

Traumatikus életesemények és evészavarok kapcsolata – terápiás lehetőségek

KOVÁCS-TÓTH BEÁTA, TÚRY FERENC

THE RELATIONSHIP OF TRAUMATIC EXPERIENCES AND EATING DISORDERS – THERAPEUTICAL OPTIONS

Az evészavarok (főleg a bulimia nervosa és a falászavar) etiológiájában fontos szerepet játszanak a traumatikus előzmények (szexuális, fizikai, érzelmi abúzus, elhanyagolás). A traumatizáció súlyos következményekkel jár, melyeket a megrázkódtatás egyes paraméterei, valamint egyéb rizikó- és protektív tényezők, továbbá a traumát átélt személy rezilienciája is befolyásol. A következmények számos pszichés és szomatikus megbetegedéshez vezethetnek, valamint az életút során bármikor bekövetkező reviktimizációt is okozhatnak.

A traumatikus előzményekre vonatkozó adatok feltárása lényeges az evészavarok esetében is. Amennyiben az evészavar hátterében traumás események explorálhatók, akkor a terápia során az evészavarok tekintetében a specifikus terápiás elemek mellett a traumaterápiákra vonatkozó általános irányelvek a követendők. A biztonságot jelentő terápiás kapcsolat alapvető. A terápiás lehetőségek széles körűek, a pszichodinamikus megközelítések mellett a kognitív viselkedésterápiára épülő újabb módszerek is ajánlottak, mint a dialektikus viselkedésterápia, vagy az integratív kognitív-analitikus terápia. A hipnoterápia alkalmazása is hasznos lehet.

In the etiology of eating disorders (especially bulimia nervosa and binge eating) traumatic experiences (sexual, physical, emotional abuse, neglect) play an important role. Traumatization can have a serious impact, which is influenced by the parameters of the traumatization, risk and protective factors, and the resiliency of the traumatized patient. The consequences may lead to the development of specific psychiatric and somatic disorders, and may cause lifetime revictimization. The exploration of data related to the traumatization is essential in eating disorders as well. If traumatic experiences can be detected in the background of eating disorders, the targeted therapy of eating disorders while applying its specific elements should also follow the guidelines of the general trauma-therapy. Providing safety in therapeutic relationship is fundamental.

The therapeutic options are extensive. Along with psychodynamically oriented therapies, the newer methods based on cognitive-behavioral therapy (e.g., dialectic behavior therapy, integrative cognitive analytic therapy) are also proposed. Hypnototherapy can also be useful.

traumatizáció, evészavarok, bulimia nervosa, falászavar, pszichoterápia

traumatization, eating disorders, bulimia nervosa, binge eating disorder, psychotherapy

KOVÁCS-TÓTH Beáta: Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar, Magatartástudományi Intézet/University of Debrecen, Institute of Behavioural Sciences; Debrecen.
dr. TÚRY Ferenc (levelező szerző/correspondent): Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet/Semmelweis University, Institute of Behavioural Sciences; H-1085 Budapest, Üllői út 26.
E-mail: turyferenc@gmail.com

Érkezett: 2019. július 15. Elfogadva: 2019. augusztus 6.

<https://doi.org/10.33616/lam.30.017>

A traumatikus eseményeket csoportosíthatjuk aszerint, hogy hány embert, illetve csoportot (egyéni vagy kollektív traumatizáció) érintenek. Megkülönböztetünk imperszonális (nem ember általi) és interperszonális (ember által elkövetett) traumákat. Interperszo-

nális kollektív traumák többek között a háborúk vagy népirtások, míg imperszonális, akár több embert érintő traumatikus események például a természeti katasztrófák. Interperszonális, ember által okozott egyéni traumatikus élmény a családon belüli erőszak, az idegen által az utcán elkö-

vetett erőszakos cselekedet, vagy a kortársközösségekben előforduló bullying (terrorizálás, megfélemlítés). A felsorolt traumatípusok következményeiket tekintve eltérőek. Az egyéni interperszonális traumákat sokkal nehezebb feldolgozni.

A traumatizációt csoportosíthatjuk időbeli jellemzői alapján is. Az 1-es típusú traumatizáció egyszeri, váratlan, hirtelen bekövetkező, körülírt eseményt jelent, ilyen például egy autóbaleset vagy egy utcai rablás. Ezzel szemben a 2-es típusú traumatizáció hosszan tartó és ismétlődő eseményeket jelent, melynek során nem elég túlélni és feldolgozni a traumát, mert az áldozat tudja, hogy mindez újra be fog következni (1). Komplex traumatizáció során a gyermekkel szembeni rossz bánásmód különböző típusai egy időben vagy egymást követően fordulnak elő, amelynek következményei igen súlyosak lehetnek a fejlődésre (2, 3).

Szexuális, fizikai, pszichológiai abúzus és elhanyagolás

A WHO meghatározása alapján gyermekbántalmazás alatt olyan viselkedésformákat értünk, melyek valós vagy lehetséges veszélyt jelentenek a gyermek egészségére, fejlődésére, túlélésére, vagy emberi méltóságára. Ennek alapján a gyermekbántalmazásnak négy típusát különböztetjük meg: fizikai bántalmazás, szexuális bántalmazás, érzelmi bántalmazás, valamint az elhanyagolás (4). Ezeket a bántalmazásformákat jellemzően olyan személy

követi el, aki felelős a gyermek iránt, illetve akiben a gyermek megbízik. A gyermek soha nem tehető felelősé a bántalmazásért (1).

Fontos megemlíteni egy ötödik traumatípust is, amikor a gyermek szemtanúja valaki más bántalmazásának.

A látvány félelemmel és a tehetetlenség érzésével töltheti el a gyermeket, s ezáltal traumatizáló hatású lehet (1).

Bántalmazásformák előfordulási gyakorisága a gyermek- és felnőttépopuláció körében

A WHO adatai szerint Európában a gyermekek 23%-a szenved el fizikai bántalmazást, 9,6%-uk szexuális bántalmazást, érzelmi bántalmazást pedig a gyermekek 29%-a. A fizikai elhanyagolás prevalenciája világszerte 16,3%, míg az érzelmi elhanyagolásé gyermekek között 18,4% (5). Az

USA-ban és az Egyesült Királyságban a családon belüli bántalmazás látványának az előfordulását 10-20%-ra becsülik (1, 6).

Az elmúlt évtizedben fokozott érdeklődés figyelhető meg a traumatikus események megjelenésének és hatásának témakörével kapcsolatban a fiatalok körében. Becsült érték szerint az USA-ban a fiatalok 26%-a volt szemtanúja traumatikus eseménynek, vagy már tapasztalt ilyet 4 éves kora előtt (7).

A felnőttek körében végzett reprezentatív kérdőíves vizsgálat során az USA-ban a népességben a szexuális abúzus gyakoriságát férfiak között 14,2%-osnak, nők között 32,3%-osnak találták, míg a fizikai abúzus férfiak között 22,2%, nők között 19,5% volt (8). Németországi reprezentatív mintában felnőttek között a legalább mérsékelt érzelmi elhanyagolás a résztvevők több mint 10%-át érintette, a legalább mérsékelt testi elhanyagolás gyakorisága pedig 20%-nál több volt (9). Hazai adatok szerint a nők 8%-a átélte gyermekkori szexuális zaklatást (10).

Az utóbbi évtizedekben a gyermekkori bántalmazásformák meghatározására egyre komplexebb és kiterjedtebb fogalmakat használnak. Az ártalmas gyermekkori élményekkel kapcsolatos (adverse childhood experience, ACE) nemzetközi kutatásokban az addig vizsgált bántalmazási formák (érzelmi, fizikai, szexuális bántalmazás, érzelmi és fizikai elhanyagolás) felmérésén túl, a diszfunkcionális családi körülményeket is vizsgálják mint a gyermek életére negatívan ható ártalomtípusokat. Diszfunkcionális családi körülmények lehetnek: a különélés/válás, az anya elleni erőszak, a szerhasználó családtag, a mentálisan beteg vagy öngyilkosságot megkísérelt családtag, a börtönbüntetést töltött családtag. Az ártalmas gyermekkori élményekkel kapcsolatos nemzetközi reprezentatív felmérések a gyermekbántalmazás különböző formáinak általános prevalenciáját 14–35% közé teszik. Egy magyarországi, nagyobb elemszámú (n = 1200), felnőttek körében végzett felmérés szerint a felnőttek mintegy 25%-a számolt be ACE-ről, 5%-uk négy vagy több ACE-t élt át. A gyermekbántalmazás leggyakoribb formája az érzelmi (5%) és a fizikai bántalmazás (5%) volt. A leggyakoribb gyermekkori diszfunkcionális élmény a szülők válása (13%), illetve a családon belüli szerhasználat (11%) volt (11).

Az eltérő adatok értelmezésekor meg kell említeni a kutatásmódszertani különbségeket. Az adatokban mutatkozó eltérések egy része abból fakad, hogy a traumatizáció felmérésére különböző mérőeszközöket használnak. A hazai ACE-vizsgálat során például országos reprezentatív mintát értékelték szűrő kérdőívvel, az adatfelvétel kérdezőbiztosok voltak.

Az evészavarok, főleg a bulimia nervosa és a falászavar etiológiájában fontos szerepet játszanak a traumatikus előzmények.

A komplex traumatizáció szerepe a különböző kórképekben

A traumák számos gyermek- és felnőttkori szomatikus és mentális betegség hátterében szerepet játszhatnak. A DSM-5 betegségsztyalizási rendszere (12) a traumával és a stresszrel összefüggő zavarok körében tárgyalja a reaktív kötődési zavart, a gátolatlan társas kapcsolati zavart, a poszttraumas stressz zavart (PTSD), az akut stressz zavart és az alkalmazkodási zavarokat. Fontos tudni azonban, hogy ezek a zavarok nem fedik le a komplex traumatizáció következményeként előforduló pszichés és szomatikus problémák széles körét. Számos egyéb pszichiátriai kórkép megjelenhet a különböző traumatizációt elszenvedetteknél, így például szorongásos, affektív, kötődési zavarok, addiktív viselkedésformák, disszociatív és szomatiform zavarok, szexuális, evés- és viselkedési zavarok. Emellett különféle szomatikus és pszichoszomatikus zavarok is felléphetnek (2, 3).

Egyre több bizonyíték van arra, hogy a súlyos és komplex gyermekkori traumatizáció szerepet játszik a borderline személyiségzavar (BPD) etiológiájában (13, 14). Egy magyarországi felmérésben az ártalmas gyermekkori élmények a BPD-s betegek körében gyakrabban fordultak elő, mint a depressziós és egészséges kontrollcsoportban. A BPD-s betegek súlyos szexuális bántalmazásról számoltak be, több fizikai és érzelmi visszaélést tapasztaltak (15). A BPD említése a jelen összefoglalás keretei között azért látszik indokoltnak, mert az evészavarok egyik jelentős altípusa, a multiimpulzív altípus (lásd alább) ezzel a személyiségzavarral társul.

A traumatizáció egyik lehetséges következménye: az evészavar

Az evészavarok példáján keresztül mutatjuk be, hogy a traumák milyen mechanizmusok közvetítésével járulhatnak hozzá a különböző szomatikus és mentális zavarok kialakulásához.

A létfenntartást szolgáló evés a mai kultúrában, a fogyasztói társadalom nyomása alatt könnyen válhat pszichológiai tényezők miatt zavarttá, ezért az evészavarok a civilizációs betegségek között is számontarthatók. Ennek hátterében az az antropológiai tény áll, hogy az evés és az étel sok érzelmi jelentéssel telített. A testalaknak, a test megjelenítésének is fontos kulturális háttere van – gondoljunk csak a karcsúságideál dominanciájára (16).

A leggyakoribb evészavar az elhízás. Mivel ennek hátterében komplex tényezők állnak, sok

a szomatikus vonatkozás (endokrinológiai, anyagcsere-eltváltozások stb.), ezúttal a ma már klasszikusnak számító anorexia nervosára (AN) és a bulimia nervosára (BN) koncentrálunk. Ezek altípusai között meg kell említeni a borderline személyiségzavaron alapuló, többféle impulzuskontrollzavarral (kleptománia, alkohol-, drogabúzus, önsebzés, öngyilkossági kísérletek, szexuális gátlástalanság) jellemezhető multiimpulzív AN-t és BN-t. Erre az alcsoportra különösen jellemző a traumatizáció (17). Ennek szerepét kiemelték a BN-hez közeli, új kórképnek számító falászavarban is (binge eating disorder, BED; 18).

Az evészavarok patomechanizmusára vonatkozóan a multidimenzionális megközelítést ajánlják, ami a biopszichoszociális betegségmodell alapján. Eszerint a szomatikus, pszichológiai és társadalmi-kulturális tényezők egyaránt szerepet játszanak az evészavarok kialakulásában.

A traumatizáció szerepe evészavarokban

A traumák szerepe számos pszichiátriai betegségben nyilvánvaló, s ez az evés zavaraira is érvényes. Az evészavarban szenvedő felnőttek között végzett vizsgálatokat értékelő metaanalízis alapján az derült ki, hogy a gyermekkori érzelmi elhanyagolás gyakorisága 53,3% volt, a fizikai elhanyagolás pedig 45,4% (19). A kezelésben részt vevő serdülők egyharmada életében már átélte egy vagy több traumát, például zaklatást, halálesetet vagy veszteséget, szexuális bántalmazást (20). A bántalmazást elszenvedettek körében nagyobb a pszichiátriai zavarok komorbiditása és az öngyilkossági veszélyeztetettség. A gyermekkori bántalmazásnak kitett evészavaros betegeknek korábban kezdődött az evészavar, a zavar súlyosabb formájától szenvednek, és gyakoribb a túlevés és purgálás, mint azoknál az evészavarosoknál, akik nem számoltak be gyermekkori bántalmazásról (21).

Az AN és a BN mellett a felnőttkori elhízás és a BED hátterében is fontos tényező lehet a traumatizáció. Elhízott személyek között a gyermekkori érzelmi és szexuális bántalmazás, valamint az elhanyagolás gyakoribbnak bizonyult egészséges kontrollcsoporthoz viszonyítva (18). Ha falásrohamok is jelen voltak a tüneti képben, az érzelmi bántalmazás és az elhanyagolás gyakorisága nagyobb volt.

A gyermekbántalmazásnak négy típusát különböztetjük meg: fizikai, szexuális, érzelmi bántalmazás, valamint elhanyagolás.

Traumatizációt elszenvedett evészavaros betegek esetében a terápia első részében tünetorientált munka folyik, majd a háttértényezők feltárása.

A traumatizáció általában aspecifikus kockázati tényezőként jelenik meg az evészavarral rendelkező beteg kórelőzményében, így cirkuláris oksági szerepe lehet egy komplex patomechanizmus részeként. Ha viszont évessel kapcsolatos területen tapasztalt a beteg traumát, akkor az összefüggés természetesen szoros is lehet (például az étkezésekhez társuló szülői agresszió, kényszerítés, büntetés; vagy orális szexuális aktivitásra kényszerítés következtében jelentkező bulimiás hányások).

A kontroll kérdése az evészavarokban központi jelentőségű, ezért a szülői kontroll mértéke, a kontroll gyakorlásával összefüggő bántalmazások fontos szerepet játszhatnak a tünetek jelentkezésében. Egy vizsgálat során az derült ki, hogy a kontrollcsoporttal összevetve, az evészavaros csoportban nagyobb a traumatizáció aránya, és a szülői kontrollt is intenzívebbnek élték meg a betegek. Az észlelt szülői gondoskodás mértéke alacsonyabb volt. Mindezek interperszonális bizonytalansághoz vezethetnek, ami fontos kockázati tényező (22). Egy másik vizsgálatban a traumatizáció és az evészavarok között az érzelemszabályozási zavar és a disszociáció mediáló szerepe volt lényeges. A gyermekori érzelmi bántalmazás nehézségeket okoz azáltal, hogy tartós negatív hatást gyakorol az egyén azon képességére, hogy hatékonyan tudja szabályozni az érzelmeit. A gyermek érzelmi állapotaira való nem megfelelő gondozói reagálás ahhoz vezet, hogy a gyermek a saját érzelmi állapotait nem tanulja meg azonosítani, vagy hibásan ismeri fel azokat, s ez idővel negatívan befolyásolhatja az egyén érzelemszabályozási és tolerancia-képességét. Az evészavar elősegítheti az elkerülést, a figyelemelterelést vagy az érzelmek tompítását azok számára, akiknek az érzelmi bántalmazás következtében gyermekkorukban nem volt lehetőségük ezt megtanulni (23).

A mediáló mechanizmusok között a disszociáció lényeges lehet. Ennek pszichofom és szomatofom típusa különíthető el. Az evészavarban szenvedők körében mindkét típusú disszociáció aránya magasabb volt, mint egészséges kontrollszemélyek között (24). Ez különösen a bulimiás tünetekkel rendelkezők között volt jelentős. A disszociatív tünetként felfogható „belső hangok” jelentkezése is általában traumatikus előzményen alapul (25).

A disszociáció a komplex traumatizáció egyik leggyakoribb kísérőjelensége. A trauma eredetű

zavaroknál a legújabb traumamodellek a disszociációt tekintik a legfontosabb patomechanizmusnak (26, 27). A személyiség elsődleges, másodlagos és harmadlagos strukturális disszociációját különböztetik meg, ahol az elsődleges strukturális disszociáció azt jelenti, hogy a személyiség traumatizáció esetén egy, a mindennapi életvezetésért felelős, látszólag normális személyiségre (apparently normal personality, ANP) és egy traumaemléket hordozó érzelmi személyiségrészre (emotional personality, EP) tagolódik. Ez történik PTSD-ben. Másodlagos strukturális disszociáció esetén egy ANP és több traumatizációval összefüggő EP található, míg a harmadlagos strukturális disszociációban több ANP és több EP jelenik meg.

A disszociáció jelentősége az evészavarokban a fenti, a traumatizáció kapcsán általánosnak tekinthető megfontolásokon túl leginkább az, hogy több evészavartünet disszociatív jellegű lehet, például a bulimiás hányások sokszor „transzállapotban” zajlanak, vagy az AN-ben szenvedő betegeknek a testükhöz való viszonya is disszociációt mutathat. Néha disszociatív identitás-zavar (régebbi nevén multiplex személyiség-zavar) is fellelhető az evészavarok hátterében.

A traumaterápia általános elvei

Ha a különböző pszichopatológiai jelenségek mögött traumatizáció áll, akkor ennek terápiás következményei is vannak: lényeges lesz a traumaterápiák elemeinek alkalmazása. Függetlenül a következményes kórképektől, a traumák feldolgozásának vannak általános irányelvei. Általánosságban elmondható, hogy traumatikus előzmények esetében azok a pszichoterápiák, amelyek nem célzottan a traumatikus emlékek feltárására és feldolgozására irányulnak, nem ajánlottak (28).

Evészavarok esetében ajánlott a terápiás megközelítés

A terápia indításakor a kapcsolat megalapozása igen lényeges, a további munka ennek függvénye lehet. Traumatizációt elszenvedett evészavaros betegek esetében általános elv, hogy a terápia alapvetően két részre osztható. Az első részben tünetorientált munka folyik (például AN-ben a szomatikus rehabilitáció, az évessel kapcsolatos szokások rendezése, a testsúly-növelés elindítása). Ezt követően kerülhet sor a háttértényezők feltárására, ha már tünetredukció történt, és a

beteg kellően stabil a feljövő traumatikus élmények elviseléséhez. A gyakorlatban ez a két rész sokszor nem válik szét élesen, azaz a tünetekre koncentráció kezdeti feladatai mellett a pszichológiai hátteret is érintjük például egy-egy próbaértelmezéssel – azaz a két stratégia párhuzamosan haladhat.

Fázisorientált terápia

Traumatizált evészavaros betegekkel való terápiás munka során a traumatizációt elszenvedett betegekkel hatékonyan működő fázisorientált terápia követhető, mely három szakaszra bontható. Az *első szakaszban* alapvető a terápiás kötődés elmélyítése, a stabilizálás, az énerősítés, a tünetredukció, a problémákra, tünetekre vonatkozó edukálás, valamint az érzelmszabályozási mechanizmusok fejlesztése (29–31). Ebben a szakaszban addig nem facilitáljuk a traumatikus élményekkel való munkát, amíg a beteg kellően nem stabil az ezzel járó érzelmi terheléshez. A stabilizációt elősegítő feladatokat ismételni kell, valamint a megnyugtatóra és az önszabályozásra kell fókuszálni. Ilyen, stabilizációt elősegítő technikákat ír le *Linehan* (32) magyarul is megjelent könyvében, melyeket különösen a BN-ben és a BED-ben szenvedő betegeknél ajánlott használni. Ide tartoznak az étkezési szabályok, a családtagok viselkedése, a testsúlyellenőrzés, vagy a testi aktivitás, sportolás, munkavégzés szabályozása.

A terápia *második szakaszában* a traumatikus emlékek feltárása és feldolgozása történik. A traumafeldolgozás során olyan terápiás technikákat kell alkalmazni, amelyek alkalmasak arra, hogy kifejezzék a traumás élményeket. Erre csak akkor kerülhet sor, ha a beteg kellően stabil a feljövő sokszor nehéz, elárasztó, traumatikus emlékek elviseléséhez. Szem előtt kell tartani, hogy a traumatikus gyermekkori előzmények miatt számtalan tünet lehet jelen és a feltárást mindig a beteg teherbíráshoz kell illeszteni (29–31). Evészavaros betegeknél ebben a szakaszban is fontos, hogy tünetrosszabbodás esetén lassítani kell a folyamatot, tekintettel arra, hogy szomatikusan veszélyeztetett állapot is kialakulhat.

A traumafeldolgozás *harmadik szakasza* az integráció. Az integráció szakaszában az látható, hogy a beteg megtanul együtt élni mind a pozitív, mind a negatív érzésekkel, gondolatokkal, kívánságokkal. A fekete-fehér gondolkodást, ami korábban jellemezte a traumát elszenvedettet, felváltja az integrált és árnyalt gondolkodás (29, 31).

Kognitív viselkedésterápiás módszerek

A kognitív viselkedésterápiás módszerek között speciális jelentősége van a *dialektikus viselkedésterápiának*, amely a képességek fejlesztését célozza, csökkenti a maladaptív viselkedésformákat és életvezetési tanácsokat is nyújt. Ez leginkább BN-ben és BED-ben ajánlott, mert e betegek között a traumatizáció fontos szerepet játszik a tünetek kialakulásában. A módszer különösen a borderline személyiségzavarral rendelkező betegek számára lehet hatékony, ezt kontrollált vizsgálatok is alátámasztják (33). A fenti két evészavartípus mellett krónikus AN-ben is igazolták a hatékonyságát (34).

Az *integratív kognitív analitikus terápia* a kognitív viselkedésterápiás és a pszichodinamikus megközelítést integrálja. Az érzelmekkel való munka, az érzelmi állapot és a tünetek közötti kapcsolat elemzése központi szerepet tölt be. A tüneti viselkedés javításán túl fejleszt az érzelmszabályozást (35).

Szintén hasznos lehet a PTSD-vel szövődött evészavarok kezelésében a *kognitív feldolgozás terápia* (cognitive processing therapy, CPT), amelynek hatékonyságát ma már bizonyítékok is alátámasztják (28, 36).

Hipnoterápia

A *hipnoterápia* a traumák feldolgozásában a módszer elterjedésének kezdeti korszaka óta alkalmas eszköz lehet. A legkülönbözőbb pszichiátriai zavarokban hatékony lehet a hipnózis – az evészavarok között leginkább BN-ben, mert a bulimiás betegek hipnotikus fogékonysága jóval magasabb, mint az anorexiásoké, vagy az átlagnépességé (37). Fontos adat, hogy az evészavarok (általában traumatizált) multiimpulzív alcsoportjában a hipnotikus fogékonyság még magasabb (38).

A traumatizáció, a disszociáció mechanizmusa és a hipnoterápia hatékonysága között komplex kapcsolat van. A disszociatív kapacitás összefügg a hipnotikus fogékonysággal, ami szintén disszociáción alapul a hipnózis neodisszociációs hipotézise értelmében. A disszociáció különösen BN-re jellemző, mert a falásrohamok során je-

A traumafeldolgozás során a terápiában lényeges olyan speciális technikák alkalmazása, amelyek segítik a traumás élmények explorációját és feldolgozását.

lentkező transzállapot, tudatbeszűkülés ilyen mechanizmust takar.

A hipnoterápia kétirányú lehet. A tünetorientált módszerek főleg kognitív viselkedésterápiás technikákat jelentenek. A belátásorientált módszerek a klinikailag releváns élményeket igyekeznek megközelíteni: ilyenek a különböző imaginatív, hipnoanalitikus módszerek, a hipnotikus álom, az érzelmi híd technikája, a korregresszió. Az imaginatív módszerek között külön helyet foglal el a catathym imaginatív pszichoterápia, amely szimbolikus jelentésű képzeletbeli képek megjelenítését és feldolgozását jelenti.

A traumafeldolgozás egyéb módszerei között említést érdemelnek a szimbolikus tartalmakkal dolgozó módszerek, például a művészetterápia. A traumatikus élmények verbális feldolgozása sokszor nehéz, s a nonverbális technikák megkönnyíthetik a terápia folyamatát. Új és hatékony módszer az eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) (39). Meg kell említeni még az interszónális pszichoterápiát (IPT), amely az evészavarok terápiájában bizonyítottan hatékony, és a beteg számára fontos interszónális kapcsolatok állnak a fókuszában, s ennyiben rokonítható a családterápiával (40).

Megbeszélés

Irodalmi áttekintésünk célja az volt, hogy felhívjuk a szakemberek figyelmét a traumatizáció lehetséges szerepére az evészavarok etiológiájában. Természetesen nem lineáris okságot kell feltételeznünk, hanem a biopszichoszociális betegségmodellnek megfelelően több tényezőnek lehet jelentősége a cirkuláris okságnak megfelelően. A traumatizáció jelenthet például kockázatot a betegségfolyamatban, vagy kiváltó (trigger) hatást is. Ezért a traumatizáció szerepét a komplex betegségképe ágyazottan, az egyéb tényezőkkel való kölcsönhatásban célszerű értelmezni.

Irodalom

1. Kuritárné Szabó I. A gyermekkori családon belüli traumatizáció következményei. In: Kuritárné Szabó I, Tisljár-Szabó E (eds.). *Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna. A családon belüli gyermekkori traumatizáció: elmélet és terápia.* Budapest: Oriold és Társai Kiadó; 2015. p. 13-52. <https://doi.org/10.1556/650.2017.30745>
2. Cook A, Blaustein M, Spinazzola J, van der Kolk B. Complex trauma in children and adolescents: White paper. Allston, MA. *National Child Traumatic Stress Network, Complex Trauma (NCTSN) Task force*; 2003. <https://doi.org/10.1037/e404122005-001>
3. Cook A, Blaustein M, Spinazzola J, van der Kolk B. Komplex traumatizáció gyermek és serdülőkorban. In: Kuritárné Szabó I, Molnár J, Nagy A (eds.). *Trauma-eredetű disszociáció. Elmélet és terápia.* Budapest: Oriold és Társai Kiadó; 2018. p. 31-78. <https://doi.org/10.1556/0016.2016.71.4.8>
4. Butchart A, Phinney A, Mian M, Fűrmiss T. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: WHO; 2006.
5. Sethi D, Bellis M, Hughes K, Gilbert R, Mitis F, Galea G. European report on preventing child maltreatment. Geneva: World Health Organization; 2013. <http://www.who.int/publications/maltreatment>

- euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf. Letöltés ideje: 2019. 7.13.
https://doi.org/10.1163/2210-7975_hrd-9841-3042
6. Gilbert R, Kemp A, Thoburn J, Sidebotham P, Radford L, Glaser D, et al. Child Maltreatment 2: Recognising and responding to child maltreatment. *Lancet* 2009;373:167-80. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(08\)61707-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(08)61707-9)
 7. Briggs-Gowan MJ, Ford JD, Fraleigh L, McCarthy K, Carter AS. Prevalence of exposure to potentially traumatic events in a healthy birth cohort of very young children in the northeastern United States. *J Traumatic Stress* 2010;23:725-33. <https://doi.org/10.1002/jts.20593>
 8. Briere J, Elliott DM. Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse Negl* 2003;27:1205-22. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.09.008>
 9. Witt A, Brown RC, Plener PL, Brähler E, Fegert JM. Child maltreatment in Germany: prevalence rates in the general population. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2017;11:47. <https://doi.org/10.1186/s13034-017-0185-0>
 10. Tóth O. Erőszak a családban. Budapest: TÁRKI; 1999.
 11. Ujhelyi Nagy A, Kuritár Szabó I, Hann E, Kósa K. Measuring the prevalence of adverse childhood experiences by survey research methods. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16:1048. <https://doi.org/10.3390/ijerph16061048>
 12. American Psychiatric Association (APA). DSM-5. Arlington VA: APA; 2013. Magyar változat: DSM-5 referencia kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz. Budapest: Oriold és társai; 2013.
 13. Bandelow B, Krause J, Wedekind D, Broocks A, Hajak G, Rüther E. Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychiatry Res* 2005;134:169-79. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.07.008>
 14. Kuritárné Szabó I. Borderline személyiségzavar. Tünettan, etiológia, terápia. Budapest: Medicina Kiadó; 2008.
 15. Merza K, Papp G, Kuritárné Szabó I. The role of childhood traumatization in the development of borderline personality disorder in Hungary. *Eur J Psychiat* 2015;29:105-18. <https://doi.org/10.4321/s0213-61632015000200002>
 16. Forgács A. Az évés lélektana. Harmadik kiadás. Budapest: Akadémiai Kiadó; 2018. <https://doi.org/10.1556/9789634541752>
 17. Lacey JH, Evans C. The impulsivist: a multi-impulsive personality disorder. *Br J Addict* 1986;81:641-9. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1986.tb00382.x>
 18. Amianto F, Spalatro AV, Rainis M, Andriulli C, Lavagnini L, Abbate-Daga G, et al. Childhood emotional abuse and neglect in obese patients with and without binge eating disorder: Personality and psychopathology correlates in adulthood. *Psychiatry Res* 2018;269:692-9. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.08.089>
 19. Pignatelli AM, Wampers M, Loredano C, Biondi M, Vanderlinden J. Childhood neglect in eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *J Trauma Dissociation* 2017;18:100-15. <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1198951>
 20. Hicks White AA, Pratt KJ, Cottrill C. The relationship between trauma and weight status among adolescents in eating disorder treatment. *Appetite* 2018;129:62-9. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.06.034>
 21. Molendijk ML, Hoek HW, Brewerton TD, Elzinga BM. Childhood maltreatment and eating disorder pathology: a systematic review and dose-response meta-analysis. *Psychol Med* 2017;19:1-15. <https://doi.org/10.1017/s0033291716003561>
 22. Monteleone AM, Ruzzi V, Patriciello G, Pellegrino F, Cascino G, Castellini G, et al. Parental bonding, childhood maltreatment and eating disorder psychopathology: an investigation of their interactions. *Eat Weight Disord* 2019. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00649-0>
 23. Moulton S, Newman E, Power K, Swanson V, Day K. Childhood trauma and eating psychopathology: a mediating role for dissociation and emotion dysregulation? *Child Abuse Negl* 2015;39:167-74. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.07.003>
 24. Palmisano GL, Innamorati M, Susca G, Traetta D, Sarracino D, Vanderlinden J. Childhood traumatic experiences and dissociative phenomena in eating disorders: level and association with the severity of binge eating symptoms. *J Trauma Dissociation* 2017;19:88-107. <https://doi.org/10.1080/15299732.2017.1304490>
 25. Pugh M, Waller G, Esposito M. Childhood trauma, dissociation, and the internal eating disorder 'voice'. *Child Abuse Negl* 2018;86:197-205. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.10.005>
 26. Van der Hart O, Nijenhuis ERS, Steele K, Brown D. Trauma-related dissociation: conceptual clarity lost and found. *Austr New Zeal J Psychiatry* 2004;38:906-14. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2004.01480.x>
 27. Van der Hart O, Nijenhuis ERS, Steele K, Brown D. Traumával összefüggő disszociáció: a konceptuális világgóság elveszett és megtaláltatott. In: Kuritárné Szabó I, Molnár J, Nagy A (eds.). Trauma-eredetű disszociáció. Elmélet és terápia. Budapest: Oriold és Társai Kiadó; 2018. p. 79-100. <https://doi.org/10.1556/0406.19.2018.019>
 28. National Institute for Health and Care Excellence: Post-traumatic stress disorder. Evidence reviews for psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the treatment of PTSD in adults. *NICE guideline* 116, 2018.
 29. Van der Hart O, Nijenhuis ERS, Steele K. The haunted self: structural dissociation and the treatment of chronic traumatization. New York: Norton WW & Company; 2006. <https://doi.org/10.1080/15299730802226118>
 30. Herman JL. Trauma és gyógyulás. Budapest: Háttér Kiadó – Kávé Kiadó – NANE Egyesület; 2003.
 31. Kuritárné Szabó I. A családon belüli gyermekkori traumatizációt elszenvetett felnőtt betegek pszichoterápiája. In: Kuritárné Szabó I, Tisljár-Szabó E (eds.). Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna. A családon belüli gyermekkori traumatizáció: elmélet és terápia. Budapest: Oriold és Társai Kiadó; 2015. p. 391-416. <https://doi.org/10.1556/650.2017.30745>
 32. Linehan MM. A borderline személyiségzavar kognitív viselkedésterápiája. Munkafüzet. Budapest: Semmelweis Kiadó; 2011.
 33. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:757-66. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.7.757>
 34. Lynch TR, Gray KL, Hempel RJ, Tittley M, Chen EZ, O'Mahen HA. Radically open dialectical behavior therapy for adult anorexia nervosa: feasibility and outcomes from an inpatient program. *BMC Psychiatry* 2013;13:293. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-13-293>
 35. Wonderlich SA, Peterson CB, Smith TL, Klein MH, Mitchell JE, Crow SJ. Integrative cognitive-affective therapy for bulimia nervosa: a treatment manual. New York: Guilford; 2015.
 36. Parks EH. Psychotherapeutic treatment of co-occurring eating disorders and posttraumatic stress disorder. *Psychiatr Ann* 2018;48:473-6. <https://doi.org/10.3928/00485713-20180913-01>
 37. Tury F, Kohls E. Hypnotherapy and eating disorders. In: Heap M (ed.). Hypnotherapy: a handbook. Second edition. Maidenhead: Open University Press; 2012. p. 200-20.
 38. Vanderlinden J, Vandereycken W. Trauma, dissociation, and impulse dyscontrol in eating disorders. *Bristol: Brunner/Mazel*; 1997. <https://doi.org/10.1002/erv.416>
 39. Zaccagnino M, Civillotti C, Cussino M, Callera M, Fernandez I. EMDR in anorexia nervosa: from a theoretical framework to the treatment guidelines. In: Jauregui-Lobera I. Eating disorders - a paradigm of the biopsychosocial model of illness. *Intech Open* 2017. p. 193-213. <https://doi.org/10.5772/65695>
 40. Karam AM, Fitzsimmons-Craft EE, Tanofsky-Kraff M, Wilfley DE. Interpersonal psychotherapy and the treatment of eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2019;42:205-18. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.003>