSM-IV szerint diagnosztizált evészavarokban szenvedő páciensek séma-szintű pszichopatológiájának megértésében. Ezek az eredmények az evészavarok séma-szintű kognitív megértéséhez vezethetnek, és ezáltal a differenciáltabb, séma-fókuszú esetértelmezéshez, ami jelentősen elősegítheti valamennyi vizsgált evészavaros al csoport specifikus kognitív-viselkedés terápiás stratégiáinak megtervezését.

## **7. Következtetések**

Értekezésem első részében az AN és BN, valamint az ezeket megelőző kóros táplálkozási attitűdök és szokások gyakoriságát elemeztem két magyar város közép- és felsőoktatási intézményeinek tanulói között. Vizsgálataim hozzájárultak ezen epidemiológiai adatok, elsősorban a BN és az alkalmatlan kompenzáló viselkedésformák gyakoriságának pontosításához. A vizsgálatokban kimutattam, hogy alkalmatlan kompenzáló viselkedésformák alkalmazása a 14-29 éves magyar női populáció 15%-ánál időszakosan előfordul, továbbá a szubklinikus BN prevalenciáját 4,5%-nak, a becsült BN-ét 3,6%-nak, a biztosan igazolt BN-ét pedig 0,6%-nak találtam. Vizsgálataim, melyek két térségben történtek, felhívják a figyelmet arra vonatkozóan, hogy Magyarország egyes területei között a prevalencia-adatok különbségeket mutathatnak. A balettiskolás lányok között nyert adatok az EVZ-viselkedésekre

vonatkozóan, az alacsony esetszám ellenére is, hangsúlyozzák a különösen veszélyeztetettnek tűnő csoportok felkutatásának és felmérésének nélkülözhetetlenségét. A vizsgálat eredménye megmutatta a fiatal magyar nők és férfiak testsúllyal kapcsolatos beállítódásainak lényeges különbözőségét, mely úgy tűnik, nemcsak az egészséges populációra, hanem az evési magatartás különböző zavarait mutató csoportok nagy részére is jellemző. Ezek az attitűdök magyarázhatják nőknél a férfiakéhoz hasonló frekvenciával előforduló falásrohamokhoz alkalmatlan kompenzáló viselkedésformák szignifikánsan gyakoribb kapcsolódását.

Értekezésem második részében klinikai evészavar-tüneteket mutató betegcsoportok (RAN, FTAN, BN) személyiségháttérének kognitív szempontú pszichometriai összehasonlító vizsgálatát végeztem el, az egyes EVZ alcsoportok között, valamint ezen alcsoportok és hasonló életkorú és azonos nemű kontroll-csoport között. A vizsgálat eredményei szignifikáns különbségeket mutattak, nemcsak az evészavar csoportok és a kontroll-csoport között, hanem az egyes evészavar-alcsoportok között is az asszertív viselkedés, a megbirkózási stílus, az alakkal kapcsolatos attitűdök, a diszfunkcionális attitűdök és a korai maladaptív sémák területén. A vizsgálati eredmények felhívják a figyelmet a FTAN alcsoport másik két alcsoporthoz mérten is fokozott veszélyeztettségére (súlyos depresszió előfordulásának nagyobb gyakorisága, a BMI-vel negatív korrelációban álló vágyott alak-választás, érzelmi indíttatású megbirkózási stílus előnyben részesítése, több korai maladaptív séma aktivitása). Ezen túl, a vizsgálatban sikerült összefüggéseket kimutatni a jellegzetes evészavar-viselkedések egyes faktorai és a betegek személyiség-jellemzőit tükröző korai maladaptív sémák faktorai között, ami elősegíti a súlyosabb evészavar-tünetek kognitív háttérének pontosítását és adott esetben kezelését.

Az evészavarok személyiség-háttérének kognitív- és viselkedés-szempontú pszichometriai vizsgálata megfelelő számú, alcsoportokra bontott klinikai betegmintán eddig még Magyarországon nem történt. Eredményeim várhatóan hozzájárulnak ezeknél a betegeknél a specifikus evészavar-patológia háttérében meghúzódó kognitív- és személyiség-patológia megértéséhez, továbbá a terápiás eszköztár differenciáltabbá és hatékonyabbá tételéhez.

## Összefoglalás

**Célkitűzések:** Vizsgálatomnak két fő célja volt: 1.) Az anorexia (AN) és bulimia nervosa (BN) és a kapcsolódó kóros táplálkozási szokások és attitűdök prevalencia-vizsgálata közép- és felsőoktatási intézmények diákjai közt Budapesten és Pécsen két lépcsős vizsgálatban. 2.) Annak vizsgálata, hogy a DSM-IV szerint diagnosztizált evészavar (EVZ) alcsoportok mutatnak-e specifikus különbségeket a depresszió, diszfunkcionális attitűdök, asszertív viselkedés, megbirkózási stílus, vizuális alakbecslés és a korai maladaptív sémák tekintetében. **Módszerek:**1.) A két lépcsős vizsgálatban az Edinburgh-i Bulimia Kérdőív (BITE), az Evési Attitűd Teszt (EAT) és a Beck Depressziós Kérdőív (BDI) segítségével szűrővizsgálatot majd félig-strukturált interjút végeztem. A tesztanyagot 800 személy kapta meg és 580-at (332 nő és 248 férfi) kaptam vissza. A statisztikai feldolgozás során egymintás t-próbát és  $\chi^2$ -próbát végeztünk. 2.) Az EVZ alcsoportok különbségeinek vizsgálata a BDI, a Burns-féle Diszfunkcionális Attitűd Skála (DAS), a Rathus-féle Asszertivitás Kérdőív, a Folkmann-Lazarus Megküzdési MódoK Kérdőív 7 alskálaja, az Emberalakrajzok Tesztje és a Young-féle Séma Kérdőív (YSQ-L) alapján történt. A kérdőíveket 73 restriktív anorexiás (RAN), 46 falás/tisztulás anorexiás (FTAN), 87 bulimiás (BN) és 67 nőből álló egészséges kontrollcsoport töltötte ki. A különbségeket az egyes csoportok között általános lineáris modell (GLM) analízissel vizsgáltuk. A Korai Maladaptív Sémák (KMS) faktorstruktúráját az EVZ alcsoportok között faktoranalízissel vizsgáltuk, az alcsoportok közti KMS- különbségeket pedig GLM-analízissel. **Eredmények és megbeszélés:** 1.) A női minta 3%-a mutatott AN attitűdöket, de AN esetet nem találtam. A nők 4,5%-a és a férfiak 0,8%-a volt szubklinikus, 3,6 illetve 0,4%-uk becsült BN-s, a diagnosztikus interjúval megerősített BN prevalenciája nőknél 0.6% volt. 2.) Az EVZ csoportokat magas depressziós értékek, az asszertivitás és a problémára irányuló megküzdési stílus alacsony értékei jellemezték a kontrollcsoporttal szemben. BN-sokra az elismerésigény és külső kontroll attitűd volt jellemző a RAN-sokkal szemben is, a BN és FTAN csoport az érzelmi indíttatású problémamegoldás magasabb szintjét mutatta, a saját alak vizuális méreteinek túlbecslése és szignifikánsan karcsúbb vágyott alak jellemezte őket a kontroll- és RAN-s csoportokkal szemben. A RAN és FTAN csoportra az önfeláldozás, könyörtelen mércék, büntető készenlét, míg a BN és FTAN-ra a feljogosítottság, elégtelen önkontroll KMS-k voltak jellemzők.

## Abstract

**Objective** were: 1.) to survey of the prevalence rates for anorexia (AN) and bulimia nervosa (BN) and related adverse dieting attitudes and eating behaviours among secondary school, and college students in Budapest and Pécs. 2.) to elucidate whether eating disorder (ED) subtypes - as defined by DSM-IV - exhibit specific characteristics in terms of depression, dysfunctional attitudes, assertive behaviour, coping style, visual shape assesment and early maladaptive schemes (EMS). **Methods:** 1.) In the process of a two-stage study a series of Bulimia Investigatory Test Edinburgh (BITE), Eating Attitudes Test and Beck Depression Inventory (BDI) were applied for screening and a semi-structured diagnostic interview was conducted. The test-battery was administered to 800 representatives out of which 580 test-battery (332 femals, 248 males) were returned. 2.). The specific characteristics of ED subgroups were measured by BDI, Burns Dysfunctional Attitudes Scale, Rathus Assertiveness Scale, Ways of Coping Questionnaire, Human Figure Drawings Test and Young Schema Qestionnaire. The Questionnaires were filled out by 73 Restrictive AN (RAN), 46 Binge/Purging type of AN (BPAN), 87 BN patients and by a control group of 67 healthy women. The mean differences between specific groups were identified by general linear model (GLM) analysis. The structure of the EMS factors among the ED was examined by factor-analysis, while the differences among the subgroups by GLM-analysis. **Results and discussion:** The overall female sample, 3% revealed anorexic disposition, but no actual cases of AN were detected. 4,5% of the females and 0,8% of the males were classified as subclinical bulimics, whereas 3,6% of the females and 0,4% of the males could be listed in the category of simulated BN. The prevalence rate of BN, defined by DSM-IV, was 0,6% among women which could be proved by the diagnostic interview. 2.) EDs were characterized by high depression values, and low values of assertivity and problem-solving coping styles, in contrast with the control group. BNs showed a stronger level of external control, and a higher need for appraisal, than those with the RAN, and control. BNs and BPANs showed a higher level of emotional coping, visual overestimation of physical self image and the preference for a thinner desired physical shape, compaired to that of the controls' and RANs'. RANs and BPANs showed higher scores on the EMS of self-sacrifice, unrelenting standards and punitiveness, while, BNs and BPANs on the EMS of entitlement and insufficient self-control.

## IRODALOMJEGYZÉK:

1. 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 and Negl*, 2001, 25:771-785
2. Agras S, Hammer L, McNicholas F: A prospective study of the influence of eating disordered mothers on children. *Int J Eat Disord*, 1999, 25: 253-262.
3. American Psychiatric Association (APA): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Ed. 4, Text Revision (DSM-IV-TR)., Washington DC, 2000.
4. American Psychiatric Association (APA): Diagnostic and statistical Manual of mental disorders. Fourth Edition, Text Revision. APA, Washington DC, 1994, 215-217
5. American Psychiatric Association (APA): Diagnostic and statistical manual for mental disorders. Third edition. APA, Washington D.C., 1980.
6. American Psychiatric Association (APA): Diagnostic and statistical manual for mental disorders. Third edition – Revised. APA, Washington D.C., 1987, 25-26.
7. American Psychiatric Association( APA): Practice Guideline for Eating Disorders. *Am J Psychiatry*, 1993, 150: 207-228. (magyar fordítás: Gyakorlati útmutató evési zavarok kezeléséhez., VIKOTE-füzetek, Budapest, 1997).
8. Ames-Frankel J, Devlin MJ, Walsh T, Strasser TJ, Sadik C, Oldham JM, et al: Personality disorder diagnoses in patients with bulimia nervosa: Clinical correlates and changes in treatment. *J Clin Psychiatry* 1992, 53:90-96
9. Anderluh MB, Tschanturia K, Rabe-Hesketh S, Treasure J: Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: Defining a broader eating disorder phenotype. *Am J Psychiatry*, 2003, 160:242-247.
10. Bastiani, A. M., Rao, R., Weltzin, T. és Kaye, W. H.: Perfectionism in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 1995, 17: 147-153.
11. Beck, AT, Ward CH, Mendelsohn M, Mock J, Erbaugh J: An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 1961, 4:561-571.
12. Beck, A. T., Beck, R. W. Shortened version of BDI. *Postgrad Med*, 1972, 52, 81-85.

13. Becker AE, Burwell RA, Gilman SE, Herzog, DB, Hamburg P: Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *Br J Psychiatry*, 2002, 7: 168-181.
14. Blinder B. J., Cumella E. J., Sanathara V. A.: Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosom Med* 2006, 68: 454-462.
15. Blouin A, Blouin J, Aubin P, Carter J, Goldstein C, Boyer H, Perez E: Seasonal patterns of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1992, 149:73-81.
16. Bornstein, R. F: A meta-analysis of dependency-eating-disorders relationship: Strength, specificity and temporal stability. *Psychopathol Behav Assess*, 2001, 23:151-162.
17. Bourke MP, Taylor GJ, Parker JDA, Bagby RM: Alexithymia in women with anorexia nervosa: a preliminary investigation. *Br J Psychiatry*, 1992, 161:240-243.
18. Branch CHH, Eurman LJ: Social attitudes toward patients with anorexia nervosa, *Am J Psychiatry*, 1980, 137:631-632.
19. Braun, D. L., Sunday S. R., Halmi K. A.: Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychol Med*, 1994, 24:857-867.
20. Brewerton TD, Stelfox EJ, Hibbs N, Hodges EL, Cochrane CE. Comparison of eating disorder patients with and without compulsive exercising. *Int J Eat Disord*, 1995, 17:413-16.
21. Brouwers M: Depressive thought content among female college students with bulimia. *J Counsel Dev*, 1988, 66:425-428
22. Bruce KR, Steiger H.: Treatment Implications of Axis-II Comorbidity in Eating Disorders. *Eat Disord*, 2005, 13:93-108.
23. Bruch H: *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person within*. Basic Books, New York, 1973.
24. Bruch H: *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. Open books, London, 1978
25. Bulik CM, Tozzi F, Anderson C, Mazzeo SE, Aggen S, Sullivan PF: The relation between eating disorders and components of perfectionism. *Am J Psychiatry*, 2003, 160:366-368.
26. Burns DD: *Feeling good. The mood therapy*. Signet and Mentor, New York, 1980.

27. Cash TF, Pruzinsky T: Body images: development, deviance and change. Guilford Press, New York, 1990.
28. Casper R. Personality features of women with good outcome from restricting anorexia nervosa. *Psychosom Med* 1990, 52:156-170.
29. Cassidy E, Allsopp M, Williams T: Obsessive-compulsive symptoms at initial presentation of adolescent eating disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 1999, 8:193-199.
30. Cassin SE, von Ranson KM. Personality and eating disorders: A decade in review. *Clin Psychol Rev*, 2005, 25:895-916.
31. Claes L, Vandereycken W, Vertommen H: Impulsive and compulsive traits in eating disordered patients compared with controls. *Pers Individ Dif*, 2002, 32:707-714
32. Claes L., Nederkoorn C., Vandereycken W., Guerrieri R., Vertommen H.: Impulsiveness and lack of inhibitory control in eating disorders. *Eat Behav* 2006, 7: 196-203.
33. Cockel SJ, Hewitt PL, Seal B, Sherry S, Goldner EM, Flett GM, Remick RA: Trait and Self-Presentational Dimensions of Perfectionism Among Women with Anorexia Nervosa. *Cognit Ther Res*, 2002, 26:745-758.
34. Cooper MJ, Rose KS, Turner H. The specific content of core beliefs and schema in adolescent girls high and low in eating disorder symptoms. *Eat Behav* 2006, 7:27-35.
35. Cooper PJ: Eating disorders and their relationship to mood and anxiety disorders. In: Brownell KD, Fairburn CG (szerk.): *Eating disorders and obesity*. Guilford, New York, 1995, 159-164.
36. Crisp AH: Some aspects of the evolution, presentation and follow up of anorexia nervosa. *Proc R Soc Med*, 1965, 58:814-820.
37. Crisp, A. H. *Anorexia nervosa: Let me be*. Academic Press: London, 1980.
38. Davis C, Kennedy SH, Ravelski E, Dionne M. The role of physical activity in the development and maintenance of eating disorders. *Psychol Med*, 1994, 24:957-67.
39. De Moor MHM, Beem AL, Stubbe JH, Boomsma DI, De Geus EJC. Regular exercise, anxiety, depression and personality: a population-based study. *Prev Med*, 2006, 42:273-9.

40. Dévald P: Öndestruktivitás az evészavarokban, a Pszichoanalitikus Gyermek- és serdülőterápiás Intézet kiadványa, Budapest, 1993, 32-42.
41. Diaz-Marsa, M., Karrasco J. L. és Saiz J.: A study of temperament and personality in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Personal Disord*, 2000, 14:352-359.
42. Eiber R, Vera L, Mirabel-Sarron C, Guelfi J D: Self-esteem: a comparison study between eating disorders and social phobia. *Encephale*, 2003, 29:35-41.
43. Fahy T, Eisler I: Impulsivity and eating disorders. *Br J Psychiatry* 1993, 162:193-197.
44. Fairburn CG, Beglin SJ.: Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, 1990, 147: 401-408.
45. 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.
46. Fairburn CG, Shafran R, Cooper Z: A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behav Res Ther*, 1999, 37:1-13
47. Fairburn CG, Welch SL, Doll HA, Davies BA, O'Connor ME: Risk factors for bulimia nervosa, a community-based case-control study. *Arch Gen Psychiatry*, 1997, 54:509-517.
48. Fairburn CG: Eating Disorders. In: Clark DM, Fairburn C. G, Editors. *Science and practice of cognitive behaviour therapy*. Oxford University Press, Oxford, 1997, 209-242.
49. Fallon A, Rozin P: Sex differences in perception of desirable body shapes. *J Abnorm Psychol*, 1985, 94:102-105.
50. Favaro A, Caregato L, Burlina A, Santonastaso P. Tryptophan levels, excessive exercise, and nutritional status in anorexia nervosa. *Psychosom Med*, 2000, 62:535-538.
51. Favaro A., Zanetti T., Tenconi E., Degortes D., Ronzan A., Veronese A., Santonastaso P.,: The relationship between temperament and impulsive behaviors in eating disordered subjects. *Eat. Disord*, 2005. 13: 61-70.
52. Folkman S, Lazarus RS: An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav*, 1980, 21:219-239



53. Folkman S, Lazarus RS, Gruen R, DeLongis A: Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *J Pers Soc Psychol*, 1986, 50:571-579.
54. Fombonne E: Anorexia nervosa. No evidence of an increase. *Br J Psychiatry*, 1995, 166: 464-471.
55. Forbush K, Watson D: Emotional inhibition and personality traits: a comparison of women with anorexia, bulimia, and normal controls. *Ann Clin Psychiatry*. 2006, 18:115-21.
56. Frederick CM, Grow VM: A mediational model of autonomy, self-esteem, and eating disordered attitudes and behaviors. *Psychol Women Q*, 1996, 20:217-228.
57. Frost RO, Marten P, Lahart CM, Rosenblate R: The dimensions of perfectionism. *Cognit Ther Res*, 1990, 74:449-468.
58. 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, 32:116-120.
59. Garfinkel PE, Garner DM ed.: *Anorexia nervosa. A multidimensional perspective*. Brunner Mazel, New York, 1982
60. 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 subgroups. *Am J Psychiatry* 1995, 152:1052-1058.
61. Garner DM, Bemis KM: Cognitive therapy for anorexia nervosa. In: Garner DM, Garfinkel PE (szerk.) *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. Guilford, New York, 1985, 107-146.
62. Garner DM, Garfinkel P: The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med*, 1979, 9:273-279.
63. Garner DM, Onstead MP, Polivy M: Development and validation of a multidimensional eating inventory for anorexia and bulimia. *Int J Eat Disord*, 1983, 2:15-33.
64. 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
65. Ghaderi A, Scott B: Coping in dieting and eating disorders: a population-based study. *J Nerv Ment Dis*, 2000, 188:273-279.
66. Giles TR: Behavioral treatment of severe bulimia. *Behav Ther*, 1985, 16:393-405.

67. Godart N, Berthoz S, Rein Z, Perdereau F, Lang F, Venisse JL, Halfon O, Bizouard P, Loas G, Corcos M, Jeammet P, Flament M, Curt F. Does the frequency of anxiety and depressive disorders differ between diagnostic subtypes of anorexia nervosa and bulimia? *Int J Eat Disord*, 2006, 39: 772-778.
68. Godart N. T., Perdereau F., Rein Z., Berthoz S., Wallier J., Jeammet P., Flament M. F: Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders. Critical review of the literature *J. Affect. Disord.* 2007, 97:37-49 (Epub ahead of print)
69. Gongora CV, Derksen JJJ, van Der Staak CPF. The role of core beliefs in the specific cognitions of bulimic patients. *J Nerv Ment Dis*, 2004,192:297-303.
70. Gotestam KG, Agras WS: General population based epidemiological study of eating disorders in Norway. *Int J Eat Disord*, 1995, 16:119-126.
71. Grilo CM, Devlin MJ, Cachelin FM, Yanovski SZ: Report on the National Institute of Health (NIH) Workshop on the Development of Research Priorities in Eating Disorders. *Psychopharmacol Bull*, 1997, 33: 321-333.
72. Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Skodol A. E., Gunderson, J. G., Stout R. L., Shea N. T. et al.: Do eating disorders co-occur with personality disorders? Comparison group matter. *Int J Eat Disord*, 2003, 33: 155-164.
73. Guidano VF, Liotti G: *Cognitive Processes and Emotional Disorders*. Guilford Press, New York, 1983.
74. Halmi KA, Sunday SR, Strober M, Kaplan A, Woodside DB, Fichter M, Treasure J, Berrettini WH, Kaye WH: Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtypes, obsessionality, and pathological eating behaviour. *Am J Psychiatry* 2000, 157:1799-1805.
75. Halmi, K. A.; Falk, J. R.; Schwarz, E. Binge eating and vomiting: a survey of a college population. *Psychol Med*, 1981, 11, 697-706.
76. Henderson M, Freeman CPL: A self-rating scale for bulimia. The "BITE". *Br J Psychiatry*, 1987, 150:18-24.
77. Heriques GR, Calhoun LG: Gender and ethnic differences in the relationship between body esteem and self esteem. *J Psychol*, 1999, 133: 357-368.
78. Herpetz-Dalman B: Anorexia nervosa and depression. *Focus on Depression* 1992, 3:4-11

79. Herzog DB: Are anorexic and bulimic patients depressed? *Am J Psychiatry* 1984, 141: 1594-1597
80. Hewitt PL, Flett GL: Perfectionism in the self and social context: Conceptualisations, assesment, and association with psychopathology. *J Pers Soc Psychol*, 1991, 60:456-470.
81. Hewitt P. L., Flett G. L., Ediger, E.: Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in eating disorder attitudes, characteristics and symptoms. *Int J Eat Disord*, 1995, 18:317-326.
82. Hoek HW: The incidence and prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in primary care. *Psychol Med* 1991, 21:455-460.
83. Holderness CC, Brooks-Gunn J, Warren MP: Co-morbidity of eating disorders and substance abuse: reiew of the literature. *Int J Eat Disord*, 1994, 16:1-34
84. Holtkamp K, Hebebrand J, Herpertz-Dahlmann B. The contribution of anxiety and food restriction on physical activity levels in acute anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2004, 36:163-171.
85. Hudson JI, Pope HG, Jonas JM, Todd D: Phenomenologic relationship of eating disorders to major affective disorders. *Psychiatry Res*, 1983, 9:345-354.
86. Huon GF, Brown LB: Body images in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1986, 5:421-439
87. Johnson C, Wonderlich SA: Personality characteristics as a risk factor int he development of eating disorders. In: Crofther JH, Tennenbaum, DL (Eds.): *The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context*. Kent, O. H.: Kent State University Press, 1992, 179-196,
88. Kalucy RS, Crisp AH, Harding B: A study of 56 families with anorexia nervosa. *Br J Med Psychol*, 1977, 50: 381-395.
89. 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.
90. Keel PK, Fichter M, Quadflieg N, Bulik CM, Baxter MG, Thornton L: Application of a latent class analysis to empirically define eating disorder phenotypes. *Arch Gen Psychiatry*, 2004, 61:192-200

91. Kennedy SH, Kaplan AS, Garfinkel PE, Rockert W, Toner B, Abbey SE: Depression in anorexia nervosa and bulimia nervosa: discriminating depressive symptoms and episodes, *J Psychosom Res*, 1994, 38: 773-782.
92. Kishi T, Elmquist JK: Body Weight is regulated by the brain: a link between feeding and emotion. *Mol Psychiatry*, 2005, 10:132-146 doi:10.1038/sjmp.4001638 Published online 4 January 2005
93. Klump K. L, Bulik CM, Pollice C, Halmi KA, Fichter MM, Berrettini WH, Devlin B, Strober M, Kaplan A, Woodside DB, Treasure J, Shabbout M, Lilenfeld L. R, Plotnicov KH, Kaye W. H. Temperament and character in women with anorexia nervosa. *J Nerv Ment Dis*, 2000, 188: 559-566.
94. Kohut H: *The analysis of the self*. International Universities Press, New York, 1971
95. Koff E, Sangani P: Effects of coping style and negative body image on eating disturbance. *Int J Eat Disord*, 1997, 22:51-56.
96. Kopp, M.; Skrabski, Á. "Magyar Lelkiállapot," Végeken Alapítvány, 1992.
97. Kovács D.: *Az evészavarok tüneti elemzése*. Ph.D. értekezés 521, Budapest, 2004.
98. Krause ED, Robins CJ, Lynch TR: A mediational model relating sociotropy, ambivalence over emotional expression, and disordered eating. *Psychol Women Q*, 2000, 24:328-335.
99. Krch D., Drábková H.: Prevalence mentální anorexie a bulimie v populacické mládeže. *Cesk Psychiatr*, 1996, 92:237-247. (Prevalence of anorexia and bulimia nervosa in young people)
100. Lee C. W, Taylor G, Dunn J. Factor structure of the schema questionnaire in a large clinical sample. *Cognit. Ther. Res*, 1999, 23: 441-451.
101. Lee N. F., Rush A. J., Mitchell J. E.: Bulimia and depression, *J Affect Disord*, 1985, 9: 231-238.
102. Leung N, Waller G, Thomas G. Core beliefs in anorexic and bulimic women. *J. Nerv Ment Dis*, 1999, 187: 736-741.
103. Leung N, Waller G, Thomas G. Outcome of group cognitive-behavior therapy for bulimia nervosa: the role of core beliefs. *Behav Res Ther* 2000, 38: 145-156.
104. 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.

105. Lilenfeld L.R. R, Wonderlich S, Riso L. P, Crosby R, Mitchell J. Eating disorders and personality: a methodological and empirical review. *Clin Psychol Rev*, 2006, 26: 299-320.
106. Lucas, A. R.; Beard, C. M.; O'Fallon, W. M.; Kurland L.T., 50 years trends in the incidence of anorexia in Rochester, Minnesota: a population based study. *Am J Psychiatry* 1991, 148, 917-922.
107. Mayer LES, Walsh BT: Pharmacotherapy of eating disorder. In: Hoek HV, Treasure JL, Katzmann MA (szerk.): *Neurobiology int the treatment of eating disorders*. Wiley, New York, 1998, 383-405.
108. McCrea CW, Summerfield AB, Rosen B: A selective review of existing measurements techniques. *Br J Med Psychol*, 1982, 55:225-233
109. Meermann R, Napierski C, Vandereycken W: Experimental body image research in a norexia nervosa patients. In: *The eating disorders*, PMA Publishing Corp. New York, 1989, 177-194
110. Minuchin S, Rosman BL, Baker L: *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Harvard University Press, Cambridge Massachusetts, 1978, 11-34.
111. Modestin, J., Erni, T., Oberson, B.: A comparison of self-report and interview diagnosis of DSM-III-R personality disorders. *European Journal of Personality*, 1998, 12: 445-455.
112. Nakijama H, Nakano K, Tsuboi K, Tsutsui S: A study of eating disorders. Subtypes and outcome. *Japanese Journal of Psychosomatic Medicine*. 1994, 34:541-547
113. Narduzzi K J, Jackson T: Personality differences between eating disordered women and a nonclinical comparison sample: A discriminant classification analysis. *J Clin Psychol*, 2000, 56: 699-710.
114. Nasser M: *Culture and weight consciousness*. Routledge, London, 1997.
115. Németh A: A kényszerbetegségek spektrumába tartozó kórképek. In: Németh A. (szerk.): *Kényszerbetegség*. Cserépfalvi, Budapest, 1994, 183-190.
116. Nilsson EW, Gillberg C, Rastam M: Familial factors in anorexia nervosa: A community-based study. *Compr Psychiatry* 1998, 39:392-399
117. Otosson, H., Bodlund, O., Ekselius L., Grann, M., von Knorrig, L., Kullgren, G., et al.: DSM-IV and ICD-10 personality disorders: A comparison of a self-report

- questionnaire (BIP-Q), with a structured interview. *Eur Psychiatry*, 1998, 13:246-273.
118. 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, 108:255-266.
119. Perczel D, Tringer L: Asszertivitást vizsgáló kérdőívek pszichometriai elemzése. *Psychiat Hung* 1995, 10:251-267.
120. Perczel Forintos D., Kiss Zs., Ajtay Gy.: Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában. Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet, Budapest, 2005.
121. Pethő B. Bulimia nervosa. In: Pethő B.(szerk): Részletes pszichiátria – Funkcionális kórképek és zavarok. Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest, 1989, 1088-1092.
122. Polivy J, Herman CP: Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 2002, 53:187-213.
123. Potreck-Rose F: Anorexia nervosa und Bulimia. Deutscher Studien Verlag, Weinheim, 1987, 69-81
124. Pratt EM, Telch CF, Labouvie EW, Wilson GT, Agras WS: Perfectionism in women with binge eating disorder. *Int J Eat Disord*, 2001, 29:177-186.
125. Prince R: The concept of culture-bound syndromes: anorexia nervosa and brainfag. *Soc Sci Med*, 1985, 21:197-203.
126. Probst M, Van Coppenolle H, Vandereycken W: Body experience in anorexia nervosa patients: an overview of therapeutic approaches. *Eat Disord*, 1995, 3:145-157.
127. Pyle RI; Mitchell JE, Eckert DE, Halverston PA, Neuman PA, Goff GM: The incidence of bulimia in freshman college students. *Int J Eat Dis*, 1983, 2:75-85.
128. Rastam M, Gillberg C, Garton M: Anorexia nervosa in a Swedish urban region. A population based study. *Br J Psychiatry* 1989, 155, 632-646.
129. Rathner G, Messner K.: Anorexia nervosa: epidemiology in a small rural town. In: Hartoff D, Chigier E.: *Eating disorders in adolescents and young adults*; Freund Publishing House: London, 1988, 79-87.
130. Rathner G, Messner K: Detection of eating disorders in a small rural town: an epidemiological study. *Psychol Med*, 1993, 23:175-184.

131. Rathner G, Túry F, Szabó P, Geyer G, Rumpold A., Forgács W, 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.
132. Rathus AA: A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behav Ther*, 1973, 4:398-406.
133. Reba L, Thornton L, Tozzi F, Klump KL, Brandt H, Crawford S, Crow S, Fichter M. M, Halmi K. A, Johnson C, Kaplan A. S, Keel P, LaVia M, Mitchell J, Strober M, Woodside DB, Rotondo A, Berrettini WH, Kaye W. H, Bulik CM. Relationships between features associated with vomiting in purging-type eating disorders. *Int J Eat Disord* 2005, 38:287-94.
134. Riskó Á.: Anorexiás és bulimiás és rohamszerűen faló elhízott személyek Pszichodiagnosztika vizsgálatának főbb sajátosságai, *Psychiat. Hung*, 1996, 11:281-288.
135. Rizutto AM, Peterson RK, Reed M: The pathological sense of self in anorexia nervosa. *Psychiatr Clin North Am*, 1981, 4:471-487
136. Rogers RL, Petri TA: Psychological correlates of anorexic and bulimic symptomatology. *J Couns Dev*, 2001, 79:178-187.
137. Rooney, B.; McClelland, I.; Crisp, A. H. The incidence and prevalence of anorexia nervosa in three suburban health districts in south west London. *Int J Eat Disord*, 1995, 18, 299-307.
138. Rosen JC, Leitenberg H: Bulimia nervosa: treatment with exposure and response prevention. *Behav Ther*, 1982, 13:117-124.
139. Rosen J.C., Leitenberg H.: Bulimia nervosa. Treatment with exposure and response prevention. *Behav Ther* 1982, 13:117-124
140. Rosenvinge, J. H., Martinussen, M., Ostensen, E.: The comorbidity of eating disorders and personality disorders: A meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eat Weight Disord*, 2000, 5:52-61.
141. Rossier, V., Bolognini, M., Plancharel, B., Halfon, O.: Sensation seeking: A personality trait characteristic of adolescent girls and young women with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 2000, 8: 245-252.

142. Rossiter EM, Wilson GT: Cognitive restructuring and response prevention in the treatment of nervosa. *Behav Res Ther*, 1985, 23:349-359
143. Rothenberg A: Eating disorder as a modern obsessive-compulsive syndrome. *Psychiatry*, 1986, 49:45-53
144. Rózsa S, Szádóczy E, Füredi J: A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán. *Psychiat Hung*, 2001, 16:384-402
145. Russell G. F.M.: Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med*, 1979, 9:429-448.
146. Schlesier-Carter B, Hamilton SA, O'Neil PM, Lydiard RB, Malcolm R: Depression and bulimia: the link between depression and bulimic cognitions. *J Abnorm Psychol* 1989, 98:322-325.
147. Schmidt N. B, Joiner T. E, Young JE, Telch M. J. The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognit Ther Res*, 1995; 19:295-321.
148. Schmidt U, Tiller J, Blanchard M, Andrews B, Treasure J: Is there a specific trauma praecipitating anorexia nervosa? *Psychol Med*, 1997, 27:523-530.
149. Selvini-Palazzoli M, Cecchin G, Prata G, Boscolo L: Hypothesizing-circularity-neutrality; three guidelines for the conductor of the session. *Family Prozess*, 1980, 19:3-12.
150. Selvini-Palazzoli M: Self starvation. From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa. Jason Aronson, New York, 1978.
151. Shafran R, Cooper Z, Fairburn CG: Clinical perfectionism: A cognitive behavioural analysis. *Behav Res Ther*, 2002, 40:773-791
152. Shroff H, Reba L, Thornton LM, Tozzi F, Klump K. L, Berrettini W. H, Brandt H, Crawford S, Crow S, Fichter M. M, Goldman D, Halmi K. A, Johnson C, Kaplan A. S, Keel P, LaVia M, Mitchell J, Rotondo A, Strober M, Treasure J, Woodside D. B, Kaye W. H, Bulik C. M. Features associated with excessive exercise in women with eating disorders. *Int J Eat. Disord*, 2006, 39: 454-61.
153. Silvera DH, Bergersen TD, Bjorgum L, Rosenvinge JH, Holte A: Analysing the relation between self esteem and eating disorders: differential effects of self liking and self competence. *Eat Weight Disord*, 1998, 3:95-99.



154. Silverstone PH: Is chronic self-esteem the cause of eating disorders? *Med Hypotheses*, 1992, 39: 311-315.
155. Silverstone PH: Low self-esteem in eating disordered patients in the absence of depression. *Psychol Rep*, 1990, 67: 276-278.
156. Simon L, Tölgyes T: A bulimia nervosa II. *Ideggyógy Szemle*, 1990,43:484-500
157. Skarderud F: A szelf „súlya” – étkezési zavarok és szelf-pszichológia. In: Karterud S, Monsen JT (szerk.): *Szelfpszichológia. A Kohut utáni fejlődés*. Animula, Budapest, 1999, 178-212
158. Slade PD: Towards a functional analysis of anorexia and bulimia nervosa. *Brit J Clin Psychol*, 1982, 21:167-179
159. Smidt U, Jiwany A, Treasure J: A controlled study of alexithymia in eating disorders. *Compr Psychiatry*, 1993;34:54-58.
160. Speranze M, Corcos M., Godart N., Loas G., Guilbaud O., Jeammet P., Flament M. Obsessive compulsive disorders in eating disorders. *Eat. Behav*, 2001, 2:193-207.
161. Srinivasagam NM, Kaye WH, Plotnicov KH, Greeno C, Weltzin TE, Rao R: Persistent perfectionism, symmetry, and exactness after long-term recovery from anorexia nervosa. *Am J Psychiatry*, 1995, 152:1630-1634
162. Steiger H, Jabapurwala S, Champagne J, Stotland S: A controlled study of trait narcissism in anorexia and bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*, 1997, 22:173-178.
163. Strober M: An empirically derived typology of anorexia nervosa. In: Darby P, Garfinkel P, Garner DM, Coscina D (szerk.): *Anorexia nervosa: Recent developments in research*. Alan R. Liss, New York, 1983, 185-196.
164. Strober M: Personality and symptomatological features in young, nonchronic anorexia nervosa patients. *J Psychosom Res*, 1980, 24:353-359.
165. Strober M, Lampert C, Morrell W, Burrough 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.
166. Szabó P, Túry F: A depresszió és a táplálkozási zavarok kapcsolata. *Psychiat Hung*, 1994, 9:55-68.
167. Szabó P, Túry F: The prevalence of bulimia nervosa in a Hungarian college and secondary school population. *Psychoter Psychosom*, 1991, 56:43-47.

168. Szabó P: Az anorexia és bulimia nervosa egyes epidemiológiai és pszichológiai vonatkozásai. Kandidátusi értekezés, Debrecen, 1994.
169. Szabó P: A testkép a táplálkozás zavaraiiban. *Végeken*, 1993, 4:5-13.
170. Szili I, György S: Interakciódinamika evészavarban szenvedő fiatalok és édesanyjuk kapcsolatában. *Psychiat Hung* 2005, 20:126-140.
171. Szumska I, Túry F, Csoboth Cs, Réthelyi J, Purebl Gy, Hajnal Á: The prevalence of eating disorders and weight-control methods among young women: A Hungarian representative study. *European Eating Disorders Review*, 2005, 13:1-7.
172. Szumska I.: Evészavarok prevalenciája fiatal Magyar nők körében. Pszichoszociális háttérjellemzők, komorbiditás más mentális problémákkal. PHD-értekezés 460, Budapest, 2005.
173. Tobin DL, Johnson CL, Dennis AB. Divergent forms of purging behavior in bulimia nervosa patients. *Int. J. Eat. Disord.* 1992; 11:17-24.
174. Tölgyes T, Nemessúri J: Epidemiological studies on adverse dieting behaviours and eating disorders among young people in Hungary. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004, 39: 647-654.
175. Tölgyes T, Géczy A: Integrációs lehetőségek a táplálkozási magatartás-zavarok kezelésében pszichoterápiás ambulancián. *Végeken*, 1993, 4:25-33.
176. Tölgyes T, Simon L, György S: A táplálkozási magatartászavarok kognitív és viselkedésterápiája. *Psychiat Hung*, 1996, 11: 299-309
177. Tölgyes T., Simon L.: A bulimia nervosa I. *Ideggyógy Szemle*, 1989, 42:397-407.
178. Tomori M, Rus-Makovec M: Eating behavior, depression, and self-esteem in high school students. *J Adolesc Health Care*, 2000, 26:361-367.
179. Torem MS: Psychodynamic Ego-State Therapy for Eating Disorders. In: Larocca FEF (szerk): *Eating Disorders, New Directions for Mental Health Services*, No, 31, Jossey-Bass Fall, San Francisco, 1986, 99-107.
180. Tozzi F, Thornton LM, Mitchell J, Fichter MM, Klump KL, Lilenfeld LR, Reba L, Strober M, Kaye WH, Bulik CM, and the Price Foundation Collaborative Group. Features associated with laxative abuse in individuals with eating disorders. *Psychosom Med*, 2006, 68:470-477.
181. Treasur J.L., Katzmann M., Schmidt U., Troop N., Todd G., de Silva P.: Engagement and outcome in the treatment of bulimia nervosa: first phase of

- sequential design comparing motivation enhancement therapy and cognitive behavioural therapy. *Behav Res Ther*, 1999, 37:405-418.
182. Treuer T, Fábíán Zs, Füredi J: A fizikai bántalmazás, sexuális bántalmazás és a testképzavar összefüggése evészavarokban. *Pszichoterápia*, 2001, 248-252.
183. Trigeman M, Pickering AS: Role of television in adolescent women's body dissatisfaction and drive for thinness. *Int J Eat Disord*, 1996, 20:199-203.
184. Tsivil'ko MA, Dmitrieva TN, Zanozin AV: Prevalence in anorexia nervosa in urban population of adolescents (oroszl nyelvű). *Zsurnal Nevrologii i Psikhiatrii Imeni S.S. Korszakova*, 1999, 99: 47-49.
185. Túry F, Szumska I: Az étkezési zavarok kognitív viselkedésterápiája. In: Mórotz K, Perczel Forintos D (szerk.): *Kognitív viselkedésterápia*, Medicina Könyvkiadó Rt, Budapest, 2005, 501-526.
186. Túry F, Kollár M, Szabó P, Pető Z, Boda K: Táplálkozászavar-epidemiológiai vizsgálatok két középiskolás populációban. *Végeken*, 1993, 4:14-19.
187. Túry F, Szabó P: A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa. *Medicina*, Budapest, 2000.
188. Túry F, Wildmann M: Integratív terápiás megközelítés a táplálkozási viselkedés zavarainak kezelésében – egy éves tapasztalataink. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 1992/93, 48/49:13-235.
189. Túry F: Adatok a táplálkozási viselkedés zavarainak epidemiológiájához és terápiájához. *Kandidátusi értekezés*, Miskolc, 1993, 80-95.
190. Túry F: A táplálkozási zavarok hipno-behaviorális kezelése. *Ideggyógy Szemle*, 1990, 43:128-134.
191. Túry, F; Kollár, M; Szabó, P: Táplálkozási attitűdök középiskolások között. *Ideggyógy Szemle* 1991, 44, 173-181.
192. Túry, F; Szabó, P; Szendrey, G: Evészavarok prevalenciája egyetemista populációban. *Ideggyógy Szemle* 1990, 43, 409-418.
193. Tyrka AR, Waldron I, Graber JA, Brooks-Gunn J: Prospective predictors of the onset of anorexic and bulimic syndromes. *Int J Eat Disord*, 2002, 32:282-290.
194. Unoka Zs, Rózsa S, Fábíán Á, Mervó B, Simon L: Young-féle Séma Kérdőív: A korai maladaptive sémák jelenlétét mérő eszköz pszichometriai vizsgálata. *Psychiat Hung* 2004, 19:244-256.

195. Unoka Zs, Tölgyes T, Czobor P: Early maladaptive schemas and body mass index in subgroups of eating disorders: a differential association. 2007 Published by Elsevier Inc. doi:10.1016/j.comppsy.2006.09.002
196. Vandereycken W., Van Deth R., Meermann R.: Hungerkünstler, Fastenwunder, Magersucht. Eine Kulturgeschichte der Ess-störungen. Biermann, Zülpich, 1990.
197. Vandereycken W: The management of patients with anorexia nervosa and bulimia – basic principles and general guidelines. In: Beamont P.J.V., Burrows G.D., Casper R.C. (szerk.): Handbook of eating disorders, Elsevier Science Publishers, Amsterdam, 1987, 235-253
198. Vandereycken, W: The families of patients with eating disorder. In: Brownell KD, Fairburn CG (szerk): Eating disorders and obesity, Guilford, New York, 1995, 219-223.
199. Vanderlinden J, Norré J, Vandereycken W, Meermann R: Die Behandlung der Bulimia nervosa. Eine praktische Anleitung. Schattauer, Stuttgart – New York, 1992, 97-114.
200. Vanderlinden J, Vandereycken W: The Use of Hypnotherapy in the Treatment of Eating Disorders, Int J Eat Disord, 1988, 7: 673-679.
201. Vervaet M, van Heeringen C, Audenaert K. Personality-related characteristics in restricting versus bingeing and purging eating disordered patients. Compr Psychiatry, 2004, 45: 37-43.
202. Vetró Á, Engels R: Az anorexia nervosa pathogenesise, diagnosztikus kritériumai és terápiás lehetőségei, különös tekintettel a magatartásterápiára. Ideggyógy Szemle 1984, 37:221-228.
203. Vitousek K, Manke F. Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. J Abnorm Psychol 1994, 103:137-147.
204. Vitousek KB, Hollon SD. The investigation of schematic content and processing in eating disorders. Cognit Ther Res 1990;14:191-214.
205. Vitousek KM, Stumpf RE. Difficulties in the assessment of personality-traits and disorders in eating-disordered individuals. Eat Disord, 2005, 13:37-60.
206. Vitousek, K, Manke, F: Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. J Abnorm Psychol, 1994, 103:137-147.

207. von Ranson KM, Kaye WH, Wetzin TE, Rao R, Matsunaga H: Obsessive-compulsive disorder symptoms before and after recovery from bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1999, 156:1703-1708.
208. von Ranson KM, McGue M, Iacono WG: Disordered eating and substance use in an epidemiological sample: 2. Associations within families. *Psychol Addict Behav*, 2003, 17:193-201.
209. Waller G, Dickson C, Ohanian V. Cognitive content in bulimic disorders: Core beliefs and eating attitudes. *Eat Behav* 2002; 3:171-178.
210. Waller G, Meyer C, Ohanian V. Psychometric properties of the long and the short version of Young Schema Questionnaire: Core beliefs among bulimic and comparison women. *Cognit Ther Res* 2001, 25:137-147.
211. Waller G, Ohanian V, Meyer C, Osman S. Cognitive content among bulimic women: The role of core beliefs. *Int J Eat Disord*. 2000; 28: 235-241.
212. Watkins JG és Watkins HH: „Ego-States and Hidden Observers”. *Journal of Altered States of Consciousness*, 1979, 5:5-18.
213. Weismann AN, Beck AT: The dysfunctional attitude scale. Thesis, University of Pennsylvania, Philadelphia, 1979.
214. Welch SL, Doll HA, Fairburn CG: Life events and onset of bulimia nervosa: a controlled study. *Psychol Med* 1997, 27: 515-522
215. Westen D, Harnden-Fischer J. Personality profiles in eating disorders: Rethinking the distinction between axis I and axis II. *Am J Psychiatry* 2001, 158:547-562.
216. WHO: International Classification of Diseases. Ninth Revision (ICD-9). Magyar változat: Betegségek nemzetközi osztályozása, 9. Revízió (BNO-9). Genf, WHO, 1975.
217. 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, 262-269.
218. Wildes JE, Emery RE, Simons AD: The roles of ethnicity and culture in the development of eating disturbances and body dissatisfaction: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*, 2001, 21: 521-551).

219. Wildmann M., László Zs., Túry F.: Rendszerszemlélet, családterápia evészavarokban. *Psychiat Hung*, 1996, 11:289-298.
220. Willi J., Giacometti G, Limacher B.: Update on the epidemiology of anorexia nervosa in a defined region of Switzerland. *Am J Psychiatry*, 1990, 147:1514-1517.
221. Williams G. J, Chamove AS, Millar H. R.: Eating disorders, perceived control, assertiveness and hostility. *Br J Clin Psychol*, 1990. 29. (3): 327-35.
222. Wilson GT: Eating disorders and addictive disorders. In: Bownell KD, Fairburn CG (szerk.): *Eating disorders and obesity*. Guilford, New York, 1995, 165-170.
223. Włodarczyk-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.
224. Wonderlich SA, Brewerton TD, Jovic S, Dansky BS, Abbott DW: Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997, 36: 1107-1115.
225. 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 of eating disorders. *Int J Eat Disord*, 2002, 31: 290-299.
226. 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.
227. Young JE, Klosko JS, Weishaar M. *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Guilford Publications, New York, 2003.
228. Young JE. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3<sup>rd</sup> ed). Sarasota FL: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange, 1999.

## **SAJÁT PUBLIKÁCIÓK**

### **A/ A disszertációhoz kapcsolódó közlemények**

1. Tölgyes Tamás, Simon Lajos: A bulimia nervosa I. Ideggyógy. Szemle, 1989, 42: 397-407.
2. Simon Lajos, Tölgyes Tamás: A bulimia nervosa II. Ideggyógy. Szemle, 1990, 43: 484-500.
3. Tölgyes Tamás, Simon Lajos, György Sándor: A táplálkozási magatartászavarok kognitív és viselkedésterápiája. *Psychiat Hung* 1996, 11:299-309.
4. Nemessúri Judit, Tölgyes Tamás: Az anorexia nervosa és a bulimia nervosa korszerű megközelítése. *Táplálkozás, anyagcsere, diéta* 1996, 1: 36-45.
5. Tölgyes, T., Nemessúri, J.: Epidemiological studies on adverse dieting behaviours and eating disorders among young people in Hungary. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004, 39:647-654.
6. Unoka Zs, Tölgyes T, Czobor P: Early maladaptive schemas and body mass index in subgroups of eating disorders: a differential association. 2007 Published by Elsevier Inc. doi:10.1016/j.comppsy.2006.09.002 *Comprehensive Psychiatry*, megjelenés alatt álló, elfogadott közlemény.

### **B/ Egyéb publikációk**

1. Géczy Anna, Nemessúri Judit, Simon Lajos, Tölgyes Tamás: Beszámoló körzeti orvosok pszichoterápiás alapképzéséről. *LAM*, 1992, 652-654.
2. Tölgyes Tamás, Géczy Anna: Integrációs lehetőségek a táplálkozási magatartászavarok kezelésében pszichoterápiás ambulancián. *Végeken* 1993/3 25-33.
3. Géczy Anna, Tölgyes Tamás: Pedagógiai főiskolások önismereti csoportjának tapasztalatai. In: Vidovszky Gábor: *Neveljünk, önnneveljünk örömmel. IMAGE Reklám, Propaganda és Nyomda Kft, Budapest, 1993, 68-70.*
4. Tölgyes Tamás, Géczy Anna: Családterápia indikációja és lehetősége pszichoterápiás ambulancián. In: VII. *Családterápiás Vándorgyűlés Miskolc, Magyar Családterápiás Egyesület – Animula Egyesület, Budapest, 1993, 28-30.*

5. Nemessúri Judit, Tölgyes Tamás, Veres Judit, Rajna Péter: Jellegzetes betegségkezelési minták epilepsziás egyének és családtagjaik között. *Ideggyógy Szemle*, 1994, 47: 396-401.
6. Nemessúri Judit, Tölgyes Tamás: Az anorexia nervosa és a bulimia diétája. In: Barna Mária (szerk.): *Táplálkozás, diéta*. Medicina Könyvkiadó RT, Budapest, 1996, 273-279.
7. Tölgyes Tamás: A gondolkodás és zavarai. In: Huszár Ilona (szerk.): *A pszichiátria vázlat*. Egészségügyi Főiskolai Kar HIETE, Budapest, 1998, 35-42.
8. Tölgyes Tamás: Evési zavarok. In: Huszár Ilona (szerk.): *A pszichiátria vázlat*. Egészségügyi Főiskolai Kar HIETE, Budapest 1998, 233-237.
9. Tölgyes Tamás: Viselkedés- és kognitív terápia. In: Szőnyi Gábor és Füredi János (szerk.): *A pszichoterápia tankönyve*. Medicina Könyvkiadó RT, Budapest, 1999, 306-328.
10. Tölgyes Tamás: Családterápia klinikai keretek között. *Psychiat.Hung*, 1999, 14:674-681.
11. Tölgyes Tamás, Sujtó Katalin: A depresszió kognitív és viselkedésterápiája. *Praxis* 2000, 9:21-28.
12. Tölgyes Tamás, Nemessúri Judit: Anorexiás és bulimiás magatartásformák és attitűdök gyakorisága a fiatal magyar népesség körében. *Táplálkozás, allergia, diéta* 2000, 5:7-14.
13. Tölgyes Tamás: Kommunikáció a családban. In: *Pszichoterápia Propedeutika 3*. VIKOTE Könyvek, Budapest, 2001, 115-143.
14. Tölgyes Tamás: A táplálkozási magatartás zavarai. *Családorvosi Fórum*, 2002, 7: 50-54,
15. Tölgyes Tamás: A felnőttkori depresszió. *Hippocrates* 2003, 5: 379-382.



## **Köszönetnyilvánítás**

Köszönetemet szeretném kifejezni Dr. Tringer László professzornak, aki figyelmemet az evészavarok témájára elsőként ráirányította és a későbbiekben témavezetőként és a Klinika vezetőjeként segítségemre volt kutatómunkám előrehaladásában.

Köszönet illeti Dr. Bitter István professzort, a Klinika jelenlegi igazgatóját, aki munkám befejezését támogatta és lehetővé tette.

Köszönettel tartozom jelentős mértékben Dr. Czobor Pálnak, akinek közreműködése nélkülözhetetlen segítséget jelentett a statisztikai elemzések során és aki mindig készséggel állt ebben a segítségemre.

Köszönetemet szeretném kifejezni minden kollégámnak, akinek munkája az evészavarokkal kapcsolatos kutatásokban és az azzal kapcsolatos társszerzős közleményekben segítségemre volt a munka előre haladásában, név szerint - az időben visszafelé haladva - dr.Unoka Zsoltnak, dr.Nemessúri Juditnak, dr.Géczy Annának és dr.Simon Lajosnak.

Köszönetemet szeretném kifejezni az osztályon dolgozó kollégáimnak, akik a gyógyító munkában az értekezés megírása alatt helytálltak, továbbá Kis Hajnalnak az angol szöveg lektorálásában és Bősze Editnek a szerkesztési munkákban nyújtott segítségéért.

Köszönettel tartozom Benkő Andreának a gépelési és szerkesztési munkákban nyújtott segítségéért, valamint egész családomnak, gyermekeimnek, édesanyámnak, akik mellettem álltak és motiváló erőt jelentettek.