

A táplálkozási viselkedés zavarainak disszociációs hipotézise

Túry Ferenc Szabó Pál

DISSOCIATION HYPOTHESIS OF THE DISORDERS OF EATING BEHAVIOUR

The two basic types of disordered eating behaviour are anorexia nervosa and bulimia nervosa. However, obesity can be inserted in the continuum between them, as well. Many ideas of the pathogenesis of these psychosomatic disorders have been suggested (biological models, relationship between eating disorders and the affective or obsessive compulsive spectrum, family dynamic, addictive and cognitive models).

The authors – emphasizing the need for a multidimensional etiopathogenetic approach – discuss the data supporting a dissociation model of eating disorders. The dissociative disorder often develops after traumatic experiences (e. g. sexual abuse). This mechanism may be characteristic mainly of a subgroup of bulimic patients, but it sometimes seems to be valid in anorexia, obesity, or other types of eating disorders.

The dissociation model is supported by the enhanced hypnotic susceptibility of bulimic patients, corroborated in several studies. On the basis of these data, for patients with eating disorders and suspected dissociative pathomechanism, hypnotherapy seems to be an advantageous therapeutic strategy.

Correspondence:
Ferenc Túry, M. D.
Borsod County Hospital
1st Dept. of Psychiatry
3501 Miskolc, P. O. B. 188., Hungary

eating disorders, anorexia, bulimia, dissociation, hypnosis, sexual abuse

A táplálkozási viselkedés zavarainak két alaptípusa az anorexia nervosa és a bulimia nervosa, és az obesitas is elhelyezhető a kettő közötti kontinuumban. E pszichoszomatikus zavarok patogenezisével kapcsolatban sok elképzelés jelent már meg (biológiai modellek, az affektív vagy a kényszerbetegség-spektrumba tartozás, családdinamikai, addiktív, kognitív modell).

A szerzők a multidimenzionális etiopatogenetikai megközelítés szükségességét hangsúlyozva azokat az adatokat tárgyalják, melyek alapján felmerülhet az evészavarok disszociációs modellje. A disszociáció folyamata azt jelenti, hogy bizonyos mentális funkciók, melyek másokkal integrálva vannak, elkülönülve vagy automatikus módon működnek, rendszerint a tudatos kontrollon és az emlékezetbeli felidézhetőségen kívül. A disszociatív jellegű zavar gyakran traumatikus előzmények (például szexuális abusus) után alakul ki. Ez a mechanizmus főleg a bulimiás betegek egy alcsoportjára lehet jellemző, de néha anorexiában, obesitasban vagy más evészavar-típusokban is érvényesnek tűnik.

A disszociációs modellt támogatja a bulimiások fokozott hipnotikus fogékonysága, melyet több vizsgálat megerősített. Ennek alapján azon evészavaros betegeknél, akiknél disszociatív patomechanizmus lehetősége merül fel, a hipnoterápia előnyös stratégia lehet.

Levelezési cím:
Túry Ferenc
Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház
I. Pszichiátriai Osztály
3501 Miskolc, Pf. 188.

evészavarok, anorexia, bulimia, disszociáció, hipnózis, szexuális abusus

A
tatór
szám
obesi
a szc
rend
cseré
gond
mada
jelen
vona
ségét

A
nak
nerv
1689
emés
egyr
anor
utób
tüne
az ó
buli
nagy
szár
emli
írás
umr
(1, 2
C
legi
mel
zatá
szár
tenz
test
ame
aláb
falá
gya
érz
(ön
zés
A
egy
me
zol
érd
nól
jús
tós
ny
sor

A táplálkozási viselkedés, az evés pszichoszomatikus zavarainak előtérbe kerülése napjaink pszichiátriájában sokirányú kutatómunkát serkent, s kihívást jelent a terapeuták számára is. E zavarok leggyakoribb formája az obesitas, melynek olyan szoros kapcsolatai vannak a szomatikus összetevőkkel, például az endokrin rendszer működésével, a zsír- és szénhidrát-anyagcserével, hogy külön tárgyalják. Ha arra a tényre gondolunk, hogy a magyar népesség mintegy harmada túlsúllyal küzd, s ez fokozott kockázatot jelent például a keringési betegségek kialakulására vonatkozóan, az obesitas népegészségügyi jelentőségét nem lehet eléggé hangsúlyozni.

Az obesitas mellett két „igazi” evészavart tartanak számon: az anorexia nervosát és a bulimia nervosát. Előbbi klasszikus, régóta ismert kórkép. 1689-ben *Richard Morton* írta le az „ideges elémésztődés” jelenségét. 1873-ban *Lasègue* és *Gull* egymástól függetlenül írták le a kórképet (előbbi anorexia mentalis, illetve anorexia hystérique, utóbbi anorexia nervosa néven). A bulimia mint tünet (azaz túlevéssel, zabálással járó roham) már az ókortól ismert. Különböző névvel jelölték (a bulimia név a görög bouisz: ökor, illetve a boui: nagyító képző, valamint a limosz: éhség szavakból származik). Sokáig az anorexia nervosa tüneteként említették, önálló kórképnek 1979-től, *Russell* leírásától tekintik, s a DSM-III diagnosztikai kritériumrendszerében már önálló kórképként szerepel (1, 2).

Célszerű röviden összefoglalni a két kórkép ma leginkább használatos diagnosztikai kritériumait, melyek az előbb említett DSM-III revideált változatából, az 1987-ben megjelent DSM-III-R-ből származnak (3). Eszerint a anorexia ismérvei: intenzív félelem az elhízástól soványság esetén is; testképzavar; legalább 15%-os súlyvesztés; nőknél amenorrhoea. A bulimia nervosa jellemzői: legalább három hónapja fennálló minimum heti két falásroham (azaz nagy mennyiségű étel gyors elfogyasztása), melynek során az evés fölötti kontroll érzése hiányzik; súlycsökkentő rendszabályok (önhánytatás, hashajtózás, diéta, intenzív testedzés); fokozott törődés a testsúllyal és az alakkal.

Az evészavarok – különösen a bulimia vagy annak egyes tünetei – az utóbbi két évtizedben jelentősen megsaporodtak, ezt epidemiológiai vizsgálatok igazolják (4-6). Ez magyarázza az irántuk mutatott érdeklődés fokozódását. Főleg a 15-30 év közötti nők betegségei az evészavarok, leginkább a tanulóifjúság veszélyeztetett, s ez a kulturális hatások jelentőségére is utal. A hazai epidemiológiai vizsgálatok a nyugati országokban észlelt prevalenciákhoz hasonló adatokat derítettek ki (7-9).

Az evészavarok etiopatogenetikai kérdéseiről

Az alapvető evészavar-típusok szoros kapcsolatban vannak egymással, egymásba átmehetnek. Ezt fejezi ki a kontinuum-hipotézis (10, 11). Így az etiopatogenetikai kérdésekben is sok az átfedés, azonosság. Klinikailag az anorexia és bulimia közötti különbségek leginkább a következő vonásokban nyilvánulnak meg: a bulimia későbbi életkorban kezdődik, általában 18 éves kor után; a testsúly átlagos, a testsúlyideál is általában normális határon belüli, míg anorexiásoknál jóval alatta marad; a bulimiás tünetek titkoltak, az anorexiás a figyelem középpontjába kerül; bulimiában az én-ideál karcsú, nőies, attraktív, anorexiában aszkétikus, nemi jelleg nélküli; a bulimiásoknak gyakran van szexuális partnerük; az anorexiások szexualitása fejletlen; a bulimiások erős autonómia-igénnyel rendelkeznek, az anorexiások erősen kötődnek családjukhoz; a bulimiások mások felé orientálódnak, tetszeni akarnak, az anorexiások másokon akarnak uralkodni; a bulimiások az önkontroll csökkenésével küzdenek, az anorexiások túlzott kontrollal rendelkeznek (12).

A pszichoszomatikus betegségekre jellemzően ma leginkább a rendszerszemléleten alapuló multidimenzionális megközelítés magyarázhatja legjobban a tünetek kialakulását. Az evészavarok kialakulását kör alakú modellel szemléltetik, melynek sok pontján be lehet lépni a patológiás szabályozásba. Szerepük van biológiai (genetikai, neurokémiai stb.), pszichológiai (intrapaszichés és interperszonális síkon egyaránt), valamint szociokulturális tényezőknél (az étkezés szokásai, az étel értéke, a társadalmi helyzet, a tömegkommunikáció szuggesztív hatásai, a karcsúság-ideál dominanciája, a női szerep változásai, a fokozott teljesítménykényszer). Ezek magyarázzák az evészavarok komplexitását (4, 11-14). A betegség kialakulásának mindhárom szférában lehetnek kockázati faktori.

Egy-egy tényezőre időnként nagyobb érdeklődés jutott a kutatók részéről,

így különböző modellek jelentek meg az evészavarok magyarázatára. Sokan foglalkoztak például az evészavarok és a depresszió kapcsolatával. Több érv támogatja a rokonságot, egyes szerzők depresszió-ekvivalensként tartják számon az evészavarokat. Valószínű-

dr. Túry Ferenc
Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei
Kórház,
I. Pszichiátriai Osztály, Miskolc
dr. Szabó Pál
egyetemi adjunktus
Kossuth Lajos Tudományegyetem,
Pszichológiai Intézet, Debrecen
Érkezett: 1992. december 15.
Elfogadva: 1993. február 18.

nek tűnik, hogy az evészavarok egy részében ilyen mechanizmus van a háttérben. Többek között erre utal az antidepresszívumok hatékonysága is evészavarokban (15).

Hasonló állapítható meg a kényszerbetegségek és az evészavarok kapcsolatában (ne feledjük: a kényszerbetegség és a depresszió is sok közös vonással rendelkezik). Egyes szerzők a nyugati kultúrák modern obszesszív-kompulzív zavarának tartják az evészavarokat (16).

A szenvedélybetegségekre emlékeztető mechanizmust írt le bulimiában Rosen és Leitenberg (17). Feszültségredukciós modelljük lényege az, hogy a hányás-hashajtás feszültségcsökkentő hatása döntő momentum a tünetek ciklusainak létrejöttében, s habituáció alakul ki. E mechanizmus felismerése a terápiás terv szempontjából igen fontos; ez esetben a viselkedésterápiák igen hasznosak (például az expozíció plusz válaszprevenció módszere bulimiában).

A családi diszfunkciók szerepe anorexiában sok esetben annyira feltűnő, hogy megjelent a család-dinamikai modell is. Más szerzők pedig a kognitív funkciók zavarát tételezték fel elsődleges okként.

Kialakult tehát néhány olyan modell, mely az evészavarok egy-egy jellegzetességét kiragadva és annak nagyobb jelentőséget tulajdonítva próbálja magyarázni az evészavarok patogenezisét. Ezek részleges érvényű, inkább egy-egy alcsoportra jellemző modellnek tarthatók, s bár az univerzalitás igénye természetesen túlzott, ismeretük lényeges, s megtermékenyíthetik a gondolkodást, stimulálhatják az adekvátabb terápiás stratégiák kialakítását.

Ilyen részleges modellnek tekinthető a disszociációs teória is, mely az evészavarban szenvedők egy részében a legjobb magyarázatul szolgálhat a tünetek kialakulásában.

Mi a disszociáció?

A disszociáció fogalma az 1970-es évektől újra divatba jött. A DSM-III-R 1987-ben kiadott diagnosztikai rendszere szerint (3) a disszociatív zavarok az identitás, a memória vagy tudat normális körülmények között integratív funkcióinak zavarából vagy megváltozásából erednek. A disszociáció folyamata azt jelenti, hogy bizonyos mentális funkciók, melyek másokkal integrálva vannak, elkülönülve vagy automatikus módon működnek, rendszerint a tudatos kontrollon és az emlékezetbeli felidézhetőségen kívül (18).

A disszociáció fogalma a múlt század hipnózis-kísérletei alapján merült fel annak kapcsán, hogy egyes információk, melyeket hipnotizált állapot-

ban kap a személy, elérhetetlenek éber állapotban, de újra felidézhetőek rehipnózis során. Van der Hart és Horst (19) történeti áttekintése szerint az első szerző, aki a disszociáció fogalmát használta, feltehetően egy amerikai orvos, Benjamin Rush volt 1812-ben. Franciaországban a fogalom összekapcsolódott a hisztériával és a hipnózissal, több szerző használta, azonban ott leginkább Pierre Janet névéhez kötődik, aki a múlt század végén a legjobban kidolgozta a jelenség magyarázatát. Lucie nevű betegének hipnózisai során 1886-ban multiplex személyiséget tárt fel. Janet a tudatosság megszakadására és a kísérő amnéziára alkalmazta a disszociáció fogalmát. Azt is felismerte, hogy a disszociált rész gyakran múltbeli traumatikus eseményből eredeztethető. A gyógyítást ennek feltárása segíti.

Freud ehhez hasonló elképzelést fejtett ki, szerinte a tudat tartalma átmenetileg disszociálódhat. A traumás élmény emléke másik tudatállapotot idézhet elő. Freud ezután az elfojtás koncepciójáig jutott el, azt védekező mechanizmusként említve a konfliktusokkal szemben.

A modern szerzők között Hilgard neodisszociációs elmélete érdemel elsősorban említést. Ő nem csupán kóros jelenségnek tartja, hanem az információfeldolgozás és a megosztott figyelem folyamatában természetesnek véli. Az automatikus funkcióktól (autóvezetés, írógépelés stb.) a kényszerekig, a többszörös személyiségig több jelenséget sorol a disszociatív folyamatok közé. Ez a fogalmat jelentősen kitágította. Watkins különböző én-állapotokat tartott elkülöníthetőnek, s a közöttük levő határok átjárhatóságától függ a disszociációs folyamatok mértéke. Az én-állapotok hipnózisban aktiválhatók. Ludwig a disszociáció fogalmát tovább bővítve ide vette a különböző kultúrák hitét a vallási táncokban, ördögűzésben, jóslatokban (18). Szerinte a disszociáció a következő funkciókat könnyíti meg: 1. bizonyos viselkedések automatizációját; 2. az erőfeszítések hatékonyságát és gazdaságosságát; 3. konfliktusok megoldását; 4. a realitás előli menekülést; 5. katasztrófa-élmények izolációját; 6. bizonyos érzések katartikus kisülését; 7. a szociális érzékenység növekedését.

Az előzőekben említettekén kívül klasszikus disszociatív zavarként tartják számon a multiplex személyiségzavart (azaz többszörös személyiséget), a poszttraumás stressz-zavart. Mindezek kialakulásában nagy szerepe van különböző traumatizáló eseményeknek a beteg előtörténetében, sokszor a koragyermekkorban. Ezek a pszichotraumák igen gyakran szexuális zaklatások, abususok. Itt megjegyzendő, hogy evészavarokban a szexuális abusus eléggé gyakori (23, 32).

Az e hipo

Az évé megfigy mely a nervosá egyik a Bulimia multiplex rem és ként fe Torem fiatal n éves kó disszociációs tünetek 12-ben disszociációs hiányos hiányos dők kö tekkel gékony terápia kus, e hetnek depers ban (1 tekkel ciatív l atív jel muk, l zésen eszem milyen között disszociáció nál is kifejez bulim melyr gátlás kleptó bulim hipnáz pot) k mokk valós Az hívja kénys lelvé részbe

Az evészavarok disszociációs hipotézise

Az evészavarok egy részében mind több olyan megfigyelés látott napvilágot az utóbbi évtizedben, mely a tünetek disszociatív jellegére utal. Anorexia nervosában leírtak többszörös személyiséget, s az egyik alszemélyiség tartotta fenn a tüneteket (19). Bulimiában Chandarana és Malla (20) írta le a multiplex személyiségzavarral való társulást. Torem és Curdue (21) poszttraumás stressz-zavarként fellépő evészavarokat írt le négy esetben. Torem egy másik esetelemzése szerint (19) egy fiatal nőbetegben rejtett én-állapot alakult ki hét éves korában, apja akkor hagyta el a családot. Ez a disszociálódott én-állapot tartotta fenn a bulimiás tüneteket. Torem 30 evészavaros betege közül 12-ben talált egymással diszharmóniában lévő, disszociálódott én-állapotokat. Ezen megfigyelések alapján rajzolta körül Torem (19) a disszociációs hipotézist: szerinte az evészavarokban szenvedők között azok a betegek, akik disszociatív tünetekkel rendelkeznek és hipnózisra fokozottan fogékonyak, speciális alcsoportot képeznek, s hipnoterápiára jól reagálnak. Számukra a hipnoanalitikus, exploratív technikák rutinemegoldásként jöhetnek szóba. Disszociatív jelenségeket, például deperszonalizációt más szerzők is leírtak bulimiában (1, 22). Különböző, disszociációt mérő tesztekkel is kimutatták a bulimiások fokozott disszociatív készségét (23). A legközönségesebb disszociatív jel a bulimiások azon panasza, hogy falásrohalmuk, hányásuk-önhánytatásuk a tudatos ellenőrzésen kívüli. Egy betegünk szavaival: „...amikor eszem, minden másról elfeledkezem, mintha valamilyen transz-állapotban lennék.” A bulimiások között vannak olyan alcsoportok, amelyekre a disszociatív kapacitás még a bulimiás magas átlagnál is nagyobb. Ilyenek az impulzus-kontrollt igen kifejezett zavarával jellemezhető „multiimpulzív” bulimiások (másképpen: specifikus evészavar, melyre az alkoholizálás, drog-fogyasztás, szexuális gátlástalanság, önsebzések, suicidium-kísérletek, kleptománia jellemző). Hasonló alcsoport lehet a bulimia nocturna, melyben a falási epizódok éjjel, hipnagóg állapotban (mely eleve disszociatív állapot) következnek be (24, 25). Az éjjeli falásrohalmokkal jellemezhető „night eating szindróma” is valószínűleg ide sorolható (26).

Az evészavarok disszociatív mechanizmusára hívja fel a figyelmet az a tény is, hogy rájuk gyakran kényszeres vagy szenvedélybetegségeknek megfelelő vonások jellemzőek, s ezek szintén felfoghatók részben disszociatív állapotoknak. Így az átfedés a

különböző kórképek és valószínű etiológiai magyarázatuk között többszörös.

Igen fontos támogató érv az evészavarok disszociációs hipotézise számára az a tény, hogy bulimiában, különösen annak a fentiekben említett formában, a betegek hipnotikus fogékonysága magasabb, mint a normális átlagpopulációé – bár a hipnabilitás és a disszociációs kapacitás közötti kapcsolat nem egyértelmű, amint erre Frankel is utal (27). Ezt először bulimiában és a hashajtató-önhánytató anorexiások (bulimarexiások) között írták le (28), majd specifikus evészavarban, mely a multiimpulzív bulimiának felel meg (23). Az eredményeket újabb vizsgálatok megerősítették (29, 30), bár olyan eredmény is született, mely szerint a bulimiások hipnotikus fogékonysága átlagos a Stanford Klinikai Hipnózis Skálával mérve (31). Saját vizsgálatunk is alátámasztotta a fenti, fokozott fogékonyságról szóló irodalmi adatokat (25, 32). Érdekes még megemlíteni Groth-Marnat és Schumaker vizsgálatát, akik egy evési attitűd-vizsgáló teszttel (Eating Attitudes Test, EAT) kórosan magas pontszámot elért diákok hipnotikus szuszceptibilitását hasonlították össze a normális pontszámot elértekkel, s a kóros evési attitűddel jellemezhető csoport szignifikánsan fogékonyabb volt hipnózisra (33).

A hipnabilitás-vizsgálatokban az is kiderült, hogy leginkább a kognitív szférában fokozott a bulimiások fogékonysága – ők tehát könnyebben átélnek kognitív-perceptuális változásokat (34). Ez emlékeztet az öngyilkosságot megkíséreltek hasonló hipnabilitás-profiljára (35). Az ilyen típusú személyekre a különböző kognitív szuggesztiók nagyobb hatást gyakorolhatnak (ilyeneket jelentenek a tömegkommunikációs eszközök befolyásai is, gondoljunk a karcsúság-ideál terjesztésére, vagy a modellkövető suicidiumok kérdésére).

Már Janet felhívta a figyelmet arra, hogy a disszociatív állapotok gyakran traumatikus események után alakulhatnak ki. Az evészavarokra is igaz ez, például Vanderlinden és Vandereycken (23) anyagában a betegek 36%-ában fordulnak elő – leggyakrabban szexuális abususról van szó. Lacey (36) adatai szerint a bulimiás nők 7%-a szexuális abususról tett említést, ez különösen a multiimpulzív betegek alcsoportjára volt érvényes. A poszttraumás stressz-zavar (PTSD) oka is gyakran szexuális merénylet, megjelenési formája pedig evészavar is lehet (21). A traumatikus élmények kiderítése és feldolgozása tehát igen lényeges az evészavarokban. Mindezek alapján a bulimiás betegek egy alcsoportjában szoros kapcsolat tételvezhető fel a fokozott hipnotikus fogékonyság és disszociatív kapacitás, valamint a trau-

matikus (leginkább gyermekkori) élmények között. Több adat szerint a traumatikus élmények előfordulása fokozott disszociatív kapacitással jár: ezen személyek számára a disszociáció énvédő mechanizmus, „túlélési” módszer a traumák elviselésére. A bulimiások egy alcsoportjának – kivált a multiimpulzív bulimiásoknak – a tüneteivel valószínűbben ilyen mechanizmus útján jöhetnek létre. A disszociáció tehát nem univerzális jelenség az evészavarokban, hanem egy speciális lehetőség a betegek egy részében a multideterminált patomechanizmusnak megfelelően a tünetnemzésre: a disszociációs hipotézis részleges, szelektív modell csupán.

Hipnoterápia evészavarokban

Az előzőekben vázolt elmélet és az egyes evészavarokban észlelt fokozott hipnotikus szuszceptibilitás alapján kézenfekvő a következtetés: a hipnoterápia hasznos lehet ezekben a zavarokban. Meglepő, hogy viszonylag kevés adat utal evészavarokban szenvedő betegek hipnoterápiájára (a hazai irodalomban: 25, 37, 38). Anorexia nervosában *Pierre Janet* óta sokan próbálkoztak hipnózissal, olykor jó eredménnyel is (39). *Vanderlinden* és *Vandereycken* (23) szerint inkább a terápia végén érdemes hipnózist alkalmazni anorexia nervosában, mert nagyobb súlya van más módszereknek ebben az esetben, például családterápiának. E szerzők történeti áttekintésükben az evészavarok hipnoterápiájában három szakaszt különítenek el: a kezdeti szakaszt, melyet *Pierre Janet* neve fémjel, ezt hosszas szünet követte, majd 1975-től számítható az anorexiás szakasz, melyben több ismertetés jelent meg anorexiások sikeres kezeléséről. A harmadik, bulimiás szakasz 1984-től tart, melyben a hipnoterápiára fogékonyabb bulimiások kezeléséről jelent meg több közlés (bulimiában a hipnózist először *Channon* alkalmazta 1981-ben). Ezután bulimiában több anekdotikus esetismertetés jelent meg, melyek azért kritizálhatók, mert a terápia leírása hiányos, a betegekről adott információk nem teljesek, s hiányzik a hosszas követés is.

A hipnózis megkönnyíti egyéb terápiai modalitások alkalmazását. A hipnoterápia során felhasználható módszereket két alapvető csoportra oszthatjuk: a dinamikusan orientált (hipnoanalízis, exploráció, álom, kor-regresszió, katathym kép-élmény) és a kognitív-viselkedésterápiás techni-

kákra. Ez utóbbiak relaxációs gyakorlatokat, az éhség- és telítettségérzést növelő tréninget, a belső szignálok iránti fokozott érzékenység kialakítását, testképzavar-korrekciót, az önértékelés javítását, valamint különböző, az evés rítusaira, szokásaira vonatkozó imaginatív helyzetgyakorlatokat jelentenek általában. Meg kell említeni a kontroll kérdését, mely leginkább a stratégiai megközelítésű módszerekben perdöntő. *M. H. Erickson* munkássága során terjedtek el olyan, indirekt indukcióval operáló technikák, melyek segítségével a betegek ellenállása jól csökkenthető.

Az evészavaros betegek hipnoterápiájában használható módszerek között útmutatást jelenthet, hogy a feltáró, exploratív technikák akkor lényegesebbek, ha az evészavar mögött nehezen megközelíthető kulcsélmény (például: szexuális trauma) rejlik. Ha a testsúlyszabályozás megszerzése, az étkezési szokások, rítusok befolyásolása az elsődleges cél, akkor a hagyományos behaviour-terápiás módszerekre van szükség. Ha a hibás kognitív sémák korrigálása indokolt, kognitív terápiai megoldásokra érdemes koncentrálni. Természetesen a módszereket együtt, illetve egymás kiegészítéseképpen is alkalmazhatjuk, döntő kíváncsi az, hogy a választott módszer kongruensen illeszkedik a terápiai tervbe. Valószínű, hogy előbb-utóbb körülírhatók lesznek az evészavarokban szenvedő betegek olyan alcsoportjai, melyek egy-egy módszerre különösen jól reagálnak.

Lényeges kérdés, vajon a hipnózis kimenetele, hatékonysága korrelál-e a hipnotikus fogékony-sággal. Személybetegségeken (például: dohányzás, alkoholizmus) nincs ilyen korreláció, azaz a hipnoterápia előnyös lehet alacsony fogékony-ságú betegekben is. Egyes betegségeken viszont, így például fóbiákban, pszichoszomatikus kórképekben a hipnózis hatékonysága függ a hipnotikus szuszceptibilitástól. Az evészavarok pszichoszomatikus betegségei, így a hipnózis a fogékony betegek számára igen előnyös lehet (34).

A hipnoterápia értékét természetesen nem túlozhatjuk el. Hangsúlyozni kell azt, hogy a hipnózis csak a terápia vivőanyaga, nem önálló hatástani faktor. A hipnotikusan alterált tudatállapot csak megkönnyíti egyéb technikák alkalmazását. A komplex, multidimenzionális szemlélet az evészavarokban is lényeges.

Ennek alapján fogadhatjuk el, hogy a hipnózis a terápiai folyamatnak csak egy része, még ha döntő lökést is adhat a pszichoterápiában.

IRC

1. Rus
2. Am
- of 1
- 191
3. Am
- Wé
4. Zic
- 53.
5. Pyl
- pre
- 19.
6. Co
- bel
7. Tú
- po
8. Tú
- kő:
9. Sz
- co
- 19
10. Va
- an
- Stá
- log
11. Fik
- 13
12. H
- Dy
13. M
- di:
14. T
- 19
15. W
- 28
16. R
- sy
17. R
- ar
18. L
- C
19. T
- (e
- Is
20. C
- re
21. T
- M

IRODALOM

1. Russell G F M. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979; 9:429-448.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed. (DSM-III). Washington, D. C.: APA, 1980.
3. American Psychiatric Association. 3rd ed. - revised (DSM-III-R). Washington, D. C.: APA, 1987.
4. Ziolko H U, Schrader H C. Bulimie. *Fortschr Neurol Psychiat* 1985; 53:231-258.
5. Pyle R P, Halvorson P A, Neuman P A, Mitchell J E. The increasing prevalence of bulimia in freshman college students. *Int J Eating Dis* 1986; 5:631-647.
6. Connors M E, Johnson C L. Epidemiology of bulimia and bulimic behaviors. *Addictive Behaviors* 1987; 12:165-179.
7. Túry F, Szabó P, Szendrey G. Evészavarok prevalenciája egyetemista populációban. *Ideggyógyászati Szemle* 1990; 43:409-418.
8. Túry F, Kollár M, Szabó P. Táplálkozási attitűdök középiskolások között. *Ideggyógyászati Szemle* 1991; 44:173-181.
9. Szabó P, Túry F. The prevalence of bulimia nervosa in a Hungarian college and secondary school population. *Psychother Psychosom* 1991; 56:43-47.
10. Vandereycken W. Uncommon eating/weight disorders related to amenorrhoea, infertility and problematic pregnancy. In: Prill H J, Stauber M (eds.). *Advances in psychosomatic obstetrics and gynecology*. Berlin: Springer, 1982:124-128.
11. Fichter M M. Das essgestörte Mädchen. *Munch Med Wschr* 1988; 130:468-471.
12. Habermas T, Müller M. Das Bulimie-Syndrom: Krankheitsbild, Dynamik und Therapie. *Nervenarzt* 1986; 57:322-331.
13. Morley J E, Blundell J E. The neurobiological basis of eating disorders: some formulations. *Biol Psychiatry* 1988; 23:53-78.
14. Tölgyes T, Simon L. A bulimia nervosa I. *Ideggyógyászati Szemle* 1989; 42:397-407.
15. Walsh B T. Use of antidepressants in bulimia. *Clin Pediatrics* 1989; 28:127-128.
16. Rothenberg A. Eating disorder as a modern obsessive-compulsive syndrome. *Psychiatry* 1986; 49:45-53.
17. Rosen J C, Leitenberg H. Bulimia nervosa: treatment with exposure and response prevention. *Behav Therapy* 1982; 13:117-124.
18. Ludwig A M. The psychobiological functions of dissociation. *Am J Clin Hypnosis* 1983; 26:93-99.
19. Torem M. Eating disorders and dissociative states. In: Larocca F E F (ed.). *Eating disorders: effective care and treatment*. St. Louis: Ishiyaku EuroAmerica, Inc., 1986:141-150.
20. Chandarana P, Malla A. Bulimia and dissociative states: a case report. *Can J Psychiatry* 1989; 34:137-139.
21. Torem M S, Curdue K. PTSD presenting as an eating disorder. *Stress Medicine* 1988; 4:139-142.
22. Beumont P J V, Abraham S F. Episodes of ravenous overeating or bulimia: their occurrence in patients with anorexia nervosa and with other forms of disordered eating. In: Darby P L, Garfinkel P E, Garner D M, Coscina D V. *Anorexia nervosa: recent developments in research*. New York: Alan R. Liss, Inc. 1983:149-157.
23. Vanderlinden J, Vandereycken W. Hypnosis in the treatment of eating disorders (anorexia nervosa and bulimia). *Hypnos* 1990; 17:64-70.
24. Túry F, Szabó P. Hypnotherapy in a special dissociative state: nocturnal bulimia. A case study. *Hypnos* 1990; 17:155-161.
25. Túry F, Szabó P. Bulimia nervosa: hipnoterápiás lehetőségek. *Psychiatria Hungarica* 1991; 6:61-68.
26. Stunkard A J, Grace W J, Wolff H G. The "night eating" syndrome: A pattern of food intake amongst certain obese patients. *Am J Med* 1955; 19:78-86.
27. Frankel F H. Hypnotizability and dissociation. *Am J Psychiatry* 1990; 147:823-829.
28. Pettinati H M, Horne R L, Staats J M. Hypnotizability in patients with anorexia nervosa and bulimia. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42:1014-1016.
29. Barabasz M. Hypnotizability in bulimia. *Int J Eating Dis* 1991; 10:117-120.
30. Evans F J. Hypnosis: individual differences in dissociative ability. In: 12th Congress of hypnosis. Book of abstracts. *Jerusalem*, 1992:10.
31. Griffiths R A. Hypnobehavioural treatment for bulimia nervosa: preliminary findings. *Austr J Clin Exp Hypnosis* 1989; 17:79-87.
32. Szabó P, Túry F. Hipnotikus szuszceptibilitás bulimia nervosában. *Acta Psychologica Debrecina* 17. *Hipnózis és lateralitás*. Debrecen: KLTE, 1991:67-74.
33. Groth-Marnat G, Schumaker J F. Hypnotizability, attitudes toward eating, and concern with body size in a female college population. *Int J Clin Hypnosis* 1990; 32:194-199.
34. Pettinati H M, Kogan L G, Margolis C, Shrier L, Wade J H. Hypnosis, hypnotizability, and the bulimic patient. In: Hornyak L M, Baker E K. *Experimental therapies for eating disorders*. New York: The Guilford Press, 1989:34-59.
35. Boncz I, Pallag L, Fodor J. Öngyilkosságot megkísérelt személyek hipnotikus szuszceptibilitásának tanulmányozása: néhány terápiás következtetés. *Ideggyógyászati Szemle* 1987; 40:149-153.
36. Lacey J H. Incest, incestuous fantasy and incidence. A clinical catchment area study of normal-weight bulimic women. *Brit J Psychiatry* 1990; 157:399-403.
37. Túry F. A táplálkozási zavarok hipnobehaviorális kezelése. *Ideggyógyászati Szemle* 1990; 43:128-134.
38. Szabó P, Túry F. Hipnoterápia bulimia nervosában. *Acta Psychologica Debrecina* 17. *Hipnózis és lateralitás*. Debrecen: KLTE, 1991:55-65.
39. Baker E L, Nash M R. Application of hypnosis in the treatment of anorexia nervosa. *Am J Clin Hypnosis* 1987; 29:185-193.