

Doktori (PhD) értekezés

**AZ EVÉSZAVAROK EGYES EPIDEMIOLÓGIAI ÉS
PSZICHOLÓGIAI VONATKOZÁSAI, KÜLÖNÖS
TEKINTETTEL AZ ÖNÉLETRAJZI EMLÉKEZETRE**

KRIZBAI TÍMEA

DEBRECENI EGYETEM

BTK

2011

**AZ EVÉSZAVAROK EGYES EPIDEMIOLÓGIAI ÉS PSZICHOLÓGIAI
VONATKOZÁSAI, KÜLÖNÖS TEKINTETTEL AZ ÖNÉLETRAJZI
EMLÉKEZETRE**

Értekezés a doktori (Ph.D.) fokozat megszerzése érdekében
a pszichológia tudományágban

Írta: KRIZBAI TÍMEA, okleveles pszichológus

Készült a Debreceni Egyetem Humán Tudományok doktori iskolája
(Pszichológia programja) keretében

Témavezető: Dr. Szabó Pál

A doktori szigorlati bizottság:

elnök: Dr.....

tagok: Dr.....

Dr.....

A doktori szigorlat időpontja: 2011.

Az értekezés bírálói:

Dr.

Dr.

A bírálóbizottság:

elnök: Dr.

tagok: Dr.

Dr.

Dr.

A nyilvános vita időpontja: 2011.

„Én Krizbai Tímea teljes felelősségem tudatában kijelentem, hogy a benyújtott értekezés a szerzői jog nemzetközi normáinak tiszteletben tartásával készült. Jelen értekezést korábban más intézményben nem nyújtottam be és azt nem utasították el.”

.....

Köszönetnyilvánítás

Köszönettel tartozom Dr. Szabó Pálnak (Debreceni Egyetem, Pszichológia Intézet), aki elsőként irányította rá figyelmemet az evészavarok témájára, és a későbbiekben témavezetőként sokrétű segítségét nyújtott. Támogatása nélkül a jelen értekezés nem valósulhatott volna meg.

Köszönöm továbbá Dr. Pászthy Bea docens, osztályvezető főorvos (Semmelweis Egyetem, I. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest), Csenki Laura klinikai pszichológus (SE, I. Gyermekgyógyászati Klinika), és Bajúsz Csilla klinikai pszichológus (SE, I. Gyermekgyógyászati Klinika) segítségét, valamint a Domus Hungarica támogatását. Nélkülük nem valósulhatott volna meg az anorexiás betegek körében végzett önéletrajzi emlékezet vizsgálatom.

Köszönettel tartozom Nagy Jánosnak és Kurucz Győzőnek, akiknek közreműködése nélkülözhetetlen segítséget jelentett a statisztikai elemzések során, és akik mindig készségesen álltak ebben a segítségemre.

Köszönet illeti azokat az önkéntes segítőköt, akik a kérdőívek terjesztésében és összegyűjtésében részt vettek, név szerint: Mezei Ágnes, Kisfaludy Szilvia, és Zatroch Zsuzsa, valamint a Sapientia Erdélyi Magyar Tudományegyetem 2007-ben végzett Szociálpedagógia évfolyam hallgatói.

Köszönöm Brassai László kollegám közreműködését a 2006-ban közösen megtervezett erdélyi egészségmagatartás vizsgálat megvalósításában.

Munkahelyemen, a Sapientia Erdélyi Magyar Tudományegyetemen megfelelő feltételeket kaptam munkám végzéséhez, ezért köszönettel tartozom Prof. Dr. Székely Gyula dékánnak, Dr. Pletl Rita tanszékvezető asszonynak, és kollegáimnak: Lukács-Márton Rékának, Szaló Rékának, Horváth Zsófiának, Szentés Erzsébetnek, Kádár Annamáriának és Dósa Zoltánnak.

Biztatást jelentett az az érdeklődés, amellyel munkámat figyelemmel kísérte Prof. Dr. Walter Vandereycken (Leuveni Egyetem, Evészavar Klinika), és Prof. Dr. Dirk Hermans (Leuveni Egyetem, Pszichológia szak).

Nem utolsó sorban köszönettel tartozom férjemnek, Krizbai Lórándnak türelméért és a doktori disszertációm megírása során nyújtott segítségéért, valamint szüleimnek, testvéremnek és barátaimnak, akik mindvégig bíztak bennem és támogattak.

Tartalomjegyzék

Bevezetés.....	14
1. Az evészavarok típusai.....	18
1.1. Az anorexia nervosa diagnosztikai kritériumai	18
1.2. A bulimia nervosa diagnosztikai kritériumai	19
1.3. A falászavar DSM-IV-TR-ben szereplő ajánlott diagnosztikai kritériumai	20
2. Az evészavarok epidemiológiai adatai	21
2.1. Prevalencia-vizsgálatok anorexia nervosában.....	22
2.2. Prevalencia-vizsgálatok bulimia nervosában.....	22
2.3. Az anorexia nervosa incidenciája	26
2.4. A bulimia nervosa incidenciája	27
2.5. Szubklinikai zavarok, táplálkozási attitűdök vizsgálata	30
2.6. Közép- és Kelet-Európában végzett epidemiológiai vizsgálatok.....	31
2.6.1. Magyarországon és Romániában végzett epidemiológiai vizsgálatok.....	32
2.7. Transzkulturális epidemiológiai vizsgálatok.....	33
3. Az evészavarok etiopatogenezise.....	35
3.1. Kockázati tényezők az anorexia nervosa és bulimia nervosa etiopatogenezisében.....	35
3.1.1. Biológiai tényezők	36
3.1.2. Pszichológiai tényezők.....	38
3.1.2.1. Pszichodinamikus megközelítés.....	38
3.1.2.2. Viselkedéslélektani és kognitív megközelítés.....	39
3.1.2.3. Kedvezőtlen életesemények.....	41
3.1.2.4. Családi tényezők.....	42
3.1.2.5. Az evészavaros betegek személyiségjegyei	43
3.1.3. Szociokulturális tényezők.....	44
4. Az evészavarok pszichiátriai komorbiditása	46

4.1.	<i>Hangulatzavarok</i>	47
4.2.	<i>Szorongásos zavarok</i>	48
4.3.	<i>Addikciók</i>	49
4.4.	<i>Személyiségzavarok</i>	51
4.5.	<i>Disszociációs zavar</i>	51
5.	<i>Az emlékezeti működés jelenségek</i>	53
6.	<i>Az önéletrajzi emlékezet vizsgálatának kezdetei</i>	58
7.	<i>Az önéletrajzi emlékezet szerkezete és folyamatai</i>	61
8.	<i>Az önéletrajzi emlékezet deficitjei</i>	66
8.1.	<i>Hangulat és emlékezet</i>	66
8.2.	<i>Az önéletrajzi emlékezet deficit mint megküzdési stratégia</i>	68
8.3.	<i>Önéletrajzi emlékezet deficit evészavaros betegeknél</i>	69
9.	<i>Az általános önéletrajzi emlékezet jelentősége</i>	71
10.	<i>Az evészavarok epidemiológiai és pszichológiai vonatkozásainak vizsgálata, különös tekintettel az önéletrajzi emlékezetre</i>	74
10.1.	<i>Az evészavarok epidemiológiai vizsgálata erdélyi román, magyar, illetve szász középiskolások körében, valamint erdélyi román, illetve magyar serdülők körében</i>	78
10.1.1.	<i>Módszerek</i>	78
10.1.1.1.	<i>A vizsgálati személyek bemutatása</i>	78
10.1.1.2.	<i>Mérőeszközök</i>	80
10.1.1.2.1.	<i>A Goldberg-féle Általános Egészségi Kérdőív</i>	80
10.1.1.2.2.	<i>Az Evési Attitűdök Tesztje</i>	81
10.1.1.2.3.	<i>Az Evészavartünetek Súlyossági Skálája</i>	81
10.1.1.2.4.	<i>A Bulimia Kognitív Disztorziós Skála</i>	81
10.1.2.	<i>Eredmények</i>	83
10.1.2.1.	<i>Általános demográfiai és antropometriai adatok</i>	83
10.1.2.2.	<i>Kérdőíves eredmények</i>	87

10.1.2.3.	<i>A különböző súlycsökkentő viselkedésformák gyakorisága, valamint a bulimia központi tünetének, a falásrohamnak a gyakorisága</i>	92
10.1.2.4.	<i>A klinikai AN és BN, valamint a szubklinikai AN és BN szimulált diagnózisainak prevalenciája</i>	99
10.1.2.5.	<i>A két epidemiológiai vizsgálat során kapott eredmények részösszefoglalója</i>	102
10.2.	<i>Önéletrajzi emlékezet anorexiás betegeknél</i>	104
10.2.1.	<i>Módszerek</i>	104
10.2.1.1.	<i>Vizsgálati személyek</i>	104
10.2.1.2.	<i>Mérőeszközök</i>	105
10.2.1.2.1.	<i>Az Önéletrajzi Emlékezet Teszt</i>	105
10.2.1.2.2.	<i>Gyermek Depresszió Kérdőív</i>	106
10.2.1.2.3.	<i>Evészavar Kérdőív</i>	106
10.2.1.3.	<i>Eljárás</i>	107
10.2.2.	<i>Eredmények</i>	110
10.2.2.1.	<i>Az anorexiás és kontroll csoport demográfiai és antropometriai jellemzői, valamint az Evészavar kérdőíven, és Gyermek depresszió kérdőíven elért eredmények</i>	110
10.2.2.2.	<i>Az önéletrajzi emlékek vizsgálata</i>	111
10.2.2.3.	<i>A depresszió hatása az emlékezeti teljesítményre</i>	114
10.2.2.4.	<i>Az egyedi (specifikus) önéletrajzi emlékek, a depresszió és evészavar kapcsolata</i>	118
10.2.2.5.	<i>Az anorexiás betegek önéletrajzi emlékezetének vizsgálata során kapott eredmények rövid összefoglalása</i>	118
11.	<i>Megbeszélés</i>	119
11.1.	<i>Az evészavarok epidemiológiai vonatkozásai serdülők körében</i>	119
11.2.	<i>A falásrohamnak, valamint a különböző súlycsökkentő viselkedéseknek az előfordulása a középiskolások körében</i>	120
11.3.	<i>A táplálkozásvazavarra jellemző pszichopatológiai eltérések, kóros evési attitűdök, kognitív disztorziók</i>	122
11.4.	<i>Az evészavarok epidemiológiai vonatkozásai kulturális tükrében</i>	122
11.5.	<i>Az önéletrajzi emlékezet deficitje anorexia nervosában</i>	128

<i>Összefoglalás, új eredmények.....</i>	<i>132</i>
<i>Summary.....</i>	<i>136</i>
<i>Irodalomjegyzék</i>	<i>140</i>
<i>Mellékletek.....</i>	<i>169</i>

Táblázatok jegyzéke

1. táblázat.	<i>Az anorexia nervosa prevalenciája</i>	24
2. táblázat.	<i>A bulimia nervosa prevalenciája</i>	25
3. táblázat.	<i>Az anorexia nervosa incidenciája (egy évre és 100 000 lakosra vonatkoztatva).....</i>	29
4. táblázat.	<i>A bulimia nervosa incidenciája (egy évre és 100 000 lakosra vonatkoztatva)</i>	30
5. táblázat.	<i>Potenciális kockázati tényezők az evészavarok kialakulásában.....</i>	36
6. táblázat.	<i>A kérdőív szerkezete az első és a második vizsgálatban.....</i>	80
7. táblázat.	<i>Az evészavarok klinikai és szubklinikai formáinak diagnosztikai kritériumai</i>	82
8. táblázat.	<i>Az első vizsgálati populáció demográfiai és antropometriai adatai (átlag $\pm$ szórás).....</i>	83
9. táblázat.	<i>A második vizsgálati populáció demográfiai adatai (átlag, $\pm$ szórás)</i>	84
10. táblázat.	<i>Az EAT összpontszáma (átlag $\pm$ szórás) és a kóros értéket elért lányok aránya (%) a két vizsgálati mintában</i>	88
11. táblázat.	<i>Az EAT összpontszáma (átlag $\pm$ szórás) és a kóros értéket elért fiúk aránya (%) a két vizsgálati mintában.....</i>	89
12. táblázat.	<i>Az első vizsgálatban a BCDS összpontszáma (átlag $\pm$ szórás) és a kóros értéket elért személyek aránya (%).....</i>	91
13. táblázat.	<i>A különböző súlycsökkentő viselkedések %-os aránya a fiúknál az első vizsgálati mintában.....</i>	93
14. táblázat.	<i>A különböző súlycsökkentő viselkedések %-os aránya a fiúknál a második vizsgálati mintában.....</i>	94
15. táblázat.	<i>A különböző súlycsökkentő viselkedések %-os aránya lányoknál az első vizsgálati mintában.....</i>	95
16. táblázat.	<i>A különböző súlycsökkentő viselkedések %-os aránya lányoknál a második vizsgálati mintában.....</i>	96
17. táblázat.	<i>A klinikai AN és BN, valamint a szubklinikai AN és BN szimulált diagnózisainak prevalenciája az első vizsgálatban lányoknál (% és n).....</i>	99

18. táblázat.	<i>A klinikai AN és BN, valamint a szubklinikai AN és BN szimulált diagnózisainak prevalenciája a második vizsgálatban (% és n)</i>	<i>100</i>
19. táblázat.	<i>A klinikai AN és BN, valamint a szubklinikai AN és BN szimulált diagnózisainak prevalenciája a két vizsgálatban lányoknál (% és n)</i>	<i>101</i>
20. táblázat.	<i>Az ismerősség, érzelmi töltet és konkrétság értékei a pozitív, negatív, semleges és anorexiás hívószavak esetében (átlag, SD).....</i>	<i>108</i>
21. táblázat.	<i>Az anorexiás és kontroll csoport demográfiai és antropometriai jellemzői</i>	<i>110</i>
22. táblázat.	<i>Az anorexiás és kontroll csoport kérdőívekben elért átlagai</i>	<i>111</i>
23. táblázat.	<i>Előhívott specifikus önéletrajzi emlékek.....</i>	<i>112</i>
24. táblázat.	<i>Előhívott általános összegzett önéletrajzi emlékek.....</i>	<i>112</i>
25. táblázat.	<i>Előhívott általános kiterjedt önéletrajzi emlékek</i>	<i>113</i>
26. táblázat.	<i>Az előhívott specifikus emlékek száma a depressziós és nem depressziós csoportok, valamint az anorexiás és kontroll csoportok esetében</i>	<i>116</i>
27. táblázat.	<i>A depressziós csoporton belül az anorexiás betegek illetve kontroll személyek által felidézett specifikus önéletrajzi emlékek száma.....</i>	<i>117</i>
28. táblázat.	<i>A nem depressziós csoporton belül az anorexiás betegek illetve kontroll személyek által felidézett specifikus önéletrajzi emlékek száma.....</i>	<i>117</i>

Ábrák jegyzéke

1. ábra.	<i>Baddeley és Hitch (1974) háromkomponensű munkamemória-modellje</i>	54
2. ábra.	<i>Az önéletrajzi tudásbázis szerveződése</i>	64
3. ábra.	<i>Az irányított és direkt előhívás utjai</i>	65
4. ábra.	<i>Az első vizsgálatban résztvevő középiskolások száma</i>	78
5. ábra.	<i>A második vizsgálatban résztvevő serdülők száma</i>	79
6. ábra.	<i>A fiúk testtömegindexe a két vizsgálatban</i>	85
7. ábra.	<i>A lányok testtömegindexe a két vizsgálatban</i>	85
8. ábra.	<i>A fiúk által kívánatosnak tartott testsúly a két vizsgálatban</i>	86
9. ábra.	<i>A lányok által kívánatosnak tartott testsúly a két vizsgálatban</i>	86
10. ábra.	<i>A lányok EAT összpontszáma 2001-ben és 2006-ban</i>	89
11. ábra.	<i>A fiúk EAT összpontszáma 2001-ben és 2006-ban</i>	90
12. ábra.	<i>Az edzés gyakorisága fiúknál a két vizsgálatban</i>	94
13. ábra.	<i>A falásrohamok gyakorisága lányoknál 2001-ben és 2006-ban</i>	97
14. ábra.	<i>Az edzés, mint súlycsökkentő viselkedés gyakorisága lányoknál</i>	97
15. ábra.	<i>Az anorexiás és kontroll csoport által felidézett specifikus emlékek a négy hívó szó típusra</i>	114
16. ábra.	<i>A vizsgálati minta eloszlása a CDI-n elért pontszám függvényében</i>	115

Mellékletek jegyzéke

<i>1. Melléklet. Kultúrák földje Erdély.....</i>	<i>169</i>
<i>2. Melléklet. Az erdélyi román, magyar illetve szász középiskolások vizsgálatára alkalmazott magyar nyelvű kérdőív (vizsgálat 1).....</i>	<i>177</i>
<i>3. Melléklet. Az erdélyi román, magyar illetve szász középiskolások vizsgálatára alkalmazott román nyelvű kérdőív (vizsgálat 1).....</i>	<i>184</i>
<i>4. Melléklet. Az erdélyi román illetve magyar serdülők vizsgálatára alkalmazott magyar nyelvű kérdőív (vizsgálat 2).....</i>	<i>192</i>
<i>5. Melléklet. Az erdélyi román illetve magyar serdülők vizsgálatára alkalmazott román nyelvű kérdőív (vizsgálat 2)</i>	<i>195</i>
<i>6. Melléklet. A kontroll csoport vizsgálatára használt tesztcsomag (vizsgálat 3).....</i>	<i>198</i>
<i>7. Melléklet. Az anorexiás csoport vizsgálatára használt tesztcsomag (vizsgálat 3)</i>	<i>204</i>
<i>8. Melléklet. Az önéletrajzi emlékezet működésére alkalmazott hívó szavak listája</i>	<i>210</i>

Rövidítések jegyzéke

AN	anorexia nervosa
BCDS	Bulimia Kognitív Disztorziós Skála (Bulimia Cognitive Distortions Scale, Schulman és mtsai, 1986)
BID	binge eating disorder (falászavar)
BMI	body mass index (testtömeg-index: kg/m ²)
BN	bulimia nervosa
CDI	Gyermekek Depresszió Kérdőív (Children's Depression Inventory, Kovacs, 1992)
DSM-III	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition (American Psychiatric Association, 1980)
DSM-III-R	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition-revised (American Psychiatric Association, 1987)
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (American Psychiatric Association, 2000)
EAT	Evési Attitűdök Tesztje (Eating Attitudes Test, Garner és Garfinkel, 1979)
EDI	Evészavar Kérdőív (Eating Disorder Inventory, Garner és mtsai, 1983)
EDNOS	Máshova nem osztályozott evészavar (Eating disorders not otherwise specified)
GHQ	Goldberg-féle Általános Egészség Kérdőív (General Health Questionnaire, Goldberg és Hillier, 1979)
HTM	Hosszú távú emlékezet

Bevezetés

A mai modern társadalmunkban, már igen kevés olyan ember létezik, aki ne tudná, hogy az egészség megőrzésében a táplálkozásnak kiemelt jelentősége van, és hogy nem csupán a táplálék megfelelő mennyisége, hanem annak minősége is elengedhetetlenül fontos. Evési szokásaink kialakításakor nem csupán az ételek tápértékére helyezzük a hangsúlyt. Az ételek íze is, vagy az a kellemes élmény, amelyet az egyes ételek elfogyasztása nyújt, hozzájárulnak szokásaink formálásához. Az evésnek jelentős társadalmi jelentősége is van, és fontos része ünnepeinknek is. Gondoljunk csak a karácsony esti vacsorára vagy a születésnap tortára. Az étel hozzájárul a meghitt légkör kialakításához, és szeretetet közvetít, nagyon sokszor kommunikációs eszközzé is válik. Sokszor az evés jutalmazó vagy stressz-oldó szerepet is betölt, az evés élménye ugyanis ilyenkor megnyugvást, megelégedettséget vált ki.

Egyes emberek, de különösen a fiatal lányok és nők hajlamosak arra, hogy a táplálkozásnak, valamint ezáltal a testsúly kontrollálásának túl nagy jelentőséget tulajdonítsanak. Ezeknél a személyeknél az étkezés átminősül egyfajta rettegett és ezért mindenáron kerülendő karcsúságromboló cselekedetté, például az anorexia nervosa esetén, vagy valamiféle tiltott, ám ellenállhatatlan vággyá, amelynek beteljesülése többé nem okoz örömet, csupán büntudatot kelt, mint a bulimia esetén.

Az anorexia nervosát és a bulimia nervosát, az evészavarok két alaptípusát napjaink civilizációs betegségének tekintik. Ha a ScienceDirect vagy a Medline online elektronikus adatbázisokba az evészavar (eating disorders) keresési kulcsszót írjuk be, meglepően magas az ebben a témakörben megjelent tudományos publikációk száma. Az evészavar kulcsszóra a ScienceDirect 55 580 találatot ad meg, az anorexia nervosa kulcsszóra 15 830 találatot, a bulimia nervosa kulcsszóra pedig 8 837 találatot (2011 április). Ha az epidemiológia és evészavar (epidemiology, eating disorders) kulcsszavakat írjuk be, akkor 12 067 olyan közleményt jelentet meg a rendszer, amely az evészavarok epidemiológiai vizsgálatát tárgyalja. A Medline rendszerben ugyancsak az evészavar kulcsszóra 24 590 találat van, az anorexia nervosára 11 155 és a bulimia nervosára 5 155.

A tudományos közlemények több megközelítésből tárgyalják a táplálkozásvavarok problematikáját. Egyes vizsgálatok az evészavarok gyógyszeres, illetve különböző terápiás módszerekkel való kezelését vizsgálják, más kutatások az evészavarok és a hozzájuk társuló zavarok közötti összefüggéseket tanulmányozzák. Számos tanulmány foglalkozik a különböző személyiségjegyek evészavarokra hajlamosító hatásával, a testkép és evészavarok

kapcsolatával, az érzelmek, a társas támogatottság szerepével az evészavarok kialakulásában, tehát a pszichológiai vonatkozásokkal. A táplálkozási zavarok a pszichiátria egyik legdinamikusabban fejlődő területe. Ezt jelzi a fenti adatok mellett az is, hogy számos tudományos folyóirat létesült (International Journal of Eating Disorders, European Eating Disorders Review, Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention, Eating Behavior, Eating and Weight Disorders, British Journal of Anorexia Nervosa and Bulimia, Appetite, Body Image) és évente több nemzetközi kongresszust is rendeznek ebben a témakörben.

Több mint egy évtizede foglalkozom a táplálkozási zavarok vizsgálatával. Még egyetemi hallgató voltam, amikor tanulmányozásuk irányában kezdett vinni a kíváncsiság. Érdeklődésemet főleg az keltette fel, hogy míg a nemzetközi szakirodalomban tanulmányok ezrei foglalkoztak az evészavarok epidemiológiájával, etiopatogenezisével, terápiájával, és Magyarországon is már az 1990-es évek elején számos tanulmány és monográfia jelent meg az evészavarokról, addig Romániában, az 1990-es években, sem román, sem magyar nyelven nem voltak olyan monográfiák vagy tudományos közlemények, amelyek az anorexia vagy a bulimia kórképéről szólnak volna. Romániában az első epidemiológiai vizsgálatot Túry és mtsai (1998) végezték kolozsvári egyetemistákkal. Jelen pillanatig román nyelven két evészavarokról szóló írás jelent meg. Oltea Joja (2005) könyvében, az evészavarokat kognitív-viselkedésterápiás szempontból közelíti meg, míg Túry és mtsai (2009) „Anorexia és bulimia” című könyve önsegítő és családsegítő kalauz.

Románia, mint poszt-kommunista ország számos gazdasági és társadalmi változásnak volt tanúja az utóbbi évtizedekben. A különböző médiumok robbanásszerű elterjedése, a nyugati normák felé való nyitás, a globalizáció, a kapitalista szemléletmód, mind olyan tényezők, amelyek kedvezőek lehetnek az evészavarok beágyazódásának. Feltételezhető, hogy az anorexia és a bulimia gyakorisága, amelyeket világviszonylatban társadalmi betegségként jellemeznek, Romániában is megközelíti a fejlett nyugati országokra jellemző prevalencia adatokat.

Az evészavarok irányában mutatott növekedő érdeklődésnek számos oka van. A kórkép prevalenciája a fiatal nők és serdülő lányok körében viszonylag magas (a harmadik leggyakoribb krónikus betegség az obezitás és az asthma után), és egyre növekedő tendenciát mutat. Habár az anorexia leggyakrabban a serdülőkorban kezdődik, általában a 14–16 éves korosztály körében találkozunk először a kórképpel (Patton és mtsai, 1999; Hoek, 2006), napjainkban egyre több gyermeknél és korai pubertáskorban kezdődik a betegség (Pászthy, 2007). Ugyanakkor az anorexia a legnagyobb mortalitású pszichiátriai zavar. Steinhausen

(2002) az angol és német szakirodalomban megjelentetett 119 tanulmányra támaszkodva vizsgálta az anorexia kimenetelét 5590 anorexiás beteg élettörténetét követve és 5%-os halálozási arányt talált. Az AN-ban szenvedők halálának oka túlnyomó részben az öngyilkosság vagy testi/szomatikus szövődmény (Fisher, 2006). A táplálkozásvizsgálatok, ha nem ismerik fel és nem kezelik őket, krónikussá válnak, számos szomatikus szövődménnyel járnak, és magas pszichiátriai komorbiditás jellemzi őket.

A jelen tanulmány célja az evészavarok epidemiológiai vonatkozásainak, valamint a táplálkozásvizsgálatra jellemző pszichopatológiai eltérések, kóros evési attitűdök, kognitív disztorziók vizsgálata, erdélyi középiskolások körében. A kutatás egyedisége abban is rejlik, hogy az Erdélyben évszázadok óta együtt élő és mégis külön kultúrával rendelkező román, magyar, illetve szász etnikumok körében vizsgálja az evészavar tünetek előfordulását.

Az epidemiológiai vonatkozások mellett a vizsgálat a pszichológiai tényezők szerepére is kitér, és az önéletrajzi emlékezet működését tanulmányozza anorexia nervosában szenvedő betegeknél. Az evészavarokat magyarázó multikauzális modellek a biopszichoszociális, komplex elméleten alapszanak, és az evészavarokat a rendszerszemléleten alapuló cirkuláris oksági viszonyok alapján magyarázzák. Ez a megközelítési mód az evészavarok kialakulását predisponáló, precipitáló és betegségfenntartó tényezők hatásával magyarázza. A szakirodalom az önéletrajzi emlékezet deficitjét véli meghúzódnival számos érzelmi zavar mögött (például depresszió, poszttraumás stressz zavar, szorongás). Az evészavarok és az önéletrajzi emlékezet kapcsolatáról kevés vizsgálat született. Feltételezzük, hogy az önéletrajzi emlékezet deficitje az evészavaros betegekre is jellemző, és betegségfenntartó szerepe lehet. Az önéletrajzi emlékek általánosságát az anorexiás betegek mint coping stratégiát alkalmazzák a negatív érzelmekkel való megküzdésben.

A disszertációmban bemutatásra kerülő tizenegy fejezet a fentiekben bemutatott problémakörökhöz kapcsolódik. A tanulmány 1. és 2. fejezetében az evészavarok típusairól és epidemiológiai vonatkozásairól írok, különös tekintettel a Közép- és Kelet-Európában végzett epidemiológiai és transzkulturális vizsgálatokra. A 3. és 4. fejezetben az evészavarok etiopatogenezisééről és a kórképpel társuló komorbid zavarokról írok. Ezt követően az 5–9. fejezetekben az emlékezet, valamint az önéletrajzi emlékezet kognitív modelljeit tárgyalom, hangsúlyt fektetve az önéletrajzi emlékezet deficitjére hangulati zavarokban és evészavarokban szenvedő betegek körében. Kitérek ugyanakkor, az önéletrajzi emlékezet zavarának hátterében meghúzódnival maladaptatív megküzdési stratégiákra, illetve az érzelmszabályozás zavarára is. A tanulmány vizsgálati részében a 10.1. fejezetben az erdélyi

serdülők körében végzett két átfogó epidemiológiai vizsgálatot mutatom be, a 10.2. fejezetben pedig a Semmelweis Egyetem I. Gyermekgyógyászati Klinika gyermekpszichiátriai osztályán fekvő betegeként kezelt anorexiás lányok önéletrajzi emlékezetének vizsgálatát ismertetem részletesen. A megbeszélés részben (11. fejezet) az általam kapott epidemiológiai adatokat mutatom be, a nemzetközi szakirodalomban közölt evészavar epidemiológiai adatok prizmáján keresztül, valamint az anorexiás betegeknél jelentkező önéletrajzi emlékezet zavarát tárgyalom, Conway és Pleydell-Pearce (2000) modelljére támaszkodva.

Az általunk kapott adatok hasznos ismereteket szolgáltatnak az evészavarokkal foglalkozó szakemberek számára, az evészavarok epidemiológiai vonatkozásairól erdélyi serdülők körében. Rávilágítanak arra, hogy az evészavarok Romániában is elterjedtek és igen fontos lenne ebben a régióban is a kórkép több szempontú megközelítése. Elsősorban az elsődleges megelőzésnek lenne hangsúlyos szerepe, ahhoz, hogy minél kevésbé alakuljanak ki szubklinikai és klinikai evészavarok. Nagyon fontos a felismerése is ezeknek a zavaroknak, ami azt feltételezi, hogy a háziorvosok, pszichiáterek, pszichológusok, tanárok, szülők rendelkezzenek megfelelő ismeretekkel az evészavarokról, ismerjék fel őket. Az evészavarok kezelése, az utánkövetés és a rehabilitáció is nagyon fontos, amelyhez elengedhetetlen megfelelő szakemberek képzése, hogy elkerülhetőek legyenek a tévdiagnózisok és a tévkezelések. Az önéletrajzi emlékezet zavarára utaló új adatok ugyancsak segíthetnek az evészavarokat kezelő terapeutáknak, klinikusoknak a terápiás eszköztár pontosításában, célzottabbá, hatékonyabbá, gazdaságosabbá tételében.

Az evészavarok egyes epidemiológiai és pszichológiai vonatkozásai

1. Az evészavarok típusai

Az anorexia nervosa és a bulimia nervosa, a két alapvető táplálkozási zavar, nem csupán egészségügyi problémának, hanem sokkal inkább az érzelmi élet súlyos zavarának tekinthető. A táplálkozási zavar olyan iszonyatos erővel keríti hatalmába a fiatal lányokat, hogy elveszítik az uralmat a saját életük fölött és tehetetlenül vergődnek a véget nem érő önkéntes éhezés vagy éppen az evési rohamok és a kényszeres hányás csapdájában. Az anorexia első leírójának Richard Mortont (1689), majd később az angol Gullt (1816–1890) és a francia Laségue-et (1816–1883) tartják. Az 1980-ban megjelent DSM-III-ban közölték az evészavar kategóriát. A bulimia nevost, mint önálló kórformát, először Russell írta le 1979-ben. A DSM-III egy évvel később közölte az új nozológiai egységet. Spitzer és mtsai (1992, 1993) először írták le a falászavart (binge eating disorder; BED) több ezer, evészavar miatt kezelésen részt vett beteg adatait feldolgozva, amelyet úgy határoztak meg, mint visszatérő falási epizódok, amelyet nem kísér purgálás vagy koplalás. Az általuk megfogalmazott diagnosztikai kritériumok bekerültek a DSM-IV diagnosztikai rendszerének mellékletébe, és a BED továbbra is a DSM-IV-ben atípusos evészavarként szerepel (EDNOS, eating disorders not otherwise specified), és ajánlott kategóriaként a további kutatások számára.

1.1. Az anorexia nervosa diagnosztikai kritériumai a DSM- IV-TR szerint (Amerikai Pszichiátriai Társaság [APA], 2000)

A. korhoz és testmagassághoz viszonyított minimális testsúly tartásának visszautasítása, például súlyvesztés, mely a testsúlynak az elvártnál legalább 15%-kal alacsonyabb szinten való fenntartásához vezet; az elvárt súlynövekedés elmaradása a testi fejlődés időszaka alatt, ami az elvártnál legalább 15%-kal alacsonyabb testsúlyhoz vezet.

B. Intenzív félelem a súlygyarapodástól vagy az elhízástól még soványság esetén is.

C. A saját testsúly vagy alak észlelésének zavara, a testsúly vagy alak túlzott befolyása az önértékelésre, vagy a jelenlegi testsúly veszélyességének tagadása.

D. Nőknél legalább három egymást követő menstruációs ciklus hiánya, ha az egyébként elvárható lenne (primaer vagy secundaer amenorrhoea).

Jelölendő a típus:

Restriktív típus: Az anorexia nervosa epizódja alatt a személynek nincsenek ismétlődő falásrohamai és purgáló viselkedésformái (önhánytatás, hashajtók, diuretikumok használata, beöntés).

Purgáló (bulimiás) típus: az anorexia nervosa epizód alatt a személynek ismétlődő falásrohamai vannak és purgálja magát.

Azon anorexiás betegek mellett, akik teljes mértékben megfelelnek a DSM-IV-TR diagnosztikai kritériumainak, vannak olyan betegek, akik csak részlegesen felelnek meg ezeknek a kritériumoknak, például rendszeres menstruációs ciklusuk van, vagy a jelentős súlycsökkenés ellenére az egyén aktuális súlya a normál tartományba esik. Ezek a típusok az evési zavar máshová nem osztályzott kategóriába sorolhatóak (eating disorder not otherwise specified, EDNOS; Dalle Grave és Calugi, 2007).

1.2. A bulimia nervosa diagnosztikai kritériumai a DSM-IV-TR szerint (Amerikai Pszichiátriai Társaság [APA], 2000)

A. Visszatérő falási epizódok. A falási epizódra mindkét alábbi pont jellemző:

1. Adott (például kétórányi) időtartam alatt olyan mennyiségű étel elfogyasztása, amely biztosan nagyobb, mint amennyit a legtöbb ember megegyen hasonló időtartam alatt és hasonló körülmények között.

2. Az epizód alatt jellemző az étkezés feletti kontrollvesztés (pl. olyan érzés, hogy nem tudja abbahagyni az evést, vagy nem tudja kontrollálni, hogy mit és mennyit eszik).

B. A súlygyarapodás megakadályozása érdekében ismétlődően alkalmazott kompenzáló viselkedésformák, mint önhánytatás, hashajtók és vízhajtók használata, beöntés vagy más módszerekkel való visszaélés, koplalás vagy túlzott testgyakorlás.

C. Mind a falás, mind a kompenzáló viselkedésformák hetente legalább kétszer és legalább három hónapon át jelentkeznek.

D. Az önértékelést túlzottan befolyásolja a test alakja és a súlya.

E. A zavar nem kizárólag az anorexia nervosa epizódja alatt jelentkezik.

Jelölendő a típus:

Purgáló típus: A bulimia nervosa aktuális epizódja alatt a beteg rendszeresen foglalkozik önhánytatással, hashajtók és vízhashajtók használatával vagy beöntéssel.

Nem purgáló típus: A bulimia nervosa aktuális epizódja alatt a beteg nem foglalkozik purgáló viselkedésformákkal (önhánytatással, hashajtók és vizelethajtók használatával, beöntéssel), hanem a kompenzáló viselkedés egyéb formáit (pl. koplalás vagy túlzott mértékű testgyakorlás) alkalmazza.

Azon betegek, akik nem felelnek meg teljes mértékben a DSM-IV-TR diagnosztikai kritériumainak, az evési zavar máshová nem osztályzott kategóriájába sorolhatóak (eating disorder not otherwise specified, EDNOS; Dalle Grave és Calugi, 2007). Például azon betegek, akiknél a bulimia nervosa minden ismérve teljesül, azt kivéve, hogy a falási és alkalmatlan kompenzáló viselkedés megjelenése egy hét alatt kettőnél kevesebb alkalommal vagy 3 hónapnál rövidebb ideig jelentkezik, vagy az alkalmatlan kompenzáló viselkedés rendszeres megléte olyan normál testsúlyú egyén esetében, aki kis mennyiségű ételt fogyaszt el (pl. önhánytatás két sütemény elfogyasztása után).

*1.3. A falászavar DSM-IV-TR-ben szereplő ajánlott diagnosztikai kritériumai
(Amerikai Pszichiátriai Társaság [APA], 2000)*

1. Visszatérő falásrohamok, melyeket a következők jellemeznek:
 - A. Meghatározott idő (például 2 óra) alatt olyan mennyiségű étel elfogyasztása, amely meghaladja az emberek többsége által hasonló idő alatt és körülmények között elfogyasztott étel mennyiségét.
 - B. A falásrohamok alatt kontrollvesztés érzése.
2. A falásrohamokat az alábbiak közül legalább három jellemzi:
 - A. Szokásosnál sokkal gyorsabb evés.
 - B. Evés a kellemetlen telítettségérzésig.
 - C. Nagy mennyiségű étel elfogyasztása éhségérzés nélkül.
 - D. Magányos evés a nagy mennyiségű étel elfogyasztása kapcsán érzett szégyen miatt.
 - E. A túlevés után megjelenő büntudat, undor, lehangoltság.

3. Jelentős distressz a falásrohamokra vonatkozólag.
4. A falásrohamok átlagosan legalább hetente kétszer jelennek meg minimum hat hónapon keresztül.
5. A falásroham nem társul rendszeres kompenzáló viselkedéssel.

2. Az evészavarok epidemiológiai adatai

Az epidemiológiai vizsgálatok célja a zavarok prevalenciájának meghatározása és a kockázati, illetve a védő tényezők azonosítása. Az epidemiológiai vizsgálatok lehetnek *prevalencia vizsgálatok* (az összes esetek számaránya az adott csoportban, egy bizonyos időpontban) és *incidencia vizsgálatok* (egy időintervallum alatt felbukkanó új esetek száma).

A legjobb vizsgálatok többlépcsősek. Ebben az esetben a kérdőíves szűrés után interjúfázis is következik, majd ezt követheti a kórházi regiszterek feldolgozása is. Az evészavarokkal kapcsolatos epidemiológiai vizsgálatok történetét áttekintve megállapítható, hogy kezdetben pszichiátriai regiszterekben mérték fel az AN gyakoriságát (Kendell és mtsai, 1973), ezt követték az incidencia növekedéséről szóló beszámolók, majd az önbeszámolás kérdőívekkel történő prevalenciavizsgálatok hódítottak teret, aminek legfejlettebb változata a kétlépcsős vizsgálat. Az evészavarok epidemiológiai adatainál figyelembe kell venni azt, hogy a klinikai súlyosságú evészavarban szenvedő betegek kiszűrése az általános népességben nem minden esetben sikeres, az evészavarban szenvedő személyek nem mindig rendelkeznek betegségtudattal, vagy egyszerűen elkerülik az orvosi ellátást. Az incidencia- és prevalenciavizsgálatok egy része orvosi regiszterek alapján történik, és ennek alapján az evészavarok gyakorisága alábecsült, mert a betegek egy része sosem igényli az orvosi szakellátást. Hoek (2006) vizsgálatai alapján az anorexiás betegek 43%-a jelenik meg az elsődleges ellátásban, 34%-a a szakellátásban, míg a bulimiás betegek 11%-a jelenik meg az általános orvosi ellátásban és 6%-a a szakellátásban. De la Rie (2007) vizsgálatai alapján az evészavarokban szenvedő betegek 50%-a sosem kerül be a szakellátásba. Az utóbbi évtizedben – úgy tűnik – szélesedett a spektrum az evés és testkép zavarainak a terén, napjainkban nem csak az evészavarokkal, hanem a testkép különböző zavaraiival, a testtel való elégedetlenség számos megnyilvánulásaival szembesülnek a klinikumban.

Kezdetben a táplálkozás zavaraira vonatkozó epidemiológiai felméréseket túlnyomórészt Észak-Amerikában és Nyugat-Európában végezték. Ezek alapján feltételezték, hogy a fejlett ipari országokra jellemző, kultúrafüggő, kultúrához kötött kórképekről van szó (Prince, 1985; Swartz, 1985), a „3W” (white western woman) betegségének tekintették az evészavarokat, azonban napjainkban egyre több eredményt közöltek Kelet- és Közép-Európa országaiból is, melyek szerint az evészavarok ezekben a régiókban is elterjedtek. A szigorú diagnosztikai kritériumokat felhasználó, kétlépcsős vizsgálatok eredményei szerint fiatal nők körében az anorexia nervosa prevalenciája 0,3–1%, a bulimia nervosa 1–3% (Fairburn és Beglin, 1990; Rastam és mtsai, 2004; Hoek, 2006; Szumska és mtsai, 2008).

2.1. Prevalencia-vizsgálatok anorexia nervosában

A prevalencia-vizsgálatok nagy részét fokozott kockázattal rendelkező populációban végezték (középiskolások, egyetemisták). Az anorexia nervosára vonatkozó prevalencia-vizsgálatok eredményeit az 1. táblázat foglalja össze. Három vizsgálat nem talált anorexiás eseteket (Johson-Sabine, 1988; King, 1989; Włodarczyk-Bisaga és Dolan, 1996), azaz 0% volt a prevalencia ezekben a vizsgálatokban. A többi vizsgálatban 0,2–0,8% között volt az anorexia prevalenciája a szigorú kritériumokat felhasználva (Feighner kritériumai (1972), Russell kritériumai (1979), DSM-III, illetve DSM-III-R kritériumai).

Hoek és Hoeken (2003) összefoglalta az 1981 és 2002 között fiatal nők körében végzett kétlépcsős prevalencia-vizsgálatok eredményeit. Az AN prevalenciája a 14 vizsgálat alapján a 0–0,9% közötti tartományban van. A DSM-III, illetve a DSM-IV kritériumait alkalmazó vizsgálatokban átlagosan 0,29% volt az anorexia pontprevalenciája. Egy spanyol kétlépcsős vizsgálatban, 12–18 éves lányok között 0,45%-os AN prevalenciát találtak (Rojo és mtsai, 2003). Egy átfogó tanulmányban Machado és mtsai (2007) fiatal portugál lányok között végzett kétlépcsős epidemiológiai vizsgálatot. A kapott eredmények 0,39%-os AN pontprevalenciát mutattak. Két, az általános népesség körében végzett átfogó epidemiológiai vizsgálat alapján a szerzők 0,9%-osnak találták az anorexia élettartam-prevalenciáját az Egyesült Államokban (Hudson és mtsai, 2007) és 2,2%-nak Finnországban (Keski-Rahkonen és mtsai, 2007).

2.2. Prevalencia-vizsgálatok bulimia nervosában

Több prevalencia-vizsgálat történt BN-ra, mint AN-ra. A BN prevalenciáját vizsgáló tanulmányok eredményeit a 2. táblázat összegzi. Fairburn és Beglin (1990) több mint 50 prevalencia-felmérést tekintett át, aminek alapján fiatal nők körében a BN prevalenciáját

átlagosan 1%-nak találták. Hoek és Hoeken (2003) 11, 1990 és 2002 között megjelent kétlépcsős vizsgálat eredményeit elemezve, a DSM-III-R és DSM-IV kritériumai alapján a BN prevalenciáját a fiatal nők körében átlagosan 1%-nak találták, ami azonos a korábban végzett vizsgálatuk eredményeivel. Rojo és mtsai (2003) 12–18 éves spanyol lányok között 0,41%-nak találták a BN prevalenciáját. Machado és mtsai (2007) portugál diáklányok között (12–23 év) 0,3%-nak találták a BN pontprevalenciáját. Wade és mtsai (2006) egy ikervizsgálat során 2,9%-nak találták a BN élettartamprevalenciáját. Hudson és mtsai (2007) az Egyesült Államokban végzett reprezentatív felmérés alapján a 18 év feletti populációban 1,5%-osnak találták a BN élettartam-prevalenciáját nők körében, és 0,5%-nak férfiak körében. Keel és mtsai (2006) a BN prevalenciáját mérték 1982-ben, 1992-ben és 2002-ben, a hosszú távú epidemiológiai tendenciák megítélése végett. A felmérést egyetemisták között végezték, és azt találták, hogy a BN prevalenciája szignifikánsan csökkent a vizsgált időszakok során. Nőknél 1982-ben 4,2% volt, 1992-ben 1,3% és 2002-ben 1,7% volt a BN prevalenciája. A férfiak között az említett időszakokban 1,1, 0,4, illetve 0% volt ez az érték.

1. táblázat. Az anorexia nervosa prevalenciája

<i>Szerző, a közlés éve</i>	<i>Ország</i>	<i>Vizsgált populáció</i>	<i>Vizsgálati populáció korosztály (év) és nagysága (n)</i>	<i>Pont- prevalencia (%)</i>
Button és Whitehouse, 1981	Anglia	“college”	16–22 n = 446	0,2
Szmukler, 1983	Anglia	középiskola	14–19 n = 1331	0,8
King, 1989	Anglia	általános népesség	16–35 n = 539	0
Johnson-Sabine és mtsai, 1988	Anglia	középiskola	14–16 n = 1010	0
Rastam és mtsai, 1989	Svédország	középiskola	15 n = 2136	0,47 (DSM-III) 0,23 (DSM-III-R)
Whitaker és mtsai, 1990	USA	középiskola	13–18 n = 2544	0,3
Whitehouse és mtsai, 1992	Anglia	általános népesség	16–35 n = 540	0,2
Rather és Messner, 1993	Ausztria	iskolák és eset- regiszterek	11–20 n = 517	0,58
Włodarczyk-Bisaga és Dolan, 1996	Lengyelország	középiskola	14–16 n = 747	0
Steinhausen és mtsai, 1997	Svédország	középiskola	14–17 n = 276	0,7
Nobakht és Dezhkam, 2000	Irán	középiskola	15–18 n = 3100	0,9
Guala és mtsai, 2002	Brazília	középiskola	12–21 n = 2862	0,3
Rojo és mtsai, 2003	Spanyolország	középiskola	12–18 n = 554	0,45
Machado és mtsai, 2007	Portugália	középiskola, egyetemisták	12–23 n = 2028	0,39
Keski-Rahkonen és mtsai, 2007	Finnország	általános népesség	n = 2881	2,2
Hudson és mtsai, 2007	USA	általános népesség	>18 év n = 9282	0,9

2. táblázat. A bulimia nervosa prevalenciája

<i>Szerző, a közlés éve</i>	<i>Ország</i>	<i>Vizsgálati populáció</i>	<i>Vizsgálati populáció korosztály (év) és nagysága (n)</i>	<i>Pont-Prevalencia (%)</i>
<i>Rastam és mtsai, 1989</i>	Svédország	középiskola	15 n = 2136	0,14
<i>Bushnell és mtsai, 1990</i>	Ausztrália	általános népesség	18–44 n = 1498	4,5
<i>Whitaker és mtsai, 1990</i>	USA	középiskola	13–18 n = 2544	4,2 (élettartam-prevalencia)
<i>Hoek, 1991</i>	Hollandia	általános népesség	15–29 n = 151 781	0,17 (egyéves prevalencia)
<i>Withouse és mtsai, 1992</i>	Anglia	általános népesség	16–35 n = 540	1,5
<i>Rathner és Messner, 1993</i>	Ausztria	iskolák és esetregiszterek	11–20 n = 517	0
<i>Garfinkel és mtsai, 1995</i>	Kanada	általános népesség *	15–65, nők 15–65, férfiak	1,1 (élettartam-prevalencia) 0,1 (élettartam-prevalencia)
<i>Włodarczyk-Bisaga és Dolan, 1996</i>	Lengyelország	középiskola	14–16 n = 747	0
<i>Santonastaso és mtsai, 1996</i>	Olaszország	középiskola	16 n = 359	0,5
<i>Steinhausen és mtsai, 1997</i>	Svédország	középiskola	14–17 n = 276	0,5
<i>Nobakht és Dezhkam, 2000</i>	Irán	középiskola	15–18 n = 3100	3,2
<i>Guala és mtsai, 2002</i>	Brazília	középiskola	12–21 n = 2862	0,8
<i>Rojo és mtsai, 2003</i>	Spanyolország	középiskola	12–18 n = 554	0,41
<i>Machado és mtsai 2007</i>	Portugália	középiskola, egyetemisták	12–23 n = 2028	0,3
<i>Hudson és mtsai, 2007</i>	USA	általános népesség	> 18 n = 9282	1,5

Részben Túry és Szabó (2000), Brewerton, (2004), Szumska és mtsai (2008) nyomán.

Megjegyzés: ha nincs külön jelölve, az értékek pontprevalenciát jelentenek. Ha nincs külön jelölve, a vizsgálati minta nőkből áll. Ha nincs külön jelölve, a DSM-III-R vagy a DSM-IV kritériumai alapján. *férfiak is szerepeltek a mintában.

2.3. Az anorexia nervosa incidenciája

Az incidencia-vizsgálatok az egészségügyi ellátásban jelentkezett betegek adatain alapszanak. A fontosabb incidencia-vizsgálatok eredményeinek összegzése a 3. táblázatban olvasható. A legmagasabb incidencia-adatokat Lucas és mtsai (1991) közölték. A szerzők egy 50 évet átfogó retrospektív vizsgálatot végeztek, és 1935 és 1984 között 8,2/100 ezer lakos/évnél találták az AN incidenciát (a továbbiakban ismertetett adatokat ilyen dimenzókra értve adjuk meg). A nőknél 1950 és 1954 között a legalacsonyabb az incidencia, 7,0 volt, és 1980 és 1984 között 26,3-ra emelkedett. Hoek és mtsai (1995) 8,1/100 ezer lakos/évnél regisztrálták Hollandiában az AN incidenciáját. A vizsgálatban a DSM-III-R kritériumait alkalmazták 151 ezer fős reprezentatív mintán. A 15–19 éves korosztályban az incidencia 79,6 volt.

Turnbull és mtsai (1996) háziiorvosi adatokra támaszkodva 4 millió beteg adatlapját elemezték az 1993-as évre, és 4,2-nek találták az AN incidenciáját Angliában. A lehetséges álpozitív esetek arányával korrigálva ez az adat 2,5 volt. Currin és mtsai (2005) egy átfogó összehasonlító vizsgálatot végeztek, amelyben az 1989-től 1993-ig terjedő időszak adatait hasonlították össze az 1994 és 2000 közötti időszakban az angliai nemzeti háziiorvosi adatbázisban szereplő, 10–39 év közötti, orvoshoz forduló páciensek adataival. Az AN incidenciája 18,5/100 ezer lakos/év volt 1989-ben, míg 2000-ben 20,1, tehát változatlan maradt ebben a korosztályban. Az AN nemre és korra korrigált incidenciája 2000-ben 4,7 volt, ami lényegében nem tér el az 1993-ban talált értéktől (4,2). A legmagasabb incidenciaértéket (34,6) a 10–19 éves lányok körében mérték.

Van Son és mtsai (2006) egy hollandiai vizsgálat során az elsődleges orvosi ellátás adatai alapján az evészavarok incidenciáját mérték. Összehasonlították az 1985 és 1989 közötti és a 1995 és 1999 közötti időszakot. Az AN incidenciáját állandónak találták az általános népességben: 7,4–7,7 az 1980-as és az 1990-es években, de a 15–19 éves korosztályban szignifikánsan nőtt: 56,4 volt 1980-ban, ami 109,2-re emelkedett 1990-es évekre. Milos és mtsai (2005) 40 éves periódusra vonatkozóan, 1956 és 1995 között vizsgálták az AN incidenciáját egy svájci kantonban. A 12–25 éves korosztályban az AN incidenciája az 50-es években 0,4 volt, a 70-es években 1,1 volt. A 70-es évektől nem változott szignifikánsan az AN incidenciája, a 12–25 éves korosztályban 16–20 között volt, míg az általános populációban 1,1–1,4 között mozgott. Hoek (2006) több nyugati országban végzett epidemiológiai vizsgálat eredményeit összehasonlítva azt találta, hogy a 70-es évek elejéig az AN incidenciája növekedett, de ezt követően stabil maradt. A legmagasabb AN

incidenciát egy finn ikervizsgálatban mérték (Keski-Rahkonen és mtsai, 2007). A 15–19 éves korszályban 270 volt az AN incidenciája, ami duplája volt az addig mért adatoknak.

A férfiakra vonatkozó incidencia vizsgálatok területén igen kevés adat van. Nielsen (1990) 0,17-nek, Turnbull és mtsai (1996) 0,2-nek és Lucas és mtsai (1991) 1,8-nak találták az AN incidenciáját férfiak körében. Currin és mtsai (2005) az Egyesült Királyságban férfiak körében 0,7 találták az AN incidenciáját. A különböző vizsgálatok, ahol a férfi-nő arányt említik, az általában 1:11 körüli (részben Túry és Szabó (2000) nyomán).

2.4. A bulimia nervosa incidenciája

A bulimia nervosa területén kevés incidencia-vizsgálat történt. A BN incidenciájára vonatkozó vizsgálatok eredményei a 4. táblázatban ovashatóak. Cullberg és Engström-Lindberg (1988) a BN incidenciáját 3,9-nek találta Svédországban, egészségügyi dolgozók adatai alapján. Pagsberg és Wang (1994) 1970 és 1984 között Dániában 1,5/100 ezer nőre mérte a BN incidenciáját, 5,3-nak pedig a 10–24 éves női korszályban. Szignifikánsan magasabb eredményeket találtak az 1985 és 1989 közötti időszakban. Nőknél 6,0 volt az BN incidenciája, a 10–24 éves női korszály körében pedig 45 volt a BN incidencia 1989-ben. Soundy és mtsai (1995) az Egyesült Államokban 11 évre visszamenő retrospektív vizsgálatok eredményei alapján 13,5-nek találták a BN összincidenciát, nőknél 26,5 volt. Ami érdekes, hogy az egyéves incidencia az 1980-ban mért 7,4-ről 49,7-re emelkedett 1983-ban, majd aránylag stabil maradt évi 30 körül. A Hoek és mtsai (1995) által végzett hollandiai vizsgálatban a BN incidenciája 11,5 volt. A 35 évnél idősebb nők csoportjában az incidencia 8,3 volt. Turnbull és mtsai (1996) 6,7-nek becsülték a BN incidenciáját Angliában, az adatok tisztítása után. Az 1988 és 1993 közötti periódusban háromszoros növekedés mutatkozott a 10–39 éves nők körében: 14,6-ről 51,7-re. Van Son és mtsai (2006) vizsgálatukban azt találták, hogy a BN incidenciája a 90-es években tendenciaszerűen csökkent 8,6-ről 6,1-re. Currin és mtsai (2005) az Egyesült Királyságban végzett vizsgálatuk során azt tapasztalták, hogy a 90-es évek elején jelentős emelkedés volt tapasztalható a BN incidenciájában a 10–39 éves korszály körében, és ez folytatódott 1996-ig, ami után jelentős csökkenés következett be (38,9%-os). A BN összincidenciája 6,6 volt, a nők körében 12,4. A szerzők a legmagasabb BN incidenciát (35,8) a 10–19 éves lányok körében mérték.

Férfiakra vonatkozó incidencia-adatokról kevés tanulmányban számolnak be. Soundy és mtsai (1995) az Egyesült Királyságban végzett retrospektív vizsgálataik alapján, férfiaknál 0,8-nak találták a BN incidenciáját. A Hoek és mtsai (1995) által végzett hollandiai vizsgálatban a férfiakra vonatkozó incidencia 0,8 volt, a nő/férfi arány pedig 26,8:1. Turnbull

és mtsai (1996) által végzett vizsgálatban a férfiak BN incidenciája 0,5 volt, a nő/férfi arány 46,8:1. Currin és mtsai (2005) vizsgálatukban a férfiak körében 0,7-nek értékelték a BN incidenciáját.

Az evészavarok prevalenciájának és incidenciájának vizsgálatai főleg a nyugati országokból (Hollandia, Anglia) és az Egyesült Államokból származnak. Az evészavarok epidemiológiai adatait összegezve elmondható, hogy prevalenciájuk növekvő a serdülők és a fiatal nők körében. A szigorú diagnosztikai kritériumokra támaszkodva az AN prevalenciája 0,2–0,8% között van. A BN jóval gyakoribb, mint az AN. Egyik legjelentősebb vizsgálat alapján (Hoek és Hoeken 2003) 11, 1990–2002 végzett kétlépcsős epidemiológiai vizsgálatot elemezve 1%-nak találták a BN prevalenciáját. Növekszik az evészavarok aránya a prepubertáskorúakban (Pászthy, 2007). Az AN incidenciája legalább 8/100 000 lakos/év, a BN incidenciája legalább 13/100 000 lakos/év. A fiatal nők között az AN-incidencia nőtt az elmúlt 50 év során (Túry és Szabó, 2000).

Az evészavarok epidemiológiai vizsgálatát célzó kutatások által alkalmazott módszerek, a vizsgálati populációk, valamint az alkalmazott diagnosztikai kritériumok különbözőek, emiatt az eredmények szóródása nagy, és összevetésük korántsem olyan egyszerű. Az epidemiológiai vizsgálatok egyik korlátja, amint arról a fejezet bevezető részében írtam, hogy az evészavarok gyakran rejtettek, a betegek nem rendelkeznek betegségtudattal, emiatt a különböző önbeszámolás eljárásokon alapuló tesztek értelmezése komoly kérdéseket vethet fel.

3. táblázat. Az anorexia nervosa incidenciája (egy évre és 100 000 lakosra vonatkoztatva)

<i>Szerzők, a közlés éve</i>	<i>Hely</i>	<i>Vizsgálati időszak</i>	<i>Incidencia</i>
<i>Theander, 1970</i>	Svédország	1931–40	0,10
		1941–50	0,20
		1951–60	0,45
		(1931–60)	0,24
<i>Kendell és mtsai, 1973</i>	Skócia	1960–1969	1,60
<i>Hoek és Brook, 1985</i>	Hollandia	1974–1982	5,0
<i>Szmukler és mtsai, 1986</i>	Skócia	1978–1982	4,06
<i>Willi és mtsai, 1990</i>	Svájc	1956–1958	0,38
		1963–1965	0,55
		1973–1975	1,12
		1983–1985	1,43
<i>Lucas és mtsai, 1991</i>	USA	1935–1984	8,2
<i>Möller-Madsen és Nystrup, 1992</i>	Dánia	1988	1,36
		1989	1,17
<i>Hoek és mtsai, 1995</i>	Hollandia	1985–1989	8,1
<i>Turnbull és mtsai, 1996</i>	Anglia, Wales	1993	4,2
<i>Currin és mtsai, 2005</i>	Egyesült Királyság	1989–1993	4,2
		1994–2000	4,7
<i>Milos és mtsai, 2005</i>	Svájc	1956–1970	0,4
		1971–1995	1,1
<i>Van Son és mtsai, 2006</i>	Hollandia	1985–1989	7,4
		1995–1999	7,7

4. táblázat. A bulimia nervosa incidenciája (egy évre és 100 000 lakosra vonatkoztatva)

<i>Szerzők, a közlés éve</i>	<i>Hely</i>	<i>Vizsgálati időszak</i>	<i>Incidencia</i>
<i>Cullberg és Engström-Lindberg, 1988</i>	Svédország	1984–1985	3,9
<i>Pagsberg és Wang, 1994</i>	Dánia	1970–1984 1985–1989	1,5 (csak nőkben) 6,0 (csak nőkben)
<i>Soundy és mtsai, 1995</i>	USA	1980–1998	13,5
<i>Hoek és mtsai, 1995</i>	Hollandia	1985–1989	11,5
<i>Turnbull és mtsai, 1996</i>	Anglia, Wales	1993	6,7
<i>Currin és mtsai, 2005</i>	Egyesült Királyság	1989–2000	6,6
<i>Van Son és mtsai, 2006</i>	Hollandia	1985–1989 1995–1999	8,6 6,1

Részben Túry és Szabó (2000), valamint Brewerton (2004) nyomán.

2.5. Szubklinikai zavarok, táplálkozási attitűdök vizsgálata

Az utóbbi évtizedekben megnőtt az érdeklődés az evészavarok részleges vagy szubklinikai formái iránt. A falászavart (binge eating disorder, BED) Spitzer és mtsai (1992, 1993) írták le először. A DSM-IV-ben atípusos evészavarként, és a további kutatás számára ajánlott kategóriaként szerepel a falászavar. A falászavar pontprevalenciája 14–15 éves norvég lányok között 0,4% (Kjelsas, 2004) és fiúk között szintén 0,4%. Osztrák nők körében 3,3% (Hudson, 2007), és osztrák férfiak körében 0,8%. Fiatal felnőtt olasz nők között 0,1% (Favoro, 2003). A BED-ben szenvedőkre akárcsak a BN-re és AN-re, jellemző a súllyal és alakkal kapcsolatos túlzott aggodalom, valamint az alacsony önértékelés, és a magas komorbiditás más pszichiátriai zavarral. Bizonyos vonásokban azonban eltér a klasszikus evészavaroaktól. Más populációt érint, eltérő a nő-férfi arány és nincsenek szembevető etnikai különbségek. A falászavar kiváltójának inkább a negatív érzelmeket, a kaotikus táplálkozást tekintünk esszenciálisnak, a BN-re jellemző diétázásnak nincs olyan nagy szerepe a zavar kialakulásában (De Zwaan, 2001).

A máshova nem osztályozott evészavar (EDNOS) pontprevalenciája serdülő lányok között Portugáliában 2,37% (Machado, 2007), Spanyolországban 4,86 % (Olesti, 2008), Norvégiában 6,5% (Kjelsas, 2004). Az EDNOS pontprevalenciája serdülő fiúk csoportjában

alacsonyabb arányokat mutat. Spanyolországban 0,48 (Peláez, 2007), és Norvégiában 1,7% (Kjelsas, 2004) (részben Szabó és Túry, (2010) nyomán).

Serdülő fiúk és lányok táplálkozási attitűdjeit vizsgálva ($n = 1\,728$), Killen és mtsai (1986) 13%-ánál találtak súlycsökkentő viselkedést. Ezek a viselkedések lányok esetében kétszer olyan gyakoriak voltak, mint a fiúk esetében. Leichner és mtsai (1986) Kanadában középiskolás diákok között a fiúk 5,7 és a lányok 22,3%-ánál észleltek kórosan magas értékeket az Evési Attitűdök Tesztben (EAT). Chandarana és mtsai (1988) 11–20 éves diákok között 7,5%-ban találtak kórosan magas EAT-értéket. Leon és mtsai (1989) azt találták vizsgálatukban, hogy 14 éves diákok között a lányok 25,8%-a aktuálisan is diétázott és 73,4%-a jelezte, hogy már korábban diétázott. Rosen és mtsai (1990) szerint a serdülő lányok egyharmada szeretett volna fogyni 1960-ban, 1990-ben pedig már kétharmada próbált fogyni. Connors és Johnson (1987) több vizsgálatot idéznek, mely szerint mind Európában, mind Észak-Amerikában a 14 éves lányok mintegy fele kövérnek tartja magát, többségük diétázik is.

Szumska és mtsai (2001) fiatal (15–24 éves) nők nagy és reprezentatív mintáján ($n = 3\,615$) a szubklinikai AN prevalenciája 1,09%, a szubklinikai BN-é pedig 1,48% volt. A tanulók csoportjában a szubklinikai AN majdnem hatszor gyakoribb volt, mint a nem tanulók mintájában. Tölgyes és Nemessúri (2000) kérdőíves vizsgálatuk alapján középiskolás és egyetemista populációban 4,5%-nak találták a szubklinikai BN prevalenciáját nők körében, férfiak körében pedig 0,8%-nak.

2.6. Közép- és Kelet-Európában végzett epidemiológiai vizsgálatok

Az elmúlt évtizedekben több vizsgálat született Közép- és Kelet-Európa egyes országaiban, melyek szerint az evészavarok ebben a régióban is elterjedtek. Közép- és Kelet-európai epidemiológiai adatokat Magyarországról, Ausztriából, Csehországból, Horvátországból, Lengyelországból, Németországból és Bulgáriából és Romániából, Szlovéniából közöltek.

Krch és Drábková (1996) Csehországból származó adatokat közölt. 981 fős diákpulációban az AN prevalenciája 0,14%, a BN-é 5,7% volt, a lányoknál (fiúknál nem találtak AN-t vagy BN-t). Lengyelországban (Włodarczyk-Bisaga 1992; Włodarczyk-Bisaga és mtsai, 1995; Włodarczyk-Bisaga és Dolan, 1996) nem találtak a szigorú diagnosztikai kritériumoknak megfelelő anorexiást, illetve bulimiást, de a szubklinikai zavarok prevalenciája 2,34% volt (14–16 éves lányok körében). Bulgáriában Boyadjieva és Steinhausen (1996) vizsgálta az evészavarok előfordulását. Mintájukban ($n = 212$) az AN

prevalenciáját 0,94%-nak, az „atípusos” AN-ét 5,66 %-nak találták. Westenhoefer (2001) Németország keleti és nyugati felét hasonlította össze, és azt találta, hogy a keleti régióban a kóros evési attitűdök gyakoribbak, mint a nyugatnémet régióban. Szlovéniában (Tomori és Rus-Macovec, 2000) egy 4 700-as felsőoktatásban tanuló diákok mintájában a lányok 1,1%-a, a fiúk 0,1%-a bizonyult bulimiásnak. Tsivil'ko és mtsai (1999) Oroszországban 2 062 középiskolás lányt (12–17 év) vizsgáltak. Az AN prevalenciáját 3,4%-nak találták beleszámítva a BN-okat is, mivel a kórképet az AN variánsának tekintették. Horvátországban Ambrosi–Randić és Pocrajac–Bulian (2005) az EAT-ot alkalmazva középiskolás lányok között 10,3%-nak találták a kóros evési attitűdöket, egyetemista populációban pedig 11,3%-nak. Mindezek arról tanúskodnak, hogy az evészavarok gyakorisága ezekben az országokban is megközelíti, vagy eléri az Észak-Amerikából, illetve Angliából származó, meglehetősen magas prevalencia-értékeket.

2.6.1. Magyarországon és Romániában végzett epidemiológiai vizsgálatok

Magyarországon az első vizsgálat egyetemista populációban történt. A BN prevalenciája férfiak között 0,8%, nők között 1,3% volt, míg az Evési Attitűdök Tesztjében (a továbbiakban: EAT) küszöb feletti ($EAT > 29$) pontszámot ért el a férfiak 1,5%-a és a nők 3,6%-a (Túry és mtsai, 1990; Szabó és Túry, 1991). Az 1980-as évek végén végzett felmérés szerint középiskolás populációban nem találtak anorexiás vagy bulimiás esetet, a lányok között a kóros evési attitűdök ($EAT > 29$) prevalenciája 2,4% volt (Túry és mtsai, 1990; Szabó és Túry, 1991).

Tölgyes és mtsai (2000) 12–29 éves populációban a lányok 3%-ánál találtak anorexiás beállítódást ($EAT > 29$), de a diagnosztikai kritériumoknak megfelelő AN-t nem. A DSM-IV szerinti BN prevalenciája 0,6% volt a BITE (Bulimia Investigatory Test) alapján a lányok között.

Szumska és mtsai (2001) fiatal (15–24 éves) nők nagy és reprezentatív mintáján ($n = 3\,615$) 0,03%-osnak találták az AN és 0,41%-osnak a BN prevalenciáját.

Romániában Túry és mtsai (1998) végeztek epidemiológiai felmérést kolozsvári egyetemista populációban (553 fő). Klinikai súlyosságú evészavart nem találtak. A szubklinikai zavarok aránya viszonylag magas volt: szubklinikai AN nők között 2,5%, a férfiak között 0,6%, szubklinikai BN a nők között 3,8%, a férfiaknál 2,5% gyakorisággal fordult elő.

2.7. Transzkulturális epidemiológiai vizsgálatok

A transzkulturális epidemiológiai vizsgálatoknak a transzkulturális pszichiátria megjelenése biztosított kibontakozási lehetőséget, melynek célja a mentális betegségek különbözőségeinek és hasonlóságainak a tanulmányozása a különböző kultúrákban, olyan tényezők feltérképezése, amelyek hajlamosíthatják a mentális betegségek kialakulását, a kulturális tényezők szerepének az értékelése a mentális betegségek gyakoriságában és megnyilvánulási módjaiban, valamint a különböző terápiás gyakorlatok tanulmányozása különböző kultúrákban (Szilágyi, 2009).

A pszichiátria és a kultúra kapcsolatára a transzkulturális pszichiátria kifejezés mellett számos más kifejezés is honosodott, mind például a kultúrközi, interkulturális, összehasonlító vagy kulturális pszichiátria. Valószínűleg a terület multidiszciplináris jellege felelős a többféle megnevezés elterjedéséért. A szociológusok és a pszichológusok a kultúraközi (cross-cultural) kifejezést használják leginkább (Szilágyi, 2009). Jelen munkában a transzkulturális kifejezést használjuk.

Az 1980-as évekkel kezdődően, olyan tanulmányok jelentek meg, amelyek az evészavarok és a kulturális hatások összefüggését vizsgálták. Ezen vizsgálatok alátámasztották azt a tényt, hogy az evészavar olyan pszichiátriai zavar, melynek alakulásában a szociális és kulturális tényezők igen fontos szerepet játszanak, befolyásolva az epidemiológiai viszonyokat is (Barlow és Durand, 1999).

A nyugati világban a testsúllyal való intenzív foglalkozás és a karcsúság szépségideálja hozzájárulhat az evészavarok megjelenéséhez. A kultúrának ezen hatását Tseng (2001) (idézi: Szilágyi, 2009) patofacilitatív hatásnak nevezi. Szerinte a kulturális tényezők nem változtatnak a pszichopatológiai megnyilvánulásokon, viszont a mentális zavar gyakoribb megnyilvánulásához vezetnek.

Garner és mtsai (1980), majd később Wiesman és mtsai (1992) kutatásaik során arra a következtetésre jutottak, hogy az ideális női test kulturális reprezentálása egyre inkább a vékony alakok irányába hajlott az 1960-as évektől kezdődően az 1980-as évekig, és a további adatok is azt mutatják, hogy ez a trend az 1990-es években is folytatódott. Mivel a soványság iránti készítés, valamint a testtel való túlzott foglalatosság központi kérdések az evészavarokban, hiba lenne azt mondani, hogy a kultúra által diktált soványság-ideál, valamint az evészavarok minél nagyobb elterjedése közötti kapcsolat az egyszerű véletlen műve lenne. A szakirodalom hangsúlyozza viszont azt a tényt, hogy azon egyénekre vonatkozik ez a hatás, akik eleve érzékenyek ezekre a nyomásokra. Olyan lányokra

gondolhatunk, akiknek élettörténetében szerepelt már szorongás, depresszió, alacsony önértékelés, testtel való elégedetlenség vagy akár genetikai hajlam (Nasser és mtsai, 1988).

Az evészavarok terén a klasszikus epidemiológiai vizsgálatokkal szemben transzkulturális epidemiológiai vizsgálatok kisebb számban jelentek meg. Fichter és mtsai (1988) az NSZK-beli görög lányok között magasabbnak találták az AN gyakoriságát, mint a görögországiak között. Az Egyesült Államokban a feketék között jóval ritkábbak az evészavarok, mint a fehérek között (Dolan, 1991). Érdekes az is, hogy az ázsiai származású brit lányok között gyakoribbak voltak az evészavarok, mint a „bennszült” britek között, ezt a kultúraváltással kapcsolatos stresszel hozták összefüggésbe (Mumford és Whitehouse, 1988). A Londonban és Kairóban tanuló arab egyetemista nők között a kóros evési attitűdök aránya a londoni csoportban jóval nagyobb volt, megerősítve azt az elképzelést, hogy a kultúraváltásnak nagy szerepe van az evészavarok kialakulásában (Nasser, 1986). A szerzők felvetették az új kultúrához való túlzott alkalmazkodás szerepét az evészavarok kialakulásában. Raich és mtsai (1992) spanyol és Egyesült Államok-beli fiatalok között találtak különbséget az evészavarok prevalenciájában, az utóbbiak „javára”. Rathner és mtsai (1995) átfogó kultúrközi felmérést készítettek három ország – Magyarország, Kelet-Németország és Ausztria – orvostanhallgatóival. A klinikai és szubklinikai zavarok előfordulása a magyarországi orvostanhallgatók között volt a leggyakoribb, Ausztriához és Kelet-Németországhoz képest. A szerzők kihangsúlyozzák a kulturális hagyományok fontosságát a különbségek magyarázatánál. Neumarker és mtsai (1992) Kelet- és Nyugat-Németországban élő lányokat vizsgáltak, és az EAT összpontszámot a Kelet-Berlinben élő lányoknál szignifikánsan magasabbnak találták (12,6), mint a Nyugat-Berlinben élőkénél (11,0). Hoek és mtsai (2005) Curaçaoban szignifikáns különbséget találtak az AN incidenciájában a fehér és a színes bőrű népesség körében. az AN incidenciáját 9,08-ra értékelték a fehérek között, hasonlóan a Hollandiában mért adatokhoz, míg a színes bőrűek csoportjában az AN incidenciája 0 volt.

3. *Az evészavarok etiopatogenezise*

Az evészavarok kórereditét kezdetben monokauzális elméletek magyarázták. Ezen elméletek azonban lineáris oksági modellen alapultak és ennek következtében nem tudták az evészavarok sokszínű sajátosságait kielégítően magyarázni. Az 1980-as évektől a monokauzális magyarázatot a multidimenzionális magyarázat váltotta fel, amely már egy komplex megközelítési mód a kórképek magyarázatára.

A multikauzális modell a biopszichoszociális komplex elméletre alapszik, és az evészavarokat a rendszerszemléleten alapuló cirkuláris oksági viszonyok alapján magyarázza (Túry és Szabó, 2000; Szumska, 2005). Ez a megközelítési mód az evészavarok kialakulását predisponáló, precipitáló és betegségfenntartó tényezők hatásával magyarázza. A hajlamosító tényezők lehetnek egyéni, családi és szociokulturális tényezők. Egyéni kockázati tényezőknek tekinthető a biológiai háttér, személyiségvonások, önpercepció stb.. A családi tényezők közé sorolható a túlgondoskodó, összemosott családi környezet, a családban előforduló alkoholizmus vagy a szülők evészavara. Szociokulturális kockázati tényező lehet a nem, az életkor, a különböző társadalmi réteghez való tartozás, a karcsúságideál kulturális nyomása, női szerepkonfliktusok. Kiváltó tényezőként a diétázásnak tulajdonítanak fontos szerepet, valamint a depresszióra, szorongásra való hajlamnak és a hibás stresszkezelő magatartásnak. A betegségfenntartó tényezők közé sorolhatóak az éhezés hatásai, amelyek a gondolkodást, érzelmi állapotot és a viselkedést befolyásolják, környezeti és kognitív megerősítők, a másodlagos betegségelőny stb.. A betegség fenntartásában tehát pszichológiai, interperszonális és kulturális tényezők egyaránt fontos szerepet játszanak.

3.1. Kockázati tényezők az anorexia nervosa és bulimia nervosa etiopatogenezisében

A klinikai tapasztalatok és empirikus kutatási eredmények alapján az evészavarok kialakulásában több mint 30 kockázati tényezőt határoztak meg, amelyek az 5. táblázatban láthatóak részletesen. Ezek a tényezők biológiai, pszichológiai, fejlődési, családi és szociális tényezők lehetnek (Jacobi és mtsai, 2004).

5. táblázat. Potenciális kockázati tényezők az evészavarok kialakulásában

<i>Általános és szociális tényezők</i>
• Nem • Etnikai hovatartozás • Olyan szubkulturához (szakmai, szociális) való tartozás, ahol a testsúlynak fontos szerepe van
<i>Családi tényezők</i>
• Szülői obezitás • Szülői pszichopatológia • Családi interakciók, kommunikációs stílus, kritikus megjegyzések (EE, „expressed emotions”)
<i>Fejlődési tényezők</i>
• Serdülőkor • Premorbid obezitás/ magas BMI • Problémás gyermekkori étkezési szokások/pica • Gyermekkori etetési és emésztési problémák • Mások kritikus megjegyzései a testsúllyal, alakkal kapcsolatosan • Korai nemi érés • Gyermekkori szorongásos zavar
<i>Kedvezőtlen életesemények</i>
• Szexuális/fizikai abúzus • Más traumatikus élmények
<i>Pszichológiai és viselkedéses tényezők</i>
• Diétázás, visszafogott evés, testsúllyal, alakkal kapcsolatos aggodalmaskodás, negatív testkép, testtel való elégedetlenség, erős soványság iránti készletesség • Alacsony interoceptív tudatosság • Alacsony önértékelés • Prefekcionizmus, obszesszív-kompulzív személyiségzavar • Depresszió, szorongásos zavarok, szerfogyasztási problémák, érzelmi labilitás • Más: kötődési típus, túlzott sportolás
<i>Biológiai tényezők</i>
• Genetikai tényezők • Metabolizmus anyagcsere rendellenességei • A receptorok sűrűségének változása • Jóllakottság vs. éhség szabályozásának rendellenessége

Jacobi és mtsai (2004) nyomán

3.1.1. Biológiai tényezők

Az evészavarok hátterében meghúzódó biológiai tényezőket vizsgáló tanulmányok nagy része a neurotranszmitterek és a neuropeptidek vizsgálatára fektette a hangsúlyt, amelyeknek fontos szerepük van az evés és testsúly szabályozásában. A vizsgálatok nagy része AN-ban bizonyos neurokémiai anyagok esetében csökkent aktivitást talált, ami gátolja a táplálékfelvételt (leptin plazmaszintet, csökkent szerotonin-metabolit 5-HIAA liquorszintet, csökkent melanokortin stimuláló hormont, agyi eredetű neurotróp faktort), más neurokémiai anyagok esetében pedig fokozott aktivitást, ami stimulálja a táplálékfelvételt (ghrelin, Y-neuropeptid) (Favaro és mtsai, 2008; Keel, 2005). A szerzők azzal magyarázzák ezeket az

elváltozásokat, hogy az anorexiás betegek teste az éhezésre azzal válaszolhat, hogy csökkenti azokat a jelzéseket, amelyek meggátolják a táplálékfelvételt, és növeli azon jelzéseket, amelyek stimulálják a táplálékfelvételt. Ezt a magyarázatot alátámasztják azon vizsgálati eredmények, miszerint a testsúly normalizálódásával ezek a módosult értékek ismét egyensúlyba kerülnek (Favaro és mtsai, 2008). Kaye és mtsai (2005) szerint azon személyeknél, akik hajlamosak az anorexiára, növekedett szerotonin receptor aktivitás mutatható ki (az A1 szerotonin receptor esetében), amely hozzájárul a szorongás fokozódásához, valamint az ártalomkerüléshez. Amikor ezek a személyek diétázni kezdenek, úgy találhatják, hogy a bevitt táplálékmennyiség csökkentése segíti őket a szorongás csökkentésében. Néhány vizsgálat megváltozott agyműködést mutatott ki AN-s betegeknek, amit a szerzők az éhezéssel magyaráztak (Keel, 2005).

Az utóbbi vizsgálatok a jobb elülső cinguláris kéreg (ACC) működését vizsgálták, amely mind a súlyvesztésért, mind a súlygyarapodásért felelős (McCormick és mtsai, 2008). Uher és mtsai (2003) az ACC működését vizsgálták anorexiás betegeknek, anorexiából gyógyult betegeknek, valamint egészséges kontroll személyeknek. A szerzők növekedett ACC aktivitását észleltek az étellel kapcsolatos ingerek esetében a gyógyult anorexiások esetében, a kontroll, illetve a beteg csoporthoz képest, és növekedett agyi aktivitást azoknál a személyeknél, akiknek élettörténetében szerepelt anorexia, a kontroll csoporthoz képest. A szerzők pozitív korrelációt találtak az ACC aktivitás és aktuális testsúly között, ami magyarázza az agyi aktivitás közötti különbségeket anorexiás és anorexiából gyógyult betegek esetében. A szerzők azt a következtetést vonták le, hogy az ACC-nek szerepe van az információ feldolgozásban, érzékenyvé téve a személyeket az AN kialakulására.

A BN biológiai hátterének vizsgálatai is nagyrészt a szerotonin működésének vizsgálatára fektették a hangsúlyt. Krónikus anorexiás betegeknek csökkent szerotonerg neurotranszmissziót találtak (Jimerson és mtsai, 1992), ez a szerotonerg neurotranszmisszió a gyógyult betegek esetében már magas (Kaye és mtsai, 1998). Steiger és mtsai (2005) szintén a szerotonin működés-zavarát írták le vizsgálatukban. Kaye és mtsai (2001, 2008) pozitron emissziós tomográffal (PET) végzett vizsgálataikban az 1A és 2A szerotonin-receptorok megváltozott működését mutatták ki BN-ből gyógyult betegeknek, és csökkent szerotonin-transzporter szintet a bulimiás személyeknél (Taucher és mtsai, 2001).

A funkcionális mágneses rezonancia képalkotással végzett vizsgálatok az agyműködést és a kiugró ingerekre adott válaszokat vizsgálták bulimiás betegeknek. Ezek a kiugró ingerek különböző testalkatokat ábrázoló képek voltak (Scheinle és mtsai, 2008; Uher és mtsai, 2005), ételt ábrázoló vizuális ingerek (Uher, 2004), valamint glükóz-fogyasztást ábrázoló ingerek

(Frank és mtsai, 2006). Ezek a vizsgálatok a krónikus bulimiás betegeknekél növekedett aktivitást mutattak az elülső cinguláris kéregben (ACC), miközben a többi kortikális területen csökkent volt az aktivitás. A bulimiából gyógyult személyeknél pedig az elülső cinguláris kéreg (ACC) csökkent aktivitása mutatkozott. Mind a BN, mind az AN esetében azonban még nem tisztázott, hogy ezek az eltérések a betegség előzményei vagy következményei-e.

Családvizsgálatok igazolják azt a hipotézist, miszerint az AN gyakoribb azoknál a személyeknél, ahol a családban előfordultak evészavarok (Becker és mtsai, 2004). Kaye és mtsai (2000) szerint az AN-ban szenvedő betegek családjában átlagosan 3%-os élettartam-prevalencia észlelhető az elsőfokú vérrokonok között. A szerzők szerint nem vezethető vissza egyetlen génre az AN-ra való hajlam, hanem több gén növeli az AN-ra való kockázatot.

Az ikervizsgálatok a genetikai faktorok szerepét hangsúlyozzák az AN kialakulásában. Holland és mtsai (1988) egyetértő ikrek esetében 0,71-es, kétértő ikrek esetében pedig 0,1-es konkordanciát találtak. Becker és mtsai (2004) szerint is nagyobb a konkordancia az egyetértő ikrek között az AN előfordulásában, mint a kétértő ikrek között. Ezek az eredmények arra utalnak, hogy a genetikai faktorok nagyobb szerepet játszanak az anorexia családi előfordulásában, mint a környezeti tényezők. Bulik és mtsai (2000) szerint nem vonható le pontos következtetés arról, hogy milyen arányban genetikai és milyen arányban környezeti behatásnak köszönhető az AN kialakulása.

A BN esetében Strober és mtsai (2000) szerint 4,4-szer nagyobb a BN-ra való hajlam azokban a családokban, ahol az elsőfokú vérrokonok között előfordultak evészavarok. Az ikervizsgálatok eredményei szerint mind genetikai faktorok (0,23–0,28), mind pedig környezeti faktorok (0,17–0,68) hozzájárulhatnak a BN kialakulásához (Bulik és mtsai, 2000).

3.1.2. Pszichológiai tényezők

3.1.2.1. Pszichodinamikus megközelítés

A pszichodinamikus elméletek az evészavarok tüneteinek kialakulását és fennmaradását hivatottak magyarázni, ezáltal arra törekedve, hogy jobban megértsék a személyiségfejlődés szerepét a betegség kialakulásában. Ezek az elméletek az anorexia és bulimia tüneteit szimbolikus jelentéssel ruházzák fel. Túry és Szabó (2000) könyvükben részletesen tárgyalják az evészavarokat magyarázó pszichodinamikus elméleteket.

A pszichoanalitikusok az étvágy elvesztését tulajdonképpen a libidó elvesztésének a szimbólumaként tekintették. A bulimiára és a purgáló anorexiára jellemző önhánytatást pedig az orális teherbeesés fantáziájával és az ehhez kapcsolódó szorongással hozták összefüggésbe.

Freud az AN-t regresszív háritásnak értelmezte, mint a nemiség elutasításának szimbólumát. Szerinte az anorexia eredete az anya-gyermek kapcsolatban keresendő, a kapcsolat sérül, és a pszichoszexuális fejlődés során a gyerek elakad az ödipális időszakban.

A fejlődéslélekek szerint az AN orális fixáció szimbóluma, anális karaktersajátóságokkal. Az étel körül folytatott konfliktusok a szülő és gyermek között tulajdonképpen az autonómiát szimbolizálják. A evéskontroll a tehetetlenség érzését szimbolizálja, mely az élet minden területét átítatja. A fejlődéslélektan szerint az AN fejlődési elakadás a szimbiotikus, valamint a szeparáció-individuáció fázisban.

A péniszirigység elmélete szerint, az evészavaros nők arra törekszenek, hogy elveszítsék nőies formájukat, amely számukra elfogadhatatlan. Az evészavarokkal olyan gyakran társuló önsebzéseket a kasztrációs bosszúállással magyarázzák. Az AN-t az agresszivitás legitim kifejezési módjának tekintik, nélküle a betegnek nem lenne lehetősége dühét kifejezni, ez a BN-nál az impulzuskontroll zavarában nyilvánul meg.

A tárgykapcsolati és szelfpszichológiai elméletek az énejlődést helyezik előtérbe, és az evészavarokat a személyes kapcsolatok, főleg az anya-gyermek kapcsolat és a szelf-szerveződés zavarával magyarázzák. A sérült kapcsolat miatt a gyermekben önértékelési zavarok alakulnak ki, sérülnek az alapvető szelftárgyfunkciók, mint az önmegnyugtatás képessége, a vitalizálás, biztonságosság élménye, a feszültségszabályozó képesség, az érzelmszabályozás stb. Az AN-s képtelen megoldani az individuáció folyamatát. A tárgykapcsolat-elmélet szerint az AN igazából egy gyenge szelf paranoid reakciója egy erős, rossz tárggyal szemben, ebben az esetben a beteg teste átmeneti tárgyként fogható fel. Egyes, a szelfpszichológia irányzatát képviselő szerzők szerint az evészavaros betegeknél az anya-gyermek kapcsolat egyik alapvető funkciója, a tükrözés szenved zavart, valamint ismétlődő empátiás hibák jelentkeznek. Az anya képtelen megfelelő módon visszatükrözni gyermeke vágyait, érzelmeit, képtelen összehangolódni a gyermekkel és empátiásan viszonyulni hozzá, emiatt a gyermek képtelen meg tapasztalni önnön nagyságát, nem éli meg önmagát koherens, egységes énként, szelfje tehát sérül (Ábrahám és mtsai, 2008).

3.1.2.2. Viselkedéslélektani és kognitív megközelítés

A kognitív-viselkedéses megközelítés szerint az evészavarokra torzult, diszfunkcionális kogníciók jellemzőek. Ezeknek a kognícióknak főleg betegségfenntartó szerepük van, de tekintetbe véve, hogy a személyiségfejlődés során kialakuló alapvető információfeldolgozási stílus hátterében is ott vannak, a betegségre hajlamosító funkciójuk is lehet.

Az AN korai viselkedési modelljei a testsúllyal, az evéssel és testalkattal kapcsolatos kognitív torzulásokat hangsúlyozták (Bruch, 1966) (idézi: Mórotz és Perczel-Forintos, 2005). Szerintük az AN tanult viselkedés. Ez lehet pozitív úton megerősített tanult viselkedés abban az esetben, ha a környezet elismeréssel jutalmazza a karcsúságot, illetve negatív úton megerősített tanult viselkedés abban az esetben, ha a környezet helyteleníti a kövérséget. Ugyanakkor az AN-t elkerülő viselkedésnek is értelmezték. Az éhezés ennek alapján egy tanult válasz, amelynek szorongáscsökkentő funkciója van az evéssel és hízással szemben.

Később a korai modellek helyét komplexebb viselkedési modellek vették át, amelyek már a hajlamosító és kiváltó tényezők szerepét is figyelembe vették. Slade (1982) szerint az AN kialakulásában fontos szerepe van annak, hogy a serdülőkorban jelentkező családi konfliktusok interperszonális problémákkal szövődnek, amik általános elégedetlenséghez vezetnek, ami egy másik predisponáló tényezővel, a perfekcionizmussal találkozva, az erős kontroll gyakorolásához vezet. Az önkontroll és a test kontrollja a legjobb lehetőség erre, mert az egyénnek autonómiája van efelett, így diétázni kezd, amely viselkedést a kortárs csoport és a család megjegyzései negatív vagy pozitív úton megerősítenek.

Garner és Bemis (1985) (idézi: Mórotz és Perczel-Forintos, 2005) kognitív-viselkedési modelljükben számos kognitív disztorzió – mint a szelektív absztrakció, túláltalánosítás, nagyítás, dichotom gondolkodás, perszonalizáció, babonás gondolkodás – szerepét mutatták ki az AN hátterében. A szerzők ezeket a disztorziókat pozitív megerősítőknak tekintik, amelyek hatnak a diétázásra (Túry és Szumska, 2005).

Később Fairburn (1999) modelljében három fő mechanizmust emel ki, ami a betegség önfenntartását eredményezi. Az evéskontroll erősíti az általános önkontrollérzést, amely fokozatosan az önértékelés mércéjévé válik. Továbbá a koplalás bizonyos aspektusai, valamint az extrém aggodalom az alak és a súly miatt erősítik az evés korlátozását. Fairburn szerint ezeket a hibás hiedelmeket számos tényező tartja fenn, mint például a rendszeres súlymérés a túlzott önmonitorizálás stb.. Az újabb kutatások révén azonban egyre megalapozottabbá vált az a feltételezés, hogy az evéssel, a testtel kapcsolatos torzult kogníciók nem magyarázzák kielégítően az AN tüneteit.

Rosen és Leitenberg (1982) (idézi: Mórotz és Perczel-Forintos, 2005) a BN tüneteinek kialakulásában a szorongásredukció mechanizmusát tekintik alapvetőnek. Ezt később Williamson és mtsai (1985) (idézi: Mórotz és Perczel-Forintos, 2005) továbbfejlesztették, figyelembe véve olyan háttértényezőket, mint a depresszió, testképzavar, interperszonális problémák, stresszhelyzetek.

Fairburn (1981) modelljében azt feltételezi, hogy a beteg egy ördögi kört hoz létre, amelyből aztán nem találja a kiutat. Ez a „circulus vitiosus” az alacsony önértékelésből, az alak és testsúly iránti túlzott aggodalmaskodásból, a szélsőséges diétázási szokásokból, a falásrohamokból, valamint a kompenzáló viselkedésekből alakul ki.

Az evészavarok „második generációs” elméletei az előbbi elméletek által már feltárt kogníciók szerepét és tartalmát próbálják minél jobban meghatározni, és igyekeznek újabb kogníciókat feltárni. A BN fennmaradását Cooper újkeletű elméletében (2004) a szelffel kapcsolatos negatív hiedelmekkel magyarázza, és az automatikus gondolatok négy típusát azonosítja a falásroham fennmaradásában: kontrollhiány, engedélyező gondolatok, pozitív gondolatok, negatív gondolatok. Waller és mtsai (2004) (idézi: Lukács, 2008) a sémák közötti különbségeket kutatták az AN és a BN hátterében. A szerzők szerint az AN-ben az evés elutasítása tulajdonképpen egy elsődleges elkerülési stratégia a distresszt okozó gondolatokra és érzésekre. A falásroham, mint másodlagos elkerülés jelenik meg, mert ezzel a viselkedéssel a BN-s betegek blokkolják a distresszt okozó gondolatokat és érzéseket. A BN esetében tehát a túlevés interventív maladaptív viselkedés, míg az AN esetében preventív megoldás.

3.1.2.3. *Kedvezőtlen életesemények*

Az evészavaros betegek élettörténetében szereplő szexuális vagy fizikai abúzus szerepét a kórkép kialakulásában vagy fenntartásában számos tanulmány vizsgálta. Steiger és mtsai (1990) evészavaros, heterogén pszichiátriai zavarokban szenvedő, és egészséges nők csoportjait hasonlították össze, gyermekkori szexuális traumáikat vizsgálva. Nem találtak szignifikáns különbséget az általános pszichiátriai és evészavaros csoport között a szexuális traumák előfordulását illetően, mindkét csoportban egyformán magas volt az arány. Ami érdekes volt, hogy a restriktív anorexiás betegek között ritka volt a szexuális trauma. Összehasonlítva a bántalmazott és nem bántalmazott evészavaros betegek védekező mechanizmusait, azt találták, hogy az önfeláldozás, mint védekező mechanizmus gyakoribb azon evészavarosoknál, akiknek élettörténetében szerepelt szexuális abúzus.

Pope és Hudson (1992) átfogó felmérésükben a szexuális abúzus prevalenciáját vizsgálták bulimiás betegeknél és kontroll személyeknél. A szerzők nem találtak szignifikáns különbséget a kontroll csoport és a bulimiás csoport között a gyermekkori szexuális abúzus prevalenciáját illetően. Folsom és mtsai (1993) 102 evészavaros betegnél, valamint 49 általános pszichiátriai betegnél vizsgálták a fizikai és szexuális abúzus előfordulását. A szexuális abúzus aránya magas volt mindkét csoportban, de nem volt szignifikáns különbség a két csoport között. A szerzők nem találtak összefüggést a szexuális abúzus és az evészavar

súlyossága között sem, viszont azon evészavaros betegeknél, akiknek élettörténetében szerepelt szexuális abúzus, kényszerbetegséggel vagy fóbiával társult az evészavar. A szerzők azt valószínűsítik, hogy a korai életszakaszban szereplő szexuális abúzus ugyan növelheti a pszichológiai distresszt, de nem járul hozzá az evészavar-tünetek súlyosbodásához.

Brown és mtsai (1997) evészavaros betegek csoportjában vizsgálták a fizikai, illetve a szexuális abúzus előfordulását. Az evészavaros pácienseknek szinte a fele gyermekkori szexuális zaklatásról, míg egynegyedük gyermekkori fizikai abúzusról számolt be. Ezek az értékek szignifikánsan magasabbak voltak, mint a kontroll csoportban előfordult értékek. Treuer és mtsai (2005) evészavaros betegek körében vizsgálták a fizikai és szexuális abúzus összefüggéseit a testképzavarral és hashajtók, vízhajtók használatával. A vizsgált populáció 57% számolt be fizikai abúzusról és 29%-a szexuális abúzusról. Szignifikáns összefüggést találtak a fizikai abúzus és a testképzavar között. A testképzavar még jelentősebb volt azoknál, akik hashajtók, vízhajtók használatáról számoltak be.

Szumska (2005) 15–24 éves nők körében ($n = 3\ 615$) végzett reprezentatív vizsgálatában az evészavarokban szenvedő nőknél a fizikai bántalmazás aránya 27,5% volt, míg a szexuális bántalmazás aránya 10,9%.

3.1.2.4. Családi tényezők

Bizonyos családi tényezők gyakran fordulnak elő az evészavarok kialakulásának hátterében. A család dinamikája hajlamosító, kiváltó és fenntartó tényező is lehet egyaránt.

Minuchin már az 1970-es években leírta azt, hogy az evészavaros páciensek családjainak strukturális jellegzetességei sajátosak. Összemosottság jellemzi ezeket a családokat, a generációk és a családtagok közötti határok diffúzak. Jellemző a túlvédő magatartás a szülők részéről, a törvények, szabályok merevek, rigidek. Kommunikációs problémák vannak, és a konfliktusok megoldásának képessége gyenge, a szülők bevonják a gyereket konfliktusaikba.

Több vizsgálat foglalkozott az evészavarok családi jellemzőivel (összefoglalás: Túry és Szabó, 2000). Shoebridge és Growes (2000) a túlvédő magatartást, valamint az aggodalmaskodást vizsgálták anorexiás betegek, illetve egészséges kontroll személyek anyáinál. Az találták, hogy az aggodalmaskodó és túlvédő magatartás négyszer nagyobb volt az anorexiás lányok anyáinál, mint az egészséges kontroll személyek anyáinál. Ugyanakkor azt találták, hogy a koragyermekkori alvászavarok gyakoribbak voltak az anorexiás betegeknél, mint a kontroll személyeknél. Fairburn és mtsai (1997; 1998; 1999) evészavarosok csoportjait (AN, BN és falászavar) hasonlítottak össze általános pszichiátriai

betegek csoportjával, valamint egészséges kontroll személyek csoportjával. A következő szülői interakciók mentén találtak különbséget a kontroll csoport és az anorexiás csoport között: érvelés, kritikus megjegyzések, magas elvárások, alacsony közreműködés, alacsony érzelembifejezés, alacsony gondoskodás és magas túlvédő attitűd.

A BN-s családjára vonatkozó szakirodalom jóval szegényesebb, mint az AN-é. A megfigyelések szerint a BN az elhanyagoló és ellenséges szülőknek való dühös alávetés megnyilvánulása. Ugyanakkor a BN családon belüli súlyos sérüléseket fejezhet ki (fizikai, érzelmi, szexuális bántalmazás, abúzus) és az intimitástól és a szexualitástól való félelmet mutathatja. A BN-s szüleinek problémái lehetnek a kontroll és a kornak megfelelő autonómia egyensúlyának megtalálásában, gyakori az elhanyagolás, és a szülői magatartás érzelemléhi kontroll alapú (Vandereycken, 1995).

Az evészavarosok családdinamikai jellegzetességeit Dévald (1993) a következőképpen foglalja össze: a szülőkre a kettősség jellemző, és a gyerek is ezt a kettősséget sajátítja el, mint modellt. Ezekben a családokban az anyák a felszínen adakozóknak, önfeláldozóknak tűnnek, de a mélyben sérthetőek és tagadják a negatív érzéseket. Az apák is csupán a felszínen tűnnek sikeresnek, erősnek, a mélyben viszont alacsony önértékelésűek és dependensek.

Kockázati tényezőkként tartják számon az evészavarok kialakulásában a családban jelentkező pszichiátriai betegségeket, valamint az obezitást (Fairburn, 1997, 1999). Jacobi és mtsai (2004) az evészavarok kockázati tényezőit osztályozó tanulmányukban nyolc vizsgálat eredményeit összegezve azt találták, hogy az anorexiás betegek családjában (közvetlen család vagy első fokú rokonság) igen magas a pszichiátriai zavarok aránya. Az arányok kimondottan magasak az evészavarokat (AN és BN), a szorongásos zavarokat (pánikzavar, generalizált szorongás, obszesszív-kompulzív zavar), a depressziót, valamint a szerfogyasztást illetően.

3.1.2.5. Az evészavaros betegek személyiségjegyei

Az utóbbi évtizedek vizsgálatai alapján számos személyiségjegyet azonosítottak, amelyek kockázati tényezői lehetnek az evészavaroknak.

Egyes szerzők szerint az evészavarok hátterében bizonytalan, törékeny önkép és rossz önbecsülés húzódik meg. Az evészavarok sikeres terápiája általában az önkép javulását eredményezi. Egy másik fontos személyiségjegy a személyes hatékonyság hiánya. Számos beteg számol be arról, hogy inkompetensnek érzi magát, és énhatékonysága gyenge (Tölgyes, 2007). A magas teljesítmény-orientációt, mint az AN jellemzőjét már Bruch (1973) (idézi: Túry és Szabó, 2000) leírta.

Garner és mtsai (1983) vizsgálataikban a perfekcionizmust mind az AN-s, mind a BN-s betegeknel magasabbnak találták a kontroll csoporthoz képest. Tyrka és mtsai (2002) a perfekcionizmust az AN kezdetének jó prediktoraként tartják számon, amely fennmarad az evészavaros tünetek enyhülése után is.

További személyiségjegyek, amelyeknek betegségkiváltó és betegségfenntartó szerepük lehet: az interperszonális bizalmatlanság; az interoceptív tudatosság hiánya; a szimmetria, pontosság, ellenőrzés, kételkedés iránti kényszeres szükséglet; az impulzivitás; ingerkereső magatartás; nárcizmus (Tölgyes, 2007).

Az újabb vizsgálatok a DSM-IV második tengelye, valamint az evészavarok között keresték az összefüggést. Azt találták, hogy az A csoport diagnózisai viszonylag ritkák evészavaros betegeknel. A C csoport zavarai gyakran megfigyelhetők anorexiás pácienseknél, míg a B csoport diagnózisai bulimiások esetében gyakoriak. Három működési stílus rajzolódik ki, ha az evészavarok mögött meghúzódó személyiségvonásokat vesszük figyelembe:

1. Magas szintű funkcionális stílus, amely perfekcionizmussal és negatív affektivitással társul, a leggyakrabban a bulimiás betegek csoportjában figyelhető meg;
2. Megszorítással élő, érzelmileg is beszűkült stílus, ami az anorexiások körében gyakori (ebben a csoportban is megtalálható a perfekcionizmus és a negatív affektivitás);
3. Impulzív vagy érzelmileg szabályozatlan stílus, amely leggyakrabban a bulimiások alcsoportjaiban észlelhető.

A vizsgálati eredmények azt mutatják, hogy a megszorító személyiségvonások a restriktív AN-ben gyakoriak, az impulzív és borderline vonások pedig a bulimiásoknál és a purgáló anorexiásoknál következetesen megtalálhatóak. A negatív affektivitás mind a bulimiásokban, mind a restriktív anorexiásokban megtalálható (Joó és Kövesdi, 2008).

3.1.3. Szociokulturális tényezők

Az evészavarok túlnyomórészt a lányok/nők betegsége. Az általános népességben végzett epidemiológiai vizsgálatok eredményei azt mutatják, hogy a nő/férfi, lány/fiú arány 10:1 (APA 1994).

Hilde Bruch (1973) azon szerzők közé tartozott, akik elsőként hangsúlyozták a kulturális tényezők szerepét, mint kockázati tényezőt az evészavarok kialakulásában, a növekedő gyakoriságukat a női soványságideállal, valamint a nőkre szabott szerepekből adódó konfliktusokkal hozta összefüggésbe.

A társadalmi-kulturális tényezők a testsúlyszabályozásra közvetett befolyást gyakorolnak, és ezek különböző szinteken mutatkoznak meg. Az egyik szint a család, amely a társadalmi értékek közvetítésének a színtere. A másik szint a társadalmi szervezetek (iskola, munkahely), amelyek követelményei az étkezéssel, aktivitással kapcsolatosan eltérőek. A mindennapos társas interakciók azok, amelyek megerősítik a tömegkommunikációs eszközökön és szájhagyományon keresztül a testsúlyal, evéssel kapcsolatos normákat. A harmadik szint pedig a kultúra, amely erős testsúlymeghatározó, és erkölcsi és társadalmi jelentéseket is rendel a testsúlyhoz. A hagyományos társadalmakban a kövérség a jólét jele volt. Az iparosodott társadalmakban azonban egyre inkább a karcsúság értékelődött fel. Az evészavarok incidenciája növekedést mutatott az Egyesült Államokban, Angliában és a nyugati országokban, kezdve az 1960-as évektől és az 1970-es és 1980-as években egyre nagyobb arányokat öltött (Willi és Grossman, 1982; Lucas és mtsai, 1991, 1999; Eagles és mtsai, 1995). A szerzők ezt a változást a szociokulturális hatásokkal magyarázzák.

Az evészavarok túlnyomórészt serdülőkorban jelentkeznek, tehát a pubertásba való belépés is kockázati tényezője lehet az evészavarok kialakulásának. Ez azzal magyarázható, hogy serdülőkorban a lányok teste számos változáson megy keresztül, amit el kell tudni fogadni, és ez számos belső konfliktust, bizonytalanságot eredményezhet. A felnőtt női szerepekkel történő szembesülés tehát nem konfliktusmentes. A különböző médiáknak a szerepe ezen a téren nem elhanyagolható, amelyek a női test nem reális képét mutatják be, hanem a soványságot, karcsúságot hangsúlyozzák, hozzájárulva ezzel a fiatal lányoknál a saját testtükkel való elégedetlenség és a karcsúság iránti készítés kialakulásához (Becker és mtsai, 2002).

Az evészavarokban etnikai különbségek is megmutatkoznak, a színes bőrűek között ritkábbak, mint a fehérbőrűek között (Cargo, 1996). A kultúrközi vizsgálatok alapján a bevándorlók között gyakoribb az anorexia, mint azok eredeti hazájában, ezt a szakirodalom a kulturális asszimilációval magyarázza (Davis és mtsai, 1999; Gowen és mtsai, 1999).

A gyors társadalmi változásokon átmenő országokban is, mint például a posztkommunista országokban is gyakoribbak az evészavarok. Bizonyos szubkultúrák, foglalkozások és tevékenységek is (modellek, balett táncosok, tornászok, úszók, zsokék) együtt járnak az evészavarok kialakulásával (Abraham, 1996; Sundgot-Borgen, 1994; Wong, 2003; Kovács és Jánosi, 2007).

4. Az evészavarok pszichiátriai komorbiditása

A komorbiditás fogalmát az 1970-es években Feinstein vezette be az orvosi szakirodalomba azzal a céllal, hogy megnevezze a páciensnél együtt előforduló kórképeket. Az utóbbi évtizedekben ez a fogalom igen ismertté vált a pszichiátria területén, ahol számos betegség esetében mutattak ki komorbid zavarokat, nem utolsósorban az evészavarok területén is.

A komorbid zavaroknak számos fontos vonatkozása van a klinikumban és a kutatásban. Elsősorban azért fontos erről beszélni, mert a komorbid zavar jelenléte befolyással lehet az elsődleges zavar lefolyására. Ugyanakkor egy komorbid zavar jelenléte a kutatás számára fontos kérdéseket vet fel arra vonatkozóan, hogy az elsődleges zavar és különböző változók közötti kapcsolat oki kapcsolat, vagy pedig a komorbid zavarral való korreláció eredménye. Harmadszor, a komorbid zavarok magas előfordulása fontos információt szolgáltat az elsődleges kórkép kialakulásának etiológiájáról.

Az evészavarok területén végzett komorbiditásra vonatkozó kutatások eredményei igen érdekesek. A szakirodalom alapján az evészavarokban az egyik kórkép megjelenése kockázati tényezője lehet egy másik kórkép kialakulásának. Például az alacsony önértékelés és a perfekcionizmus kockázati tényező lehet mind a depresszió, mind pedig az evészavarok kialakulásában, ami hozzájárulhat e két kórkép együttes megjelenéséhez (Lilenfeld, 2004), viszont más kockázati tényezőkkel társulva külön formában is megjelenhet vagy csak mint depresszió, vagy csak mint evészavar.

Az evészavaroknak más pszichiátriai zavarokkal való rokonságára épülnek az evészavarok betegségmodelljei, amelyek egy-egy zavarral való kapcsolat alapján ragadják meg a legfontosabb patomechanizmusokat. A spektrumelméletek nem élesen diszkontinuus diagnosztikai egységek létezését tételezik, hanem az adott betegséget, zavart egy másik jól ismert pszichiátriai zavar tágabb „családjába” tartozóként próbálják értelmezni, a tüneti hasonlóságok hátterében közös etiológiát, patomechanizmust és kezelési lehetőségeket tételezve. A spektrumba való tartozás vizsgálatának módszerei: komorbiditás vizsgálatok, a tünettani átfedések azonosítása, a zavar családi halmozódásának vizsgálata, biológiai markerek tanulmányozása, a farmakoterápiára adott válasz vizsgálata és a kórlefolyás alakulásának összevetése.

4.1. Hangulatzavarok

Az evészavarok gyakran társulnak depresszióval. A szakirodalmi adatok alapján a kezelést kérő anorexiás, illetve bulimiás betegek, 24–88%-a depresszióról számol be (Halmi és mtsai, 1991; Herzog és mtsai, 1992). A major depresszió pontprevalenciája AN-ban 54–55%, restriktív anorexiában az élettartam prevalencia 10–54%, purgatív AN-ben 40–89%, BN-ben pedig 24–78% (Szabó és Túry, 1994). Dalglish és mtsai (2003) a Kórházi Szorongás és Depresszió Skálát (HADS; Zigmond és Snaith, 1983) használták fel vizsgálatukban az evészavaros betegek depressziójának mérésére. Az találták, hogy a vizsgálatukban résztvevő evészavarosok 72%-a depresszióban is szenvedett.

A BN és depresszió közötti szoros kapcsolatra utal, hogy a DSM-III rendszerének öt diagnosztikai kritériuma közül az egyik a fálásrohamok utáni depresszív hangulatra vonatkozik. Az AN és depresszió kapcsolatát leginkább az jelzi, hogy az AN magas mortalitását részben az öngyilkossághoz vezető depresszióval magyarázzák. Az evészavarok depresszióelmélete szerint az AN, de különösen a BN, a depresszió spektrumába tartozik. Az evészavarok és depresszió kapcsolatára utaló adatok szerint, az evészavarban szenvedő betegeknél:

- az öngyilkossági szándék, illetve az öngyilkossági kísérletek aránya magas (Beumont és Abraham, 1983),
- a depressziós tünetek előfordulása igen gyakori, a depressziót mérő skálákon az evészavaros páciensek szignifikánsan magasabb értékeket érnek el (Beck-féle depresszió-kérdőív, MMPI, Hamilton-kérdőív), (Herzog, 1984),
- az evészavarok tüneteiben is szezonális ingadozás észlelhető,
- gyakoribb a depresszió előfordulása az evészavarosok elsőfokú rokonainál,
- az evészavarosok bizonyos biokémiai eredményei hasonlóak a depressziósokéval (neuroendokrin leletek, neurotranszmitterek, endorfinok),
- az antidepresszívumok hatékonysága kimutatott evészavarosok kezelésében is (Túry és Szabó, 2000 nyomán).

Sokáig csupán az unipoláris depresszió jelenlétét vizsgálták, viszont a legújabb kutatási eredmények feltárják a bipoláris depresszió előfordulását is a bulimiás betegeknél (Baldassano és mtsai, 2005; Ramaciotti és mtsai, 2005).

A depresszió és evészavarok kapcsolatát magyarázó elméletek három csoportra oszthatóak. Az első feltételezés szerint a depresszió az elsődleges, és az evészavar ennek a

következménye. Néhány retrospektív tanulmány szerint számos evészavaros beteg depressziós tünetekről számolt be az evészavar kórkép megjelenése előtt (Hudson, 1983; Walsh, 1985; Brewerton, 1995). A második feltételezés szerint az evészavar az elsődleges, és a depresszió ennek következménye (Cooper, 1995). Számos szerző az éhezés következményével magyarázza a depresszió kialakulását anorexiásoknál. Főleg az alultápláltság következményének tulajdonítják a depresszív hangulatot és az alvászavart (Hudson és mtsai, 2006). A harmadik feltételezés szerint, amely egyben a legvalószínűbb is, a kapcsolat nem oki, hanem korrelációs természetű, amely multidimenzionális modell szerint magyarázható (Szabó és Túry, 1994; Túry és Szabó, 2000).

4.2. Szorongásos zavarok

A szorongásos zavarok előfordulása evészavaros betegeknél ugyancsak gyakori. Mivel a szorongásos zavarok gyakran megelőzik az evészavarok kialakulását, egyes szakemberek az evészavarok kockázati tényezőjének tekintik a szorongásos zavarokat (Brewerton, 1995; Bulik, 1997).

A klinikai csoportokon végzett vizsgálatok eredményeinek alapján 23–66%-os AN-ben szenvedőknél és 25–75%-os BN-ben szenvedő betegeknél (Halmi, 1991; Herzog, 1992; Fornari, 1992). A szakirodalmi adatok alapján a BN nagyobb valószínűséggel társul szorongásos zavarokkal, mint a restriktív anorexia nervosa (Laessle, 1989).

Bulik és mtsai (1997) evészavaros, depressziós és kontroll csoportban vizsgálta a szorongásos zavarok előfordulását. A szorongásos zavart szignifikánsan magasabbnak találta a klinikai csoportokban (48–60%), mint a kontroll csoportban (30%). Az evészavaros betegeknél előforduló szorongásos zavarok magas arányára utal Kaye és mtsai vizsgálata is (2004). A szorongásos zavarok közül az evészavarokkal leggyakrabban a szociális fóbia és a kényszerbetegség társul.

A szakirodalmi adatok alapján a szociális fóbia élettartam-prevalenciája AN-ben 24 és 55% között van, a kényszerbetegség élettartam-prevalenciája pedig 10 és 22% között van. Bulimiás betegek csoportjaiban a szociális fóbia élettartam-prevalenciája 17 és 59% között van, míg a kényszerbetegség élettartam-prevalenciája 3–43% között (Lilenfeld, 1998; Fornari, 1992; Schwalberg, 1992; Brewerton, 1995; Thorton, 1997; Godart, 2000; Kaye, 2004; Swinbourne és Touyz, 2007).

Bulik és mtsai (1997) vizsgálatukban a szociális fóbia előfordulását szignifikánsan magasabbnak találták a bulimiások csoportjában, mint a kontroll csoportban. A szociális fóbia, mint komorbid zavar, csak abban az esetben diagnosztizálható evészavaros betegeknél,

ha a szociális fóbiára jellemző tünetek az evészavar specifikus tünetein kívüli területre is kiterjednek.

Ugyanez a megállapítás érvényes a kényszerbetegség és evészavar kapcsolatára is. Nagyon jellemző az evészavarosokra, hogy különleges táplálkozással kapcsolatos rituálék vannak, mint például bizonyos általuk előre meghatározott számszor megrágni az ételt, vagy felvágni az ételt meghatározott darabokra, viszont ezek a viselkedésminták nem a kényszerbetegség tünetei, hanem az evészavarral járó obszessziók. Anderluh és mtsai (2003) retrospektív vizsgálatukban a gyermekkori kényszeres vonások prediktív jellegét hangsúlyozták evészavarosok csoportjában. Azon betegeknél, akik gyerekkori kezdetű perfekcionizmusról, rigiditásról számoltak be, nagyobb arányban fordult elő kényszerbetegség. Az obszesszív-kompulzív zavar mellett Bulik és mtsai (1997) vizsgálatukban a szeparációs szorongást, valamint a pánik zavart gyakoribbnak találták az anorexiások csoportjában az egészséges kontroll csoporthoz és depressziós csoporthoz képest.

A poszttraumás-stressz zavar (PTSD), a szorongásos zavarok egy másik formája, amely gyakran jelentkezhet, főleg a bulimia komorbid zavaraként. A PTSD élettartam-prevalenciája bulimiás betegeknél 11 és 52% között van (Turnbull, 1997; Gleaves, 1998; Dansky, 1997).

4.3. Addikciók

Az evészavarokban kifejezetten a bulimiás betegeknél és az anorexia purgáló alcsoportjánál jelentkeznek addiktív magatartások (Herzog, 1992; Braun, 1994; Bulik, 1992; Bulik és mtsai, 2004; Anzenberger és mtsai, 2006). A restriktív anorexiásoknál a szerfogyasztás ritka, viszont a karcsúság szenvedélyszerű követése is felfogható szenvedélynek. A BN tünetei, a falásroham, a kontrollvesztés, a súlycsökkentő viselkedésformák abúzus-szerű használata jellegzetesen addiktív jelenségek is.

Az evészavarok és addikciók kapcsolata többféleképpen magyarázható: tünettani hasonlóságok, komorbiditás adatok, családi és biológiai vizsgálatok, és a kezelési stratégiák alapján.

A BN tünetei igen hasonlóak az addikció tüneteinek, és pedig a kontrollvesztés, az „anyaggal” való túlzott foglalatosságot és ennek használata a negatív érzések szabályozására, titoktartás, örömszerző, hedonisztikus tevékenység. Addiktív sajátosság például evészavarokban a túlzott testedzés is, ami endorfinfelszabadulással jár, és ezáltal csökkenti a feszültséget és örömeztetést vált ki (Túry és Szabó, 2000).

Egyes szerzők multiimpulzív bulimiáról írnak (Lacey, 1986; Fichter, 1994), amit multiimpulzív viselkedés jellemez, mint a falásroham, az alkohol-, drogfogyasztás és a hashajtók, fogyasztótabletták használata, bolti lopás, promiszkuitás, meggondolatlan vezetés és agresszivitás.

Holderness és mtsai (1994) bulimiás betegeken végzett vizsgálatukban 23%-ban találtak alkoholfüggőséget. Egy longitudinális vizsgálat eredményei alapján (Strober és mtsai, 1996) a bulimiás tüneteket hordozó anorexiások csoportjában hétszer nagyobb a valószínűsége a szerfüggőség kialakulásának, a restriktív anorexiásokhoz képest. Bushnell és mtsai (1994) BN-ben 44%-nak találták az alkohol/drogdependencia élettartam-prevalenciáját, ami szignifikánsan magasabb volt, mint az általános népességben.

Ezen eredmények fordítottan is igazak: az evészavarok nagyobb arányban fordulnak elő szerfogyasztók között (Túry és Szabó, 2000). Az evészavarosok családjában végzett vizsgálatukban Kaye és mtsai (1996) azt találták, hogy a pszichoaktív szerfüggőséggel rendelkezők bulimiások elsőfokú rokonai között gyakoribb az alkohol- és kábítószer-függőség élettartam-prevalenciája (38%), mint a nem dependens bulimiás csoport rokonai között (10%). Goldbloom és mtsai (1992) alkoholbetegek családjában 29%-ban találtak BN-t, áttekintésükben az evészavarok és alkoholizmus közötti biológiai kapcsolatot is vizsgálták, miszerint mindkét zavar mögött szerotonin-rendellenesség, valamint hypothalamicus neuroregulációs zavar húzódik meg. Kendler és mtsai (1995) ikervizsgálataikban különböző genetikai tényezők szerepét találták meghúzódnival a bulimia és az alkoholizmus kórképe mögött. Szumska (2005) vizsgálatában nem talált egyértelmű összefüggést a BN és az addikciók között.

Az evészavarok és addikciók kapcsolatának magyarázatára több hipotézis is született. A reciprok megerősítés hipotézise szerint az evészavarosok az ételmegvonás miatt fogyasztanak nagyobb valószínűséggel alkoholt és kábítószereseket. Ez azonban nem elégséges magyarázat a komorbiditásra, mert az obese személyek ennek alapján kevésbé kellene pszichoaktív szereket használnak, holott ez a szakirodalmi adatok alapján nem így van. Egy másik hipotézis szerint az evészavar – akár csak az alkoholizmus – ugyanannak az impulzuskontroll zavarnak a megnyilvánulása, azonban ezen hipotézis sem igazolódott be, mivel az obeseknél jelentkező alkoholizmus aránya nem azonos a bulimiásoknál jelentkező alkoholizmus arányával, és az evési problémák csökkenése sem növeli az alkoholizmus valószínűségét. Az addiktív személyiség hipotézise szerint az étel és a drog funkcionálisan egyenértékű pszichodinamikai és viselkedésléktani szempontból egyaránt. Az öngyógyítási hipotézis szerint, a pszichoaktív szerhasználatnak öngyógyító célja van az evészavarosoknál.

Az addikciós hipotézis hasznos model egyes betegcsoportok jobb megértésére (Túry és Szabó, 2000).

4.4. Személyiségzavarok

A DSM II. tengelyén található személyiségzavarok hiánya vagy megléte evészavaros betegeknél igen fontos szempont a terápiás terv kidolgozásánál és a terápiás módszerek kiválasztásánál. Számos tanulmány vizsgálta az evészavarok és a személyiségzavarok közötti kapcsolatot (Vitousek, 1994; Grilo, 2002; Rosenvinge, 2000; Wonderlich, 1997). Rosenvinge és mtsai (2000) vizsgálatukban 28 (1983 és 1998 között végzett) evészavaros és személyiségzavaros kapcsolatát vizsgáló tanulmányt elemeztek. Az evészavarosok körében 58%-ban találtak személyiségzavarokat a kontroll csoporthoz képest (28%). Rastam (1992) anorexiás betegeknél gyakoribbnál találta a premorbid személyiségzavart (66%), mint a kontroll csoportnál (27%). A személyiségzavarok közül pedig az obszesszív-kompulzív személyiségzavar gyakoriságát szignifikánsan nagyobbak találta az anorexiás csoportban (35%), mint a kontroll csoportban (4%).

Johnson és Wonderlich (1992) (idézi: Brewerton, 2004) összegzése alapján a leggyakoribbak a C csoporthoz (kényszeres, dependens és elkerülő) tartozó személyiségzavarok evészavarban, majd ezt követik a B csoporthoz (borderline, hisztrionikus, nárcisztikus, antiszociális) tartozó személyiségzavarok, és a legritkábbak az A csoport zavarai (paranoid, szkizoid, szkizotipikus). Grilo és mtsai (2002) főleg a B csoporthoz tartozó személyiségzavarokat találta gyakorinak BN-ben.

A restriktív AN esetében a C csoporthoz tartozó zavarok gyakoribbak (nyugtalanág, rendmánia és kontroll kényszere jellemez), a leggyakoribb az obszesszív-kompulzív személyiségzavar előfordulása. A bulimia és a purgáló AN a B, illetve C csoporthoz tartozó személyiségzavarokkal mutat komorbiditást. A borderline személyiségzavar, melyet az érzelmek szabályozásának zavara, az impulzus-kontroll zavara, kaotikus interperszonális működés és ismételt öngyilkossági kísérletek jellemeznek, a purgáló evészavarosok egyharmadánál fordul elő, míg a restriktív AN-ban ritkán (Steiger és Bruce, 2004).

4.5. Disszociációs zavar

A disszociációs zavarok az evészavarosok hipnabilitás vizsgálatai során kerültek a figyelem fókuszába, mivel a hipnabilitás összekapcsolható a disszociáció fogalmával. A hipnózis lehet a disszociáció egy speciális formája. A disszociáció énvédő mechanizmusként működik súlyos traumát elszenvedett egyének esetében.

A fizikai, szexuális és érzelmi abúzus jelentős kockázati tényező a disszociatív zavar kialakulásában (Van der Kolk és mtsai, 1996). Poszttraumás stressz-zavart megélt egyéneknél jelentkezhetnek evészavarok és egyes AN, illetve BN betegeknél jelentkezhet többszörös személyiségzavar.

A klinikai megfigyeléseket a disszociációs kapacitást, élményeket mérő tesztek eredményei is alátámasztották evészavarokban. A patológiás evési szokásokkal rendelkezők körében magasabb a disszociatív kapacitás (Túry és Szabó, 2000). Azon evészavarosok körében is magasabb a disszociációs zavar, akiknél gyakori az öncsonkító magatartás és az impulzív viselkedés, mint a szerfogyasztás. Ezen viselkedéseknek az a szerepük, hogy segítsék az egyént tudatosan elkerülni egy elviselhetetlen érzelmi állapotot (Waller és mtsai, 2001; Brodsky és mtsai, 1995; Suyemoto, 1998).

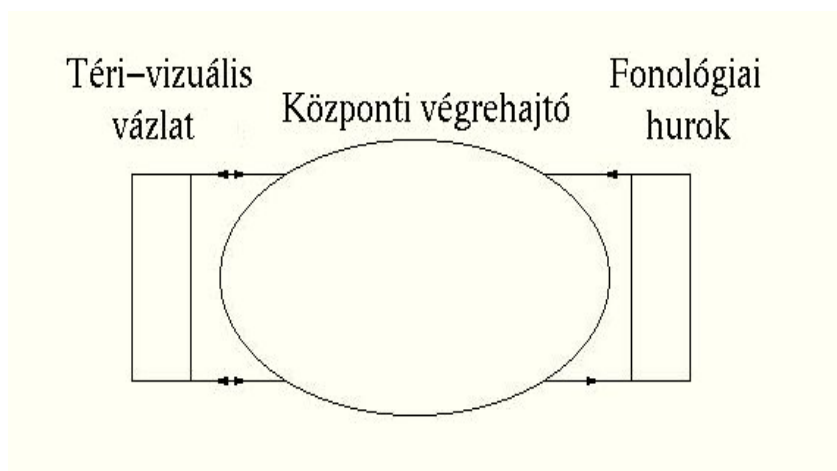
Önéletrajzi emlékezet deficit evészavarban szenvedő betegeknél

5. Az emlékezeti működés jelenségeköre

Az emlékezet kutatása már az 1950-es évektől kezdődően központi szerepet játszott a kognitív pszichológiában, és az emlékezeti rendszer struktúrájának és folyamatának magyarázatára a kognitív pszichológusok számos elméleti modellt fogalmaztak meg. Atkinson és Shiffrin (1968) (idézi: Eysenck és Keane, 1997) klasszikus modelljével összhangban a legtöbb modell az emlékezetet háromféle memóriatírra osztja: szenzoros emlékezet, rövid távú emlékezet és hosszú távú emlékezet. Szerintük a környezetből beérkező információ előbb a szenzoros memóriába tárolódik, ennek bizonyos része a figyelem középpontjába kerül, majd innen további feldolgozásra átkerül a rövid távú emlékezetbe, majd ennek az információnak bizonyos része a hosszú távú emlékezetbe tevődik át. A szenzoros emlékezet valamely meghatározott szenzoros modalitáson alapuló emlékezet. A Neisser (1967) (idézi: Eysenck és Keane, 1997) által ikonikus és echoikus emlékezetnek nevezett vizuális és akusztikus táruk olyan legperiférikusabb jelenségek, amelyekre az emlékezet terminust egyáltalán alkalmazni lehet. Ezek a rendszerek jelentik a szenzoros emlékezet legkorábbi fázisait (Baddeley, 2005). A rövid távú emlékezet arra az információra vonatkozik, amely az észlelés után a tudatban megmarad, és a pszichológiai jelen részét képezi. Ezek a rövid távú vizuális és auditív emlékezeti rendszerek néhány másodpercig tartják meg az információt, és lehetővé teszik, hogy a szenzoros alapú információ integrálódjon az egyéb forrásokból származó információkkal.

Baddeley és Hitch (1974) (idézi: Eysenck és Keane, 1997) a rövid távú memória fogalmát a munkamemória fogalmával váltották fel, mert úgy gondolták, hogy a többszöröstár-modell túlságosan leegyszerűsítette a rövid távú memória magyarázatát. A munkamemória modell az emlékezetre folyamatként tekint, a közvetlen emlékezetre pedig mint a pillanatnyilag zajló megismerésre. A munkaemlékezet az éppen történő megismerést, az emlékezet működő állapotát jelenti. Ebbe beleértjük az emlékezet eltérő formáit mozgósító észlelési, gondolkodási, képzeleti és nyelvi folyamatokat is. A munkamemória három alapvető jellemzőjét határozták meg: 1. időleges tárolást végez számos problémamegoldást igénylő feladatban, 2. egymástól független információforrásokat hoz interakcióba, 3. korlátozott kapacitású. Szerintük a munkamemória három alkotórészből áll, éspedig egy modalitás-független központi végrehajtóból, egy fonológiai hurokból és egy vizuális-téri vázlatfüzetből (1. ábra).

1. ábra. Baddeley és Hitch (1974) háromkomponensű munkamemória-modellje
(Baddeley, 2005)



Baddeley és Hitch (1974) szerint a fonológiai hurok a beszédszerű információ megtartására jött létre. Két komponense van: a fonológiai tár, amely a beszéd alapú információ megtartásáért felelős, valamint az artikulációs frissítő komponens, amely a belső beszéden alapul. A fonológiai tár működését a nyomelhalványulás jellemzi. Az artikulációs frissítő komponens szerepét a szubvokális ismételtetés tölti be, mely segítségével frissíteni tudjuk az emlé nyomokat. A téri-vizuális vázlatomb képzeleti képek létrehozásáért és manipulációjáért felelős, a fonológiai hurokhoz hasonlóan ennek is van egy tár és egy motoros ismétlési komponense.

A téri-vizuális munkamemória nem egy egységes rendszer, hanem létezik egy önálló téri és egy önálló vizuális munkamemória, melyek habár egymással kapcsolatban állnak, különböző idegrendszeri lokalizációval rendelkeznek. Baddeley és Hitch (1974) a központi végrehajtót tartották a legfontosabb elemnek, mely korlátozott kapacitással rendelkezik, és a munkamemória kontrolláló komponense, úgy működik, mint egy figyelmi rendszer, és összeköttetést teremt a másik két alrendszer és a hosszú távú memória között.

Baddeley (1986) Norman és Shallice modelljét használták fel a központi végrehajtó működésének magyarázatára. A model középpontjában a viselkedés szabályozása áll. Abból a feltevésből indul ki, hogy az éppen aktuális cselekvések kontrollja két egymástól független útvonalon valósulhat meg. Az egyik ilyen lehetséges út a túltanult készségek esetében működik, melyek lefutása viszonylag automatikusan megy végben (Pl. autóvezetés közben, amikor elgondolkodunk valamin, és egyszer csak arra eszmélünk, hogy az elmúlt néhány kilométerre nem emlékszünk, pedig sikeresen haladtunk). Az ilyen automatikusan működtetett készségek szinte semmilyen zavart nem okoznak más párhuzamosan végzett

aktivitásokban. Vannak olyan helyzetek, amikor két párhuzamosan végzett aktivitás megzavarja egymást, és olyankor szükségessé válik valamelyiket előnyben részesíteni a másikkal szemben. Norman és Shallice szerint (1986) ezen a szinten a döntéseket automatikus folyamatok hozzák meg, melyeket a "tervek versengésének" neveztek el. Norman és Shallice (1986) modelljének másik komponense az ellenőrző figyelmi rendszer (SAS – supervisory attentional system), melyet az akarat működéséhez hasonlítottak. Ez a rendszer képes megszakítani vagy módosítani az éppen folyamatban levő viselkedést, úgy, hogy valószínűségi kapcsolatokat módosít. A szelektív neurológiai sérülések igazolják az emlékezeti alrendszerek létezését. (Pl. frontális lebeny sérülése: integrált működések zavara – nehézség a viselkedés kontrolljában).

Hasznos megemlíteni a munkamemória modellnél Engle és mtsai (1999) munkamemória koncepcióját (idézi: Baddeley, 2005). Szerintük a kontrollált figyelmi rendszer felelős a munkamemória funkciókért. Ők abból a megfigyelésből indultak ki, hogy a munkamemória kapacitásában egyéni különbségek mutatkoznak. Ezek a különbségek két komponens működését tükrözik. Az egyik komponens rövid távú emlékezetnek nevezték, és a hosszú távú emlékezet átmenetileg aktivált részének tekintették. A másik komponens nem más, mint a kontrollált figyelem vagy végrehajtó rendszer, amely a figyelem fókuszába helyez egyes emlékezeti elemeket, miközben másokat kiszorít a figyelmi fókuszából, ezt a komponens munkamemória funkcióknak nevezték el. Szerintük ez a funkció nem más, mint az emlékezeti reprezentációk aktiválásának képessége és az aktivált emlékek figyelmi fókuszban tartása, zavaró ingerek esetében. E komponens főleg akkor működik, amikor a célokat elefelejt valaki, pedig igyekezett azokat a munkamemóriában tartani, amikor több választ is meg kell valósítani, ezért a válaszok ütemezésére van szükség, amikor a szükséges válaszok között konfliktus van, amikor a célválaszhoz hasonló válaszokat gátolni kell, amikor monitorizálni kell a válaszokat, vagy amikor meg kell tervezni az emlékezeti keresést (Csépe, 2007).

A hosszú távú memória (HTM) korlátlan kapacitású és nagyon változatos információkat tartalmaz, amelyek már elhagyták a tudatot, és ezért a pszichológiai múlt részét képezik. A HTM elsősorban jelentés alapú, szemantikus, illetve procedurális, de képes olyan szenzoros jellemzők tárolására is, amelyek az arcokra, jelenetekre, hangokra, dallamokra való emlékezéshez szükségesek. Ezért a szakemberek úgy vélték, hogy különböző hosszú távú memóriarendszerek léteznek, amelyek bizonyos típusú információkra specializálódtak. A memóriarendszerek meghatározásában az amnéziás betegekkel kapcsolatos vizsgálatok nagyfokú segítséget nyújtottak.

Tulving (1972) (idézi: Baddeley, 2005) különbséget tett epizodikus és szemantikus memória között. Az epizodikus memória olyan specifikus emlékek tárolására vonatkozik, melyek egy bizonyos helyen és egy bizonyos időben történtek, tehát önéletrajzi jellegük van (például, hogy karácsonykor kaptam ajándékba egy koncert jegyet). A szemantikus emlékezet a világról alkotott általános tudásunkkal kapcsolatos információkat tartalmazza, egy mentális ismeretgyűjtemény (például, hogy karácsonykor Jézus születését ünnepeljük és, hogy december 25-én van). Számos kritika illette azonban a szemantikus és epizodikus memória közötti megkülönböztetés fontosságát. A model ellen szóló kritikák főleg arra irányultak, hogy bár tartalmilag világos különbség van a kétfajta memóriában tárolt információk között, de az már kevésbé nyilvánvaló, hogy különbség van a kétféle memóriarendszerben lejátszódó folyamatok között is. Az amnéziás és Korszakov-szindrómában szenvedő betegekkel végzett vizsgálatok során (Gabrieli és mtsai, 1983; Zola-Morgan és mtsai, 1983) fény derült arra, hogy a szemantikus és epizodikus emlékezet között szoros kapcsolat van, mert a legtöbb amnéziás beteg viszonylag jól vissza tud emlékezni a betegsége előtti szemantikus és epizodikus emlékekre, de az amnézia bekövetkezése után ezen képessége jelentősen romlik mindkét memória rendszer esetében.

Cohen és Squire (1980) deklaratív és procedurális memóriát különböztetett meg. A deklaratív memória annak felel meg, hogy tudni mit, és mind az epizodikus, mind a szemantikus memóriára kiterjed (Például: tudni azt, hogy mi Magyarország fővárosa, vagy vasárnap mi volt az ebéd). A deklaratív tudásunk megfogalmazható, ezzel ellentétben a procedurális tudásunkat gyakran nem tudjuk explicit módon szavakba önteni. A procedurális emlékezet tehát a hogyanra vonatkozik, és a begyakorolt tevékenységek elvégzésének képességére utal (Például: biciklizés, úszás). Cohen és Squire modelljüket arra a megfigyelésre alapozták, hogy az amnéziás betegek nehezen tudnak megtanulni új deklaratív ismereteket, de a motoros készségeket ugyanolyan gyorsan képesek elsajátítani, mint az egészséges személyek. A deklaratív-procedurális megközelítést is azonban számos kritika érte (részletes áttekintés, Cohen és mtsai (1983), Schachter és mtsai (1984) (idézi: Eysenck és Keane, 1997).

Graf és Schachter (1985) egy implicit és explicit emlékezetet megkülönböztető modellt alkottak meg. Kísérleteik során a vizsgálati személyeknek szóazonosító feladatokat adtak. A feladat előtt egy szólistát kaptak, és különböző kérdésekre kellett válaszolniuk a szólistával kapcsolatosan, melyek közül egyesek a szavak jelentésével kapcsolatos kérdések voltak, mások pedig rímelő kérdések, vagy formai kérdések. A kutatók azt találták, hogy a szóazonosító feladatban a vizsgálati személyek jobban teljesítettek az explicit memóriát

illetően, ha előtte a szavak jelentését feldolgozták, az implicit memóriára azonban a feladat előtt feldolgozott kérdések típusa nem volt semmilyen hatással, de a személyek teljesítménye mégis magasabb volt a feldolgozott szavak esetében, mint azon szavak esetében, amelyeket korábban nem mutattak be. Graf és Schachter szerint, az implicit memória abban mutatkozik meg, hogy egy feladat teljesítése a tudatos emlékezés hiányában is könnyebb lesz, az explicit memória pedig akkor mutatkozik meg, amikor egy feladat megoldásához korábbi tapasztalatok tudatos visszaemlékezésére van szükség.

Tulving (1985) (idézi: Csépe és mtsai, 2007) tovább gondolva az epizodikus és szemantikus emlékezeti modellt, úgy tartotta, hogy a két rendszer közötti különbség leginkább az előhívott tudás típusában ragadható meg. Úgy vélte, hogy, amíg a noetikus tudás esetében az emlékező tudatossága a tudás tárgyára korlátozódik, addig az autoetikus tudás esetében az emlékező tudatossága önmagára is kiterjed, éntudatosság jellemzi. Például, amikor beszélünk, nem tudjuk megmondani, hogy a beszédet alkotó szavakat hol hallottuk először, ennek ellenére biztonságosan tudunk beszélni. Ezt a jelenséget Tulving noetikus tudásnak nevezi, mely a szemantikus emlékezet alapja. Ez az emlékezeti típus nem jár azzal, hogy újraélünk egy múltbeli eseményt, hanem a tényszerű ismeretek képezik ezen emlékeinket. Az autoetikus tudás a személyes emlékek felidézésre vonatkozik, és az epizodikus emlékezet alapját képezi. Tulving úgy tartotta, hogy az epizodikus emlékezet olyan emlékek tárháza, amelyek megőrzik azt a kontextust is, ahol az adott ismeretet elsajátítottuk, és az emlékek előhívása során egy-egy egyedi (specifikus) emlék előhívása történik, az élmény újraélése által. Tulving úgy tartotta, hogy az önéletrajzi emlékezet és az epizodikus emlékezet egy és ugyanaz.

Nelson (1993) (idézi: Ticu, 2004) szerint az epizodikus emlékek (például a tegnapi reggeli) csak akkor válnak önéletrajzi emlékekké is, ha a saját élettörténetünk szempontjából különleges jelentőségük van. Szerinte tehát léteznek olyan epizodikus emlékek, amelyek nem számítanak önéletrajzi emlékeknek is ugyanakkor.

Eysenck (1995) szerint az önéletrajzi emlékek és az epizodikus emlékek között nagy az átfedés (az eseményekkel és személyes eseményekkel kapcsolatos információk mindkét memóriatípusban megtalálhatóak), viszont kiemeli az önéletrajzi emlékezet létezését függetlenül az epizodikus memóriától. Ezt legjobban az integrált események egysége bizonyítja, mint például egy bizonyos életszakaszra való visszaemlékezés (kisgyermekkor), melyeknek személyes jelentőségük van, és amelyekből hiányoznak a bizonyos eseményekre való konkrét utalások, amik az epizodikus memóriára jellemzőek.

Brewer (1986) az önéletrajzi emlékezetet a szelfre vonatkozó információk összességének tekinti. Szerinte a szelf az a komplex mentális struktúra, amely magába foglalja az ént (ego), a szelfsémát, és az én-szelffel kapcsolatos hosszútávú emlékezet bizonyos részeit (pl. személyes emlékeket, általános személyes emlékeket és önéletrajzi adatokat). Brewer egy olyan memória modellt alkotott meg, mely szerint az emlékek reprezentálása annak az interakciónak a függvénye, amely a tapasztalatok megszerzésének feltétele és a memóriában való kódolás között jön létre. Az információszerzés történhet egyszeri esemény vagy ismételt esemény formájában, imaginatív vagy non-imaginatív formában, az emlék kódolása pedig lehet az én-szelffel kapcsolatos, téri-vizuális, vizuo-temporális vagy szemantikus.

6. Az önéletrajzi emlékezet vizsgálatának kezdetei

Francis Galton (1822–1911) hívo szavas eljárása határkövé vált az önéletrajzi emlékezet kutatásában. Galton arra kérte a vizsgálati személyeket, hogy életük bármelyik szakaszából idézzék fel a legelső emléket, amely az asztal szó hallatára eszükbe jut. Ha sikerült, akkor meg kellett határozniuk az emlék keletkezésének idejét. Galton azt tartotta, hogy minél intelligensebb az egyén, annál részletesebben idézi fel az emléket. Kísérleteinek egy részét önmagán alkalmazta. Galton két fontos következtetést vont le. Egyik megfigyelése az volt, hogy a felejtés nem feltétlenül csupán az emlékek romlásának az eredménye az idő során, hanem egy dinamikus folyamat eredménye, amikor az újonnan bevésett emlékek interferálnak régebben bevésett emlékekkel. Ugyanakkor Galton azt is megfigyelte, hogy azok az emlékek, amelyeket sokszor felelevenítünk, sokkal jobban bevésődnek.

Sigmund Freud (1856–1939) neurotikus betegei kapcsán kezdett el foglalkozni az önéletrajzi emlékezettel. Úgy gondolta, hogy a neurózisban szenvedő betegeket az a negatív tapasztalat vezérli, amit nem tudnak elfelejteni, és azzal küzdenek, hogy megpróbáljanak arra nem emlékezni. A neurózisban szenvedő betegeinek kezelésében elengedhetetlen volt a beteg személyes élettapasztalatainak felidézése. Ez a folyamat viszont nagymértékben függött az emlékek előhívásától, az asszociációktól és ezek analizisétől. Az álomfejtéssel Freudnak az volt a célja, hogy elfojtott emlékeket hívjon elő a beteg. Szerinte az emlékek tematikusan szervezettek és lineárisan vannak tárolva, akárcsak egy dokumentum lapjai. Más a helyzet viszont a traumatikus élményekkel. Szerinte ezek az emlékek inkább koncentrikus körök formájában szervezettek. Van egy külső réteg, amelyet azok az emlékek alkotnak, melyekhez az egyén még hozzáfér, és van a belső réteg, amely kevésbé elérhető. Freud szerint a

traumatikus emlékek magja teljes mértékben a tudatalatti tartományban van és csupán pszichoanalízis segítségével hívhatóak elő ezek a fajta emlékek. Amikor a traumatikus emlékek felszínre kerülnek pszichoanalízis által, intenzív diszfunkcionális érzelmekhez és viselkedéshez kapcsolódnak. Freud azt is feltételezte, hogy az emlékek többféleképpen tárolódnak (verbális, vizuális, szenzoros, affektív) és tudattalan módon aktiválódnak.

Colegrove az első kutató volt, aki a kérdőívezés módszerét használta a távoli személyes emlékek felmérésére. 65 évnél idősebb személyek vettek részt vizsgálataiban, és 14 kérdésre kellett válaszolniuk, amelyek által az egyén életével kapcsolatos személyes információkat és eseményeket kellett előhívjon, különböző életperiódusokból. Colegrove alapján a személyek legkorábbi emléküket hároméves koruk körül tudták felidézni, 20 és 30 éves kor között reminiscenciát figyelt meg, valamint felhívta a figyelmet olyan kritikus tényezőkre, amelyek befolyásolják a visszaemlékezést, mint amilyen a gyakoriság, többlet vagy keveset sejtető jellegük, érzelmi töltet, élénkség. Colegrove követője, Victor Henri (1872–1940) ugyancsak kérdőíves módszert alkalmazott a gyermekkori emlékek előhívására. Szerinte az első emlékek 2 és 4 év közötti időszakra tehetőek, és ezek az emlékek következtetések, más emlékek alapján.

Az 1950-es évektől a kognitív megközelítés hódított teret az emlékezet kutatásában. Szerintük az emlékezet nem csak egy, valamilyen egységes, igen bonyolult rendszer, mint például a máj vagy a szív, hanem sok rendszerről van szó. A tárolás időtartamát tekintve a különböző rendszerek tárolási ideje egy másodperctől egész élethosszig terjedhet, a tárolás kapacitását tekintve pedig az egész kis kapacitású puffertól a hosszú távú emlékezetig (Baddeley, 2005). A fejlődéslélektan területén is születtek önéletrajzi emlékezettel kapcsolatos vizsgálatok. Ezek a tanulmányok többnyire a szülők gyermekük életéről szóló emlékeit vizsgálták, és a hangsúly főleg az előhívott emlék pontosságán és hitelességén volt. Ugyanebben az időben a klinikai pszichológia területén számos kutatás folyt a mindennapi stressz káros hatásáról. A legtöbb ilyen vizsgálat kérdőíves módszeren alapult, és szintén az emlékezeti folyamatokra helyezte a hangsúlyt, mely által a személyeket arra kérték, hogy minél pontosabban idézzék fel a múltjukból az egészségi problémáikra vonatkozó emlékeket, családi emlékeket és munkatapasztalatokat, amelyek distresszként hatottak az életükben. Az emlékezeti modellek ebben az időszakban egyre komplexebbé váltak (Robinson, 1986).

A 70-es éveknek nagy hozománya volt az önéletrajzi emlékezet területén. Ebben az időszakban standardizálták az önéletrajzi emlékezetet vizsgáló mérőeszközöket, valamint Crovitz és Schiffman (1974) Galton módszerére alapozva kidolgozott egy hívószavas eljárást az autobiografikus emlékek vizsgálatára, amely az ezen a területen végzett vizsgálatok

sokaságát indította be. Ugyanebben az időszakban vált ismerőssé Linton (1975) (idézi: Baddeley, 2005) napló módszere is, amelyben a vizsgálati személyek rendszeresen leírták a napi eseményeket egy naplóba, majd később megpróbálták felidézni. Egyik érdekes megfigyelése Lintonnak az volt, hogy a kevésbé kellemes eseményeket hajlamosabbak voltak gyorsabban elfelejteni, mint más eseményeket (Baddeley, 2005). Williams és Broadbent (1986) kidolgozták az Önéletrajzi Emlékezet Tesztet (AMT), napjainkban ez a módszer gyakran használt a klinikumban, érzelmi zavarokkal küszködő személyek önéletrajzi emlékeinek kutatására.

7. Az önéletrajzi emlékezet szerkezete és folyamatai

Az önéletrajzi emlékezet nem egységes emlékezeti forma: a szemantikus és az epizodikus emlékezet egyaránt a bonyolult önéletrajzi visszaemlékezés része. Az önéletrajzi emlékezet szervezett tudásbázis, mely több emlékezeti rendszer integrációjából emelkedik ki, és melyben több reprezentációs forma képviseli ismereteinket (Kónya, 2001). Az élményszerű emlék újraélése szándékos emlékezést igényel, valamint egy alkotó folyamatot, amely az emlékezeti részletekből indul ki. Az élmény (Tulving, 1983) (idézi: Kónya, 2001) – még a legkisebb egységére lebontva is – összetett emlék. Az epizód, amely az élményszerű emlékezet alapegysége, olyan pszichológiai pillanatnak tekinthető, amely perceptuális és mentális elrendeződésben, ennek kontextusában tartalmazza az eseményt. Tulving a mentális érintkezéssel magyarázza, hogy mi minden kerül egyetlen epizódba. Az epizodikus, élményszerű emlék tudatilag összetett emléket jelent és ez az emlék megfelel a megismerési folyamatokban összetetalakozott átmeneti tudattartalmaknak. Az élményszerű önéletrajzi események felidézésekor általában az epizódok összetett láncolatáról beszélünk. Az önéletrajzi emlékezet szerkezetének, folyamatának kutatását több prizmán keresztül közelítették meg.

Barsalou (1988) az önéletrajzi emlékek szerveződését vizsgálta szabad felidézéssel helyzetben. Azt tapasztalta, hogy specifikus, egyszeri események igen ritkán fordultak elő a beszámolóiban. Amikor arra kérte a vizsgálati személyeket, hogy egyszeri eseményeket idézzenek fel, azt tapasztalta, hogy az egyéneknek ez a feladat nehezebben ment. Megfigyelései alapján az önéletrajzi “tudás” hierarchikus szerveződési modelljét alkotta meg. Barsalou szerint a kiterjedt emlékek (olyan események, amelyek huzamosabb ideig tartottak és ismétlődő jellegük is lehet, pl. az egy hetes horvátországi nyaralás, egyetemi évek) idői láncolata képezi az önéletrajzi emlékezet gerincét és erre, mint egy vezérfonalra fűződnek fel az általános emlékeink (olyan megnyilvánulások, amely ismétlődő eseményekre utalnak, pl. színházba vagy focimeccsre járást), amelyek megkülönböztető jegyek, indexek segítségével biztosítják a hozzáférést az egyedi életeseményeinkhez (Király, 1999). Az egyedi emlékek specifikus eseményre vonatkozó állítások, amelyek egy adott térben és időben történtek, egyszeri alkalommal és egy napnál kevesebb ideig tartottak (pl. kávézás a barátnővel Párizsban, piknikezés a zöldben). Az egyedi események reprezentációja az egyszeri esetek komponenseinek megőrzésén keresztül valósul meg. Ezek a komponensek az események

összetevői: a szereplők, a hely és az idő, a cselekvés, a gondolatok és a tárgyak kontextusa. Barsalou ezeket a komponenseket közel egyenrangú eseményszervezőknek tekinti.

Később Conway (1995) az önéletrajzi emlékezet egy komplexebb modelljét alkotta meg. Szerinte is a tudásbázis reprezentációs formái hierarchiába rendeződnek (2. ábra). Az élettörténeti periódus (pl. amikor egyetemista voltam, amikor az X munkahelyem volt, amikor Y volt a párom) hosszabb időre vonatkozó reprezentációk összessége (jelentős mások, helyszínek, tevékenységek, tervek, célok), ennek a periódusnak meghatározott kezdete és vége van, és az ide tartozó emlékek inkább általánosak, zavarosak. Az általános emlékek specifikusabbak és heterogénebbek, mint az élettörténeti periódus és több esemény gyakran előforduló verzióinak összegzett reprezentációi. Az eseményspecifikus emlékek az egyszeri, személyes tapasztalatok reprezentációi, amelyek megőrzik számunkra azt az élénk, szenzoros-perceptuális információsorot, amely minden egyedi önéletrajzi emlék jellemzője. Az életperiódusokhoz és általános eseményekhez kapcsolódó személyes és személytelen tudásunk keresési támpontokat nyújt az emlék megtalálásához, beszűkítéséhez. Azonban a három reprezentációs forma (élettörténeti periódus, általános emlék és eseményspecifikus emlék) és a közöttük feltételezett kapcsolat önmagában nem magyarázza élettörténeteink gazdagságát és azt sem, hogy hogyan történik egy-egy emléktörténet konstrukciója.

Mára széles körben elfogadottá vált, hogy a tudatos előhívási szándékunk mögött körkörös visszahívási folyamatot kell feltételeznünk. Conway e folyamat kivitelezését a munkamemória központi végrehajtójának a feladataként fogja fel, mely ezáltal az előhívás és önéletrajzi emlék konstrukciójának a tere, a munkamemóriának tehát szerinte fontos szerepe van az önéletrajzi emlékek előhívásában. Ahhoz, hogy múltbeli történéseket felidézzünk, emlékezeti stratégiákat kell követnünk, magunknak feltett kérdések által irányítanunk az emlékezeti keresést, gyakran más vágányra kell terelnünk gondolatainkat (Hol is lehettem akkor? Ki is volt még ott? Mi történt előtte?). Az önéletrajzi visszaemlékezés tartalom irányítottan történik, de szándékunknak megfelelően irányítjuk és ellenőrizzük gondolatainkat.

Kónya (2001) szerint az önéletrajzi emlékezet olyan bonyolult feladatnak tekinthető, amely az egész emlékezeti rendszert használja. Az emléket kikeressük, összeillesztjük, amely végrehajtó funkciót igényel. Képzeletünkre is erősen támaszkodunk az emlék felidézése során, amely a téri-vizuális periféria aktiválását feltételezi. És mivel szóban emlékezünk, a fonológiai hurok is aktív.

Rieser és mtsai (2001) kontextus - plusz - index modellje szintén alátámasztja Conway (1995) modelljét. Szerintük is az önéletrajzi emlékezetben való keresés ennek

szerveződésén alapul. Egy specifikus esemény felidézésekor, először az általános kontextust keressük meg, majd megtaláljuk benne azokat a sajátos jegyeket, amelyek megkülönböztetik az emléket más eseményektől. Az emlékezés Reiser és mtsai (2001) szerint gondolkodás és következtetések sorozata is egyben. Ahhoz tehát, hogy egy specifikus egyedi emléket tudjunk feleleveníteni, olyan irányított keresésre van szükségünk, amely a megfelelő kontextus kiválasztására irányul.

Conway és Pleydell-Pearce (2000) továbbfejlesztették Conway eredeti modelljét megalkotva az önéletrajzi emlékezet kognitív-motivációs modelljét. Modelljük központi feltevése az volt, hogy az önéletrajzi emlékezet tulajdonképpen a szelf tudásbázisa, melyben mind epizodikus, mind szemantikus információk egyaránt megtalálhatóak a szelfről.

Conway és Pleydell-Pearce szerint a tapasztalati emlékek nem statikus feljegyzések, hanem inkább a korábbi tapasztalatoknak az önéletrajzi tudásalapon létrejövő ideiglenes mentális konstrukciói vagy önéletrajzi emlékek. Az önéletrajzi tudásalap egy hálózatalapú struktúrában olyan aktivitás-mintázatokból áll, amelyek olykor "szövetkeznek" az emlékezetben. Ezen emlékek bevésését és felidézést kontrollfolyamatok korlátozzák. Conway modellje szerint az önéletrajzi emlékek a szelf és a szelf céljainak együttműködéséből konstruáltak, és ezt a folyamatot működő szelfnek nevezték el.

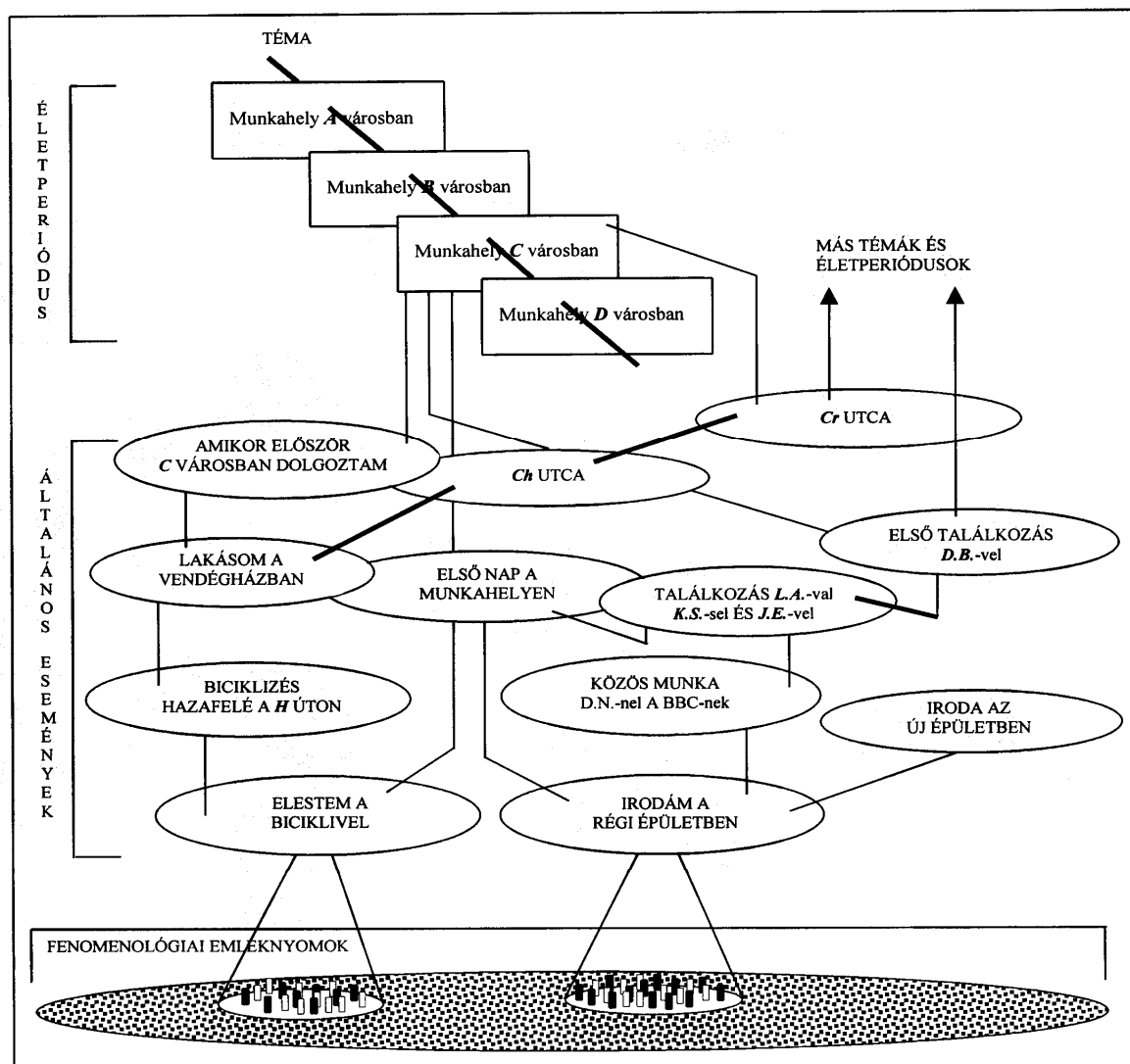
A működő szelf fogalmát a munkamemória (Baddeley, 1986) fogalmából alkották meg a szerzők, és az egyén célrendszere központjának tekintik, aminek fontos szerepe van mindennapi életünk céljainak szervezésében. Szerintük az autobiografikus tudás előhívását a működő szelf által megfogalmazott cél vezérli, melynek nagyon fontos szerepe van a specifikus önéletrajzi emlékek rekonstrukciójában. Az, hogy mi foglalkoztat egy személyt éppen, olyan alapvető előfeszítést jelent, amely segíti bizonyos emléknymok előtérbe kerülését. A kontroll folyamatok is fontos szerepet kapnak itt, mert a célirányos tevékenység fenntartását szolgálják, úgy, hogy ezeket támogató, segítő emlékek felidézésében nyújtanak segítséget. Ezzel egy időben a dinamikus korlátozás is jelen van, ami abban segít, hogy a hasonló – ám a cél szempontjaitól eltérő – emlékek gátlás alá kerüljenek, és ne jussanak a tudatos feldolgozás szintjére.

A szelfemlékezeti rendszer Conway modelljének másik összetevője, amely a működő szelf és az autobiografikus tudásbázis interakciójából jön létre, és ellenőrzi és felügyeli az alatta elhelyezkedő rendszerek végeredményét (Conway és Fthenaki, 2000; Király, 2008). A szelfemlékezeti rendszer felelős azon hívószavak kiválasztásáért és kidolgozásáért, amelyek az autobiografikus emlékezet tudásbázisához hozzáférnek. Pontosabban tehát az, hogy egy

aktivált ismeretből specifikus önéletrajzi emlék jön létre, vagy sem, a szelfemlékezeti rendszer kontrolljának a függvénye.

2. ábra. Az önéletrajzi tudásbázis szerveződése

Conway (1995) szerint (Kónya, 2001)



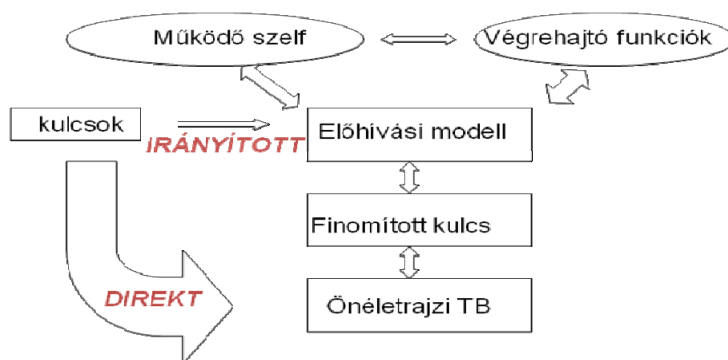
A szelfemlékezeti rendszer kétféle módon konstruál specifikus önéletrajzi emléket, és pedig irányított módon és közvetlen módon (Conway, 1992; Conway 1996) (3. ábra). Az irányított előhívás szándékos, a bemenetet a feldolgozott kulcsinger adja, amely az általános események szintjét aktiválja és egyszerre halad az életperiódusok szintje felé, valamint az eseményspecifikus tudás szintje felé. A kimenet, ami nem más, mint az önéletrajzi emlék, ennek a keresési folyamatnak az eredménye, melynek felidézésében a mindenkori célstruktúra jelentős szerepet játszik. A jelenlegi célok a keresési kritériumokkal és a feladat elvárásaival együtt határozzák meg azt az emlék konstrukciót, mely felidézésre kerül. Az előhívást tehát

azok a specifikus célok határozzák meg, amelyek a szelfnek kiemelt jelentőségűek. Conway és Holmes (2004) szerint azon események emlékei, melyek egy adott pillanatban kiemelt jelentőségűek voltak a szelf számára, megtartják magas hozzáférhetőségüket, és amikor a személyt arra kéri, hogy egy múltbeli eseményt idézzon fel, a leghamarabb aktiválódnak az önéletrajzi tudásbázisból.

A közvetlen előhívási mód spontán, az emlékek egy része érzékleti kulcsinger nyomán jelenik meg, de a fogalmi asszociáció is vezethet felidézéshez. Ez a felidézési forma főleg akkor jelenik meg, ha valamilyen kulcsinger közvetlenül az eseményspecifikus tudásszintet aktiválja, amely ezt követően aktiválja az általános események szintet, majd az életperiódus szintet. Ha a kulcsinger kapcsolódik a működő szelf céljaihoz, akkor az emlék spontán megjelenéséhez vezet.

3. ábra . Az irányított és direkt előhívás utjai

Conway (2005) szerint (Király, 2007)



8. *Az önéletrajzi emlékezet deficitjei*

8.1. *Hangulat és emlékezet*

A hangulat és memória kutatásának úttörője Bower (1981) volt, aki bevezette a hangulati állapotfüggő memória fogalmát a pszichológiába. Godden and Baddeley (1975) kontextus-függő tanulás elméletére alapozva, Bower úgy tartotta, hogy a hangulat és érzelmek, mintegy belső kontextusként hatnak az egyénre, és adott helyzetben gátolják, máskor pedig segítik az emlékek előhívását. Szerinte a hangulat fontos szerepet játszik az asszociációs kontextus megteremtésében, tehát azok az élmények, amelyeket szomorú hangulatban él át valaki, egy későbbi szomorú hangulatban sokkal könnyebben felidézhetőek, mint a vidám emlékek. Később Williams (1984) a hangulati kongruencia fogalmát vezeti be, mely szerint egy adott hangulat olyan emlékeket hív elő, amelyek kongruensek ezzel a hangulattal, tehát amikor szomorúak vagyunk, akkor szomorú események fognak eszünkbe jutni, még akkor is, ha ezek a szomorú események akkor történtek, amikor egyébként éppen egy boldog időszakot éltünk meg.

Bower (1981) nemcsak az előhívás esetében vizsgálta az érzelem és memória kapcsolatát, hanem bevéséskor is. Érdekes kísérletében önkéntes jelentkezőket hipnózis segítségével vidám, illetve szomorú hangulatba hozott, majd el kellett olvasniuk egy történetet két teniszező életéről. A történet egyik szereplője vidám volt, és minden jól ment az életében, míg a másik szereplőnek sok problémája volt, és lehangolt volt. A történet elmesélése után Bower megkérdezte a vizsgálati személyeket, hogy tudtak-e valakivel azonosulni. Azok a személyek, akik negatív hangulatban voltak a rossz hangulatban lévő szereplővel tudtak együtt érezni, míg azok, akik pozitív hangulatban voltak, a vidám szereplővel tudtak jobban azonosulni. A mesterségesen kiváltott hangulatot ezek után feloldották, és a vizsgálati személyek hazamentek, majd másnap visszatérésük után az volt a feladatuk, hogy semleges hangulatban minél több emléket idézzenek fel az azelőtt való napon olvasott történetből. Azok, akik előzőleg szomorú hangulatban olvasták a történetet, a szomorú részletek 80%-át tudták felidézni, míg a vidám részletek csupán 20%-át, azok, akik vidám hangulatban voltak a történet olvasásakor, 50–50%-ban idéztek fel különböző hangulatú emlékeket a történetről. Bower azzal magyarázta ezt a jelenséget, hogy már az eredeti tanulási folyamatban torzítás történt. A szomorú kísérleti személyek alaposabban és nagyobb mennyiségben rögzítik a szomorú részleteket, míg a vidám személyek ugyanolyan jól tudják rögzíteni a különböző hangulatú részleteket, és ezért nem rosszabbak a szomorú események felidézésében sem.

Isen és mtsai (1978) (idézi: Baddeley, 2005) vizsgálatukban úgy manipulálták a hangulatot, hogy a vizsgálati személyeket számítógépes játék közben nyerni segítették vagy hagyták veszíteni. Ezt követően pozitív vagy negatív személyiségjegyekről kellett beszámoljanak. Azt figyelték meg, hogy a győzelem vagy a vereség befolyásolta a pozitív személyiségjegyek felidézésének a képességét, de a negatív jegyekét nem. Teasdale és Russel (1983) (idézi: Baddeley, 2005) kísérletükben arra kérték a vizsgálati személyeket, hogy idézzenek fel saját magukkal kapcsolatos állításokat, és szintén azt találták, hogy az a hangulat, amiben éppen voltak felidézéskor, döntően befolyásolta az állítások típusát. Vizsgálatukban azonban csak a pozitív elemek előhívására volt hatással a hangulat, a negatív és a semleges elemekre a hangulatnak nem volt hatása.

Ezek a tanulmányok tipikus, más érzelmekhez jól hasonlítható elemeket használtak fel vizsgálataikban, mint amilyen a boldogság, szomorúság, jó hangulat, és ezeket hasonlították a depresszióhoz. Mogg és mtsai (1987) generalizált szorongásban szenvedő egyéneknél nem tudták kimutatni, hogy a betegek hajlamosak lennének arra, hogy több szorongáskeltő szót idézzenek fel, ők inkább fordított tendenciát figyeltek meg. A szerzők az feltételezték, hogy a szorongás nagyobb mértékben befolyásolja a figyelmi folyamatokat, mint az emlékezetet, ennek az az oka, hogy a betolakodó aggasztó gondolatok elterelik a figyelmüket az előttük álló feladattól.

Williams és Broadbent (1986) a hangulat és az önéletrajzi memória összefüggését vizsgálták öngyilkosságot megkísérelt személyeknél. Annak ellenére, hogy arra kérték őket, hogy pozitív, illetve negatív hívószavakra specifikus emlékeket hívjanak elő, a vizsgálati személyek szignifikánsan több általános emléket hívtak elő, mint specifikust az egészséges kontroll csoporthoz képest. Később még számos kutatás, melyet depresszióban, poszttraumás stressz zavarban (PTSD) szenvedő egyének vagy más traumatikus eseményt átélt személyek csoportjain végeztek, rávilágít erre a fajta önéletrajzi memória deficitre. Williams és mtsai (2007) összegző tanulmányukban részletesen írnak ezekről a vizsgálatokról. Metaanalízisükben az önéletrajzi emlékezetet 1986 és 2005 között hívó szavas eljárással vizsgáló kutatások eredményeit összegzik, és kiemelik az önéletrajzi emlékezet specifikusságának a deficitjét az egészséges kontroll csoport jól működő önéletrajzi emlékezetével szemben. Williams és mtsai (2007) szerint az általános önéletrajzi emlékek túlsúlya prediktora lehet a depressziós kórkép alakulásának. A kutatások azt mutatják, hogy a javulási folyamat ebben az esetben lassúbb, és gyakoribbak a visszaesések (Brittlebank és mtsai, 1993). Amint arra a következő fejezetben rávilágítok, az önéletrajzi emlékezet

deficitjét a kognitív pszichológusok az érzelmeknek az emlékezetre kifejtett befolyásával magyarázzák.

8.2. Az önéletrajzi emlékezet deficit mint megküzdési stratégia

Williams és mtsai (1996, 1997, 2007) az önéletrajzi emlékezet általánosságának magyarázatát Conway és Pleydell-Pearce (2000) modelljére alapozzák. Szerintük akkor jelentkeznek általános önéletrajzi emlékek, amikor az egyén leállítja az irányított emlékkeresést a hierarchia egy felsőbb szintjén, ahol még csak az általános, leíró jellegű információ érhető el. Ezeket az emlékeket Williams kategorikus emlékeknek nevezi. Az egészséges személyek, Williams szerint, rendelkeznek egy keresési stratégiával, ami alapján tudják, hogy mennyire mélyen kell az önéletrajzi tudásbázis hierarchiájában elmélyülniük ahhoz, hogy az előhívott emlék specifikus legyen. Az érzelmi zavarokban szenvedő személyek hamarabb abbahagyják a keresési folyamatot, még mielőtt elérnék az eseményspecifikus szintet. Williams ezt a fajta általános önéletrajzi emlékezetet passzív elkerülő reakciónak nevezi. Ez a reakció amiatt jön létre, mert az epizodikus memóriában tárolt negatív események reprezentációi negatív érzelmeket hoznak létre abban a pillanatban, amikor az előhívás következtében az averzív esemény észlelési-érzékelési részletei kezdenek felelevenedni. Williams szerint az egyén funkcionális elkerülési stratégiát alkalmaz, amely abban segíti, hogy elkerülje vagy csökkentse azokat az érzelmeket, melyek súlyos érzelmi töltete a szelf számára nem tolerálhatóak.

Az önéletrajzi emlékezet általánossága többnyire az irányított felidézés esetében jelentkező hiba. Az irányított felidézés erőfeszítést igényel az egyén részéről, a szelfvel kapcsolatos fogalmakra irányul (pl. mik azok a dolgok, amik boldoggá tesznek?), és a keresési folyamat során jelentkező irreleváns információk gátlását is megköveteli. Az önéletrajzi emlékezet általánosságát Williams és munkatársai (2007) coping stratégiaként tekintik, amelynek habár egy adott pontig adaptív funkciója van, a háttérben az érzelemszabályozás deficitje áll.

Az érzelemszabályozás központi komponensként jelenik meg a szelf-szabályozás mechanizmusában, és célja, hogy csökkenteni tudjuk a negatív érzelmeket, és növelni a pozitívokat. Az érzelemszabályozás Gross (1998) megközelítésében olyan folyamatok összessége, amellyel az egyén befolyásolni tudja azt, hogy milyen érzelmei vannak, mikor vannak, hogyan éli meg, és hogyan fejezi ki őket. Ez a folyamat lehet automatikus vagy kontrollált, tudatos vagy tudattalan, és akár egy vagy több ponton is befolyásolhatja az érzelmek kialakulását. Thompson (1994) definíciójában kiemeli az érzelemszabályozás főbb

jellegzetességeit. A szerző szerint az érzelemszabályozás egyik szerepe az érzelmi arousal fenntartása és fokozása. Thompson megállapítja, hogy az érzelemszabályozás nemcsak a szelf által irányított érzelmi stratégia, hanem külső hatások által is irányított. Ezáltal hatással van az egyéni érzelmi élmények számos vonására, köztük az intenzitásra és az idői lefolyásra is. Thompson megfogalmazásában az érzelemszabályozás funkcionálisan működik, az adott helyzet kívánta céloknak megfelelően, melyek sokszor nagyon különbözőek, és változóak.

Amikor az érzelemszabályozás megfelelően működik, kettős funkciót tud ellátni: egyrészt csillapítja a negatív érzelmeket, segíti az egyént a negatív élmények feldolgozásában és integrálásában (Baumann és mtsai, 2007), másrészt pozitív érzelmeket hoz létre, megerősíti az egyént a problémákkal szemben úgy, hogy segítségül hívja a múltbeli emlékeket. Az érzelemszabályozás tehát nem más, mint az én azon képessége, hogy a pozitív érzelmeket hiány esetén pótolja és csökkentse a negatív érzelmeket.

Az evészavarok területéről közölt vizsgálatok azt mutatják, hogy az anorexiás betegek érzelemszabályozási deficittel rendelkeznek, énük kevésbé stabil és koherens (Karwautz és mtsai, 2001; Csenki és mtsai, 2007). Az anorexiás betegeknél a negatív érzelmi reakció hosszabb ideig fennmarad, és nem képesek asszimilálni az érzelmi élményeket. Ezeket a személyeket általános negatív érzelmi állapot jellemzi, és az énnél nincs meg a megfelelő képessége, hogy ezzel az állapottal megküzdjön (Lask és Byant-Waugh, 2007). Az anorexiásokra jellemző a kognitív beszűkülés, valamint a negatív érzelmekre való fókuszálás. A betegnek nem áll rendelkezésére semmiféle eszköz, hogy ebből az állapotból kitörjön, és az egyetlen megoldás, amit talál, a test állandó kontroll alatt tartása, ami azt az illúziót adja, hogy az én védettséget kap a kezelhetetlen érzésekkel szemben (Dévald, 1993). Az anorexia valójában egy védekezés, ami megvédi a beteget attól, hogy szembenézzon valódi érzelmeivel, kommunikálja ezt a világnak, és kiszolgáltatottá váljon az ebből fakadó feszültségeknek.

8.3. Önéletrajzi emlékezet deficit evészavaros betegeknél

Számos vizsgálat foglalkozott az evészavarosok információfeldolgozási módszereivel, a döntési stratégiájukkal és az emlékezeti torzításokkal (Mathews és Mcleod, 1985; Hill és Kemp-Wheller, 1989; Carter és mtsai, 2000; Hunt és Cooper, 2001; Davidson és Wright, 2002). Eredményeik alapján az evészavaros betegeket az emlékezeti, figyelmi, gondolkodásbeli, képzeletbeli, döntéshozatali és perceptuális folyamatok diszfunkcionális működése jellemzi. A szerzők főleg az evéssel, az étellel, a testsúllyal és a test alakjával kapcsolatos kognitív információfeldolgozási hibákat azonosították. Az evészavaros betegek

emlékezetébe könnyebben kódolódnak és hívhatók elő az emlékezetükből azok az ingerek, amelyek az egyén elképzeléseit megerősítik és énvonatkozásúak. Baker és mtsai (1995) kövérséggel és karcsúsággal kapcsolatos ingerek előhívását vizsgálták énvonatkozású kódolási feladatban. A vizsgálati személyek normális testsúllyal rendelkező nők voltak, akik a saját testtel való elégedettség mértékében mutattak különbséget. A szerzők azt találták, hogy azok a nők, akik elégedetlenebbek voltak a saját testükkel, szignifikánsan több kövérséggel és kevesebb karcsúsággal kapcsolatos emléket idéztek föl, mint azok a nők, akik elégedettek voltak a kinézetükkel. Ugyancsak érdekes volt az, hogy a saját testükkel elégedetlenek esetében hosszabb volt a karcsúsággal kapcsolatos szavak felidézésének latencia ideje. A szerzők ezt az eltérést kódolási hibaként magyarázzák.

Kevés vizsgálat született az önéletrajzi emlékezet működéséről evészavaros betegeknél. Laberg és Andersson (2004) 18 bulimiából nemrég gyógyult személlyel alkalmazta az Önéletrajzi Emlékezet Tesztet (AMT) 6 pozitív, 6 negatív és 6 semleges hívó szót alkalmazva, valamint a Beck Depresszió Kérdőívet (BDI). Vizsgálatukban azt találták, hogy a nemrég bulimiával küszködő személyek szignifikánsan kevesebb egyedi emléket hívtak elő, mint az egészséges kontroll csoport.

Dagleish és mtsai (2003) 39 evészavaros beteg (anorexiás és bulimiás) önéletrajzi emlékezetét vizsgálták. Arra voltak kíváncsiak, hogy van-e összefüggés a szülői abúzus, az önéletrajzi emlékezet és az evészavarok között. Az evészavaros betegek kevesebb specifikus emléket hívtak elő, mint a kontroll csoport. Nem találtak szignifikáns különbséget az anorexiás és bulimiás betegek között az önéletrajzi specifikusságot illetően. Azon evészavaros betegek, akik szülői abúzus áldozatai voltak, szignifikánsan több általános emléket hívtak elő, mint azon evészavaros betegek, akiknek élettörténetében nem fordult elő traumatikus élmény.

Nandrino és mtsai (2006) tíz negatív és tíz pozitív hívó szót használtak fel 25 restriktív anorexiában szenvedő beteg önéletrajzi emlékezetének vizsgálatára. Vizsgálatukban az Önéletrajzi Emlékezet Teszt mellett a Beck Depressziós Kérdőívet (Beck, 1988) a Vonás és Állapot Szorongás Tesztet (Spielberger, 1993), valamint a Toronto Alexithymia Skálát (Bagby, 1994) használták. Azt találták, hogy a restriktív anorexiás betegek önéletrajzi emlékezte jóval általánosabb, mint a kontroll csoporté és az önéletrajzi deficit pozitívan korrelál a betegségben eltöltött idővel. Nem találtak összefüggést a depresszió mértéke és az önéletrajzi emlékek általánossága között az anorexiás csoportban.

Összefoglalásként elmondható, hogy mindhárom vizsgálat leírta az önéletrajzi emlékezet deficitjét az evészavaros betegek csoportjában. Egyik vizsgálat sem tért ki azonban részletesen a depresszió jelentőségére, melyről tudjuk, hogy az evészavarok egyik

leggyakoribb komorbid zavara, és nem számolt a vizsgálati mintában lévő evészavar és a depresszió interakciójával. Nem vonható le a fent említett vizsgálatok alapján az a következtetés, hogy az önéletrajzi emlékezet deficitje az evészavar kórkép velejárója, és továbbra is nyitott marad az a kérdés, hogy vajon nem inkább a depresszió következménye-e, és független az evészavaros tünetegyüttestől.

9. Az általános önéletrajzi emlékezet jelentősége

A klinikai vizsgálatok alapján az önéletrajzi emlékezet általános volta szorosan összefügg más fontos pszichológiai funkciók zavarával. Az egyik ilyen összefüggés az általános emlékek negatív korrelációja a problémamegoldással. A múltbeli események epizodikus részleteinek előhívása fontos szerepet játszik a probléma-megoldási stratégiák generálásában és értékelésében. Depresszióban (Goddard és mtsai, 1996; Raes, 2006), bipoláris zavarban (Scott és mtsai, 2000) szenvedő, valamint öngyilkosságot megkísérelt személyeknél (Evans és mtsai, 1992) gyakori a probléma-megoldási képesség károsodása.

Az interperszonális problémamegoldó képességet mérő MEPS (Means-ends Problem Solving Test; Platt és Spivack, 1975) teszt a legelterjedtebb kérdőív a klinikumban ezen a területen. A teszt a való életben megjelenő problémamegoldás egy fontos összetevőjét méri: a személynek azt a képességét, hogy egy cél felé irányuljon, és meg tudja határozni e cél felé vezető lépések sorozatát. Különböző helyzet kiindulópontját (egy megoldandó problémahelyzetet) és célzott pozitív kimenetelét, az elérni kívánt végállapotot ismertetik a személlyel. A válaszadónak ki kell egészítenie a történetet a középső, hiányzó résszel, amelyben a főhős a cél elérése felé halad. A személy feladata, hogy olyan konkrét és specifikus lépésekben írja le az adott stratégiát – milyen lépéseken keresztül jutna el a megoldáshoz –, hogy azt egy független személy is követni tudja. Az önéletrajzi emlékezet deficitje befolyásolja az egyén problémamegoldó képességét, amelyet a mindennapi életben igen gyakran használnia kell. A múltbeli specifikus önéletrajzi emlékek segítségül szolgálnak a probléma definiálásában és az alternatívák generálásában, amely által megfelelő problémamegoldó stratégiák dolgozhatóak ki. A specifikus emlékekhez való hozzáférés nehézsége meggátolja az olyan múltbeli helyzetekre való visszaemlékezést, amikor a probléma hasonló volt. Ez megnehezíti a problémamegoldást, mert a személy nem tudja a már bevált megküzdési stratégiáit hatékonyan felhasználni.

Poós és mtsai (2008) pszichiátriai betegek problémamegoldó képességét vizsgálták a MEPS tesztet felhasználva. Vizsgálatukban öngyilkosságot megkísérelt pszichiátriai betegek,

öngyilkosságot nem megkísérelt pszichiátriai kontroll személyek és egészséges kontroll személyek vettek részt. A pszichiátriai betegek a normál kontroll személyekhez képest alacsonyabb problémamegoldó képességekkel rendelkeztek, de a két pszichiátriai csoport között nem találtak különbséget a problémamegoldó képesség között, mindkét csoportban rosszabb színvonalú megoldást dolgoztak ki egy-egy adott problémahelyzetre. A szerzők szoros összefüggést találtak a negatív állapot és a problémamegoldás deficitje között. Arie és mtsai (2008) szintén szuicid betegek csoportjában, öngyilkosságot nem megkísérelt pszichiátriai betegek csoportjában, valamint egészséges kontroll személyek csoportjában vizsgálták az önéletrajzi emlékezet működését és a problémamegoldást. A szerzők az önéletrajzi emlékezet általánosságát figyelték meg a pszichiátriai csoportokban, és szignifikáns pozitív kapcsolatot találtak az önéletrajzi általánosság és a gyenge problémamegoldó készségek között.

Az evészavarban szenvedő egyéneknek is adódnak nehézségeik a problémamegoldásban. Cooper (1994) Farkaséhség című önéletrajzi kalauzában hangsúlyt fektet a bulimiás személyek problémamegoldó stratégiáinak a fejlesztésére, melyeknek fontos jelentőséget tulajdonít a falásrohamok megelőzése szempontjából. Vicki és mtsai (2006) bulimiás és anorexiás betegek problémamegoldási képességét és coping stratégiáit vizsgálva, azt találták, hogy mindkét csoport esetében gyakoribb volt az elkerülő magatartás alkalmazása problémahelyzet esetén, mind az egészséges kontroll személyeknél. Ugyanakkor mind a bulimiás, mind az anorexiás betegek szociális problémamegoldó képessége gyengébb volt, mint a kontroll csoporté. Svaldi és mtsai (2010) falászavarban szenvedő betegekkel vették fel a MEPS tesztet, és azt találták, hogy az egészséges kontroll csoporthoz képest ezeknek a betegeknek a problémamegoldó képességei jóval gyengébbek. A szerzők fontosnak tartják az evészavaros betegek terápiájában olyan módszerek bevezetését, melyek a problémamegoldó képességet fejlesztik.

Williams és mtsai (1996) öngyilkosságot megkísérelt személyeknél azt találták, hogy nehezebben képzelnek el specifikus jövőbeli eseményeket, mint az egészséges kontroll személyek, és a jövő elképzelésének a zavara korrelált az önéletrajzi emlékezet általános jellegével. Később továbbfejlesztették vizsgálatukat, és egészséges vizsgálati személyeknek specifikus vagy kategorikus előhívási stílust indukáltak. Azon személyek, akik kategorikus előhívási módot használtak a múltbeli események felidézésére, a kísérlet ideje alatt kevesebb specifikus jövőbeli eseményt tudtak elképzelni, mint azok a személyek, akiknél a vizsgálatvezetők specifikus előhívási módot indukáltak. A specifikus jövőbeli események anticipálása, valamint a jövőorientáltság egy fontos protektív tényező, mely ugyanakkor

jelentős szerepet játszik a mindennapi tevékenységünk megtervezésében. Ha a jövő elképzelésének a képessége romlik, ez hosszú távon negatív hatást gyakorol az életminőségre (Ajzen, 1998).

Az általános önéletrajzi emlékezet jelenségének vizsgálata amiatt is fontos, mert az érzelmi zavarok esetében az emlékezeti általánosság még akkor is fennáll, ha az egyén éppen nem szenved az érzelmi epizódban. Az önéletrajzi általánosság tehát prediktora lehet egy későbbi érzelmi zavarnak (Mackinger, 2000; Williams és Dritschel, 1988).

Az önéletrajzi emlékezet javítása, a memória stabilizálása fontos célja lehetne a terápiának számos klinikai zavar esetében. Williams (2007) felhívja rá a figyelmet, hogy valószínűnek látszik, hogy egy túlzottan elvont szinten felidézett emlék sokkal kevésbé hatékony a terápia szempontjából, mint egy gazdagon kidolgozott részletes emlék. Az önéletrajzi emlékezet specifikusságának a fejlesztését fel lehetne használni a betegek kezelésében, hiszen például a kognitív terápiában gyakran arra kéri a páciens, hogy idézzon fel eseményeket, emlékeket abból az időből, amikor még nem volt ilyen depressziós, reménytelen. Ha a betegnek ilyenkor nincs hozzáférése a saját eseményspecifikus tudásához, nehezen fog egyedi emlékeket felidézni, és a gyógyulási folyamat is lassabb lehet emiatt.

Serrano és mtsai (2004) depresszióban szenvedő betegeknél, egy négy hétig tartó terápiás beavatkozás következtében, növelték a specifikus pozitív önéletrajzi emlékek előhívásának a képességét. A terápia során szignifikánsan csökkent az általános önéletrajzi emlékek száma, főleg a semleges hívószavak esetében, jelentősen csökkent a reménytelenség és depresszió mértéke a kontroll csoporthoz képest, ahol az egyének nem kaptak semmilyen terápiás kezelést, valamint a hangulat pozitívan változott az önéletrajzi emlékek specifikusságának a növekedésével. Blairy és mtsai (2008) szkizofrén betegek önéletrajzi emlékezetét fejlesztették tíz ülés során, kognitív remediációs terápia, valamint a kognitív viselkedéses terápia elemeit használva. A szerzők terápiás beavatkozása sikeres volt, és a szkizofrén betegek múltbeli és jövőbeli események fele irányuló specifikus események felidézése szignifikánsan javult.

10. Az evészavarok epidemiológiai és pszichológiai vonatkozásainak vizsgálata, különös tekintettel az önéletrajzi emlékezetre

Az epidemiológiai vizsgálatok elengedhetetlenek az evészavarok előfordulásának a meghatározására. A megfelelően végzett epidemiológiai vizsgálatok tudományos alapot biztosítanak az evészavarok kezelésének tervezésére és etiológiai modell készítésére. A prevalencia- és incidencia- arányok tehát fontosak a kórkép kezelésének a tervezésekor, azonban az etiológiai modell készítéséhez a kockázati illetve védő tényezők vizsgálata elengedhetetlen. Az, hogy adatokat nyerünk egy adott populáció evési attitűdjeiről, és megállapítjuk, hogy előfordul-e anorexia nervosa vagy bulimia nervosa ezekben a csoportokban, csupán az első lépése a betegség komplex megközelítésének. Ahhoz, hogy a kezelés sikeres legyen, minél jobban meg kell ismerni azon biológiai, pszichológiai és szociokulturális tényezőket, amelyek predisponáló, precipitáló, illetve betegségfenntartó szerepet játszanak az evészavar-kórkép kialakulásában és fennmaradásában.

A fentiek alapján a doktori disszertációmban az evészavarok két szempontjának vizsgálatát tűztem ki célul. A munkám első részét az evészavarok epidemiológiai vizsgálata képezte erdélyi középiskolások körében, a második részét pedig a kórkép pszichológiai vonatkozásának vizsgálata, különös tekintettel az önéletrajzi emlékezetre.

Az irodalmi áttekintésben részletesen olvashattunk arról, hogy az evészavarok epidemiológiai vizsgálatait kezdetben a nyugat-európai országokban és az Egyesült Államokban végezték, és azt feltételezték, hogy kizárólag a fejlett nyugati országokban élő, felső szociális rétegbe tartozó nők betegsége az evészavar. Később azonban Közép- és Kelet-Európából is közöltek epidemiológiai adatokat, melyek alapján az evészavarok ebben a régióban is elterjedtek.

Romániában kevés epidemiológiai vizsgálat született az evészavarok területén, és e hiány pótlását igen fontosnak találtam, mert feltételezhető, hogy a kórkép hazánkban is megközelíti a Közép- és Kelet-Európából közölt adatokat. Románia 1989 után számos társadalmi és gazdasági változáson ment át, és ezek a változások hatással lehetnek az evészavarok kialakulására. Erdélyben évszázadok óta három kultúra él együtt: a román, a magyar és a szász. Az evészavarok kialakulásában a szociokulturális tényezők hatása ismert (ezeket a tényezőket a 3.1.3. fejezetben részletesen ismertettem), erre alapozva nagyszerű lehetőségnek találtam az evészavarok prevalencia-adatainak összehasonlítását a három kultúrában.

Az első evészavar-vizsgálatot 2001-ben végeztük Erdélyben kolozsvári, és brassói középiskolások körében. Kolozsváron román, illetve magyar középiskolásokat, Brassóban a szász középiskolásokat kérdeztük meg. Sajnos 2001-ben nem rendelkezünk elegendő emberi és anyagi erőforrással, hogy a vizsgálatot Erdély minél több városában elvégezzük.

Öt évvel később, 2006-ban a Sapientia Erdélyi Magyar Tudományegyetem Kutatási Programok Intézete támogatta kutatócsoportunkat egy átfogó egészségmagatartás-vizsgálat megvalósításában. A vizsgálat Erdélyben, Maros, illetve Kovászna megyében zajlott. 2 396 serdülő egészségmagatartását vizsgáltuk, és nagyszerű lehetőségnek tartottam az evészavarok prevalenciáját is vizsgálni azzal a céllal, hogy egy nagyobb populáción és öt évvel később az evészavarok epidemiológiájáról ismét adatokat nyerjünk. Sajnos másodszor nem volt lehetőség arra, hogy szász középiskolásokat is megcélozzon a vizsgálat, mert Kovászna és Maros megyében nem élnek szászok, így a kulturális összehasonlítás román, illetve magyar középiskolásokra korlátozódott.

Az epidemiológiai vizsgálatok mellett a kockázati tényezők vizsgálatát is fontosnak tartottam. Klinikai pszichológusként a terápiás munkám során az evészavaros betegeimet mindig megkérem arra, hogy írjanak naplót a mindennapjaikról, érzéseikről, a napi történekekről. Többször megfigyeltem azonban, hogy az önbeszámolóikat szinte átítatja a negatív érzelmek áradata, vagy esetleg nagyon tárgyilagosan sorolják fel a napi történeteket anélkül, hogy megragadnák azok érzelmi aspektusait. Az evészavarosok terápiájának folyamatában azt is tapasztalom, hogy ezeknek a betegeknek nehézségeik adódnak saját életeseményeik felidézésében, és igen kevés konkrét emléket tudnak felidézni, vagy legtöbbször a specifikus emlékeik kimondottan az evészavar időszakára tehetőek. A szakirodalomban olvashatunk olyan tanulmányokról, amelyek az evészavaros betegek érzelemszabályozási deficitjéről írnak. Ezen vizsgálatok szerint az evészavaros betegeket általános negatív érzelmi állapot jellemzi, és az egyedüli mód, amely védettséget biztosíthat a kezelhetetlen érzelmekkel szemben, az a test állandó kontroll alatt tartása (Lask és Byant-Waugh, 2007). Az önéletrajzi emlékezet működéséről evészavarokban azonban keveset tudunk. Conway és Pleydell-Pearce (2000) az önéletrajzi emlékezet kognitív-motivációs modelljében kihangsúlyozza az autobiografikus emlékek fontos szerepét a koherens szelf konstruálásában. Williams és mtsai (2007) depressziós betegekkel végzett vizsgáltaik során azt a következtetést vonták le, hogy a depressziósokra jellemző önéletrajzi emlékezet deficit tulajdonképpen egy coping stratégia, amely mögött az érzelemszabályozás deficitje áll. Lehetséges, hogy az anorexiásokra jellemző érzelemszabályozási zavar is önéletrajzi emlékezet deficitet takar.

2007 tavaszán megnyertem a Magyar Tudományos Akadémia pályázatát, és két hónapig a belgiumi Leuveni Egyetem pszichológia karának egyik kutatócsoportjával dolgozhattam együtt (Center for the Psychology of Learning and Experimental Psychopathology), akik az önéletrajzi emlékezet működését vizsgálják depressziós betegeknél. Az ott szerzett ismeretek ösztönöztek arra, hogy megtervezzem és kivitelezem az anorexiás betegek körében végzett önéletrajzi emlékezetet célzó vizsgálatomat.

Tudva azt, hogy az evészavarok gyakran társulnak depresszióval, arra kerestem a választ, hogy az evészavaros betegek önéletrajzi emlékezete mennyire specifikus, illetve mennyire jellemző az evészavar kórképre az önéletrajzi általánosság, függetlenül a depresszió fokától. Úgy éreztem, hogy az epidemiológiai vizsgálatok mellett a doktori munkám fontos pillére lenne az autobiografikus emlékezet vizsgálata is, és ezáltal a munkám nemcsak az evészavarok prevalencia adatairól szolgáltatna hasznos adatokat, hanem a zavar hátterében álló pszichológiai kockázati tényezők repertoárját is bővíthetné, amely gyakorlatba ültetése a kórkép sikeresebb kezelését eredményezhetné.

Célkitűzések

Az irodalmi áttekintésben bemutatott elméletekre támaszkodva vizsgálatom célkitűzései a következők voltak:

1. Az evészavar-tünetek előfordulási gyakoriságának vizsgálata erdélyi serdülők körében.
2. A klinikai és szubklinikai AN és BN prevalenciájának vizsgálata erdélyi serdülők körében.
3. Az evészavarok prevalenciájának vizsgálata az erdélyi román, magyar és szász kultúrák tükrében.
4. A táplálkozásszavarra jellemző pszichopatológiai eltérések, kóros evési attitűdök, kognitív disztorziók vizsgálata az erdélyi serdülők között.
5. Az önéletrajzi emlékezet működésének vizsgálata anorexiás betegek, illetve egészséges kontroll személyek csoportjában.
6. A pozitív, negatív, illetve semleges hívó szavakra felidézett önéletrajzi emlékek típusának vizsgálata az anorexiás csoportban.
7. A klinikai csoport anorexiás hívó szavakra felidézett önéletrajzi emlékeinek vizsgálata.
8. A kontroll csoport anorexiás hívó szavakra felidézett önéletrajzi emlékeinek vizsgálata.
9. A depresszió előfordulásának vizsgálata az anorexiás betegek, illetve az egészséges kontroll személyek csoportjában.
10. Az önéletrajzi emlékezet működése és a depresszió foka közötti összefüggés vizsgálata az anorexiás és a kontroll csoportban.

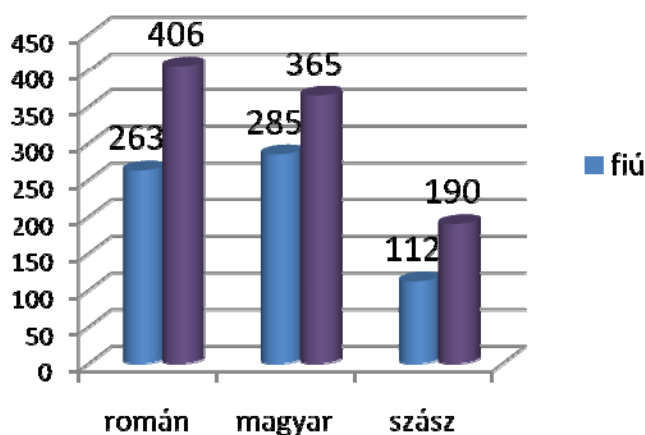
10.1. Az evészavarok epidemiológiai vizsgálata erdélyi román, magyar, illetve szász középiskolások körében, valamint erdélyi román, illetve magyar serdülők körében

10.1.1. Módszerek

10.1.1.1. A vizsgálati személyek bemutatása

Első epidemiológiai vizsgálatunkat 2001-ben végeztük el egy lépésben, kérdőíves szűrővizsgálat formájában Erdélyben, hat kolozsvári és egy brassói középiskolában (Kovács és Szabó, 2009). A hat kolozsvári iskola közül háromban magyar és háromban román nyelvű oktatás folyik, a brassói iskolában pedig német nyelvű oktatás. Az alkalmazott kérdőívet román, magyar, illetve szász tanulók töltötték ki, összesen 1 621 fiatal, közülük 669 román (263 fiú és 406 lány), 650 magyar (285 fiú és 365 lány) és 302 szász (112 fiú és 190 lány) volt (4. ábra). A felmérésben résztvevő diákok életkora 14–20 év volt. A kérdőívek kitöltése román, illetve magyar nyelven történt (a szász tanulók is román nyelvű kérdőívet kaptak), tiszteletben tartva az önkéntesség és az anonimitás szabályait. A kérdőívek terjesztését személyesen végeztem, hogy az esetleges felmerülő kérdésekre válaszolhassak. Összesen 75 osztályban osztottam ki a kérdőíveket. Egy kérdőív kitöltésének ideje 40–45 perc volt. A kérdőíveket a diákok az osztályfőnöki órákon töltötték ki személyes jelenlétem mellett. A válaszadási arány 100% volt.

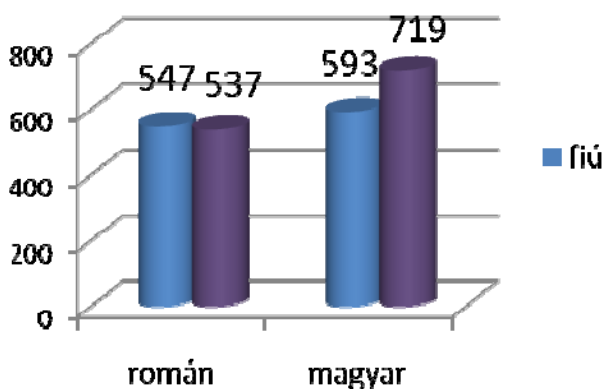
4. ábra. Az első vizsgálatban résztvevő középiskolások száma



A második epidemiológiai vizsgálatot 2006-ban szintén egy lépésben, kérdőíves szűrővizsgálat formájában végeztük el (Kovács, 2007; Kovács, 2010). A vizsgálatban erdélyi, Kovászna és Maros megyei 7–12. osztályos diákok vettek részt. A célpopuláció kiválasztása

során a 2005–2006-os tanév beiskolázási adatait használtuk fel. A mintát az iskolatípus, osztálytípus, évfolyam és nemzetiség szerint arányosan rétegzett lépcsőzetes mintavételi eljárással határoztuk meg. Az első lépcsőben az osztályokat azonosítottuk, a második lépcsőben pedig a mintavételi egységet, azaz a 7–12. osztályban tanuló egyes diákokat. Az egyes iskolán belül a diákokat úgy választottuk meg, hogy a minta évfolyam és nemzetiség szerint reprezentatív legyen. A mintában szereplő iskolák igazgatóit személyesen megkerestük, ismertettük a kutatás célját és a kutatás eredményeinek hasznosíthatósági lehetőségeit, ugyanakkor ígéretet kaptak, hogy a kutatás eredményeit tanulmány formájában közzétesszük, melyhez ők is hozzáférhetnek. Ezt követően az iskolában működő iskolapszichológussal vagy az osztályfőnökök segítségével azonosítottuk a mintába bekerült tanulókat, és megbeszéltük a kérdés lebonyolításának pontos időpontját és helyét. Majd a megbeszélt időpontban (2006 februárjában) és helyen megtörtént a kérdőívek diákok általi kitöltése. A kérdőívet az adott iskolában, 7–12. évfolyamon tanuló, a mintába beválasztott diákokat összegyűjtve egyszerre, egyazon időpontban vettük fel. Az adatfelvételt előzetesen felkészített iskolapszichológusok végezték. Egy kérdőív kitöltése – előzetes tesztelésre alapozva – 50–60 percet vett igénybe. Csak azokat a kérdőíveket vettük figyelembe, ahol a válaszadó hiánytalanul válaszolt az evészavarok megállapításához szükséges kérdésekre. Az alkalmazott kérdőívet román, illetve magyar tanulók töltötték ki, összesen 2 396 fiatal. Közülük 1 084 román (547 fiú és 537 lány) és 1 312 magyar (593 fiú és 719 lány) volt. A felmérésben résztvevő populáció életkora 12–20 év között volt (5. ábra).

5. ábra. A második vizsgálatban résztvevő serdülők száma



10.1.1.2. MÉRŐESZKÖZÖK

Az eredmények összehasonlíthatósága céljából törekedtünk arra, hogy a második vizsgálat során alkalmazott kérdőív minél inkább hasonló legyen az első vizsgálatban alkalmazotthoz. Az általános, demográfiai (nem, életkor, testvérek száma) és antropometriai (testmagasság, testsúly, minimális, maximális és kívánatosnak tartott testsúly), illetve menstruációval kapcsolatos kérdések az első vizsgálatéhoz hasonlóak voltak. Mindkét vizsgálatban szerepelt az evészavarok vizsgálatára leggyakrabban alkalmazott Evési Attitűdök Tesztjének (Eating Attitudes Test, EAT) 40 tételes változata. Az evészavarok viselkedéses tüneteit mindkét vizsgálatban az Evészavartünetek Súlyossági Skálájával (Eating Behaviour Severity Scale, EBSS) mértük. A Bulimia Kognitív Disztorziós Skálát (Bulimia Cognitive Distortions Scale, BCDS), valamint a Goldberg-féle Általános Egészségi Kérdőívet (General Health Questionnaire, GHQ) a második vizsgálatban nem alkalmaztuk. A 6. táblázatban olvasható a kérdőívek szerkezete.

6. táblázat. A kérdőív szerkezete az első és a második vizsgálatban

<i>Alkalmazott kérdőív</i>	<i>Első vizsgálat</i>	<i>Második vizsgálat</i>
<i>Általános, demográfiai és antropometriai adatok</i>	34 tétel	18 tétel
<i>Goldberg-féle Általános Egészségi Kérdőív (GHQ; Goldberg és Hilier, 1979)</i>	28 tétel	-
<i>Evési Attitűdök Tesztje (EAT; Garner és Garfinkel, 1979)</i>	40 tétel	40 tétel
<i>Evészavartünetek Súlyossági Skálája (EBSS; Yager és mtsai, 1987)</i>	14 tétel	14 tétel
<i>Bulimia Kognitív Disztorziós Skála (BCDS; Schulman és mtsai, 1986)</i>	25 tétel	-

10.1.1.2.1. A Goldberg-féle Általános Egészségi Kérdőív (General Health Questionnaire, GHQ)

A kérdőív az egészséggel kapcsolatos kérdéseket foglalja magában. Konceptióját a „potenciális betegek” azonosítására, nem pedig az „aktuális esetek” azonosítására összpontosítja. A kérdőívre válaszoló személyek „itt és most” állapotát közelíti meg, olyan tételekkel, amelyek tünetekre és normálistól eltérő érzésekre, gondolatokra és a megfigyelhető

viselkedésre vonatkoznak. A válaszadónak csupán arra kell válaszolni, hogy ezek a tételek – összehasonlítva jelenlegi állapotát a szokásos állapotával – milyen mértékben érvényesek rá. Likert-típusú skálát használó önpontozó kérdőív. Négy skálából áll: szomatikus panaszok, szorongás és alvászavar, szociális díszfunkció és depresszió.

10.1.1.2.2. Az Evési Attitűdök Tesztje (Eating Attitudes Test, EAT)

Többszörös választáson alapuló, Likert-típusú skálát használó önpontozó kérdőív, melynek van egy 40 tételes és egy 26 tételes, rövidített változata. A kérdőív azon kóros evési attitűdök kimutatására alkalmas, amelyek az anorexia vagy bulimia veszélyét hordozzák magukban. A kérdőívben elérhető maximális pontszám 120 pont. A patológiás attitűdöket jelentő tartomány a 29 pont feletti érték. Az AN és BN elkülönítésére nem alkalmas. Három alskálája van: bulimia, orális kontroll és diétázás.

10.1.1.2.3. Az Evészavartünetek Súlyossági Skálája (Eating Behaviour Severity Scale; EBSS)

Egyszerű tünetleltár, az AN és BN tüneteinek értékelésére szolgáló önpontozó kérdőív, a falásrohamok, illetve a súlycsökkentő viselkedések gyakoriságát méri (Yager és mtsai, 1987).

10.1.1.2.4. A Bulimia Kognitív Disztorziós Skála (Bulimia Cognitive Distortions Scale, BCDS)

A bulimiára jellemző kognitív torzításokat méri (Schulman és mtsai, 1986). A 25 tétel közül 16 az evéssel kapcsolatos szokásokra, tünetekre, rituálékra vonatkozik, 9 tétel pedig az alakra és a külső megjelenésre. Szintén Likert-típusú skála, ahol az összpontszám 25–125 lehet. A 60 pontnál nagyobb érték a bulimiára jellemző kognitív disztorziókra utal.

A kérdőívek alapján a DSM-IV rendszerét figyelembe véve az AN, illetve BN szimulált diagnózisait a 7. táblázatban mutatjuk be.

7. táblázat. Az evészavarok klinikai és szubklinikai formáinak diagnosztikai kritériumai

	<i>Anorexia nervosa</i>	<i>Bulimia nervosa</i>	<i>Szubklinikai AN</i>	<i>Szubklinikai BN</i>
<i>EAT összpontszám</i>	> 29 pont	> 29 pont	> 29 pont	> 29 pont
<i>Testtömegindex (BMI)</i>	17,5		19	
<i>Menstruáció</i>	legalább három hónapig kimaradt		Rendszertelen	
<i>Falásrohamok</i>		legalább hetente kétszer		legalább hetente egyszer
<i>Súlycsökkentő módszerek*</i>		legalább hetente egyszer		legalább havonta kétszer

*Önhánytatás, hashajtó, vízhajtó, étvágycsökkentő, koplalás vagy diéta, edzés az alak és súly miatt

A kérdőíves adatok statisztikai elemzésére egymintás t-próbát, egyszempontos, valamint kétszempontos varianciaanalízist és khi-négyzet-próbákat használtunk.

10.1.2. Eredmények

10.1.2.1. Általános demográfiai és antropometriai adatok

A két vizsgálati minta legfontosabb demográfiai adatait a 8. és 9. táblázat tartalmazza.

8. táblázat. Az első vizsgálati populáció demográfiai és antropometriai adatai
(átlag $\pm$ szórás)

	Fiú n = 660			Lány n = 961		
<i>Etnikum</i>	<i>Magyar</i> <i>n = 285</i>	<i>Román</i> <i>n = 263</i>	<i>Szász</i> <i>n = 112</i>	<i>Magyar</i> <i>n = 365</i>	<i>Román</i> <i>n = 406</i>	<i>Szász</i> <i>n = 190</i>
<i>Kor</i>	17,3 ($\pm 1,1$)	17,3 ($\pm 1,1$)	17,2 ($\pm 1,2$)	17,3 ($\pm 1,1$)	17,2 ($\pm 1,1$)	17,4 ($\pm 1,0$)
<i>Magasság</i>	177,1 ($\pm 7,3$)	177,8 ($\pm 7,3$)	178,3 ($\pm 5,9$)	165,5 ($\pm 5,4$)	166,5‡ ($\pm 5,5$)	166,1 ($\pm 5,9$)
<i>Testsúly</i>	64,4 ($\pm 10,0$)	66,9‡ ($\pm 9,2$)	68,8* ($\pm 11,4$)	54,6 ($\pm 7,2$)	54,2 ($\pm 6,5$)	53,7 ($\pm 6,4$)
<i>Kívánt testsúly</i>	67,6 ($\pm 11,1$)	70,3‡ ($\pm 9,5$)	71,3* ($\pm 9,5$)	51,9 ($\pm 5,5$)	51,3 ($\pm 5,5$)	50,3 * ($\pm 5,0$)
<i>Testtömegindex</i>	20,5 ($\pm 2,7$)	21,1 ($\pm 2,4$)	21,7 ($\pm 3,2$)	19,9 ‡ ($\pm 2,3$)	19,5 ($\pm 2,0$)	19,4 ($\pm 2,0$)

*szignifikáns különbség van a magyar és a szász csoport között ($p < 0,05$)

‡szignifikáns különbség van a magyar és a román csoport között ($p < 0,05$)

Az egyszempontos varianciaanalízis szignifikáns volt fiúknál a három etnikumot illetően ($F = 9,10$, $df = 2$, $p < 0,01$). Továbbá páros összehasonlító post-hoc tesztet (bonferroni) alkalmazva azt találtuk, hogy fiúknál a testsúly szignifikánsan magasabb volt a szászoknál a magyarokhoz képest ($p < 0,01$), valamint a románoknál a magyarokhoz képest ($p < 0,01$). A kívánt testsúly esetében is szignifikáns különbség van a három etnikum között fiúknál ($F = 6,03$, $df = 2$, $p < 0,01$). A román fiúk súlyosabbak szeretnének lenni, mint a magyarok ($p < 0,05$), és a szászok is nagyobb súlyra vágnak, mint a magyarok ($p < 0,05$).

A lányoknál is szignifikáns különbség van a három etnikum között az ANOVA teszt alapján a kívánt testsúlyt ($F = 5,16$, $df = 2$, $p < 0,05$), testtömegindexet ($F = 4,14$, $df = 2$, $p < 0,05$) és testmagasságot illetően ($F = 3,45$, $df = 2$, $p < 0,05$). A szász lányok átlagban többet szeretnének fogyni, mint a magyarok ($p < 0,001$). A magyar lányok testtömegindexe

szignifikánsan nagyobb, mint a szászoké ($p < 0,05$), és a román lányok BMI-je nagyobb, mint a magyar lányoké ($p < 0,05$). A románok lányok magasabbak, mint a magyar lányok ($p < 0,05$).

9 táblázat. A második vizsgálati populáció demográfiai adatai (átlag, $\pm$ szórás)

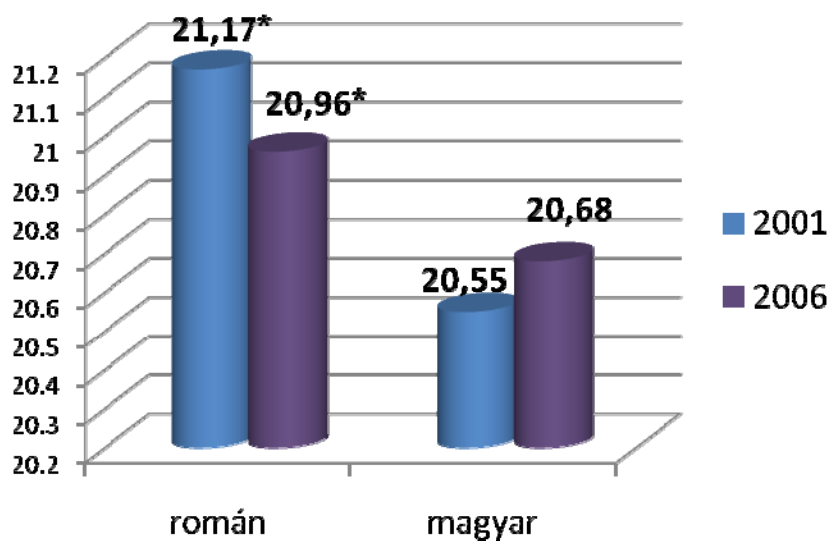
	Fiú <i>n</i> = 1140		Lány <i>n</i> = 1256	
<i>Etnikum</i>	<i>Magyar</i> <i>n</i> = 593	<i>Román</i> <i>n</i> = 547	<i>Magyar</i> <i>n</i> = 719	<i>Román</i> <i>n</i> = 537
<i>Kor</i>	16,1 ($\pm 1,5$)	16,5 ($\pm 1,2$)	16,1 ($\pm 1,5$)	16,4 ($\pm 1,3$)
<i>Magasság</i>	172 ($\pm 9,8$)	173,3 * ($\pm 8,4$)	163,9 ($\pm 7,3$)	164,0 ($\pm 7,2$)
<i>Testsúly</i>	61,3 ($\pm 11,3$)	63,3* ($\pm 10,5$)	54 ($\pm 7,5$)	53,7 ($\pm 7,8$)
<i>Kívánt testsúly</i>	64,7 ($\pm 12,5$)	67,8* ($\pm 11,8$)	52,1 ($\pm 5,6$)	51,2* ($\pm 5,8$)
<i>Testtömegindex</i>	20,6 ($\pm 2,8$)	20,9 ($\pm 2,7$)	20,1 ($\pm 2,4$)	19,9 ($\pm 2,4$)

* szignifikáns különbség van a magyar és a román csoport között ($p < 0,05$)

A második vizsgálatban a magasság ($t = -3,14$, $df = 1\ 093$, $p < 0,05$), testsúly ($t = -3,01$, $df = 1\ 120$, $p < 0,05$) és kívánt testsúly ($t = -4,14$, $df = 1\ 101$, $p < 0,001$) szignifikánsan magasabb a román fiúknál, mint a magyar fiúknál. A román lányok alacsonyabb testsúlyt kívánnak, mint a magyar lányok ($t = 2,64$, $df = 1\ 231$, $p < 0,05$).

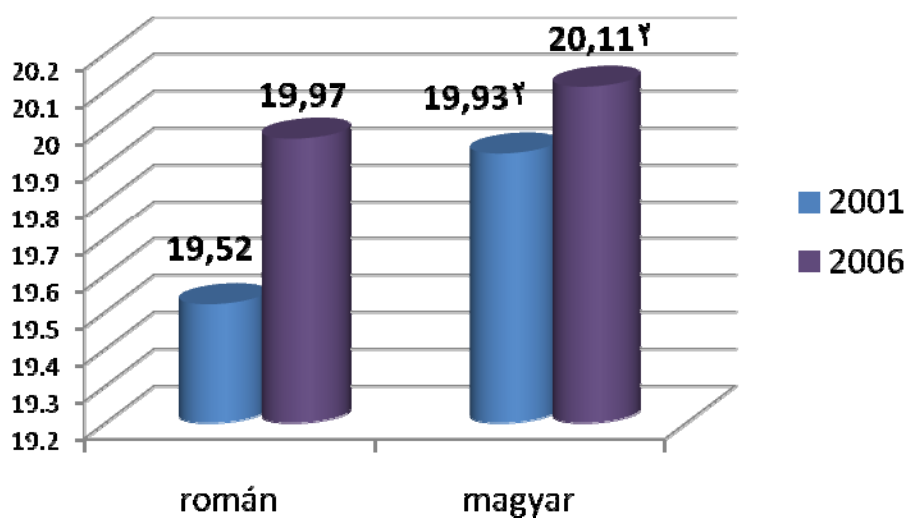
Kétszemponos varianciaanalízist használva összehasonlítottuk az első vizsgálatban kapott eredményeket a második vizsgálat eredményeivel. Függetlenül a vizsgálat időpontjától a román fiúk testtömegindexe szignifikánsan nagyobb, mint a magyar fiúké ($F = 73,35$, $df = 1$, $p < 0,01$) (6. ábra.). A lányoknál viszont a magyar lányok BMI-je nagyobb, mint a román lányoké függetlenül a vizsgálat időpontjától ($F = 6,15$, $df = 1$, $p < 0,05$), és a második vizsgálatban a lányok BMI-je szignifikánsan nagyobb az elsőhöz képest ($F = 7,99$, $df = 1$, $p < 0,05$) mindkét etnikum esetében (7. ábra.).

6. ábra. A fiúk testtömegindexe a két vizsgálatban



* szignifikáns különbség van a magyar és a román etnikum között ($p < 0,01$)

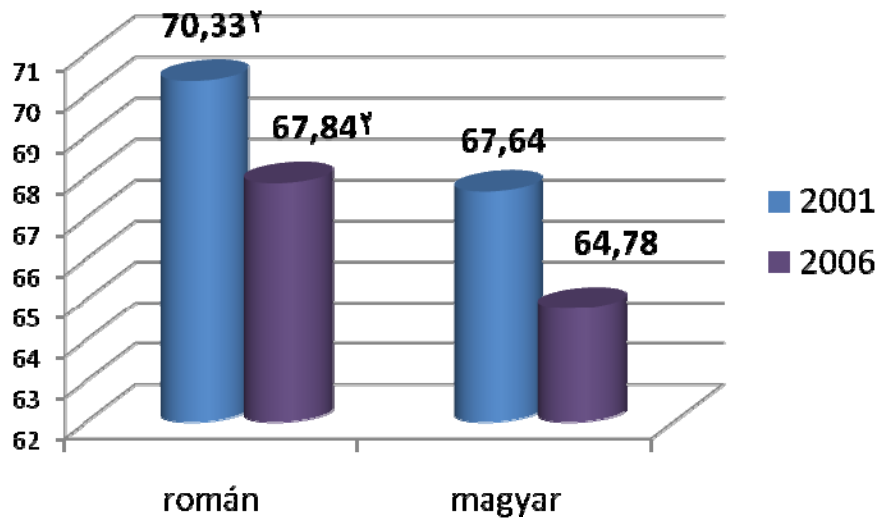
7. ábra. A lányok testtömegindexe a két vizsgálatban



† szignifikáns különbség van a magyar és a román etnikum között, valamint az első és második vizsgálat között ($p < 0,01$)

Az első vizsgálatban a kívánatosnak tartott súly fiúknál nagyobb, mint a második vizsgálatban, függetlenül az etnikumtól ($F = 17,08$, $df = 1$, $p < 0,01$). Az etnikumok között is van különbség, mindkét vizsgálatban a magyar fiúk alacsonyabb testsúlyt kívánnak maguknak, mint a román fiúk ($F = 19,68$, $df = 1$, $p < 0,01$) (8. ábra.).

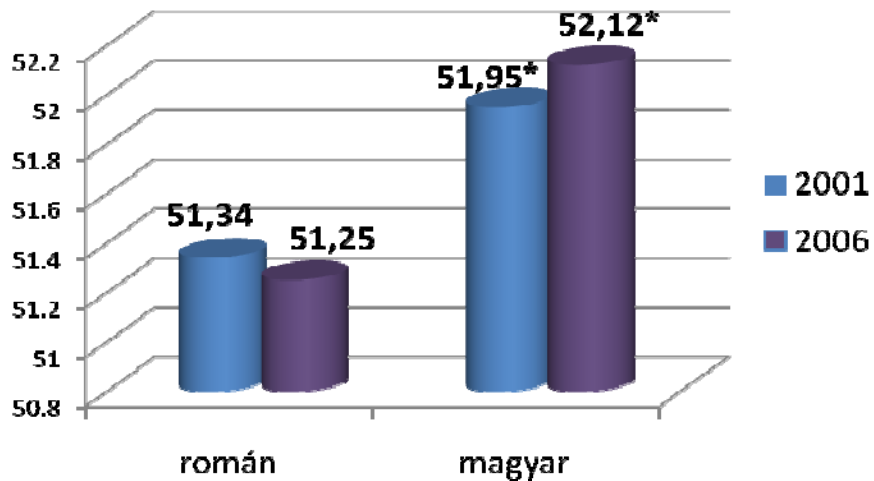
8. ábra. A fiúk által kíváncsnak tartott testsúly a két vizsgálatban



Υ szignifikáns különbség van a magyar és a román etnikum között, valamint az első és második vizsgálat között ($p < 0,01$)

Lányoknál függetlenül a vizsgálat időpontjától a kívánt testsúly szignifikánsan nagyobb a magyaroknál, mint a románoknál ($F = 7,65$, $df = 1$, $p < 0,01$) (9. ábra.).

9. ábra. A lányok által kíváncsnak tartott testsúly a két vizsgálatban



* szignifikáns különbség van a magyar és a román etnikum között ($p < 0,01$)

Összefoglalva a demográfiai és antropometriai adatokat kiemelhető, hogy az első vizsgálatban a román és szász fiúk testsúlya és kívánt testsúlya nagyobb a magyarokénál. A román lányok magasabbak, mint a magyar lányok, és a magyar lányok testtömegindexe a legmagasabb a három etnikum közül. A szász lányok - habár a testsúlyuk alacsonyabb és magasabbak is, mint a magyarok - többet szeretnének fogyni.

A második vizsgálatban a román fiúk testsúlya, kívánt testsúlya és magassága nagyobb, mint a magyar fiúké. A román lányok alacsonyabb testsúlyt kívánnak, mint a magyar lányok, habár a testsúlyuk kisebb, magasabbak és a testtömegindexük is alacsonyabb a magyar lányokéhoz képest.

A 2001-es és a 2006-os vizsgálatot összehasonlítva azt látjuk, hogy mindkét vizsgálatban a román fiúk testtömegindexe nagyobb, mint a magyaroké. Az első vizsgálatban a fiúk által kívánatosnak tartott súly nagyobb, mint a második vizsgálatban, függetlenül az etnikumtól. Mindkét vizsgálatban a magyar fiúk alacsonyabb testsúlyt kívánnak maguknak, mint a román fiúk. Lányoknál a magyar lányok testtömegindexe nagyobb, és kívánt testsúlyuk is nagyobb, mint a román lányoké függetlenül attól, hogy mikor történt a vizsgálat. A második vizsgálatban a BMI szignifikánsan nőtt az elsőhöz képest mindkét etnikum esetében.

10.1.2.2. Kérdőíves eredmények

A két vizsgálati populáció Evési Attitűdök Tesztjén (EAT) mért eredményeinek átlagait, valamint a kóros pontértékeket elért lányok és fiúk számát és százalékos arányát a 10. és 11. táblázatban mutatjuk be.

Mindkét vizsgálatban szignifikáns különbség volt a nemek között az EAT összpontszámokat illetően. A lányok EAT-összpontszáma ($t = -10,54$, $df = 1\ 303$, $p < 0,01$) magasabb, mint a fiúk által elért pontszám.

Az első vizsgálatban az egyszempontos varianciaanalízis alapján szignifikáns különbség van a három etnikum között ($F = 3,08$, $df = 2$, $p < 0,05$) az evési attitűdöket illetően. A román lányok EAT-összpontszáma szignifikánsan magasabb, mint a magyar és szász lányoké ($p < 0,05$) (10. táblázat.). A kóros értékeket elért lányok aránya 6,8% és 11,1% között volt.

10. táblázat. Az EAT összpontszáma (átlag $\pm$ szórás) és a kóros értéket elért lányok aránya (%) a két vizsgálati mintában

Lány n = 961			Lány n = 1256	
<i>Első vizsgálat</i>			<i>Második vizsgálat</i>	
<i>Magyar (n = 365)</i>	<i>Román (n = 406)</i>	<i>Szász (n = 190)</i>	<i>Magyar (n = 719)</i>	<i>Román (n = 537)</i>
15,6 ($\pm 9,4$)	17,3 ‡ ($\pm 10,7$)	15,5 ($\pm 9,2$)	14,4 ($\pm 9,1$)	15,2 ($\pm 9,3$)
7,4% (27)	11,1% (45)	6,8% (13)	7% (50)	8,9% (48)

‡szignifikáns különbség van a magyar és a román csoport között az első vizsgálatban ($p < 0,05$)

Különbséget találtunk az EAT „bulimia” alskáláján elért pontszámokban ($F = 3,72$, $df = 2$, $p < 0,05$) a három etnikum között lányoknál. A román lányok pontszáma ($1,06 \pm 2,14$) szignifikánsan magasabb, mint a magyar lányoké ($0,72 \pm 1,55$). Az EAT „orális kontroll” alskálán szintén szignifikáns különbséget találtunk a három etnikum között ($F = 12,55$, $df = 2$, $p < 0,001$). A román lányok pontszáma ($3,37 \pm 2,88$) szignifikánsan magasabb volt, mint a magyar lányoké ($2,42 \pm 2,39$). Ugyanennél az alskálánál a szász lányok pontszáma is ($3,21 \pm 2,70$) szignifikánsan magasabb volt, mint a magyar lányoké ($p < 0,05$). A diétázás alskálán nem volt szignifikáns különbség a lányok csoportjában. A fiúk között nem találtunk etnikai különbséget az EAT alapján sem az összpontszám esetében, sem az alfaktorok esetében.

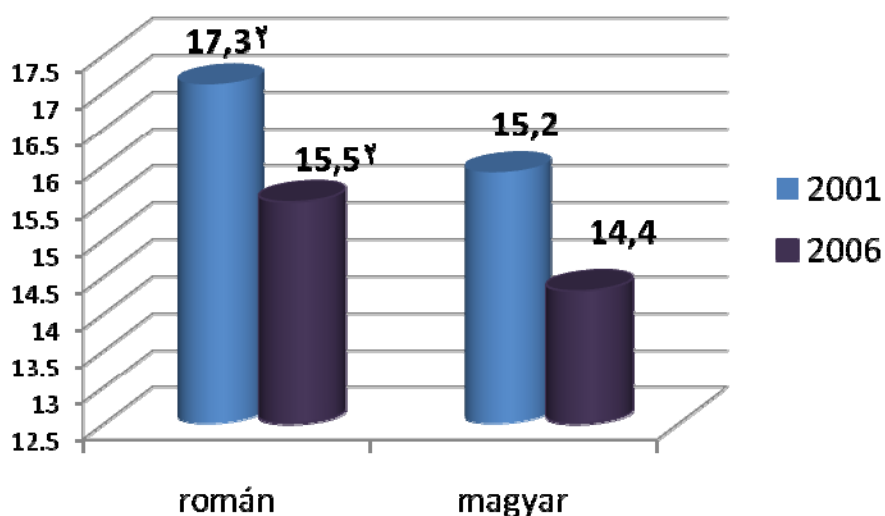
A második vizsgálatban az Evési Attitűdök Tesztjében a vizsgálati személyeknek a 94,6%-a egészséges evési attitűdökről számolt be, és csupán 5,4%-ánál jelentkeztek kóros evési attitűdök. Sem a lányoknál, sem a fiúknál nem találtunk szignifikáns különbséget a magyar, illetve román etnikumok között a kóros evési attitűdöket illetően, viszont természetesen a fiúk és lányok között szignifikáns különbség volt mindkét etnikumnál a kérdőív összpontszámát illetően. Az EAT-on elért összpontszám magasabb volt a lányoknál, mint a fiúknál ($t = -8,48$, $df = 2\ 394$, $p < 0,001$). Az EAT alskáláinál a „bulimia”, „orális kontroll” és „diétázás” esetében sem találtunk szignifikáns különbséget a két kultúra között.

11. táblázat. Az EAT összpontszáma (átlag $\pm$ szórás) és a kóros értéket elért fiúk aránya (%)
a két vizsgálati mintában

<i>Fiú</i> <i>n = 660</i>			<i>Fiú</i> <i>n = 1140</i>	
<i>Első vizsgálat</i>			<i>Második vizsgálat</i>	
<i>Magyar</i> <i>(n = 285)</i>	<i>Román</i> <i>(n = 263)</i>	<i>Szász</i> <i>(n = 112)</i>	<i>Magyar</i> <i>(n = 593)</i>	<i>Román</i> <i>(n = 547)</i>
12,2 ($\pm 5,1$)	11,2 ($\pm 5,7$)	12,1 ($\pm 5,4$)	12,3 ($\pm 6,5$)	11,6 ($\pm 6,06$)
1,1% (3)	1,1% (3)	2,7% (3)	2,7% (16)	2,9% (16)

Kétszemponos varianciaanalízist alkalmazva összehasonlítottuk az első és második vizsgálatban a lányok evési attitűdök skáláján elért összpontszámát (10. ábra).

10. ábra. A lányok EAT összpontszáma 2001-ben és 2006-ban

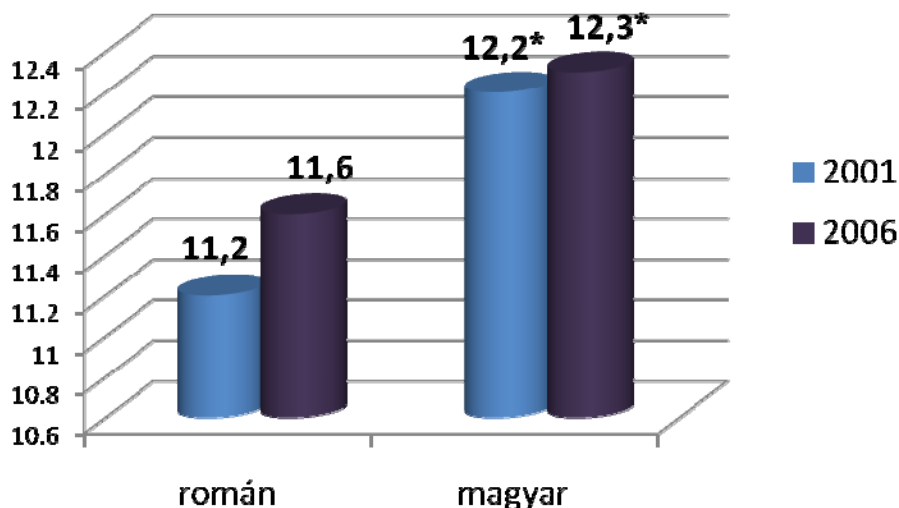


* szignifikáns különbség van a magyar és a román etnikum között, valamint az első és második vizsgálat között ($p < 0,01$)

A román lányok evési attitűdök skáláján elért összpontszáma szignifikánsan magasabb, mint a magyar lányoké, függetlenül a vizsgálat időpontjától ($F = 7,65$, $df = 1$, $p < 0,001$). A vizsgálat időpontjának a függvényében elmondható, hogy etnikumtól függetlenül a lányok 2006-os vizsgálatban elért EAT összpontszáma szignifikánsan alacsonyabb, mint a 2001-es

vizsgálatban ($F = 12,11$, $df = 1$, $p < 0,001$). A vizsgálat ideje és az etnikum közötti interakció nem volt szignifikáns ($F = 0,96$, $df = 1$, $p > 0,05$) (11. ábra.).

11. ábra. A fiúk EAT összpontszáma 2001-ben és 2006-ban



* szignifikáns különbség van a magyar és a román etnikum között ($p < 0,01$)

Fiúknál a két szempontos varianciaanalízis csupán az etnikum esetében mutatott ki szignifikáns különbséget a két vizsgálat között. Mindkét vizsgálatban a magyar fiúk szignifikánsan magasabb pontszámot értek el az evési attitűdök tesztjén, mint a románok ($F = 5,46$, $df = 1$, $p < 0,001$). A két vizsgálat között, valamint az etnikum-vizsgálat interakcióban nem volt kimutatható szignifikáns eredmény (7. ábra.).

A Bulimia Kognitív Disztorziós Skálát csupán az első vizsgálatban alkalmaztuk. A BCDS összpontszámok magasabbak voltak a lányoknál a fiúkhoz képest ($t = -9,65$, $df = 1$ 231, $p < 0,01$).

Lányoknál az egyszempontos varianciaanalízis alapján szignifikáns különbség van a három etnikum között ($F = 3,18$, $df = 2$, $p < 0,05$) a Bulimia Kognitív Disztorziós Skálán elért összpontszámokban. A román lányok BCDS-összpontszáma szignifikánsan magasabb, mint a szász lányoké ($p < 0,05$) (12. táblázat.). A kóros értékeket elért lányok aránya 20,5% és 31,4% között volt.

A „külső megjelenés” alskálán ($F = 5,44$, $df=2$, $p < 0,05$), valamint az „evési szokások” alskálán ($F = 3,94$, $df=2$, $p < 0,05$) is szignifikáns különbséget találtunk lányoknál az etnikumok függvényében. A „külső megjelenés” alskálán a magyar lányok pontszáma (22,38

$\pm 5,33$) szignifikánsan magasabb, mint a szász lányoké ($20,75 \pm 6,08$). A román lányok „evési szokások” alskálán elért pontszáma ($33,03 \pm 11,0$) szignifikánsan magasabb, mint a szász lányoké ($30,63 \pm 9,58$).

12. táblázat. Az első vizsgálatban a BCDS összpontszáma (átlag $\pm$ szórás) és a kóros értéket elért személyek aránya (%)

Fiú (n = 660)			Lány (n = 961)		
<i>Magyar</i> (n = 285)	<i>Román</i> (n = 263)	<i>Szász</i> (n = 112)	<i>Magyar</i> (n = 365)	<i>Román</i> (n = 406)	<i>Szász</i> (n = 190)
44,9 ($\pm 12,1$)	46,9 ($\pm 14,4$)	41,2 ($\pm 12,5$)	53,9 ($\pm 12,8$)	54,3† ($\pm 15,3$)	51,1 ($\pm 13,9$)
7,0% (20)	5,7% (15)	1,8% (2)	27,1% (99)	31,3% (127)	20,5% (39)

†szignifikáns különbség van a román és szász csoportok között ($p < 0,05$)

A BCDS összpontszámában nem voltak szignifikáns különbségek a magyar, román, illetve szász fiúk eredményei között (($F = 1,96$, $df=2$, $p > 0,05$). Csupán a BCDS „evési szokások” alskáláján találtunk különbséget a három etnikum között ($F = 9,58$, $df = 2$, $p < 0,001$). A román fiúk ($28,37 \pm 9,46$) szignifikánsan magasabb pontszámot értek el az evési szokások alskálán, mint a szász fiúk ($23,58 \pm 7,52$). Ugyanezen a skálán a magyar fiúk ($26,58 \pm 8,36$) szignifikánsan magasabb pontszámot értek el, mint a szász fiúk ($23,58 \pm 7,52$) (táblázat 12.)

Az Evési Attitűdök Teszt eredményeit vizsgálva összességében elmondható, hogy a lányok magasabb pontszámra számolnak be, mind a fiúk, és sem az első, sem a második vizsgálatban nincs különbség az etnikumok között az evési attitűdöket illetően a fiúknál. Az első vizsgálatban a román lányok EAT pontszáma magasabb, mint a magyaroké és a szászoké, valamint az EAT „bulimia” és „orális kontroll” alskáláin is a román lányok pontszáma magasabb, mint a másik két etnikumé. A második vizsgálatban nincsenek etnikai különbségek az evési attitűdöket illetően. Összevetve a két vizsgálat eredményeit a román lányok EAT pontszáma magasabb a magyarokénál, függetlenül a vizsgálat időpontjától, de a 2006-ban felmért lányok alacsonyabb EAT pontszámra számolnak be, mint a 2001-ben megkérdezettek.

A Bulimia Kognitív Disztorziós Skálán elért pontszámok várhatóan szintén magasabbak voltak a lányoknál a fiúkhoz képest. A román lányok BCDS összpontszáma magasabb, mint a szászoké. Az „evési szokások” alskálán elért pontszám mind a fiúk, mind a lányok esetében magasabb a románoknál a szászokhoz képest. A külső megjelenés, úgy tűnik, a magyaroknak fontosabb, mint a szászoknak.

10.1.2.3. A különböző súlycsökkentő viselkedésformák gyakorisága, valamint a bulimia központi tünetének, a falásrohamnak a gyakorisága

Az első vizsgálatban a bulimia alaptünetéről, a falásrohamokról elég magas arányban számoltak be a fiúk mindhárom populáció esetében. A magyar fiúk 4,9%-ának legalább hetente van falásrohama, hasonló arányokról számolnak be a románok (6,1%) és a szászok is (4,5%). A három etnikum között nincs szignifikáns különbség a falásrohamokat illetően. Egyetlen súlycsökkentő viselkedés esetében észlelhető szignifikáns különbség a fiúk esetében, éspedig a diétázás a magyaroknál gyakoribb (16,8%), mint a szászoknál (5,4%) ($\chi^2_1 = 9,025$, $p < 0,05$; Fisher's exact teszt = 10,535, $p < 0,001$). Leggyakoribb súlycsökkentő viselkedésnek a fiúk az edzést jelölték meg. Ezek az értékek 41,1% és 55,9% között mozognak, de mivel ebben a korosztályban gyakori a testedzés, arra enged következtetni, hogy figyelmen kívül hagyták, hogy itt a testedzésre a súly és alak szempontjából kérdeztünk rá (13. táblázat).

13. táblázat. A különböző súlycsökkentő viselkedések %-os aránya a fiúknál
az első vizsgálati mintában

		<i>Falás-rohamok</i>	<i>Diétázás koplalás</i>	<i>Edzés</i>	<i>Hányás</i>	<i>Hashajtó</i>	<i>Vízajtó</i>	<i>Étvágy-csökkentő</i>
<i>Magyar</i> <i>n = 285</i>	<i>Bármikor</i>	22,1%* (63)	16,8% (48)	47,4% (135)	3,9% (10)	2,8% (8)	1,4% (4)	3,9% (10)
	<i>Legalább havonta</i>	15,7% (45)	12,3% (35)	12,3% (35)	3,2% (9)	2,5% (7)	1,4% (4)	1,4% (4)
	<i>Legalább hetente</i>	4,9% (14)	3,2% (9)	25,1% (73)	-	0,4% (1)	-	0,7% (2)
<i>Román</i> <i>n = 263</i>	<i>Bármikor</i>	24,3% (64)	16,7% (44)	55,9% (147)	5,3% (14)	1,5% (4)	1,5% (4)	3,8% (10)
	<i>Legalább havonta</i>	16,7% (44)	13,7% (36)	14,8% (39)	5,0% (13)	1,1% (3)	1,1% (3)	3,0% (8)
	<i>Legalább hetente</i>	6,1% (16)	1,9% (5)	30,0% (79)	-	-	-	0,4% (1)
<i>Szász</i> <i>n = 112</i>	<i>Bármikor</i>	19,6% (22)	5,4% (6)	41,1% (46)	2,7% (3)	2,7% (3)	2,7% (3)	1,8% (2)
	<i>Legalább havonta</i>	12,5% (14)	5,4% (6)	13,4% (15)	1,8% (2)	2,7% (3)	2,7% (3)	1,8% (2)
	<i>Legalább hetente</i>	4,5% (5)	-	17,0% (19)	0,9% (1)	-	-	1,8% (2)

* szignifikáns különbség van a magyar és a szász csoport között ($p < 0,05$)

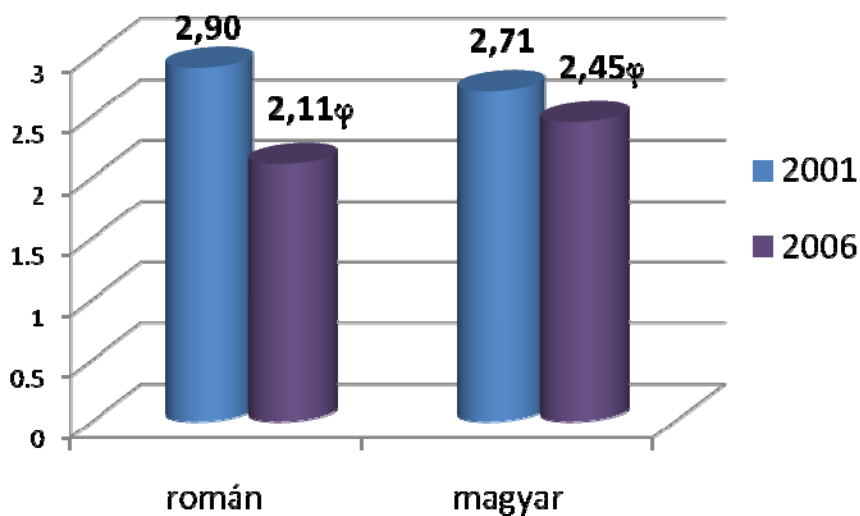
A második vizsgálatban is a bulimia alaptünetéről, a falásrohamokról elég magas arányban számoltak be a fiúk mindkét populáció esetében. A magyar fiúk 5,5%-ának legalább hetente van falásrohama. Valamivel alacsonyabb arányokról számolnak be a román fiúk (4%). A súlycsökkentő viselkedések esetében nem találtunk szignifikáns különbséget a fiúk között a három etnikumban, de ebben a vizsgálatban is az edzést jelölték meg a fiúk a leggyakoribb súlycsökkentő viselkedésnek (14. táblázat).

14. táblázat. A különböző súlycsökkentő viselkedések %-os aránya a fiúknál
a második vizsgálati mintában

		Falás- rohamok	Diétázás kopplálás	Edzés	Hányás	Hashajtó	Vízajtó	Étvágy- csökkentő
Magyar n = 593	Bármikor	19% (107)	11,9% (67)	54,1% (309)	13% (74)	3,5% (16)	2,3% (13)	3% (17)
	Legalább havonta	11,5% (65)	8,8% (50)	24,4% (139)	12,3% (70)	2,5% (14)	1,2% (7)	2,1% (12)
	Legalább hetente	5,5% (12)	2,2% (12)	20,3% (116)	0,7% (4)	0,6% (3)	0,4% (20)	0,9% (5)
Román n = 547	Bármikor	22,1% (115)	12,3% (62)	44,2% (228)	10,5% (54)	5,3% (27)	5,7% (29)	5,1% (26)
	Legalább havonta	15,2% (79)	8,7% (44)	19,2% (99)	8,5% (44)	3,1% (16)	3,3% (17)	3,7% (19)
	Legalább hetente	4% (21)	2,6% (13)	15,7% (81)	1,8% (9)	1,8% (9)	1,6% (8)	1,4% (7)

Összehasonlítva a két vizsgálatot a falásrohamok és súlycsökkentő viselkedések tekintetében fiúknál csupán az edzés esetében kaptunk eltérést a két vizsgálatban.

12. Ábra. Az edzés gyakorisága fiúknál a két vizsgálatban



φ szignifikáns különbség van az első és második vizsgálat között, valamint az etnikum és vizsgálat közti interakció is szignifikáns ($p < 0,01$)

A 2006-os vizsgálatban a fiúk kevesebbet edzenek, mint 2001-ben ($F = 27,29$, $df = 1$, $p < 0,001$). A vizsgálat és etnikum közti interakció is szignifikáns ($F = 7,30$, $df = 1$, $p < 0,001$), miszerint az edzés mindkét etnikumban szignifikánsan csökkent a második vizsgálatban az

elsőhöz képest. Az etnikumok között nem volt különbség a két vizsgálatban ($F = 0,56$, $df = 1$, $p > 0,45$).

Az első vizsgálatban a lányok gyakran számolnak be falásrohamokról, diétázásról- koplalásról és a súly kontrollálása miatt végzett edzésről (15. táblázat). Az edzés (a súly és alak miatt) szignifikánsan gyakoribb a román lányoknál (83,7%), mint a magyaroknál (77,3%), ($\chi^2_1 = 5,182$, $p < 0,05$; Fisher's exact teszt = 5.179, $p < 0,05$). A román lányok 45,1% edz legalább hetente, ugyanez az érték a magyar, illetve szász lányoknál 35,6% és 38,4%. A falásrohamok aránya is a románoknál szignifikánsan magasabb, mint a magyaroknál ($\chi^2_1 = 11,178$, $p < 0,001$). Összességében a román lányok 34,2%-a számol be falásrohamról, míg a magyar és szász lányok 20,3%-a, illetve 27,4%-a. A magyar lányoknál a leggyakoribb (12,9%) az étvágycsökkentők használata, a szászokhoz képest szignifikáns a különbség (5,5%), ($\chi^2_1 = 7,860$, $p < 0,005$).

15. táblázat. A különböző súlycsökkentő viselkedések %-os aránya lányoknál az első vizsgálati mintában

		<i>Falás-rohamok</i>	<i>Diétázás koplalás</i>	<i>Edzés</i>	<i>Hányás</i>	<i>Hashajtó</i>	<i>Vízajtó</i>	<i>Étvágy csökkentő</i>
Magyar <i>n</i> = 365	<i>Bármikor</i>	20,3% (74)	48,2% (176)	77,3% (282)	11,0% (40)	6,0% (22)	2,5% (9)	12,9%* (47)
	<i>Legalább havonta</i>	18,0% (66)	33,4% (122)	27,7% (101)	10,1% (37)	4,4% (16)	1,6% (6)	8,5% (31)
	<i>Legalább hetente</i>	4,1% (15)	10,1% (37)	35,6% (130)	0,5% (2)	0,8% (3)	2,2% (8)	3,3% (12)
Román <i>n</i> = 406	<i>Bármikor</i>	34,2%‡ (139)	48,5% (197)	83,7%‡ (340)	9,9% (40)	4,4% (18)	7,1% (29)	7,9 (32)
	<i>Legalább havonta</i>	28,1% (114)	35,7% (145)	28,6% (116)	9,1% (37)	3,2% (13)	3,0 (12)	5,4% (22)
	<i>Legalább hetente</i>	4,2% (17)	8,9% (36)	45,1% (183)	0,5% (2)	0,7% (3)	2,2% (9)	2,0% (8)
Szász <i>n</i> = 190	<i>Bármikor</i>	27,4% (52)	42,6% (81)	81,6% (155)	4,7% (9)	2,6% (5)	6,3% (12)	5,3% (10)
	<i>Legalább havonta</i>	22,1% (42)	32,1% (61)	32,1% (61)	4,2% (8)	1,6% (3)	4,2% (8)	4,2% (8)
	<i>Legalább hetente</i>	4,2% (8)	7,4% (14)	38,4% (73)	-	1,1% (2)	1,6% (3)	1,1% (2)

* szignifikáns különbség van a magyar és a szász csoport között ($p < 0,05$)

‡szignifikáns különbség van a magyar és a román csoport között ($p < 0,05$)

A második vizsgálatban is a lányoknál a leggyakoribb súlycsökkentő viselkedések a diétázás-koplalás és az edzés az alak és súly miatt. A román lányok szignifikánsan többet edzenek az alak és a súlymegtartás miatt, mint a magyar lányok ($\chi^2_1 = 39,151$, $p < 0,001$). Az étvágycsökkentők ($\chi^2_1 = 4,850$, $p < 0,05$) és a vízajtók ($\chi^2_1 = 18,619$, $p < 0,001$) használata is szignifikánsan gyakoribbak a román lányoknál, mint a magyaroknál (16. táblázat).

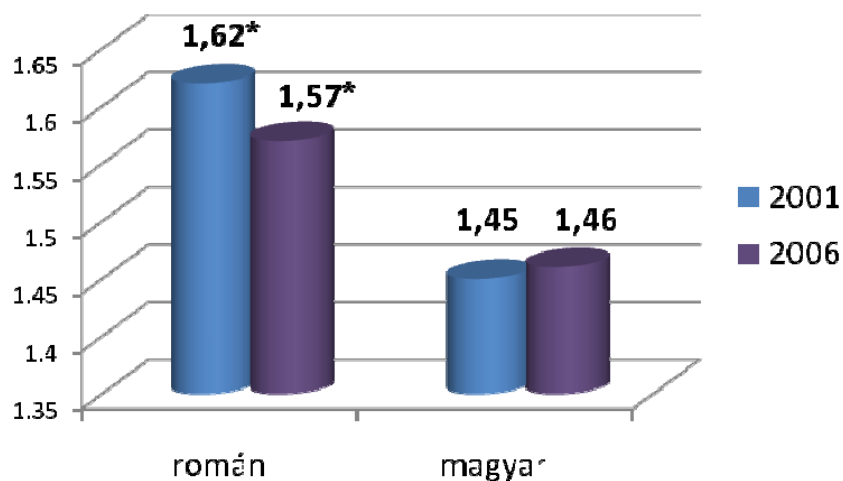
16. táblázat. A különböző súlycsökkentő viselkedések %-os aránya lányoknál a második vizsgálati mintában

		<i>Falás-rohamok</i>	<i>Diétázás koplalás</i>	<i>Edzés</i>	<i>Hányás</i>	<i>Hashajtó</i>	<i>Vízajtó</i>	<i>Étvágycsökkentő</i>
<i>Magyar</i> <i>n=719</i>	<i>Bármikor</i>	25,5% (183)	42,1% (303)	59,6% (407)	14% (100)	4% (29)	2,8% (20)	7,1% (51)
	<i>Legalább havonta</i>	19,1% (137)	26% (187)	30,5% (219)	12,5% (89)	2,9% (21)	1% (7)	4,5% (32)
	<i>Legalább hetente</i>	5,4% (39)	11% (79)	20% (143)	1,3% (9)	0,4% (3)	0,5% (4)	1,8% (13)
<i>Román</i> <i>n=537</i>	<i>Bármikor</i>	28,5% (153)	44,3% (239)	73,7%* (396)	13% (69)	5,4% (29)	8,2%* (44)	10,6%* (57)
	<i>Legalább havonta</i>	20,9% (111)	23,9% (126)	29,1% (154)	11,9% (63)	4,4% (23)	6,3% (33)	5,5% (29)
	<i>Legalább hetente</i>	5% (26)	14,6% (77)	33,7% (178)	1,2% (6)	0,8% (4)	1% (5)	3,4% (18)

* szignifikáns különbség van a magyar és a román csoport között ($p < 0,05$)

Kétszemponos varianciaanalízist alkalmazva összehasonlítottuk az első és második vizsgálatban a lányoknál előforduló falásrohamokat, valamint a súlycsökkentő viselkedéseket.

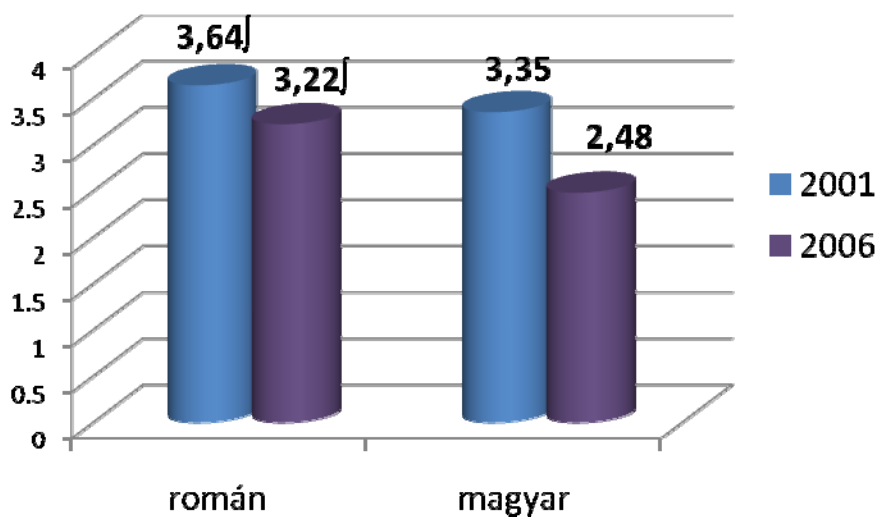
13. ábra. A falásrohamok gyakorisága lányoknál 2001-ben és 2006-ban



* szignifikáns különbség van a magyar és a román etnikum között ($p < 0,01$)

A falásrohamok gyakoribbak a román lányoknál, mint a magyar lányoknál, függetlenül a vizsgálat időpontjától ($F = 6,97$, $df = 1$, $p < 0,01$). A vizsgálat időpontját, valamint a vizsgálat és etnikum interakcióját illetően nem volt szignifikáns különbség.

14. ábra. Az edzés, mint súlycsökkentő viselkedés gyakorisága lányoknál 2001-ben és 2006-ban



] szignifikáns különbség van az első és második vizsgálat között, az etnikumok között, valamint az etnikum és vizsgálat közti interakció is szignifikáns ($p < 0,01$)

A román lányoknál szignifikánsan gyakoribb a testsúly csökkenést célzó edzés, mint a magyaroknál ($F = 41,88$, $df = 1$, $p < 0,001$) függetlenül a vizsgálat időpontjától. A vizsgálat időpontjának a függvényében elmondható, hogy etnikumtól függetlenül a lányoknál 2006-os vizsgálatban csökkent az edzések gyakorisága a 2001-es vizsgálathoz képest ($F = 64,47$, $df = 1$, $p < 0,001$). A vizsgálat ideje és az etnikum közötti interakció is szignifikáns ($F = 7,71$, $df = 1$, $p < 0,001$), mely szerint az edzés a súly és alak miatt mindkét etnikumnál csökkent a második vizsgálatban az elsőhöz képest. Más súlycsökkentő viselkedések tekintetében a lányoknál nem volt különbség a két etnikum és a két vizsgálat tekintetében.

Összegezve a falásrohamok gyakoriságát, valamint a különböző súlycsökkentő viselkedések gyakoriságát a két vizsgálatban fiúknál kiemelhető, hogy az első vizsgálatban csupán a testedzést illetően voltak etnikai különbségek. A magyar fiúk többet edzenek, mint a szászok. A második vizsgálatban nem voltak etnikai különbségek a fiúk csoportjában. A fiúk mindkét vizsgálatban gyakran számoltak be falásrohamokról, de úgy gondoljuk, hogy nem a bulimiás falásrohamokra, hanem inkább a nagyevésekre értették ezt a viselkedést. Mindkét vizsgálatban a leggyakoribb súlycsökkentő viselkedésnek az edzést jelölték meg a fiúk és érdekes, hogy a két vizsgálat összehasonlításából az derül ki, hogy a 2006-ban felmért fiúk kevesebbet edzettek, mind a 2001-ben megkérdezettek és ez a csökkenés mindkét etnikumra jellemző volt.

Lányoknál az első vizsgálatban gyakoribbak a falásrohamok és az edzés a súly csökkentése miatt a román lányoknál, mint a magyaroknál. A magyar lányok több étvágycsökkentőt használnak, mint a szászok. A második vizsgálatban a román lányoknál gyakoribbak a súlycsökkentő viselkedések (edzés a súly és alak miatt, étvágycsökkentők, vízhajtók), mint a magyaroknál. Összehasonlítva a két vizsgálatban felmért lányok mintáját kiemelhető, hogy a falásrohamok függetlenül a vizsgálat időpontjától gyakrabban fordulnak elő a románoknál, mind a magyaroknál. Akárcsak a fiúknál, a lányoknál is megfigyeltük az edzés csökkenését. A 2006-ban felmért lányok kevesebbet edzettek, mint a 2001-ben megkérdezettek és ez a csökkenés mindkét etnikumnál megfigyelhető volt.

10.1.2.4. *A klinikai AN és BN, valamint a szubklinikai AN és BN szimulált diagnózisainak prevalenciája*

Az első vizsgálatban a fiúknál sem klinikai, sem szubklinikai evészavart nem találtunk. A 17. táblázatból kitűnik, hogy a magyar lányok 0,5%-a, a román lányok 0,2%-a felelt meg az AN diagnosztikai kritériumainak. A szubklinikai AN aránya ennél lényegesen magasabb volt: 1,1% a magyar lányoknál, 3,0% a román lányoknál és 0,5% a szász lányoknál. A szubklinikai anorexia prevalenciája tendenciaszerűen magasabb a román lányoknál a magyarokhoz képest ($\chi^2_1 = 3,123$, $p = 0,07$). A BN diagnosztikai kritériumainak a magyar lányok 0,5%-a, a román lányok 1,2%-a és a szász lányok 0,5%-a felelt meg. A szubklinikai BN gyakoribb: a magyarok 0,5%-a, a románok 2,2%-a és a szászok 1,1%-a felel meg a diagnosztikai kritériumoknak. Összesen az evészavarok szignifikánsan gyakoribbak a románoknál, mint a magyaroknál ($\chi^2_1 = 4,96$, $p < 0,05$; Fisher's exact próba - $p < 0,05$).

17. táblázat. *A klinikai AN és BN, valamint a szubklinikai AN és BN szimulált diagnózisainak prevalenciája az első vizsgálatban lányoknál (% és n)*

Lány				
	<i>Magyar</i> <i>n = 365</i>	<i>Román</i> <i>n = 406</i>	<i>Szász</i> <i>n = 190</i>	<i>Összes</i> <i>n = 961</i>
<i>Anorexia nervosa</i>	0,5% (2)	0,2% (1)	-	0,3% (3)
<i>Bulimia nervosa</i>	0,5% (2)	1,2% (5)	0,5% (1)	0,8% (8)
<i>Szubklinikai anorexia</i>	1,1% (4)	3,0% (12)	0,5% (1)	1,8% (17)
<i>Szubklinikai bulimia</i>	0,5% (2)	2,2% (9)	1,1% (2)	1,4% (13)
<i>Összes evészavar</i>	2,7% (10)	6,6% (27)	2,1% (4)	4,3% (41)

18. táblázat. A klinikai AN és BN, valamint a szubklinikai AN és BN szimulált diagnózisainak prevalenciája a második vizsgálatban (% és n)

	Fiú			Lány		
	<i>Magyar</i> <i>n = 593</i>	<i>Román</i> <i>n= 547</i>	<i>Összesen</i> <i>n=1140</i>	<i>Magyar</i> <i>n=719</i>	<i>Román</i> <i>n = 537</i>	<i>Összesen</i> <i>n=1256</i>
<i>Anorexia nervosa</i>	–	–	–	–	0,6%* (3)	0,2% (3)
<i>Szubklinikai Anorexia</i>	–	–	–	0,4% (3)	1,9%* (10)	1% (13)
<i>Bulimia nervosa</i>	0,2% (1)	–	0,09% (1)	1% (7)	1,3% (7)	1,1% (14)
<i>Szubklinikai Bulimia</i>	0,3% (2)	0,5% (3)	0,4% (5)	0,8% (6)	0,7% (4)	0,8% (10)
<i>Összes evészavar</i>	0,5% (3)	0,5% (3)	0,5% (6)	2,2% (16)	4,5% (24)	3,2% (40)

A második vizsgálatban a fiúknál sem klinikai, sem szubklinikai anorexiát nem találtunk. Összesen 3 (0,6%) román lány felelt meg az anorexia nervosa diagnosztikai kritériumainak. Amint az a 16. táblázatból kitűnik, a magyar lányok 0,4%-a és a román lányok 1,9%-a felelt meg a szubklinikai anorexia nervosa diagnosztikai kritériumainak. A bulimia diagnosztikai kritériumainak a magyar lányok 1%-a és a román lányok 1,3%-a felelt meg. A szubklinikai eseteket illetően a magyar lányok 0,8%-a és a román lányok 0,7%-a felelt meg a szubklinikai bulimia diagnosztikai kritériumainak. Nem találtunk szignifikáns különbséget a szubklinikai és klinikai bulimia prevalenciáját illetően a magyar és román lányok között. A román lányoknál az anorexia ($\chi^2_1 = 4,026$, $p < 0,05$; Fisher's exact próba - $p < 0,05$) és a szubklinikai anorexia ($\chi^2_1 = 6,266$, $p < 0,05$; Fisher exact's próba - $p < 0,05$) prevalenciája szignifikánsan magasabb, mint a magyaroknál. Egyetlen magyar fiúnál találtunk klinikai bulimiát. A szubklinikai bulimia prevalenciája a magyar fiúknál 0,3% és a román fiúknál 0,5% volt. Az összes évszavarban nincs szignifikáns különbség a román és magyar populációban.

19. táblázat. A klinikai AN és BN, valamint a szubklinikai AN és BN szimulált diagnózisainak prevalenciája a két vizsgálatban lányoknál (% és n)

	Lány					
	<i>Első vizsgálat</i>			<i>Második vizsgálat</i>		
	<i>Magyar n=365</i>	<i>Román n=406</i>	<i>Összesen n=771</i>	<i>Magyar n=719</i>	<i>Román n=537</i>	<i>Összesen n=1256</i>
<i>Anorexia</i>	0,5% (2)	0,2% (1)	0,4% (3)	-	0,6% (3)	0,2% (3)
<i>Szubklinikai AN</i>	0,5% (2)	1,2% (5)	0,9% (7)	0,4% (3)	1,9% (10)	1% (13)
<i>Bulimia</i>	1,1% (4)	3,0% (12)	2,1% (16)	1% (7)	1,3% (7)	1,1% (14)
<i>Szubklinikai BN</i>	0,5% (2)	2,2% (9)	1,4% (11)	0,8% (6)	0,7% (4)	0,8% (10)
<i>Összesen</i>	2,7% (10)	6,6% (27)	4,8% (27)	2,2% (16)	4,5% (24)	3,2% (40)

Tekintetbe véve, hogy az első vizsgálatban a fiúknál sem klinikai, sem szubklinikai evészavart nem találtunk, a két vizsgálat közötti összehasonlítást a lányok populációján végeztük el. Nem volt szignifikáns eltérés a két vizsgálatban az összes evészavart illetően sem az etnikumok között, sem a két vizsgálat között khi-négyzet-próbát alkalmazva. Az etnikumok statisztikai összehasonlítása az alacsony cellák száma miatt Fisher's exact próbát alkalmaztunk, de nem mutatott ki szignifikáns különbséget.

Összefoglalva kiemelhető, hogy az első vizsgálatban fiúknál sem klinikai sem szubklinikai evészavart nem találtunk. Nem volt etnikai különbség az anorexia, bulimia, szubklinikai anorexia, és szubklinikai bulimia prevalenciáját illetően. Az első vizsgálatban középiskolások körében az anorexia 0,3%, a bulimia 0,8%, a szubklinikai anorexia 1,8%, és a szubklinikai bulimia 1,4%.

A második vizsgálatban fiúknál nem volt anorexiás és szubklinikai anorexiás viszont az első vizsgálattal ellentétben volt bulimiás (0,2%) és szubklinikai bulimiás (0,4%). Lányoknál csak a románoknál volt anorexiás (0,6%). A szubklinikai anorexia gyakoribb volt a román lányoknál, mint a magyaroknál. Összességében a lányok 0,2%-a volt anorexiás, 1,1%-a bulimiás, 1%-a szubklinikai anorexiás és 0,8%-a szubklinikai bulimiás. A lányok

csoportjában az összes evészavar 3,2%-ban fordul elő. Az első és második vizsgálat között nem volt szignifikáns különbség a klinikai és szubklinikai evészavarok előfordulását illetően.

10.1.2.5. A két epidemiológiai vizsgálat során kapott eredmények részösszefoglalója

A két epidemiológiai vizsgálat során az erdélyi serdülők körében kapott eredményeket négy alfejezetben tárgyaltam három szempontot figyelembe véve: nemek szerint, etnikumok szerint és a két vizsgálat összehasonlítása során kapott eredmények szerint. Először a két vizsgálati minta demográfiai és antropometriai eredményeit mutattam be. Ezt követően az Evési Attitűdök Tesztjével, valamint a Bulimia Kognitív Disztorziós Skálával mért eredményeket tárgyaltam. Harmadszor a különböző súlycsökkentő viselkedéseknek és a falásrohamoknak az előfordulását elemeztem, és negyedszer a két vizsgálat során kapott klinikai és szubklinikai evészavarok előfordulását tárgyaltam.

A két vizsgálatban kapott antropometriai adatok alapján elmondható, hogy a román fiúknál jobban érvényesül a maszkulin ideál, inkább súlyosabbak, nagyobb a testtömegindexük, nagyobb súlyra vágnak, mind a kisebbséghez tartozó magyar vagy szász fiúk. A román lányok átlagosan alacsonyabb testsúlyúak a más etnikumhoz tartozó társaikhoz képest és alacsonyabb testsúlyra is vágnak. 2006-ban, öt évre az első vizsgálat után a lányok testtömegindexe nagyobb volt függetlenül azt etnikumtól.

Az Evési Attitűdök Tesztjén elért összpontszámok eltérőek a nemek alapján, a lányoknak magasabb összpontszámuk volt, mint a fiúknak. Az első vizsgálatban az EAT összpontszáma a román lányoknál magasabb volt, mint a magyaroknál és a szászoknál. A második vizsgálatban nem voltak etnikai különbségek az EAT-ot illetően. A román lányok EAT pontszáma magasabb a magyarokénál függetlenül a vizsgálat időpontjától, de a 2006-ban felmért lányok alacsonyabb EAT pontszámról számolnak be, mint a 2001-ben megkérdezettek.

A leggyakoribb súlycsökkentő viselkedésnek a fiúk mindkét vizsgálatban az edzést jelölték meg, amely gyakoribb volt a románoknál a másik két etnikumhoz képest, és a 2006-os vizsgálatban a fiúk kevesebbet edzettek, mint a 2001-ben megkérdezett fiúk. Mindkét vizsgálatban számoltak be a fiúk falásrohamokról, de lehetséges, hogy ők inkább a nagyevésekre gondoltak, mint a bulimiás falásrohamokra, annak ellenére, hogy a kérdőívben feltüntettük, hogy mit értünk falásrohamok alatt. A falásrohamok gyakoribbak a román lányoknál, mint a magyaroknál, függetlenül a vizsgálat időpontjától. Az edzés a súly és alak

miatt is gyakoribb a román lányoknál, és etnikumtól függetlenül 2006-ban a lányok kisebb aránya számolt be edzésről, mint 2001-ben.

Mindkét vizsgálatban voltak lányok, akik megfeleltek a klinikai vagy szubklinikai evészavarnak a DSM-IV szerinti szimulált diagnosztikai kritériumok alapján. Nem voltak különbségek a két vizsgálatban a klinikai és szubklinikai evészavarok aránya között. A második vizsgálatban a román lányoknál a klinikai és szubklinikai anorexia aránya magasabb volt, mint a magyar lányoké. Fiúknál az első vizsgálatban sem klinikai, sem szubklinikai evészavart nem találtunk, a második vizsgálatban pedig voltak bulimiás és szubklinikai bulimiás fiúk, de nagyon alacsony arányban.

10.2. Önéletrajzi emlékezet anorexiás betegeknél

Az 5–9. fejezetekben részletesen bemutatott elméleti ismeretekre támaszkodva a jelen vizsgálat célja az önéletrajzi emlékezet működésének vizsgálata volt egészséges kontroll személyek, illetve anorexiás betegek csoportjában (Krizbai és mtsai, 2011).

A vizsgálat hipotézisei a következők voltak:

1. Az anorexiás betegek kevesebb egyedi emléket hívnak elő a pozitív, negatív, semleges és anorexiás hívó szavakra a kontroll csoporthoz képest.
2. Az anorexiás betegek kevesebb egyedi emléket hívnak elő az anorexiás hívó szavakra a pozitív, negatív és semleges hívó szavakhoz képest.
3. Az anorexiás betegek szignifikánsan több általános önéletrajzi emléket hívnak elő a kontroll csoporthoz képest abban az esetben is, amikor a depresszió mértéke kontrollálva van.

10.2.1. Módszerek

10.2.1.1. Vizsgálati személyek

Erdélyben sajnos a jelen pillanatban sincs evészavarok kezelésére szakosodott ambulancia. Gyermek- vagy felnőttpszichiátriai osztályokon lehet, hogy találkozhatunk evészavarosokkal, de a tapasztalatom azt mutatja, hogy kevesen ismerik fel a kórképet, félrekezelik, és a betegek nem részesülnek megfelelő ellátásban. A budapesti Semmelweis Egyetem I. Gyermekgyógyászati Klinika gyermekpszichiátriai osztályának osztályvezető főorvosát, Dr. Pászthy Beát kerestem meg, hogy engedélyezze a vizsgálat elvégzését fekvő betegek, illetve ambuláns betegek körében.

Másfél év alatt harmincnyolc anorexiás lánnyal sikerült felvenni az Önéletrajzi Emlékezet Tesztet. Mindannyian restriktív anorexiások voltak (purgáló viselkedés nélkül) a DSM-IV diagnosztikai kritériumai alapján. A csoport jellemzői az 16. táblázatban láthatóak. Az anorexiás lányok átlagéletkora 15,5 (SD = 1,55) év volt. A vizsgálatban résztvevő lányok életkora 14 és 18 év között volt. A vizsgálat ideje alatt egyik lány sem állt gyógyszeres kezelés alatt.

A kontroll csoportot negyvenhét lány alkotta. Önkéntesen vettek részt a vizsgálatban, és életkoruk, iskolázottságuk megfelelt a klinikai csoport jellemzőinek, de élettörténetükben nem szerepelhetett evészavar. A kontroll csoport átlag életkora 15,05 volt (SD = 1,29).

10.2.1.2. MÉRŐESZKÖZÖK

10.2.1.2.1. Az Önéletrajzi Emlékezet Teszt (AMT)

Az Önéletrajzi Emlékezet Tesztet (AMT, Williams és Broadbent, 1986) gyakran használják érzelmi zavarokkal küszködő személyek önéletrajzi emlékeinek kutatására. A vizsgálati személyeket arra kérik, hogy pozitív (pl. boldog), negatív (pl. szomorú), illetve semleges (pl. fű) hívó szavakra idézzenek fel egyedi emlékeket.

A vizsgálati személyek a következő instrukciót kapták:

„Azon életeseményeid érdekelnek, amelyek életed során történtek. Néhány szót fogok neked felolvasni. Minden egyes szó esetében arra kérlek, hogy gondolj vissza egy eseményre, ami megtörtént veled, és amit az elhangzott szó eszedbe juttat. A felidézett esemény bármikor történhetett az életed során; kisgyerekkorod óta és egészen a múlt hétig. Kérlek, ne számolj be olyan emlékekről, amelyek a múlt héten történtek veled. A felidézett esemény lehet fontos vagy akár hétköznapi. Még egy fontos dolog. Az emlék, ami az adott szóról eszedbe jut, egy specifikus esemény kell legyen. Egy olyan esemény, amely kevesebb, mint egy napot tartott, és egy meghatározott időben és helyen történt. Például ha a „jó” szót hallod, nem lenne helyénvaló, ha erre azt mondanád „mindig szeretem a jó bulikat”, mivel ez nem egy specifikus eseményre vonatkozik. Helyes, ha a „jó” szóra azt mondd „Jól éreztem magam a Kati buliján”, mert az egy specifikus esemény. Fontos az is, hogy minden hívó szóra más emléket hívjál elő.”

Első lépésben három próbaszó segítségével (élvezet, barátságos, kopasz) meggyőződünk arról, hogy a vizsgálati személyek megértették az instrukciót. A vizsgálati személynek összesen 60 mp állt a rendelkezésére, hogy előhívjon egy emléket az adott hívó szóra. A vizsgálati személy által előhívott emléket egyedi (specifikus) emlékként, összegzett általános emlékként, kiterjedt általános emlékként vagy szemantikus társításként kódoltuk. Ha a rendelkezésre álló 60 mp alatt nem hívott elő emléket, akkor „nincs emlék”-ként kódoltuk.

Az emlékek típusainak kódolásánál a következő ismérveket vettük figyelembe. Az egyedi (specifikus) emlék, amint az instrukcióból is kiderül, olyan eseményre vonatkozik, amely egyszer történt meg, kevesebb, mint egy napot tartott, és meghatározott időben és helyen történt (Pl. *Jól éreztem magam a Kati buliján, szerdán*). Ha az előhívott emlék megfelelt ezeknek a jellemzőknek, akkor specifikus emlék kódot kapott. A vizsgálati személyek által előhívott emlékek azonban nem minden esetben specifikusak. Az előhívott emlék lehet szemantikus társítás az adott szóra (Pl. a „boldog” szóra „a kutyám”, „az anyám” vagy „napsütés”), ilyenkor az előhívott emlék a szemantikus társítás kódját kapta. A

felidézett emlékek lehetnek általános, összegzett emlékek, amelyek ismétlődő aktivitásra vonatkoznak (Pl. *“Amikor elmegyek a vendéglőbe a barátaimmal”, “Amikor hegyet mászok”*), ebben az esetben az előhívott emléket, mind általános összegzett emléket kódoltuk. Az előhívott emlék lehet általános kiterjedt emlék, amikor a vizsgálati személy egy olyan emlékről számol be, ami hosszabb ideig tartott, mint egy nap, egy életperiódus történéseiről (Pl. *„A vakációm a múlt évben, Spanyolországban”, vagy „Amikor Angliában laktam”*), ilyenkor a felidézett emlék általános kiterjesztett emlék kódot kapott. A kódolt emlékeket numerikus formában vezettük be az SPSS programban, éspedig úgy, hogy ha a fentebb felsorolt emléktípusnak felelt meg, akkor 1-es kódot kapott, ha pedig nem felelt meg az adott emléktípusnak, akkor 0-ást kapott. Egy előhívott emlék egyetlenegy kódot kaphatott, tehát vagy specifikus, vagy általános összegzett, vagy általános kiterjesztett, vagy pedig szemantikus társításként kódolódhatott.

10.2.1.2.2. Gyermek Depresszió Kérdőív (CDI)

A Gyermek Depresszió Kérdőív (Children's Depression Inventory, CDI; Kovacs, 1985; Kovacs, 1992; Rózsa és mtsai, 1999) egy 27 tételből álló, egyenként 3 válaszlehetőséget tartalmazó tünetorientált skála, melyet a 7–18 éves gyermekek és serdülők depressziós zavarainak feltárására szerkesztettek. Gyakori hangulatváltozásokat, önértékelési és társas viselkedésben megnyilvánuló zavarokat, testi panaszokat mér. A 27 tételből 14 a tünetmentesség felől halad a fokozott depresszió tünete felé, míg a kérdőív többi tételénél ez fordított irányú. A pontozás a három választási lehetőségtől függően 0–2 pontig történik, ahol a magasabb pontszám a depressziós tünetek fokozott előfordulására utal. A gyermek feladata, hogy minden egyes tételből kiválassza és jelölje be azt az egyet, ami a legjobban leírja viselkedését, vélekedését az elmúlt két hétben. A tételek a legkülönbözőbb depressziós tünetek leírásai: gyakori hangulatváltások, önértékelési és a társas viselkedésben megnyilvánuló zavarok, testi panaszok. A kérdőív összpontszáma 0-tól 54 pontig terjedhet (Perczel Forintos, 2005).

10.2.1.2.3. Evészavar Kérdőív (EDI)

Az Evészavar Kérdőív (Eating Disorders Inventory, EDI, Garner és mtsai (1983); magyar nyelvű adaptálás: Túry és mtsai, 1997) az evészavarok vizsgálatában leggyakrabban használt kérdőív. Az evészavarok többdimenziós felfogásán alapul. Likert-típusú skálát használó önpontozó kérdőív, melynek 64 tétele van. Az evészavarokra jellemző kognitív,

emocionális és viselkedéses tényezőket értékeli 8 alskálában. Az alskálák pontszáma a hozzá tartozó tételekre adott válasz értékeinek összege.

karcsúság iránti késztetés – a diétázással való túlzott foglalkozást, a testsúly miatti aggodalmaskodást, a fogyásra, soványságra törekvést, a hízástól való félelmet tükrözi.

bulimia – azokat a tendenciákat jelöli, amelyek kontrollálatlan túlevésre serkentenek és ezeket önhánytatásra való erős késztetés követheti.

testtel való elégedetlenség – e faktor tételei azon meggyőződést tükrözik, hogy valamely testrész alakjának meg kellene változnia, vagy ezek túlságosan kövérek.

elégtelenség érzése – a tételek az általános elégedetlenségre és az értéktelenség érzésére vonatkoznak, valamint a személyes hatékonyság hiányára utalnak.

perfekcionizmus – azon tételek tartoznak ide, amelyek a kimagasló, tökéletes teljesítmény túlzott mértékű elvárására vonatkoznak.

interperszonális bizalmatlanság – az alskálák tételei az elidegenülés érzését és a közeli kapcsolatoktól való idegenkedést fejezik ki.

interoceptív tudatosság - a belső érzékelések (éhség, jóllakottság) és érzelmek felismerésében és azonosításában való bizonytalanságot jelző tételek tartoznak az alskálához.

félelem a felnőtté válástól – a tételek azt a törekvést tárják fel, hogy a személy szeretne visszavonulni a serdülőkor előtti időszak biztonságába, mert nyomasztónak találja a felnőttiséggel járó követelményeket.

A kóros ponthatárok megállapítása az első három alskálában lehet szükséges, ha az EDI-vel végzünk szűrővizsgálatot (Túry és Szabó, 2000).

10.2.1.3. Eljárás

A vizsgálat a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrumának Regionális és Intézményi Kutatásetikai Bizottságának jóváhagyásával történt (1993–2009). Minden résztvevő részletes tájékoztatást kapott a vizsgálati eljárásról. A vizsgálati személyek aláírásukkal erősítették meg részvételüket a vizsgálatban, és mivel mind kiskorúak voltak, a szülők aláírását is kértük a vizsgálatához. A résztvevők egyénileg vettek részt a vizsgálaton. Egy személynek a vizsgálati ideje átlagosan másfél órát vett igényben, melynek első részében körülbelül 45 perc alatt felvettük az önéletrajzi emlékezet tesztet, az idő hátralévő részében

pedig a vizsgálati személyek kitöltötték a Gyermekek Depresszió Kérdőívet (CDI) és az Evészavar Kérdőívet (EDI).

10.2.1.3.1. Az önéletrajzi emlékezetre vonatkozó hívó szavak kiválasztása

Brittlebank és mtsai (1993) egy 72 hívó szavas listát állítottak össze, ami 24 pozitív, 24 negatív és 24 semleges hívó szót tartalmazott. A 72 angol szót magyarra fordítottak, majd visszafordítottak angolra, ezáltal ellenőrizve a fordítás megbízhatóságát. A 72 szavas listát 50 véletlenszerűen kiválasztott serdülő egy 1-től 10-ig terjedő skálán értékelte a következő kritériumok alapján: ismerőség (1 – egyáltalán nem ismerős, 10 – nagyon ismerős) és érzelmi töltet (1 – semleges, 10 – erős érzelmi töltet) (20. táblázat). Ennek alapján kiválasztottunk 24 hívó szót: 8 pozitív (boldog, izgatott, vidám, öröm, nyugodt, gyöngéd, mosoly, reménykedő), 8 negatív (szenvedés, tragikus, szomorú, zaklatott, bánat, szégyen, megbántott, szörnyű) és 8 semleges (hagyma, létra, kerámia, fű, zongorista, állatvilág, kenyér, könyvtár) szót. Azon tanulmányok, amelyek vizsgálatukban az Önéletrajzi Emlékezet Tesztet alkalmazták átlagosan 4–10 hívó szót alkalmaztak a vizsgálati személyek önéletrajzi emlékezetének tesztelésére. Természetesen mindegyik vizsgálat úgy választotta meg a hívó szavak listáját, hogy azok az adott vizsgálat céljainak megfeleljenek.

A jelen vizsgálatban – mivel a vizsgálati csoport átlagos életkora 15,51 volt ($SD = 1,55$) – nagyon fontos volt olyan szavakat kiválasztani a listából, amelyeket az ismerőség skáláján magasra pontoztak, ezáltal kiküszöbölve azt a hibalehetőséget, hogy az előhívott emléket befolyásolja a szó ismeretlensége. A negatív és pozitív hívó szavak esetében azokat választottuk, amelyeknél a legmagasabb volt az érzelmi töltet, a semleges szavak esetében pedig a legalacsonyabb érzelmi töltetű szavakat választottuk.

20. táblázat. Az ismerőség, érzelmi töltet és konkrétság értékei a pozitív, negatív, semleges és anorexiás hívószavak esetében (átlag, SD)

	<i>Pozitív szavak</i>	<i>Negatív szavak</i>	<i>Semleges szavak</i>	<i>Anorexiás szavak</i>
<i>Ismerőség</i>	9,79 (0,19)	9,62 (0,15)	9,74 (0,22)	9,82 (0,18)
<i>Érzelmi töltet</i>	8,69 (0,53)	8,72 (0,33)	2,14 (0,67)	2,10 (0,68)

10.2.1.3.2. Az anorexiás hívószavak kiválasztása

A jelen vizsgálat egyedisége abban is rejlik, hogy az Önéletrajzi Emlékezet Teszt hívó szavainak listáját anorexiás hívó szavakkal egészítettük ki. Tudva azt, hogy anorexiában a figyelem fókusza leginkább a saját testtel, testsúllyal és különböző ételekkel kapcsolatos ingerek felé irányul (Rawal és mtsai, 2010), vizsgálatunkban kíváncsiak voltunk, hogy az önmagában semleges érzelmi töltettel rendelkező anorexiás hívószavak milyen mértékben befolyásolják az anorexiás betegek önéletrajzi specifikusságát. Létrehoztunk ezzel a céllal, Hermans és mtsai (1998) előzetes kutatásaira támaszkodva egy anorexiás hívószavas listát is. Hermans és mtsai (1998) egy 24 szóból álló, anorexiás hívó szavakat tartalmazó listát állítottak össze. Ezeket a szavakat magyar nyelvre fordítottuk, majd visszafordítottuk angolra, ezáltal ellenőrizve megbízhatóságukat. A 24 szavas listát 50 véletlenszerűen kiválasztott serdülő egy 1-től 10-ig terjedő skálán értékelte a következő kritériumok alapján: ismerőség (1 – egyáltalán nem ismerős, 10 – nagyon ismerős), érzelmi töltet (1 – semleges, 10 – erős érzelmi töltet) és konkrétság (1 – egyáltalán nem konkrét, 10 – nagyon konkrét). Ennek alapján kiválasztottunk 8 hívó szót (diéta, böjt, túlevés, kalória, külső megjelenés, étkezés, csípő, vacsora), melyeket az értékelést végző személyek alacsonyra értékelték a konkrétság skálán ($M = 3,78$, $SD = 0,61$). Erre a módszerre azért volt szükség, mert az Önéletrajzi Emlékezet Teszt által ajánlott hívó szavak kevésbé konkrétak, mint az anorexiás hívó szavak. Az anorexiás hívó szavak érzelmi töltete ($M = 2,10$, $SD = 0,68$) megfelelt a semleges szavak érzelmi töltetének ($M = 2,14$, $SD = 0,67$) (lásd: 20. táblázat).

Végül a fent említett eljárások alapján kiválasztott hívó szavak a következők voltak:

- 8 pozitív (boldog, izgatott, vidám, öröm, nyugodt, gyöngéd, mosoly, reménykedő)
- 8 negatív (szenvadás, tragikus, szomorú, zaklatott, bánat, szégyen, megbántott, szörnyű)
- 8 semleges (hagyma, létra, kerámia, fű, zongorista, állatvilág, kenyér, könyvtár)
- 8 anorexiás hívó szó (diéta, böjt, túlevés, kalória, külső megjelenés, étkezés, csípő, vacsora)

Ezeket a szavakat külön kártyákra nyomtattuk, és felváltva (pozitív, negatív, semleges és anorexiás hívó szó) mutattuk be a vizsgálati személyeknek. Első lépésben három próba szó segítségével (élvezet, barátságos, kopasz) meggyőződünk arról, hogy a vizsgálati személyek megértették az instrukciót. A vizsgálati személynek összesen 60 mp állt a rendelkezésére,

hogy előhívjon egy specifikus emléket az adott hívó szóra. Az előhívott emlékek típusát két klinikai szakpszichológus kódolta a fent leírt eljárás szerint úgy, hogy egyikük sem tudta, hogy a vizsgálati személyek melyik csoportba tartoztak. A kódolók között a megbízhatóság (Cohen-féle kappa-érték) igen magas volt: 0,98 a specifikus emlékek esetében, 0,98 a kategorikus emlékek esetében és 0,95 a kiterjesztett emlékek esetében. Ezen adatok megfeleltek a témában már más szerzők által közölt eredményeknek (Brewin és mtsai, 1999; Laberg és Andersson, 2004).

10.2.2. Eredmények

10.2.2.1. Az anorexiás és kontroll csoport demográfiai és antropometriai jellemzői, valamint az Evészavar kérdőívben, és Gyermek depresszió kérdőívben elért eredmények

A csoportok közötti különbségek vizsgálatára t-próbát alkalmaztunk (21. táblázat). Nem találtunk szignifikáns különbséget az anorexiás csoport és kontroll csoport között az életkorban és a testmagasságban, azonban szignifikáns volt a különbség a testtömeg-indexet (BMI) és a testsúlyt illetően. Az anorexiások testtömeg-indexe ($t(83) = -6,02$, $p < 0,001$), valamint testsúlya ($t(83) = -5,44$, $p < 0,001$) szignifikánsan alacsonyabb volt, mint a kontroll csoporté.

21. táblázat. Az anorexiás és kontroll csoport demográfiai és antropometriai jellemzői

	Anorexiás csoport (n = 38)	Kontroll csoport (n= 47)	t	P
<i>Életkor</i>	15,51 (1,55)	15,05 (1,29)	1,48	0,14
<i>Magasság</i>	1,64 (0,77)	1,67 (0,64)	-1,88	0,06
<i>Testsúly</i>	46,08 (7,61)	55,65 (8,39)	-5,44	0,001*
<i>BMI testtömegindex</i>	16,96 (1,89)	19,87 (2,43)	-6,02	0,001*

Ugyanakkor a klinikai csoport szignifikánsan magasabb átlagértékeket ért el a Gyermek Depresszió Kérdőívben (CDI) ($t(83) = 7,02$, $p < 0,001$), az Evészavar Kérdőívben (EDI) ($t(83) = 10,04$, $p < 0,001$), valamint az Evészavar Kérdőív Karesúság iránti késztetés, Bulimia és Saját testtel való elégedetlenség alskáláin, a kontroll csoporthoz képest.

22. táblázat. Az anorexiás és kontroll csoport kérdőívekben elért átlagai

	<i>Anorexiás csoport</i> (<i>n</i> = 38)	<i>Kontroll csoport</i> (<i>n</i> = 47)	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>CDI</i>	21,05 (10,65)	8,51 (5,42)	7,02	0,001*
<i>EDI</i>	80,05 (33,52)	24,42 (16,09)	10,04	0,001*
<i>Karcsúság</i> <i>iránti</i> <i>készlettség</i>	13,84 (6,61)	1,91 (2,89)	11,12	0,001*
<i>Bulimia</i>	2,92 (3,87)	0,59 (1,49)	3,78	0,001*
<i>Testtel való</i> <i>elégedetlenség</i>	17,76 (6,97)	6,21 (6,46)	7,91	0,001*

A táblázatban feltüntetett értékek: átlag (szórás)

10.2.2.2. Az önéletrajzi emlékek vizsgálata

Az adatok eloszlásának vizsgálatára a Kolmogorov-Szmirnov-próbát alkalmaztuk. Mivel az atok aszimmetrikus eloszlást mutattak, nem-paraméteres eljárásokat alkalmaztunk a statisztikai összefüggések és különbségek kimutatására (A csoportok közötti összehasonlításra Mann-Whitney-próbát használtuk, a csoporton belüli összehasonlításra Wilcoxon-próbát). A 23–25. táblázatokban feltüntetett értékek mediánban vannak kifejezve (IT = interkvartilis tartomány).

10.2.2.2.1. Az előhívott egyedi (specifikus) önéletrajzi emlékek

A kontroll csoport szignifikánsan több egyedi (specifikus) önéletrajzi emléket hívott elő a hívó szavak mindegyik kategóriájában: pozitív ($Z = -6,01$, $p < 0,0005$), negatív ($Z = -5,95$, $p < 0,0005$), semleges ($Z = -7,13$, $p < 0,0005$) és anorexiás ($Z = -6,12$, $p < 0,001$), mint az anorexiás csoport (23. táblázat).

23. táblázat. Előhívott specifikus önéletrajzi emlékek

<i>Hívó szavak</i>	<i>Anorexiás csoport (n = 38) Median (IT)</i>	<i>Kontroll csoport (n = 47) Median (IT)</i>	<i>p-érték</i>
<i>Pozitív</i>	5 (2)	7 (2)	< 0,001*
<i>Negatív</i>	4 (2)	7 (2)	< 0,001*
<i>Semleges</i>	4 (2,5)	7 (1)	< 0,001*
<i>Anorexiás</i>	3 (3)	6 (2)	< 0,001*

10.2.2.2.2. Az előhívott általános önéletrajzi emlékek

Az anorexiás csoport szignifikánsan több összegzett általános emléket hívott elő a hívó szavak mindegyik kategóriájában a kontroll csoporthoz képest (24. táblázat): pozitív ($Z = -2,93$, $p < 0,001$), negatív ($Z = -3,08$, $p < 0,001$), semleges ($Z = -6,89$, $p < 0,0005$) és anorexiás ($Z = -3,47$, $p < 0,001$).

24. táblázat. Előhívott általános összegzett önéletrajzi emlékek

<i>Hívó szavak</i>	<i>Anorexiás csoport (n = 38) Median (IT)</i>	<i>Kontroll csoport (n = 47) Median (IT)</i>	<i>p-érték</i>
<i>Pozitív</i>	0 (5)	0 (0)	< 0,001*
<i>Negatív</i>	0 (5)	0 (0)	< 0,001*
<i>Semleges</i>	1 (1)	0 (0)	< 0,001*
<i>Anorexiás</i>	0 (1)	0 (1)	< 0,001*

Az anorexiás csoport ugyancsak szignifikánsan több kiterjedt általános emléket hívott a hívó szavak mindegyik kategóriájában: pozitív ($Z = -6,20$, $p < 0,0005$) negatív ($Z = -6,73$, $p < 0,0005$), semleges ($Z = -5,05$, $p < 0,0005$) és anorexiás ($Z = -6,55$, $p < 0,001$), mint a kontroll csoport (25. táblázat).

25. táblázat. Előhívott általános kiterjedt önéletrajzi emlékek

<i>Hívó szavak</i>	<i>Anorexiás csoport (n = 38) Median (IT)</i>	<i>Kontroll csoport (n = 47) Median (IT)</i>	<i>p-érték</i>
<i>Pozitív</i>	2 (2)	0 (1)	< 0,001*
<i>Negatív</i>	2 (2)	0 (1)	< 0,001*
<i>Semleges</i>	1 (2)	0 (1)	< 0,001*
<i>Anorexiás</i>	2 (2)	0 (1)	< 0,001*

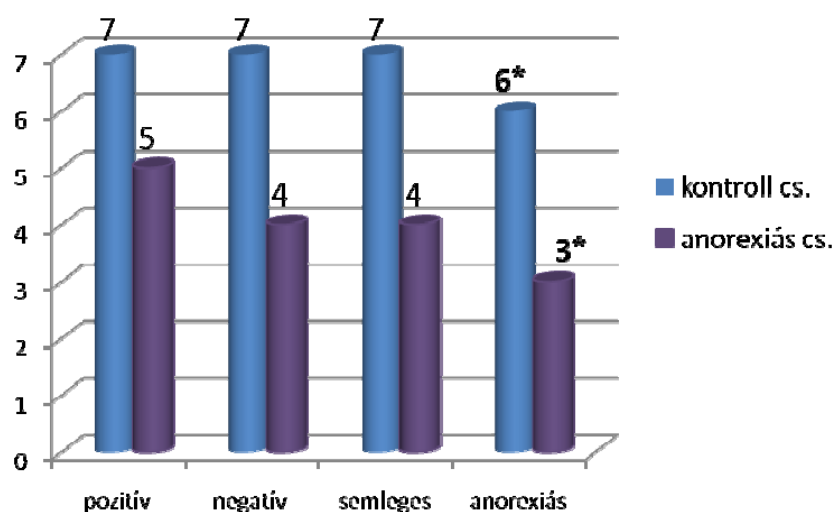
10.2.2.2.3. Az anorexiás és kontroll csoport anorexiás hívószavakra előhívott specifikus önéletrajzi emlékek típusa

A módszertani részben részletes bemutatásra került az anorexiás hívó szavak létrehozásának és alkalmazásának célja. Azt feltételeztük, hogy abból kifolyólag, hogy az anorexiás betegek figyelme nagyon beszűkült, és a gondolkodásukat a saját testükkel, testsúlyukkal, táplálkozással kapcsolatos aggodalmaskodás itatja át, lehetséges, hogy az egyébként semleges anorexiás hívó szavak szintén érzelmi töltetű hívó szavakként fognak hatni, és még kevesebb specifikus emléket idéznek elő az anorexiás hívó szavakra a negatív érzelmek elkerülésének céljából, mint a pozitív vagy negatív hívó szavakra.

A kontroll csoport szignifikánsan több specifikus emléket hívott elő az anorexiás hívó szavakra (medián: 6, IT: 2), mint az anorexiás csoport (medián: 3, IT: 3) a Mann-Whitney-próba alapján ($Z = -6,12$, $p < 0,001$).

Az anorexiás lányok szignifikánsan kevesebb specifikus emléket idéztek fel az anorexiás hívó szavakra ($Z = -3,33$, $p < 0,001$), mint a pozitív ($Z = -4,43$, $p < 0,001$), negatív ($Z = -4,58$, $p < 0,001$) vagy semleges hívó szavakra ($Z = -3,33$, $p < 0,001$) (15. ábra). A legtöbb specifikus emléket a pozitív hívó szavakra hívták elő (medián: 5, IT: 2), és a legkevesebb specifikus emléket az anorexiás hívó szavakra (medián: 3, IT: 3).

15. ábra. Az anorexiás és kontroll csoport által felidézett specifikus emlékek a négy hívó szó típusra



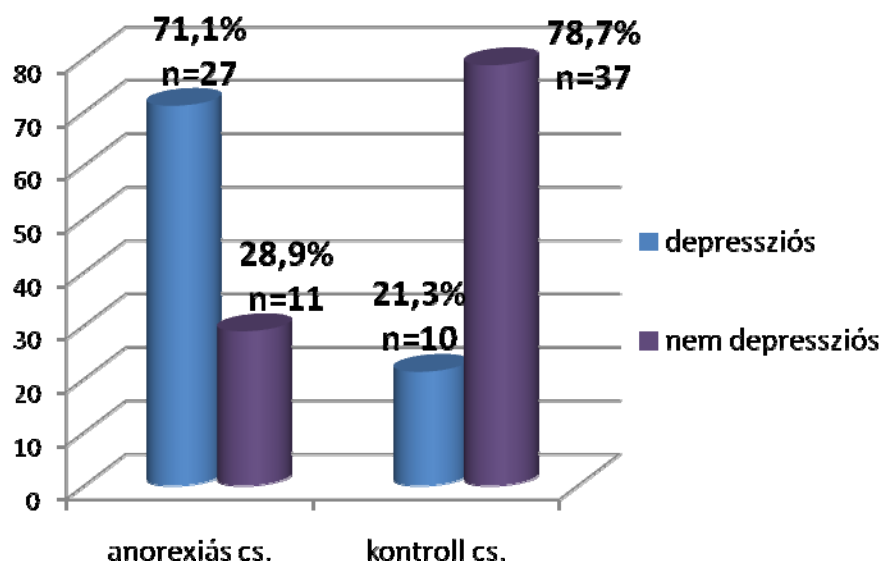
* $p < 0,001$ szignifikáns különbség csoporton belül a négy hívó szó típusra felidézett specifikus emlékek között

A kontroll csoport szintén kevesebb egyedi emléket idézett fel az anorexiás hívó szavakra a pozitív ($Z = -3,29$, $p < 0,001$), negatív ($Z = -2,60$, $p < 0,01$) és semleges ($Z = -4,53$, $p < 0,001$) szavakhoz képest, viszont a kontroll csoport által leggyengébben felidézett specifikus emlékek száma még mindig szignifikánsan több volt, mint az anorexiás csoport által legjobban felidézett specifikus emlékek száma ($Z = -3,41$, $p < 0,001$) (15. ábra).

10.2.2.3. A depresszió hatása az emlékezeti teljesítményre

A vizsgálati személyek kitöltötték a Gyermek Depresszió Kérdőívet (CDI). A CDI alapján a 12 pontnál magasabb érték depressziós tünetek előfordulására utal. Ennek alapján két csoportot hoztunk létre (16. ábra): a 12 pontot elért, és 12 pont alattiak csoportja, valamint a 12 pont felettiak csoportja. Az anorexiás csoportból 28,9% ($n = 11$) tartozott a 12 pont alatti tartományba, és 71,1% ($n = 27$) tartozott a 12 pont feletti tartományban. A kontroll csoport 78,7%-a ($n = 37$) tartozott a 12 pont alatti, és 21,3%-a ($n = 10$) pedig a 12 pont feletti tartományban.

16. ábra. A vizsgálati minta eloszlása a CDI-n elért pontszám függvényében



Arra voltunk kíváncsiak, hogy a két csoport közötti emlékezeti különbség az evészavar miatt vagy inkább a depresszió miatt áll fenn.

Első ízben a Kruskal–Wallis-próbát alkalmazva megvizsgáltuk, hogy van-e szignifikáns különbség a csoportok között (egy változóban összevontuk az anorexiás, kontroll, depressziós és nem depressziós csoport) a függő változót illetően. Függő változónak a pozitív, negatív, semleges, illetve anorexiás hívó szavakra felidézett specifikus emlékek számát tekintettük. A Kruskal-Wallis-próba szignifikáns különbséget mutatott a pozitív specifikus emlékek ($\chi^2_3 = 36,276$, $p < 0,001$), a negatív specifikus emlékek ($\chi^2_3 = 35,530$, $p < 0,001$), a semleges specifikus emlékek ($\chi^2_3 = 51,177$, $p < 0,001$), illetve az anorexiás specifikus emlékek esetében is ($\chi^2_3 = 38,000$, $p < 0,001$), ennek alapján vagy a fő hatásban vagy az interakcióban szignifikáns különbség van a csoportok között.

Annak eldöntésére, hogy a depresszió, evészavar és emlékezet közötti interakciónak van-e szerepe, kétmintás Mann-Whitney-próbákat alkalmaztunk, két próbát a főhatás vizsgálatára és két próbát az interakció vizsgálatára. Mivel ugyanazon a mintán több összehasonlítást végeztünk, a szignifikancia-szint korrekciójára a Bonferroni-elvet használtuk (Abdi, 2007). Ezen elv alapján a Mann-Whitney-próbával tesztelt különbséget csak abban az esetben tekintjük szignifikánsnak, ha a p-érték kisebb lesz, mint 0,0125 (béta = 0,05/n; mivel négy összehasonlítást végzünk, ebben az esetben $n = 4$).

A főhatások vizsgálatánál a Mann-Whitney-próba szignifikáns különbséget mutatott a depressziós és nem depressziós csoport között, valamint a kontroll csoport és anorexiás csoport között a felidézett egyedi (specifikus) emlékeket illetően (26. táblázat). A depressziós

csoport szignifikánsan kevesebb specifikus emléket idézett fel a hívó szavak mindegyik kategóriájában, mind a nem depressziós csoport: pozitív ($Z = -3,03$, $p < 0,001$), negatív ($Z = -3,08$, $p < 0,001$), semleges ($Z = -3,63$, $p < 0,0005$) és anorexiás ($Z = -3,19$, $p < 0,001$).

Az anorexiás csoport szignifikánsan kevesebb specifikus emléket idézett fel a hívó szavak mindegyik kategóriájában, mind a kontroll csoport: pozitív ($Z = -6,01$, $p < 0,0005$), negatív ($Z = -5,95$, $p < 0,0005$), semleges ($Z = -7,13$, $p < 0,0005$) és anorexiás ($Z = -6,12$, $p < 0,001$).

26. táblázat. Az előhívott specifikus emlékek száma a depressziós és nem depressziós csoportok, valamint az anorexiás és kontroll csoportok esetében

Hívó szó	Depressziós cs. (n=37)	Nem depressziós cs. (n=48)	p	Anorexiás cs. (n=38)	Kontroll cs. (n=47)	p
Pozitív	5 (3)	7 (3)	< 0,05*	5 (2)	7 (2)	< 0,001‡
Negatív	5 (3)	7 (2)	< 0,05*	4 (2)	7 (2)	< 0,001‡
Semleges	5 (3,5)	7 (2)	< 0,05*	4 (2,5)	7 (1)	< 0,001‡
Anorexiás	3,5 (4,5)	6 (3)	< 0,05*	3 (3)	6 (2)	< 0,001‡

*szignifikáns különbség a depressziós és nem depressziós csoport között ($p < 0,05$)

‡szignifikáns különbség az anorexiás és a kontroll csoport között ($p < 0,001$)

Az interakció vizsgálatára a depressziós illetve a nem depressziós csoporton belül vizsgáltuk az anorexiás és kontroll csoport közötti különbségeket.

A depressziós csoporton belül, azon személyek, akik anorexiások is, szignifikánsan kevesebb egyedi emléket idéztek fel a hívó szavak mindegyik kategóriájában azokhoz képest, akik csak depressziósok, de nem anorexiások: pozitív ($Z = -3,29$, $p < 0,001$), negatív ($Z = -3,30$, $p < 0,001$), semleges ($Z = -3,89$, $p < 0,000$) és anorexiás ($Z = -3,10$, $p < 0,001$) (27. táblázat).

27. táblázat. A depressziós csoporton belül az anorexiás betegek illetve kontroll személyek által felidézett specifikus önéletrajzi emlékek száma

<i>Hívó szó</i>	<i>Anorexiás cs. (n=27)</i>	<i>Kontroll cs. (n=10)</i>	<i>p</i>
<i>Pozitív</i>	5 (3,5)	7 (2)	< 0,001*
<i>Negatív</i>	4 (2,5)	6,5 (2)	< 0,001*
<i>Semleges</i>	4 (2,5)	7 (2)	< 0,001*
<i>Anorexiás</i>	2,5 (3,5)	5,5 (2)	< 0,001*

A nem depressziós csoportban, összehasonlítva az anorexiások által felidézett specifikus emlékek arányát a kontroll személyek által előhívott specifikus emlékek arányával, azt találtuk, hogy a nem depressziós anorexiások szignifikánsan kevesebb specifikus emléket idéznek fel a hívó szavak mindegyik kategóriájában, a nem depressziós kontroll személyekhez képest (pozitív: $Z = -4,27$, $p < 0,005$; negatív: $Z = -4,11$, $p < 0,005$; semleges: $Z = -4,82$, $p < 0,005$; anorexiás: $Z = -4,46$, $p < 0,005$). Ez utóbbi két Mann–Whitney próba az anorexia, a depresszió és az önéletrajzi specifikusság közötti interakció bizonyítéka, amely alapján elmondhatjuk, hogy az általunk vizsgált mintán nem a depresszió foka, hanem az evészavar felelős az önéletrajzi emlékezet deficitéért (28. táblázat).

28. táblázat. A nem depressziós csoporton belül az anorexiás betegek illetve kontroll személyek által felidézett specifikus önéletrajzi emlékek száma

<i>Hívó szó</i>	<i>Anorexiás cs. (n=11)</i>	<i>Kontroll cs. (n=37)</i>	<i>p</i>
<i>Pozitív</i>	5 (0)	7 (2)	< 0,001*
<i>Negatív</i>	4 (2)	7 (2)	< 0,001*
<i>Semleges</i>	4 (3)	7 (1)	< 0,001*
<i>Anorexiás</i>	3 (3)	6 (2)	< 0,001*

10.2.2.4. Az egyedi (specifikus) önéletrajzi emlékek, a depresszió és evészavar kapcsolata

Szignifikáns negatív korrelációt találtunk az EDI és az egyedi emlékek száma között ($r(85) = -0,64$, $p < 0,001$), valamint a CDI és az egyedi emlékek száma között ($r(85) = -0,52$, $p < 0,001$). Azonban az evészavar és emlékezet közötti korreláció erősebb, mint a depresszió és emlékezet közötti korreláció. A depressziós csoportban szignifikáns összefüggés volt a CDI, az EDI és az egyedi önéletrajzi emlékezet között, de az EDI erőteljesebben korrelált az egyedi önéletrajzi emlékezettel ($r(85) = -0,60$, $p < 0,001$), mint a CDI ($r(85) = -0,54$, $p < 0,001$). A nem depressziós csoportban szignifikáns korrelációt találtunk az EDI és az egyedi önéletrajzi emlékezet között ($r(85) = -0,52$, $p < 0,001$), de a CDI és specifikus önéletrajzi emlékek között már nem volt szignifikáns a korreláció ($r(85) = -0,08$, $p = 0,55$).

10.2.2.5. Az anorexiás betegek önéletrajzi emlékezetének vizsgálata során kapott eredmények rövid összefoglalása

A kapott eredmények rávilágítanak arra, hogy az anorexiában szenvedő betegek kevésbé rendelkeznek specifikus önéletrajzi emlékekkel a kontroll csoporthoz képest, és specifikus hívó szavakra (pozitív, negatív, semleges és anorexiás) nagyobb arányban idéznek fel inkább kiterjesztett és összegzett emlékeket.

Ha az anorexiás kórkép depresszióval társul, akkor azt láthatjuk, hogy még erősebb az emlékezeti általánosság, viszont abban az esetben is jellemző az anorexiára az önéletrajzi emlékezet általános volta, ha nem társul depresszióval, tehát a depressziótól független jelenségről van szó.

Feltételezhető, hogy az anorexiás betegek is a depressziós, és szorongásos zavarban szenvedő betegekhez hasonlóan az önéletrajzi emlékezet általánosságát, mint coping stratégiát használják fel arra a célra, hogy a negatív érzéseket elnyomják. E mögött az érzelmszabályozás deficitje áll, melynek célja az érzelmek fokozott elkerülése, ezáltal védekezve az érzelmek azonosításának és tudatosításának nehézsége ellen. Feltevésünket azon eredményünk is igazolhatja, miszerint a betegséggel kapcsolatos (anorexiás) hívó szavakra a betegek még kevesebb specifikus emléket idéztek fel, mint a negatív vagy pozitív hívószavakra. Az önmagában semleges tartalmú anorexiás hívószavak tehát az anorexiás betegek számára erőteljesebb emlékezeti általánosságot eredményeztek a pozitív vagy negatív hívó szavakhoz képest.

11. Megbeszélés

11.1. Az evészavarok epidemiológiai vonatkozásai serdülők körében

Az anorexia nervosa és bulimia nervosa prevalenciáját két epidemiológiai vizsgálatban mértük fel, serdülő fiúk és lányok körében. Az első vizsgálat 2001-ben történt Erdélyben, kolozsvári és brassói román, magyar, illetve szász középiskolások körében, összesen 1621 fiú és lány töltötte ki az erre a célra összeállított önpontozós kérdőívet. A második vizsgálat 2006-ban történt szintén Erdélyben, Maros megyei és Kovászna megyei magyar, illetve román 7–12. osztályosok körében, amikor összesen 2396 diák válaszolt az önpontozós kérdőívre. A vizsgálatokban felhasznált kérdőívek szerkezetét, valamint a vizsgálati populációkat a 10.1. részben részletesen ismertettük.

Első ízben arra voltunk kíváncsiak, hogy milyen arányban fordulnak elő az evészavarok erdélyi serdülők körében, és hogy az általunk kapott eredmények megfelelnek-e a nemzetközi szakirodalomban közölt prevalencia-értéknek, esetleg magasabbak vagy alacsonyabbak, mint a Közép- és Kelet-Európa többi országában kapott prevalencia-adatok.

A kapott eredmények arra engednek következtetni, hogy az evészavarok prevalenciája Erdélyben is megközelíti a közép- és kelet-európai országokból közölt adatokat. Első vizsgálatunkban a lányok 0,3%-a, második vizsgálatunkban a lányok 0,2%-a felelt meg az AN diagnosztikai kritériumainak. A szubklinikai AN kritériumainak első vizsgálatunkban a lányok 1,8%-a, második vizsgálatunkban 1%-a felelt meg. A BN prevalenciája az első vizsgálatban a lányoknál 0,8%, a második vizsgálatban pedig 1,1% volt. A szubklinikai BN 2001-ben a lányoknál 1,4%, míg 2006-ban 0,8% volt. Első vizsgálatunkban a fiúknál sem klinikai, sem szubklinikai evészavart nem találtunk. A második vizsgálatban egyetlen magyar fiúnál (0,09%) találtunk klinikai súlyosságú bulimiát, a szubklinikai bulimia prevalenciája 0,4% volt.

A szigorú diagnosztikai kritériumokat felhasználó, kétlépcsős vizsgálatok eredményei szerint fiatal nők körében az anorexia nervosa prevalenciája 0,5–1% körül van, a bulimia nervosa 1–3% körül (Fairburn, 1990; Rastam, 2004). A fiúknál csupán a második vizsgálatban találtunk bulimiát, illetve szubklinikai bulimiát, ami ismét hangsúlyozza, hogy ezek a zavarok a nőkre jellemzőek leginkább, a fiúknál jóval kisebb arányban fordulnak elő.

Ha a kapott eredményeket közép- és kelet-európai viszonylatban vizsgáljuk, azt mondhatjuk, hogy adataink megközelítik a Magyarországról, Csehországból, Horvátországból, Lengyelországból és Bulgáriából közölt adatokat. A 2.6. részben, valamint

az 1.-2. táblázatban olvashatóak az AN és BN prevalenciáját vizsgáló tanulmányok eredményei, valamint a Közép- és Kelet-Európában végzett főbb epidemiológiai felmérések eredményei.

Az általunk végzett felmérés serdülő, középiskolás populációban történt. Mindkét vizsgálatban kapott adataink magasabb prevalenciát mutatnak Włodarczyk-Bisaga és Dolan (1996) lengyelországi adatainál. A szerzők nem találtak a középiskolások között klinikai súlyosságú anorexiást vagy bulimiást. Magasabb az általunk vizsgált mindkét populációban az AN gyakorisága, mint a csehországi mintában (0,14%), viszont a BN prevalenciája a csehországi középiskolásoknál magasabb (5,7%) (Krch és Drábková, 1996). Magyarországon Túry és mtsai (1991) által középiskolás populáción végzett vizsgálatukban nem találtak klinikai evészavart. 2000-ben Tölgyes és mtsai középiskolásokon végzett vizsgálatukban, nem találtak a szigorú diagnosztikai kritériumoknak megfelelő anorexiást. A bulimia aránya 0,6% volt. Mind a 2001-es, mind a 2006-os vizsgáataink adatai szerint a romániai AN és BN prevalencia-értékei magasabbak, mint Szumska és mtsai (2001) által magyarországi fiatal nők körében kapott adatai. Szumska és mtsai (2001) fiatal (15–24 éves) nők nagy és reprezentatív mintáján ($n = 3615$) 0,03%-osnak találták az AN és 0,41%-osnak a BN prevalenciáját.

Erdélyben egyetlen felmérés történt az evészavarok prevalenciáját illetően, viszont egyetemista populációban (Túry és mtsai, 1998). A szerzők nem találtak klinikai súlyosságú evészavart, a szubklinikai esetek aránya azonban magas volt. Szubklinikai AN nők között 2,5%, a férfiak között 0,6%, szubklinikai BN a nők között 3,8%, a férfiaknál 2,5% gyakorisággal fordult elő. Mivel a jelen vizsgáataink célpopulációja középiskolás volt, az 1995-ben Túry és mtsai (1998) által végzett vizsgálati eredményekhez való viszonyítás korlátozottan lehetséges. Elmondhatjuk, hogy 6 évvel, illetve 9 évvel később serdülő populációban vannak klinikai súlyosságú evészavarok, és a szubklinikai esetek aránya alacsonyabb a középiskolásoknál, az egyetemistákhoz képest. Nincs azonban adatunk arról, hogy 1995-ben az erdélyi serdülők körében ezek az értékek milyenek voltak.

11.2. A falásrohamnak, valamint a különböző súlycsökkentő viselkedéseknek az előfordulása a középiskolások körében

Ha a BN vezértünetének, a falásrohamnak a gyakoriságát vizsgáljuk, az első vizsgálatban magas azoknak az aránya, akiknek falásrohamaik vannak. 20,3 és 34,2% között van azon lányok aránya, akik arról számolnak be, hogy voltak falásrohamaik az utóbbi három hónapban, a fiúknál pedig 19,6 és 24,3% között van ez az arány. A második vizsgálatban is magas a falásrohamról beszámoló serdülők aránya. A lányok 25,5 és 28,5% közötti arányban

számolnak be falásrohamról, míg a fiúk 19 és 22,1% közötti arányban. Ezek az arányok hasonlóak Fairburn és Beglin (1990) által Angliában talált adataival, ahol a nők 26%-nál találtak falásrohamokat. A fiúk aránya arra enged következtetni, hogy valószínűleg ők inkább a nagy evésre értették a falásrohamot. Habár a BN vezértünetét, a falásrohamot a kérdőíven meghatároztuk (nagyobb mennyiségű étel gyors elfogyasztása), ezt a válaszolók igen különbözőképpen értelmezhatték. Emiatt óvatosan kell kezelni az eredményeket. Szabó és Túry (1995) egyetemi hallgatókkal folytatott interjúk során, úgy találták, hogy nők és férfiak számára mást jelent a falásroham. A férfiak számára, a falásroham többnyire szociális kontextusban zajló esemény, míg a nők egyedül, titokban, a büntudat, szorongás által vezérelve falnak.

Az edzés a súly és alak miatt, valamint a diétázás a leggyakoribb súlycsökkentő viselkedések mindkét vizsgálat esetében. A 2001-es vizsgálatban a lányok 77,3% és 83,7% közötti arányban számolnak be arról, hogy az utóbbi három hétben, illetve három hónapban többször is edzettek a súlyuk miatt vagy alakformálás miatt. A 2006-os vizsgálat szerint a lányoknál az edzés aránya, 59,6% és 73,7% között van. A fiúknál is az edzés a súly és alak miatt, gyakori viselkedésként jelenik meg. Az első vizsgálatban a fiúk 47,4% és 55,9% közötti arányban, míg a második vizsgálatban 44,2% és 54,1% közötti arányban számolnak be testedzésről. Akárcsak a falásrohamnál, az edzésnél is meghatároztuk, hogy a testsúly csökkentésére irányuló edzésre gondolunk. A meghatározás ellenére a fiúk magas arányokról számolnak be, és ezeket az eredményeket is óvatosan kell kezelnünk. Mind az első, mind a második vizsgálatban a fiúk átlagban három kilogrammal súlyosabbak szeretnének lenni, mint amennyi a jelenlegi testsúlyuk, így lehetséges, hogy ők az edzésre, mint fizikai aktivitásra gondoltak, és nem mint testsúlycsökkentő viselkedésre, amikor az erre vonatkozó kérdésekre válaszoltak. A lányok mindkét vizsgálatban átlagosan három kilogrammal könnyebbek szeretnének lenni, mint jelenlegi testsúlyuk. Ez a különbség magyarázhatja sokuknál az edzés fontosságát, mint súlycsökkentő viselkedést. A 2006-os vizsgálatban felmért fiúk és lányok kevesebbet edzenek, mint a 2001-ben megkérdezettek.

A diétázás is gyakori súlycsökkentő viselkedésként jelenik meg, mindkét vizsgálatban. Az első vizsgálatban 42,6% és 48,5% között, a második vizsgálatban pedig 42,1% és 44,3% között van azon lányok aránya, akik diétázni próbáltak az utóbbi három hétben, azzal a céllal, hogy elérjék ideális testsúlyukat. A fiúk is bejelölték a diétázást, mint súlycsökkentő viselkedést, de jóval alacsonyabb arányban (5,4–16,8% az első vizsgálatban és 11,9–12,3% a második vizsgálatban). Az étvágycsökkentők, hashajtók, vízajtók használatának aránya már jóval alacsonyabb és ritkább mindkét vizsgálatban, mind a fiúknál, mind a lányoknál.

11.3. A táplálkozásszavarra jellemző pszichopatológiai eltérések, kóros evési attitűdök, kognitív disztorziók

A kóros evési attitűdök vizsgálatára az Evési Attitűdök Tesztjét, míg a bulimiás kognitív torzítások mérésére a Bulimia Kognitív Disztorziós Skálát használtuk (lásd a 10.1. fejezetet). Az kóros étkezési attitűdökről beszámoló lányok aránya az első vizsgálatban 7,4% és 11,1% között volt, míg a második vizsgálatban 7% és 8,9% között volt. A fiúk és lányok között szignifikáns különbség volt az EAT összpontszámát illetően, a lányoknál mindkét vizsgálat esetében gyakrabban fordulnak elő kóros evési szokások, mint a fiúknál. A BCDS-en kóros értékeket elért lányok aránya 20,5% és 31,4% között volt. A lányok átlagos összpontszáma 53,2 és 51,1 között volt a BCDS-en, míg a fiúknál ez 41,2 és 44,9 között volt. A fiúk kevesebb bulimiás kognitív torzításról számoltak be, mint a lányok.

Szabó és mtsai (2010) középiskolás populációban mérték a táplálkozásszavarok prevalenciáját 1989-ben, valamint 10 évvel később. Vizsgálatukban a kóros evési attitűdök mérésére szintén az EAT-ot alkalmazták, a bulimiás kognitív disztorziók mérésére pedig a BCDS-t. Vizsgálatukban, 1989-ben a lányok 4,1%-a, míg 1998/1999-ben a lányok 9,2%-a számolt be kóros evési attitűdökről. A BCDS összpontszáma lányoknál 1989-ben 51,1 volt, 1998/1999-ben 53,8. Fiúknál alacsonyabb értékeket mértek (44,4 és 45,5). Tölgyes (2007) budapesti és pécsi középiskolások körében vizsgálta a kóros evési attitűdöket. Budapesten 15–18 éves lányok csoportjában (n = 189) 2,6% volt a kóros evési attitűdök előfordulása, a pécsi lányok (n=143) csoportjában pedig 3,4%. A fiúk között Budapesten (n = 151) 1,1%, míg a pécsi fiúk csoportjában (n = 97) 3,2% volt a kóros evési attitűdök aránya.

11.4. Az evészavarok epidemiológiai vonatkozásai kulturális tükrében

Kutatásunk egyedisége amellet, hogy egy átfogó evészavar-epidemiológiai felmérés, abban is rejlik, hogy az evészavarok előfordulását három kultúra mentén vizsgálja. Első vizsgálatunkban (2001) a romániai román, magyar, illetve szász etnikai csoportokban vizsgáltuk az evészavar prevalenciáját, míg második vizsgálatunkban (2006) romániai román, illetve magyar etnikumú középiskolásokat vizsgáltunk.

Erdélyben, a román, magyar, illetve a szász etnikum évszázadok óta együtt él és mégis külön kultúrával rendelkező entitás. Más örökséggel, más vallással, más hagyományokkal, szokásokkal és történelemmel rendelkezik, és más nyelvet beszél (a jelen tanulmány keretei meghaladják az Erdélyben élő nemzetiségek részletes ismertetését, viszont a mellékletben lévő rövid összefoglalóban olvashatnak erről. Lásd: 1. melléklet). Érdekes kihívásnak találtuk az evészavarok előfordulásának vizsgálatát e három kultúra mentén. Mivel a szociokulturális

tényezők evészavarokban játszott szerepe ismert, az érdekelt, hogy vannak-e különbségek a három kultúra között az evészavarok prevalenciáját, a kóros evési attitűdöket és különböző súlycsökkentő viselkedéseket illetően. Az utóbbi évtizedekben számos felmérés történt az evészavarok témakörében, de ebből csak néhány felmérés foglalkozott a kultúrák közötti különbségekkel, hangsúlyozva a szociokulturális hatások szerepét az evészavarok kialakulásában. A 2.7. fejezetben ismertettem a legfontosabb transzkulturális vizsgálatokat.

A román, magyar illetve szász csoportok vizsgálata során a fiúk csoportjában sem klinikai sem szubklinikai evészavart nem találtunk. A lányoknál a magyar lányok 0,5%-a, a román lányok 0,2%-a felelt meg az AN diagnosztikai kritériumainak. A szubklinikai AN aránya ennél magasabb volt. Nem találtunk szignifikáns különbséget a három etnikum között az anorexia prevalenciáját illetően, viszont a szubklinikai anorexia prevalenciája tendenciaszerűen magasabb volt a román lányoknál a magyarokhoz képest. A BN prevalenciájában sem volt szignifikáns különbség a három etnikum között, viszont a románoknál volt a legmagasabb (a magyar lányok 0,5%-a, a román lányok 1,2%-a és a szász lányok 0,5%-a felelt meg a BN kritériumainak). A szubklinikai BN gyakoribb volt, mindhárom etnikum esetében.

Második vizsgálatunkban, amikor román, illetve magyar középiskolásokat hasonlítottunk össze, a fiúknál sem klinikai, sem szubklinikai anorexiát nem találtunk. Egyetlen magyar fiúnál találtunk klinikai bulimiát, a szubklinikai bulimia prevalenciája a magyar fiúknál 0,3% és a román fiúknál 0,5%, de a különbség nem volt szignifikáns. A román lányoknál az anorexia és a szubklinikai anorexia prevalenciája szignifikánsan magasabb volt, mint a magyaroknál. A bulimia (magyaroknál 1%; románoknál 1,3%), illetve a szubklinikai bulimia (magyaroknál 0,8%; románoknál 0,7%) aránya magasabb volt, mint az anorexia prevalenciája, viszont nem találtunk szignifikáns különbséget a két etnikum között. A két vizsgálat mért klinikai és szubklinikai evészavarok prevalenciája között nem volt különbség.

Rathner és mtsai (1995) átfogó kultúrközi felmérésükben, amelyet három ország – Magyarország, Kelet-Németország és Ausztria – orvostanhallgatóival készítettek, lényeges különbségeket találtak a három kulturális csoport között. A bulimia prevalenciája 0,6%, 1% és 0% az osztrák, német és magyar hallgatók körében. A szubklinikai bulimia aránya (3,8%) kétszer magasabb volt a magyaroknál, mint az osztrákoknál (1,9%), illetve németeknél (1,7%).

Az Evészavartünetek Súlyossági Skálájával (Yager és mtsai, 1987) mért evészavar tünetek gyakoriságát illetően az első vizsgálatban a bulimia alaptünetéről, a falásrohamokról elég magas arányban számoltak be a fiúk mindhárom populáció esetében. A fiúk leggyakoribb

súlycsökkentő viselkedése az edzés a súly és alak miatt. Lehetséges, hogy ők nem a fogyás céljából edzenek, figyelembe véve, hogy átlagosan három kilogrammal nagyobb testsúlyt kívánnak, hanem inkább amiatt, hogy súlyosabbak, maszkulinabbak legyenek. A második vizsgálatban a fiúk kevesebbet edzenek az első vizsgálatban megkérdezett fiúknál, ugyanez a lányokra is érvényes, náluk is 2006-ban kevesebb a testmozgás.

A lányok mindkét vizsgálatban nagyobb arányban számolnak be különböző súlycsökkentő viselkedésekről, valamint falásrohamról, mint a fiúk. A 2001-es vizsgálatunkban az edzés (a súly és alak miatt) szignifikánsan gyakoribb a román lányoknál (83,7%), mint a magyaroknál (77,3%). A falásrohamok aránya is a románoknál szignifikánsan magasabb, mint a magyaroknál. A 2006-os vizsgálatunkban a román lányok szignifikánsan többet edzenek az alak és a súlymegtartás miatt, mint a magyar lányok. Az étvágycsökkentők és a vízajtók használata is szignifikánsan gyakoribb a román lányoknál, mint a magyaroknál.

Ami a táplálkozási zavarokra jellemző pszichopatológiai tüneteket illeti, első vizsgálatunkban a román lányok szignifikánsan több kóros evési attitűdről számoltak be, mint a magyar lányok, és a „bulimia”, illetve „orális kontroll” alskálákon elért pontszámaik is szignifikánsan magasabbak voltak, mint a magyaroké. Az „orális kontroll” alskálánál a szász lányok pontszáma is szignifikánsan magasabb volt, mint a magyar lányoké. A második vizsgálatban nem találtunk különbséget a kóros evési attitűdöket illetően a magyar, illetve a román lányok között. Ami a bulimiára jellemző kognitív disztorziókat illeti, gyakoribbak voltak a magyar és román lányoknál, mint a szászoknál. A „külső megjelenés” alskálán a magyar lányok pontszáma szignifikánsan magasabb, mint a román és szász lányoké. A román lányok „evési szokások” skálán elért pontszáma szignifikánsan magasabb, mint a szász lányoké.

Sem az első, sem a második vizsgálatunkban a különböző etnikumu fiúk között nem találtunk szignifikáns különbséget az evési attitűdöket illetően. A bulimiás kognitív disztorziók esetében sem voltak szignifikáns eltérések a magyar, román, illetve szász fiúk eredményei között. A BCDS „evési szokások” alskáláján a román fiúk szignifikánsan magasabb pontszámot értek el, mint a magyar és szász fiúk.

Nasser és mtsai (1986) Londonban és Kairóban tanuló arab lányok evési attitűdjeit hasonlította össze. A Londonban tanuló lányok több kóros evési attitűddel rendelkeztek az EAT alapján (22), mint a Kairóban tanulók (12). Raich és mtsai (1992) spanyol és USA-beli fiatalokat hasonlítottak össze evési szokásaikat illetően. A kóros evési attitűdök aránya az USA-ban tanuló lányoknál szignifikánsan magasabb volt (12,1), mint a spanyol lányoknál (10,0). Neumärker és mtsai (1992) Kelet- és Nyugat-Németországban élő lányokat vizsgáltak,

és az EAT összpontszámot a Kelet-Berlinben élő lányoknál szignifikánsan magasabbnak találták (12,6), mint a Nyugat-Berlinben élőkénél (11,0). A szerzők a nyugati normákkal való túlzott identifikációval magyarázták ezeket a különbségeket.

Mindkét vizsgálatban, mind a kóros evési attitűdöket, mind a különböző súlycsökkentő viselkedéseket nézve azt látjuk, hogy a román lányoknál ezek az értékek magasabbak, mint a magyaroknál, illetve szászoknál, még akkor is, ha mindkét vizsgálatban a román lányok testtömegindexe a legalacsonyabb és ők a legmagasabbak is. Ugyanakkor az első vizsgálatban a szubklinikai anorexia nervosa aránya a román lányoknál a legmagasabb, és ugyanígy a második vizsgálatban is, mind a szubklinikai, mind a klinikai anorexia nervosa szignifikánsan magasabb a román lányoknál, mint a magyaroknál.

Amint azt már fentebb említettem, a kutatások nagymértékben inkább a más országban bevándorló és saját országukban maradt fiatal lányok evési szokásait hasonlították össze és azt találták, hogy az idegen országba bevándorlók esetében gyakoribbak az evészavarok. Ezt a jelenséget az idegen kultúra által közvetített nyomással magyarázták a szerzők. A nyugati értékek gyors elfogadását, a túlzott azonosulást több szerző is lényegesnek tartja az evészavarok terjedésének szempontjából. Ezt a folyamatot „nyugatosodás”-nak nevezték el (Dolan, 1991; Rathner, 1995). Valószínű, hogy a román etnikum, mint többség Romániában a magyar és szász kisebbségek mellett, jobban érintett a nyugat felől közvetített normák által és inkább hajlik arra, hogy megfeleljen ezeknek. A magyar, illetve szász etnikumok, mint kisebbségek Románia területén évtizedek óta arra törekednek, hogy megőrizték hagyományaikat és szokásaikat és identitástudatokat, hogy ne olvadjanak össze a román többséggel és talán emiatt a nyugat által közvetített normák nem érintik őket annyira élesen, mint a románokat.

A vallásnak is fontos hatása lehet az étkezési szokásokra a böjt szempontjából. Romániában a román etnikum ortodox vallású, míg a magyarok többnyire katolikusok vagy protestánsok, a szászok protestánsok. Az ortodox régebbi vallás, mint a protestáns vallások. A parancsolatoknak fontos szerepük van, a pap elmondja a gyülekezet tagjainak, hogy mit szabad illetve, mit nem szabad tenniük, és a hívő feladata követni ezeket a parancsolatokat. Az ortodox vallás esetében a böjt értelmezése más, mint a protestáns illetve a katolikus vallások esetében. A böjtölés az ortodoxoknál főleg a táplálkozásban és az állati eredetű táplálék megvonásában nyilvánul meg, mert úgy tartják, hogy ezáltal tisztul meg a test a bűntől, és erősödik a lélek a megtartózkodás erejétől. A nagy ünnepek előtt (karácsony és húsvét) hathetes böjt időszakuk van, ez idő alatt tilos bármilyen állati eredetű táplálék fogyasztása. A nagy ünnepek előtti böjtökön kívül számos más böjt időszakaik is vannak

(például Szent Péter, Szent Mária ünnepei, valamint vízkereszt és a kereszt napja), amelyek előtt 3 naptól egy hétig tartó böjt kötelező, amikor ugyancsak tiltott bármilyen állati eredetű táplálékot fogyasztani. Ezen kívül minden héten szerdán és pénteken nem fogyaszthatnak húst. Ezek a parancsolatok a gyermekekre is érvényes, mert az ortodox vallás úgy tartja, hogy a 7 évnél idősebb gyermekek ugyanolyan bűnösök, mint a felnőttek.

A protestáns vallások (református, evangélikus), mivel újabb keletűek, a böjtölést nem feltétlenül a táplálkozási szokásokra alapozzák. Számukra a böjt értelmezése más. A protestáns vallásúaknak a lelkész azt mondja el, hogy mi a helyes, illetve mi a helytelen viselkedés, és a hívő ember saját felelőssége, hogyan dönt. A böjtölés alatt az Istenhez való fordulást, az imátságot értik, a bűnmentes életen, a tiszta hitű cselekedeteken van a hangsúly, és nem feltétlenül az állati eredetű táplálék megvonásán. A böjt időszak is sokkal rövidebb, mint az ortodox vallásnál. Húsvét előtti nagypéntek a legfontosabb böjti nap, amikor naplementéig nem fogyaszthatnak semmiféle eledelt, csak vizet ihatnak.

A katolikusoknál a második zsinat óta enyhítették a böjtre vonatkozó parancsolatot. Hanvazó szerdán, illetve nagypénteken kötelező a böjt, amikor nem szabad húst enni, halat, tojást, tejterméket azonban igen. A Karácsony előtti adventi böjt ideje alatt, amely Katalin napján kezdődik, minden pénteken tilos húst enni. A katolikus vallásnál is a böjt leginkább a lelki tisztulásra vonatkozik és kevésbé a táplálkozásra. A böjtben nem szabad szórakozni, nem keresztelnek, nem esketnek, és a lelki böjthöz a jó cselekedet is hozzátartozik. Ezen kívül az év minden péntekén, megengedett a napi három étkezés, de egyszer sem szabad jóllakni. Kivételt képeznek a böjt alól a 10 éven aluliak és a 60 éven felüliek.

Lehetséges, hogy a vizsgálatunkban kapott evési attitűdökben jelentkező eltérések a három etnikum között, a fentiekben leírt vallási szokásokkal is magyarázhatóak, amelyek esetleg predisponáló tényezők lehetnek az anorexiás és bulimiás kórkép kialakulásának.

A tömegkommunikációs eszközök evészavarokban, illetve a kóros evési attitűdök kialakulásában játszott szerepét is fontos megemlíteni. Az evészavarok központi tünete a testképzavar. A nők saját testével való elégedetlenségét több szerző a tömegkommunikációs eszközök hatásának tulajdonítja (részletes áttekintés: Túry és Szabó, 2000). A különböző médiumok robbanásszerű fejlődése párhuzamos az evészavarok gyakoribbá válásával. A tévében, internet oldalakon, mozivászonon, reklámokban, női magazinokban majdnem kizárólagosan vékony, karcsú nőket láthatnak a nézők. A média által közvetített karcsúságideál számos nőnél szomorúságot, szégyenérzetet, bizonytalanságot, az önbecsülés csökkenését és a saját testtel való elégedetlenséget okoz. Ezek az inadaptív érzések sokszor arra késztetnek számos nőt, hogy diétázzni, koplalni kezdjenek az ideális testsúly elérése

érdekében, növelve náluk az evészavarok kockázatát. Főleg a fiatal lányok azok, akik a legérzékenyebbek a média által közvetített üzenetekre, mert, amint a szakirodalomból azt tudjuk, a serdülőkorban alakul ki a lányok identitása, a saját nőiességükről kialakított képük, önbecsülésük, önértékelésük (Forgács, 1994; Túry, 1992; Jessor, 1993).

Románia, mint poszt-kommunista ország számos változáson ment keresztül 1989 óta. Míg 1989 előtt a kommunista rendszerben egyetlen tv adó volt és néhány román nyelvű újság, addig a kommunizmus bukása után a tömegkommunikáció robbanásszerű fejlődése jellemezte országunkat. Ugyanakkor gazdaságilag is számos változás következett be, aminek következtében több család megengedte magának a különböző médiumokhoz való korlátlan hozzáférést. Míg 2000-ben a népesség 3,6%-a használt internetet, addig 2011-ben ez az arány 35,5%-ra nőtt meg (forrás Internet World Stats, www.internetworldstats.com). Lehetséges az is, hogy a médiumok fejlődésével párhuzamosan az evészavarok is nagyobb mértékben elterjedtek a romániai serdülők körében. Mivel sajnos a forradalom előtti időszakból semmilyen adatunk nincs az evészavarok epidemiológiájára vonatkozóan Romániából ezért nem tudhatjuk, hogy valóban 1989 után kezdett az evészavarok prevalenciája növekedni, vagy a forradalom előtt is magas volt, csak nehezebb volt ezeket felismerni.

Összefoglalásképpen elmondható, hogy az általunk kapott epidemiológiai adatok, felhívják a figyelmet arra, hogy az evészavarok aránya ebben a régióban is megközelíti a fejlett nyugati országok által közölt adatokat, és az etnikai csoportok közötti különbségek a kulturális tényezők szerepére utalhatnak az evészavarok kialakulásában.

Eredményeinket azonban kellő kritikával kell értékelni a következők miatt. Először is amiatt, mert az általunk végzett epidemiológiai felmérések egylépcsősek voltak, és a kérdőíves fázist nem követte interjú. Az interjú lehetőséget adott volna olyan kérdések tisztázására, mint pl. a falásrohamok mibenléte, edzésre, diétázásra vonatkozó válaszok tisztázása. Másodszor, a vizsgálataink egy lehetséges korlátja, hogy az általunk vizsgált minták nem voltak reprezentatívak az ország lakosságára nézve. Sajnos anyagi és személyi kapacitás hiányában nem volt lehetőségünk arra, hogy a minta reprezentativitását biztosítani tudtuk volna. Mindezen módszertani hiányosságok ellenére eredményeink értékelhetők és összehasonlíthatók a hasonló módszerekkel végzett külföldi vizsgálatok eredményeivel.

11.5. Az önéletrajzi emlékezet deficitje anorexia nervosában

A fent leírt epidemiológiai vizsgálatok mellett egy másik célkitűzésünk, az önéletrajzi emlékezet működésének vizsgálata volt anorexia nervosában szenvedő betegeknél, figyelembe véve a depresszió hatását a felidézett emlékek típusára. A vizsgálat megvalósításához szükséges módszereket, valamint a vizsgálati mintát a 10.2. fejezetben részletesen bemutatottuk. Az ötödiktől a tizedik fejezetig terjedő elméleti részben bemutatott ismeretekre támaszkodva, az önéletrajzi emlékezet vizsgálatunkban a módszertani részben megfogalmazott feltételezések megvizsgálását tűztük ki célul.

Vizsgálatunk első hipotézise az volt, hogy a szakirodalmi adatokra támaszkodva feltételezhető, hogy az anorexiás betegek kevesebb specifikus emléket hívnak elő a pozitív, negatív és semleges hívó szavakra, a kontroll csoporthoz képest.

Azon kutatások, amelyek az önéletrajzi emlékezetet különböző klinikai csoportokon vizsgálták, valamint evészavaros betegeknél (Dalglish és mtsai, 2003; Laberg és Andersson, 2004; Nandrino és mtsai, 2006), azt a következtetést vonták le, hogy az evészavarokban szenvedő betegek önéletrajzi emlékezetét az általánosság jellemzi az egészséges kontroll személyekkel szemben, akiknek emlékezete egyedi. Az általunk kapott eredmények alátámasztják a szakirodalomban közölt eredményeket. A restriktív anorexiás betegek nagyobb arányban idéznek fel kiterjedt és összegzett emlékeket, mint egyedi emlékeket az egészséges kontroll személyekhez képest.

Amint erről már a 8.2. részben részletesen írtam, Williams és mtsai (1996) az önéletrajzi emlékezet általánosságának magyarázatát, a 7. fejezetben leírt, Conway és Pleydell-Pearce (2000) modelljére alapozzák. Szerintük amiatt jelentkeznek általános önéletrajzi emlékek, mert az egyén leállítja az irányított emlékkeresést a hierarchia egy felsőbb szintjén, ahol még csak az általános, leíró jellegű információ elérhető. A szerzők szerint az egészséges személyekkel ellentétben, akik rendelkeznek egy keresési stratégiával, ami alapján tudják, hogy mennyire mélyen kell az önéletrajzi tudásbázis hierarchiájában elmélyülniük ahhoz, hogy az előhívott emlék specifikus legyen, az érzelmi zavarokban szenvedő személyek hamarabb abbahagyják a keresési folyamatot, még mielőtt elérnék az eseményspecifikus szintet. Williams és mtsai szerint (2007) az önéletrajzi emlékezet deficitje amiatt jön létre, mert az epizodikus memóriában tárolt negatív események reprezentációi negatív érzelmeket hoznak létre, abban a pillanatban, amikor az előhívás következtében az averzív esemény észlelési-érzékelési részletei kezdenek felelevenedni. Az önéletrajzi emlékezet általánosságát Williams és munkatársai (2007) coping stratégiaként tekintik,

amelynek habár egy adott pontig adaptív funkciója van, a háttérben az érzelemszabályozás deficitje áll.

Az érzelmi működésmód deficitjeit az AN-ban széles körben vizsgálták, de többnyire az érzelmek leírásának, illetve a szociális funkcionálás nehézségei kerültek a vizsgálatok középpontjába (Nandrino és mtsai, 2006, Jones és mtsai, 2008). Az érzelmi felismerés nehézsége egyaránt problémát jelent mások érzelmi állapotainak és a saját érzelmi állapotok esetében (Zonnevillle-Bender és mtsai, 2002). Az AN betegek kevésbé ismerik fel a negatív érzelmek kifejezéseket az arcon, kerülnek az érzelmekkel járó helyzeteket, különösen azokat, amelyekben konfliktusba kerülnének. Próbálják elhallgatni a negatív érzéseiket, és nem kommunikálják, ha valami kellemetlen számukra (Nandrino és mtsai, 2006). Ezek háttérben, az érzelmi válaszszerkezet kognitív komponenseinek sérülése vagy hiánya áll, úgymint szubjektív tudatosság és az érzésekről való verbális beszámolás képessége, melyet alexitímiaként definiálunk. Ehhez társul még az interperszonális kapcsolatokra jellemző bizalmatlanság és a tudatosság hiánya (Nandrino és mtsai, 2006).

Az érzelemszabályozási deficit az AN pszichopatológiai kórképében egy sokrétű védelmi mechanizmus. Ez a deficit megnyilvánul abban, hogy nehezebben ismernek fel érzelmeket arcról, vagy vokális jelzésekből, ami miatt az interperszonális kapcsolatokban is esetlenebbek. Ennek következményeként még szegényebbé válnak az érzelmi tapasztalataik (Nandrino és mtsai, 2006; Doba és mtsai, 2008). A védelem egy másik formája a belső állapotok állandó monitorozása, mely során az érzelmek azonosításánál fokozott kontroll jelenik meg (Quinton és Wagner, 2005). Az AN-ban az optimális érzelemszabályozásnak az érzelmek teljes kontrollja bizonyult. A teljes érzelemnélküliség csak látszólag kielégítő megoldás, azonban ez nem az érzelmek hiányát jelenti. Az érzelmek fokozott elkerüléséről van szó, így védekeznek az érzelmek azonosításának és tudatosításának nehézsége ellen (Salbach-Andrae és mtsai, 2008). Az érzelmi állapotok csillapítására vagy elkerülésére számos kognitív és viselkedési stratégia van az AN-ban. A kognitív elkerülés egy formájának tekinthető az emlékezeti működés jellegzetessége (Nandrino és mtsai, 2006; Doba és mtsai, 2008).

Az általunk kapott eredmények alátámasztják azt a tényt, hogy az önéletrajzi emlékezet deficitje, mint kognitív védekező stratégia, nemcsak a depressziós (Brittlebank és mtsai, 1993; Goddard és mtsai, 1996; Brewin és mtsai, 1999; Wessel és mtsai, 2001; Hermans és mtsai, 2004), PTSD-szindrómás, (McNally és mtsai, 1994; McNally és mtsai, 1995), borderline személyiségzavaros (Startup és mtsai, 2001; Kremers és mtsai, 2004) és

kényszerbetegekre jellemző (Wilhelm és mtsai, 1997), hanem a restriktív anorexiával küszködő betegekre is.

Kutatásunk egyedisége abban is rejlik, hogy a klinikumban széles körben használt Önletrajzi Emlékezet Teszt hívó szavas eljárással egyidőben egy anorexiás hívó szavak listáját is alkalmaztuk vizsgálatunkban. Az anorexiás hívó szavak bemutatása, valamint az ezzel kapcsolatos módszertani kérdések a 10.2. részben olvashatóak.

Az anorexiás hívó szavak alkalmazását vizsgálatunkban amiatt tartottuk fontosnak, mert ismert az a jelenség, hogy anorexiában a figyelem fókusza leginkább a saját testtel, testsúllyal és különböző ételekkel kapcsolatos ingerek felé irányul (Rawal és mtsai, 2010). Vizsgálatunkban kíváncsiak voltunk, hogy az önmagában semleges érzelmi töltettel rendelkező anorexiás hívószavak, milyen mértékben befolyásolják az anorexiás betegek önletrajzi specifikusságát. A második hipotézisünkben tehát ezek alapján azt feltételeztük, hogy az anorexiás betegek még kevesebb specifikus emléket hívnak elő az anorexiás hívó szavakra, mint a pozitív, negatív és semleges hívó szavakra. Eredményeink azt mutatják, hogy az anorexiás betegek valóban kevesebb egyedi emléket hívnak elő a betegséggel kapcsoltos hívó szavak esetében, mint a pozitív, negatív és semleges szavak esetében és több kiterjedt és összegzett emléket. A pozitív, illetve negatív érzelmi töltetű hívó szavak mellett az anorexiás hívó szavak is érzelmi töltettel bírnak a restriktív anorexiások esetében, mivel ezen hívó szavak esetében kaptuk a legkevesebb specifikus választ.

Az általunk kapott eredmények magyarázatára ismét az elméleti részben bemutatott Conway és Pleydell-Pearce (2000) modelljét hívjuk segítségül, amely szerint az autobiografikus tudás előhívását a működő szelf által megfogalmazott cél vezérli, melynek nagyon fontos szerepe van a specifikus önletrajzi emlékek rekonstrukciójában. Az, hogy mi foglalkoztat egy személyt éppen, olyan alapvető előfeszítést jelent, amely segíti bizonyos emléknymok előtérben kerülését. A kontroll folyamatok is fontos szerepet kapnak itt, mert a célirányos tevékenység fenntartását szolgálják, úgy, hogy ezeket támogató, segítő emlékek felidézésében nyújtanak segítséget. Conway és Holmes (2004) szerint azon események emlékei, melyek egy adott pillanatban kiemelt jelentőségűek voltak a szelf számára, megtartják magas hozzáférhetőségüket, és amikor a személyt arra kéri, hogy egy múltbeli eseményt idézzon fel, a leghamarabb aktiválódnak az önletrajzi tudásbázisból. Az anorexiások esetében az epizodikus memóriában tárolt betegséggel kapcsolatos eseményeknek (saját testtel, testsúllyal és különböző ételekkel kapcsolatos emlékek) negatív a reprezentációja, amely reprezentációk negatív érzelmekeket hoznak létre, abban a pillanatban, amikor az előhívás következtében az averzív esemény észlelési-érzékelési részletei kezdenek

felelevenedni. Amint arról fentebb már részletesebben írtam, az anorexiás betegek az önéletrajzi emlékezet általánosságát mint coping stratégiát használják fel arra a célra, hogy a negatív érzéseket elnyomják. Emögött az érzelemszabályozás deficitje áll, és valószínű, hogy az anorexiásoknál a működő szelf célrendszere az érzelmek teljes kontrollja fele irányul. Célja az érzelmek fokozott elkerülése, ezáltal védekezve az érzelmek azonosításának és tudatosításának nehézsége ellen. Ezzel magyarázható az a jelenség, hogy amikor az anorexiás beteget arra kéri, hogy a betegséggel kapcsolatos hívó szóra hívjon elő egy specifikus emléket, a hívó szóhoz kapcsolódó negatív reprezentáció arra ösztönzi a működő szelfet, hogy az averzív érzelmi állapot elkerülése végett meggátolja az eseményspecifikus szinten való keresést, általános önéletrajzi emlékeket generálva.

Az evészavarok gyakran társulnak depresszióval (Swift és mtsai, 1986). Az evészavarosok 50–70%-a depresszióról számol be (Halmi és mtsai, 1991; Herzog és mtsai, 1992). A depresszió és a táplálkozásvavarok kapcsolatáról a 4.1. részben részletesen írtam. Dalglish és mtsai (2003) a Kórházi Szorongás és Depresszió Skálát (HADS; Zigmond és Snaith, 1983) használták fel vizsgálatukban az evészavaros betegek depressziójának mérésére. Az találták, hogy a vizsgálatukban résztvevő evészavarosok 72%-a depresszióban is szenvedett. Feltételezték, hogy az önéletrajzi emlékezetben mutatkozó különbségek esetleg a depresszió tudhatóak be, és nem az evészavarnak. Laberg és Andersson (2004) a Beck Depresszió Kérdőívet (BDI) használva bulimiából nemrég kigyógyult betegeknél azt találta, hogy azon lányok, akinél magasabb volt a BDI-ben elért pontérték, több időre volt szükségük az emlék előhívásához, tehát a latencia idő hosszabb volt, mint azon lányok esetében, akiknél a BDI pontértéke alacsonyabb volt. Nandrino és mtsai (2006) anorexiás betegeken végzett vizsgálatukban pozitív korrelációt mutattak ki az általános emlékek (kategorikus és kiterjesztett) és a betegség időtartama között. Nem találtak korrelációt az anorexia és a depresszió között a BDI-t használva. A vizsgálatunk harmadik hipotézise az volt, hogy az anorexiás betegek szignifikánsan kevesebb specifikus önéletrajzi emléket hívnak elő a kontroll csoporthoz képest abban az esetben is, amikor a depresszió foka kontrollálva van. Ezen hipotézisünk is beigazolódott, mert a nem depressziós csoportban, összehasonlítva az anorexiások által felidézett specifikus emlékek arányát a kontroll személyek által előhívott specifikus emlékek arányával, azt találtuk, hogy a nem depressziós anorexiások szignifikánsan kevesebb specifikus emléket idéznek fel a hívószavak mindegyik kategóriájában, a nem depressziós kontroll személyekhez képest. Ennek következtében elmondhatjuk, hogy nem a depresszió, hanem az anorexia nervosa az, ami felelős az önéletrajzi emlékezet általánosságáért az általunk vizsgált populációban.

Összefoglalás, új eredmények

A jelen vizsgálatnak két fontos célkitűzése volt. 1.) A klinikai és szubklinikai evészavarok prevalenciájának, valamint a kóros evési attitűdök és kognitív disztorziók mértékének vizsgálata erdélyi serdülők körében. 2.) Az önéletrajzi emlékezet működésének vizsgálata, anorexiás betegek körében.

Az evészavarok prevalenciáját két átfogó epidemiológiai vizsgálat során térképeztem fel. Az első vizsgálat 2001-ben történt kolozsvári és brassói román, magyar és szász etnikumu középiskolások körében. Összesen 1 621 diák vett részt a vizsgálatban, közülük 669 román (263 fiú és 406 lány), 650 magyar (285 fiú és 365 lány) és 302 szász (112 fiú és 190 lány) volt. A felmérésben résztvevő populáció életkora 14–20 év között volt. A második vizsgálat 2006-ban, Maros és Kovászna megyei 7–12. osztályos diákok körében történt. A vizsgálatban román, illetve magyar tanulók vettek részt, összesen 2 396 fiatal. Közülük 1 084 román (547 fiú és 537 lány) és 1 312 magyar (593 fiú és 719 lány) volt. A felmérésben résztvevő populáció életkora 12–20 év között volt.

Az önéletrajzi emlékezet működésének vizsgálatában, 38 anorexiás lánynál vett részt, a Semmelweis Egyetem I. Gyermekgyógyászati Klinika gyermekpszichiátriai osztályáról. Mindannyian restriktív anorexiások voltak (purgáló viselkedés nélkül) a DSM-IV diagnosztikai kritériumai alapján. A vizsgálatban részt vett lányok életkora 14 és 18 év közötti volt. A kontroll csoportot 47 lány alkotta. Önkéntesen vettek részt a vizsgálatban, és életkoruk, iskolázottságuk megfelelt a klinikai csoport jellemzőinek.

A szubklinikai és klinikai evészavarok, valamint az evészavarokra jellemző pszichopatológiai jelenségek vizsgálatára, nemzetközileg is gyakran használt kérdőíveket alkalmaztam. A kérdőív az általános demográfiai, testsúlyra, testmagasságra és menstruációra vonatkozó adatokon kívül tartalmazta az Evészavar Súlyossági Skálát, a Bulimia Kognitív Disztorziós Skálát és az Evési Attitűdök Tesztjét.

Az önéletrajzi emlékezet vizsgálatára, Brittlebank és mtsai (1993) által összeállított hívó szavak listáját alkalmaztam. A vizsgálati személyek összesen 24 hívó szóra (nyolc pozitív, nyolc negatív és nyolc semleges) specifikus (egyedi) emlékeket kellett előhívjanak. Az egyedi (specifikus) emlék alatt, olyan eseményt értettünk, amely egyszer történt meg, kevesebb, mint egy napot tartott, és meghatározott időben és helyen történt. Az Önéletrajzi Emlékezet Tesztet egy anorexiás hívó szavak listájával egészítettem ki (nyolc anorexiás hívó szó), arra a kérdésre keresve a választ, hogy az egészséges személyek által semleges

töltetűnek értékelt anorexiás hívó szavakra milyen önéletrajzi emlékeket idéznek fel az anorexiás betegek a kontroll csoporthoz képest. A továbbiakban a vizsgálatok eredményeit összegzem.

A két epidemiológiai vizsgálat eredményei:

- Az epidemiológiai vizsgálatok során kapott eredmények arra engednek következtetni, hogy az evészavarok prevalenciája Erdélyben is megközelíti a közép- és kelet-európai országokból közölt adatokat.
- Első vizsgálatunkban a magyar lányok 0,5%-a, a román lányok 0,2%-a felelt meg az AN diagnosztikai kritériumainak. A szubklinikai AN aránya ennél lényegesen magasabb volt: 1,1% a magyar lányoknál, 3,0% a román lányoknál és 0,5% a szász lányoknál. A szubklinikai anorexia prevalenciája tendenciaszerűen magasabb volt a román lányoknál a magyarokhoz képest. A BN diagnosztikai kritériumainak a magyar lányok 0,5%-a, a román lányok 1,2%-a és a szász lányok 0,5%-a felelt meg. A szubklinikai BN gyakoribb volt: a magyarok 0,5%-a, a románok 2,2%-a és a szászok 1,1%-a felelt meg a diagnosztikai kritériumoknak. A fiúknál sem klinikai, sem szubklinikai evészavart nem találtunk.
- Második vizsgálatunkban a fiúknál sem klinikai, sem szubklinikai anorexiát nem találtunk. Összesen 3 (0,6%) román lány felelt meg az anorexia nervosa diagnosztikai kritériumainak. Szubklinikai anorexia nervosát a magyar lányok 0,4%-nál és a román lányok 1,9%-nál találtunk. Bulimiás a magyar lányok 1%-a és a román lányok 1,3%-a volt. A szubklinikai eseteket illetően a magyar lányok 0,8%-a és a román lányok 0,7%-a felelt meg a szubklinikai bulimia diagnosztikai kritériumainak. A román lányoknál az anorexia és a szubklinikai anorexia prevalenciája szignifikánsan magasabb volt, mint a magyaroknál. Egyetlen magyar fiúnál találtunk klinikai bulimiát. A szubklinikai bulimia prevalenciája a magyar fiúknál 0,3% és a román fiúknál 0,5%. Az két vizsgálat között nem volt szignifikáns különbség a klinikai és szubklinikai evészavarok prevalenciáját illetően.
- Az első vizsgálatban a kóros evési attitűdökről beszámoló lányok aránya 7,4% és 11,1% között volt. A második vizsgálatban alacsonyabb arányban számoltak be kóros evési attitűdökről a lányok. A román lányok Evési Attitűdők Tesztjén és alskáláin elért pontszáma szignifikánsan magasabb volt, mint a magyar lányoké mindkét vizsgálatban.

- A Bulimia Kognitív Disztorziós Skálán elért összpontszám szignifikánsan magasabb volt a magyar és román lányoknál, mint a szászoknál. A kóros értékeket elért lányok aránya 20,5% és 31,4% között volt.
- A lányok gyakran számoltak be falásrohamokról, diétázás-koplalásról és a súly kontrollálása miatt végzett edzésről mindkét vizsgálatban. Az edzés (a súly és alak miatt) szignifikánsan gyakoribb volt a román lányoknál, mint a magyaroknál, viszont a második vizsgálatban etnikumtól függetlenül a lányok kevesebbet edzettek, mint az első vizsgálatban megkérdezett lányok. A falásrohamok aránya is a románoknál szignifikánsan magasabb volt, mint a magyaroknál. Leggyakoribb súlycsökkentő viselkedésnek a fiúk az edzést jelölték meg, de a fiúk is a második vizsgálatban kevesebbet edzettek az első vizsgálatban felmért fiúkhoz képest.

Az eredmények alapján elmondható, hogy az erdélyi román, magyar, illetve szász serdülőknél jelentkező evészavarok prevalenciája több tényező kölcsönhatásával magyarázható. A saját testtel való elégedetlenség mellett fontos szerepet kapnak a kóros evési attitűdök és a kognitív disztorziók, viszont a nyugati értékekkel való túlzott azonosulás, a különböző etnikai vagy vallási csoporthoz való tartozás és a tömegkommunikáció szerepe is fontos az evészavarok kialakulásban és fennmaradásában.

Az anorexiás és egészséges kontroll személyek csoportjában vizsgált önéletrajzi emlékezet működésének sajátosságait a következőképpen összegezhetjük:

- A kontroll csoport szignifikánsan több egyedi önéletrajzi emléket hívott elő minden a hívó szavak mindegyik kategóriájában (pozitív, negatív, semleges és anorexiás), mint az anorexiás csoport. A klinikai csoport a legtöbb specifikus emléket a pozitív hívó szavak esetében hívta elő és a legkevesebb specifikus emléket az anorexiás hívószavak esetében.
- Az anorexiás csoport szignifikánsan több összegzett általános emléket és kiterjesztett általános emléket hívott elő minden egyes hívó szó esetében a kontroll csoporthoz képest.
- Az anorexiás lányok, mint ahogy az várható volt, szignifikánsan kevesebb specifikus emléket és több általános emléket idéztek fel az anorexiás hívó szavakra, mint a pozitív, negatív vagy semleges hívó szavakra.

- Az anorexia, a depresszió és az önéletrajzi specifikusság interakciójának vizsgálata alapján elmondhatjuk, hogy az általunk vizsgált mintában nem a depresszió foka, hanem az evészavar volt felelős az önéletrajzi emlékezet deficitjéért.

Az önéletrajzi emlékezet általánosságát Williams és munkatársai (2007) coping stratégiaként tekintik, amelynek hátterében az érzelemszabályozás zavara áll. Az érzelem szabályozási deficit az AN pszichopatológiai kórképében egy sokrétű védekező mechanizmus. Az AN-ban az optimális érzelemszabályozásnak az érzelmek teljes kontrollja bizonyult. Az érzelmek fokozott elkerüléséről van szó, így védekeznek az anorexiások az érzelmek azonosításának és tudatosításának nehézsége ellen. Az érzelmi állapotok csillapítására vagy elkerülésére számos kognitív és viselkedéses stratégia van az AN-ban. A kognitív elkerülés egy formájának tekinthető az emlékezeti működés jellegzetessége is. Az önéletrajzi általánosság szorosan összefügg más fontos pszichológiai funkciók zavarával. Az egyik ilyen összefüggés az általános emlékek negatív hatása a problémamegoldásra, mivel a múltbeli események epizodikus részleteinek előhívása fontos szerepet játszik a problémamegoldási stratégiák generálásában és értékelésében. Az önéletrajzi emlékezet deficitje megnehezíti a specifikus jövőbeli események elképzelését, valamint a jövőorientáltságot, amelyek fontos protektív tényezők, és jelentős szerepet játszanak a mindennapi tevékenységünk megtervezésében. Az önéletrajzi emlékezet javítása fontos célja lehetne az evészavarok terápiájának.

Summary

The present study has two important objectives. 1.) To analyze among adolescents from Transylvania the prevalence of clinical and subclinical eating disorders, the eating attitudes and the cognitive distortions. 2.) To analyze the autobiographical memory functioning of patients suffering of anorexia nervosa.

The prevalence of eating disorders was analyzed during two researches. The first research was conducted in 2001 among 1 621 high school students from Transylvania. A total of 669 Romanians (263 men and 406 women), 650 Hungarians (285 men and 365 women), and 302 Saxons (112 men and 190 women) participated in the research. The participant's age was between 14–20 years. The second research was conducted also in Transylvania, in 2006 and 2396 adolescents participated in the research, 1 084 Romanians (547 men and 537 women) and 1312 Hungarians (593 men and 719 women). The participant's age was between 12–20 years.

To analyze the autobiographical memory functioning in eating disorders, thirty-eight female patients were selected from the 1st Department of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest, Hungary, according to the criteria for anorexia nervosa stated in the DSM-IV. The anorexic girls' age ranged between 14–18 years. The control group consisted of forty-seven girls. They participated voluntarily in the study, and they were matched for age and level of education to the patients' group.

We used the Eating Attitudes Test, The Bulimia Cognitive Distortion Scale, The Eating Behavior Severity Scale and questions regarding demographic and antropometric data, to assess the prevalence of clinical and subclinical eating disorders, eating attitudes and cognitive distortions of the adolescents.

The autobiographical memory of anorexic patients and the group of healthy teenagers was analyzed using the Autobiographical Memory Test, a list of anorexia-related cue words, the Children's Depression Inventory and the Eating Disorder Inventory. We used 24 cue words (8 positive, 8 negative and 8 neutral words) to assess the specific autobiographical memory of the participants. Specific memory refers to an event that happened only once and lasted one day or less. We completed the list of autobiographical memory cues with eight anorexic cue words. We expected the girls suffering from anorexia nervosa to recall fewer specific memories to anorexia-related words than to positive and negative cues due to the emotions associated with these cue words. The results can be summarized as follows.

The results of the two epidemiological studies:

- Overall, our results show that eating disorders are a problem in Transylvania, at least as common as in Western countries and other Central and Eastern European countries.
- In our first study the prevalence of anorexia nervosa (AN) was 0.5% in the Hungarian female sample and 0.2% in the Romanian female sample. The prevalence of subclinical AN was 1.1% in the Hungarian, 3% in the Romanian and 0.5% in the Saxon females. The prevalence of subclinical anorexia nervosa was higher in the Romanian females comparing to Hungarians and Saxons. The prevalence of bulimia nervosa (BN) was 0.5% in the Hungarian, 1.2% in the Romanian, and 0.5% in the Saxon females. The prevalence of subclinical BN was 0.5% in the Hungarian female sample, 2.2% in the Romanian, and 1.1% in the Saxon female sample. We have not found clinical or subclinical eating disorders in the male sample.
- In our second research the prevalence of anorexia nervosa (AN) was 0.6% in the Romanian female sample and no clinical cases of AN were found in the Hungarian female sample. The prevalence of subclinical AN was 0.4% in the Hungarian female sample and 1.9% in the Romanian sample. The prevalence of bulimia nervosa (BN) was 1% in the Hungarian and 1.3% in the Romanian female samples. The prevalence of subclinical BN was 0.8% in the Hungarian female sample and 0.7% in the Romanian female sample. We have not found clinical or subclinical AN in the male sample but the prevalence of BN was 0.2% in the Hungarian male sample. The prevalence of subclinical BN was 0.3% in the Hungarian male sample and 0.5% in the Romanian male sample. There were no significant differences between the two researches regarding the prevalence of clinical and subclinical eating disorders.
- In the first study the percentage of the females reporting disordered eating habits was between 7.4% and 11.1%. In the second research the percentage of the females reporting disordered eating habits was significantly lower than in the first study. The Romanian girls had a higher score on the Eating Attitude Test than the Hungarian girls.

- The Romanian and the Hungarian females had a higher score on the Bulimia Cognitive Distortion Scale compared to the Saxons. The percentage of the females reporting cognitive distortions was between 20.5% and 31.4%.
- The frequencies of binge eating and counter regulative behaviors to prevent weight gain in the two studies were frequent. The most frequent counter regulative behavior in males and females was the physical exercise. The physical exercise was more frequent in the Romanian female sample compared the Hungarian females. In the second study the adolescents exercised less than teenagers from the second study. The frequency of binge eating was also higher in the Romanian female sample compared to the Hungarians.
- Summarizing the results we can conclude that the prevalence of eating disorders in the Romanian, Hungarian and Saxon adolescents from Transylvania can be explained by the interaction of multiple factors. In addition to body dissatisfaction, an important role in the development and perpetuation of eating disorders can have the abnormal eating attitudes and cognitive distortions, the excessive identification with Western values, the affiliation to a different ethnic or religious group and the media.

The autobiographical memory characteristics of the anorexic and control group can be summarized as follows:

- The restrictive anorexic patients retrieved a greater proportion of categoric and extended memories and fewer specific memories than the control group for each category of cue words (positive, negative, neutral and anorexia-related).
- The patients suffering from restrictive anorexia recall fewer specific memories to the illness-related cue words than to the negative, positive or neutral ones.
- The anorexic patients produced more first memories that were overgeneral and less specific memories when controlled for the level of depression. We can conclude that not depression but the diagnosis of anorexia nervosa is responsible for the autobiographical memory deficits in our patients group.

According to Williams (1996) affect regulation hypothesis, adopting a less specific memory type can be a coping strategy for regulating negative emotions. Affect-regulation is

the ability of a person to reduce the negative emotions and to create positive ones. The literature published on eating disorders shows that anorexic patients have a dysfunctional affect regulation. They are characterized by cognitive biases and extreme focusing on negative emotions. In anorexic patients the negative emotional reactions persist, and make it difficult to process and assimilate the emotional experiences. These patients are dominated by this negative emotional state and they have no skills to cope with it. They have different cognitive and behavioral strategies to diminish their negative affects (e.g. eating disorders symptoms like: dieting, hyperactivity, overeating or vomiting). The overgenerality of the autobiographical memory can also react as a cognitive avoidance strategy.

The deficit of autobiographical memory it is often linked with difficulties in problem solving and in the imagination of the future. The specific characteristics of a past memory can be very important in generating problem solving strategies, and they can be also important in planning future activities. The improvement of specific autobiographical memories could be an important objective in the therapy process of eating disorders.

Irodalomjegyzék

- Abdi, H. (2007). Bonferroni and Šidák corrections for multiple comparisons." In N.J. Salkind (ed.). *Encyclopedia of Measurement and Statistics*. Thousand Oaks, CA: Sage.
<http://www.utdallas.edu/~herve/Abdi-Bonferroni2007-pretty.pdf>
- Abraham, S. (1996). Eating and weight controlling behaviors of young ballet dancers. *Psychopathology*, 29, 218–229.
- Ajzen, I. (1998). *Attitudes, personality and behaviour*. Chicago: Dorsey Press.
- Ambrosi–Randić, N., Pokrajac–Bulian, A. (2005). Psychometric properties of the eating attitudes test and children's eating attitudes test in Croatia. *Eating and Weight Disorders*, 10, 76–83.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision*. American Psychiatric Association, Washington D.C.
- Anderluh, M.B., Tchanturia, K., Rabe–Hesketh, S., Treasure, J. (2003). Childhood obsessive–compulsive personality traits in adult women with eating disorders: defining a broader eating disorder phenotype. *American Journal of Psychiatry*, 160, 242–247.
- Anzengruber, D., Klump, K.L., Thornton, L., Brandt, H., Crawford, S., Fichter, M.M. (2006). Smoking in eating disorders. *Eating Behaviors*, 7, 291–299.
- Arie, M., Apter, A., Orbach, I., Yefet, Y., Zalzman, G. (2008). Autobiographical memory, interpersonal problem solving, and suicidal behaviour in adolescent inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 22–29.
- Ábrahám, I., Árkovits, A., Gáti, A. (2008). Az evészavarok pszichodinamikus megközelítése és terápiája. In: Túry F., Pászthy B. (eds.): *Evészavarok és testképzavarok*, Pro Die, Budapest.
- Baddeley, A. (2005). *Az emberi emlékezet*. Osiris: Budapest.

- Bagby, R., Parker, J., Taylor, G. (1994). The twenty item Toronto Alexithymia Scale: I Item selection and cross validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23–32.
- Baker, J.D., Williamson, D.A., Sylve, C. (1995). Body image disturbance, memory bias and body dysphoria: effects of negative mood induction. *Behavioural Therapy*, 26, 747–759.
- Baldassano, C.F., Marangell, L.B., Gyulai, L., Nassir Ghaemi, S., Joffe, H., Kim, D.R. (2005). Gender differences in bipolar disorders: Retrospective data from the first 500 STEP–BD participants. *Bipolar Disorders*, 7, 465–470.
- Barlow, D.H., Durand, V.M. (1999). *Abnormal Psychology (Second Edition)*. Pacific Grove, CA: Brooks Cole.
- Barsalou, L.W. (1988): The content and organization of autobiographical memories. In: Neisser, U., Winograd, E (eds.): *Remembering reconsidered: ecological and traditional approaches to the study of memory*. 193–243. Cambridge University Press, Cambridge.
- Baumann, N., Kaschel, R., Kuhl, J. (2007): Affect sensitivity and affect regulation in dealing with positive and negative affect. *Journal of Research in Personality*, 41, 239–248.
- Beck, A., Steer, R., Garbin, M. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: 25 years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77–100.
- Becker, A.E., Burwell, R.A., Gilman, S.E., Herzog, D.B., Hamburg, P. (2002). Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *British Journal of Psychiatry*, 180, 509–514.
- Becker, A.E., Keel, P.K., Anderson–Fye, E.P., Thomas, J.J. (2004). Genes and/or jeans? Genetic and socio–cultural contribution to risk for eating disorders. *Journal of Addictive Diseases*, 23, 81–103.
- Beumont, P.J.V., Abraham, S.F. (1983). 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.E. (eds.): *Anorexia Nervosa: recent developments in research*, (pp. 149–157), New York, Liss. Inc.
- Blairy, S., Neumann, A., Nutthals, F., Pierret, L., Collet, D., Philipot, P. (2008). Improvement of autobiographical memory in schizophrenic patients following a cognitive intervention: a preliminary study. *Psychopathology*, 41, 388–396.
- Bower, G.H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129–148.
- Boyadjieva, S., Steinhausen, H.C. (1996): The Eating Attitudes Test and the Eating Disorder Inventory in four Bulgarian clinical and nonclinical samples. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 93–98.
- Braun, D.L., Sunday, S., Halmi, K.A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24, 859–867.
- Brewer, W.F. (1986). What is autobiographical memory? In: Rubin, D.C. (Ed.). *Autobiographical memory*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Brewerton, T. (2004). *Clinical Handbook of eating disorders. An integrated approach*. Marcel Dekker, New York.
- Brewerton, T.D., Lydiard, R.B., Herzog, D.B., Brotman, A.W., O’Neil, P.M., Ballenger, J.C. (1995). Comorbidity of axis I psychiatric disorders in bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56, 77–80.
- Brewin, C. (1999): Autobiographical memory for trauma: Update on four controversies. *Memory*, 15, 227–248.
- Brittlebank, A. D., Scott, J., Williams, J. M. G., Ferrier, I. N. (1993): Autobiographical memory in depression: State of trait marker? *British Journal of Psychology*, 162, 118–121.
- Brodsky, B.S., Cloitre, M., Dulit, R.A. (1994). Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1788–1792.

- Brown, L., Russell, J., Thornton, C., Dunn, S. (1997). Experiences of physical and sexual abuse in Australian general practice attenders and an eating disordered population. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 31, 398–404.
- Bulik, C.M., Klump, K.L., Thornton, L., Kaplan, A.S., Devlin, B., Fichter, M.M. (2004). Alcohol use disorder comorbidity in eating disorders: A multicenter study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 1000–1006.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Epstein, L.H., McKee, M., Kaye, W.H., Dahl, R.E., Weltzin, T.E. (1992). Drug use in women with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 213–225.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Fear, J.L., Joyce, P.R. (1997). Eating disorders and antecedent anxiety disorders: a controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 101–107.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Wade, T.D., Kendler, K.S. (2000). Twin studies of eating disorders: a review. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 1–20.
- Bushnell, J.A., Wells, J.E., Hornblow, A.R., Oakly–Browne, M.A., Joyce, P. (1990). Prevalence of three bulimia syndromes in the general population. *Psychological Medicine*, 20, 671–680.
- Bushnell, J.A., Wells, J.E., McKenzie, J.M., Hornblow, A.R., Oakley–Browne, M.A., Joyce, P.R. (1994). Bulimia comorbidity in the general population and in the clinic. *Psychological Medicine*, 24, 605–611.
- Button, E.J., Whitehouse, A. (1981). Subclinical anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 11, 509–516.
- Cargo, M., Shisslak, CM., Estes, L.S. (1996). Eating disturbances among American minority groups: a review. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 239–248.
- Carter, F. A., Bulik, C. M., McIntosh, V. V., Joyce, P. R. (2000). Changes on the Stroop test following treatment: relation to word type, treatment condition, and treatment outcome among women with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 349–355.

- Chandarana, P., Helmes, E., Benson, N. (1988). Eating attitudes as related to demographic and personality characteristics: a high school survey. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 137–139.
- Cohen, N.J., Squire, L.R. (1980). Preserved learning and retention of pattern analyzing skill in amnesia using perceptual learning, *Cortex*, 17, 273–278.
- Connors, M.E., Johnson, C.L. (1987). Epidemiology of bulimia and bulimic behaviours. *Addictive Behaviors*, 12, 165–179.
- Conway, M. (2005). Memory and the self. *Journal of Memory and Language*, 53, 594–628.
- Conway, M.A. (1992). A structural model of autobiographical memory. In Conway, M.A., Rubin, D.C., Spinnler, H., Wegenaar, E.W.A. (eds.), *Theoretical perspectives on autobiographical memory* (pp.167–194). Dordrecht, Netherlands.
- Conway, M.A. (1996). Autobiographical memories and autobiographical knowledge. In: Rubin, D.C. (Ed.). *Remembering our past: Studies in autobiographical memory* (pp.67–93). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Conway, M.A., Fthenaki, A. (2000). Disruption and loss of autobiographical memory. In: Cermak, L. (Ed.) *Handbook of Neuropsychology: Memory and its disorders* (2nd edition, pp 257–288). Amsterdam: Elsevier publishing.
- Conway, M.A., Holmes, A. (2004). Psychosocial stages and the availability of autobiographical memories. *Journal of Personality*, 72, 461–480.
- Conway, M.A., Pleydell–Pearce, C.W. (2000). The construction of autobiographical memory in the selfmemory system. *Psychological Review*, 107, 261–288.
- Conway, M.A. (1995). Autobiographical knowledge and autobiographical memories. In: Rubin, D.C. (eds.). *Remembering our past. Studies in Autobiographical memory*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Cooper, M.J., Wells, A., Todd, G. (2004). A cognitive theory of bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 1–16.

- Cooper, P.J. (1994). *Farkaséhség*. Budapest; Berlin; Heidelberg; New York; London; Paris; Tokyo; Hong Kong; Barcelona; Springer–Verlag.
- Cooper, P.J. (1995). Eating disorders and their relationship to mood and anxiety disorders. In: Brownell, K.D., Fairburn, C.G. (eds.) *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. New York, Guilford Press, (159–164).
- Crovitz, H.F., Schiffman, H. (1974). Frequency of episodic memories as a function of their age. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 4, 517–518.
- Csenki, L., Németh, M., Pászthy, B. (2007). A világijáték jellegzetességei a gyermek– és serdülőkori anorexia nervosában. *Serdülő– és Gyermekpszichoterápia*, 5, 25–44.
- Csépe, V., Györi, M., Rágó, A. (2007). *Általános pszichológia 2.*, Osiris kiadó, Budapest.
- Cullberg, J., Engström–Lindberg, M. (1988). Prevalence and incidence of eating disorders in a suburban area. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 314–319.
- Currin, L., Schmidt, U., Treasure, J., Jick, H. (2005) Time trends in eating disorder incidence. *British Journal of Psychiatry*, 186, 132–135.
- Dalglish, T., Tchanturia, K., Serpell, L., Hems, S., Yiend, J., De Silva, P., Treasure, J. (2003): Self–reported parental abuse relates to autobiographical memory style in patients with eating disorders. *Emotion*, 3, 211–222.
- Dalle Grave, R., Calugi, S. (2007). Eating disorder not otherwise specified in an inpatient unit: The impact of altering the DSM–IV criteria for anorexia and bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 15, 340–349.
- Dansky, B.S., Brewerton, T.D., Kirkpatrick, D.G., O’Neil, P.M. (1997). The National Woman’s Study: relationship of victimization and posttraumatic stress disorder to bulimia nervosa. *International Journal of Eating disorders*, 21, 213–228.
- Davidson, E. J., Wright, P. (2002). Selective processing of weight– and shape–related words in bulimia nervosa: use of computerized Stroop test. *Eating Behaviours*, 3, 261–273.

- Davis, C., Katzman, M.A. (1999). Perfection as acculturation: psychological correlates of eating problems in Chinese male and female students living in the United States. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 65–70.
- De la Rie, S., Noordenbos, G., Donker, M., Van Furth, E. (2007). The quality of treatment of eating disorders: A comparison of the therapists' and the patients' perspective. *International Journal of Eating Disorders*. 41, 307–317.
- De Zwaan, M. (2001). Binge eating disorder and obesity. *International Journal of Obesity*, 25, 51–55.
- Dévald, P. (1993). *Öndestruktivitás az evészavarokban*. Pszichoanalitikus Gyermek– és Serdülőterápiás Intézet, Budapest.
- Doba, K., Nandrino, J.L., Lesne, A., Humez, C., Pezard L. (2008). Organization of the narrative components in autobiographical speech of anorexic adolescents: A statistical and non–linear dynamical analysis. *New Ideas in Psychology*, 26, 295–308.
- Dolan, B. (1991). Cross–cultural aspects of anorexia nervosa and bulimia: a review. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 67–79.
- Eagles, J.M., Johnston, M.I., Hunter, D., Lobban, M., Millar, H.R. (1995). Increasing incidence of anorexia nervosa in the female population of Northeast Scotland. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1266–1271.
- Evans, L., Williams, J. M. G., O'Loughlin, S., Howells, K. (1992). Autobiographical memory and problem solving strategies in parasuicide patients. *Psychological Medicine*, 22, 399–405.
- Eysenck, M.W., Keane, M.T. (1997). *Kognitív Pszichológia*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- Eysenck, M.W., Keane, M.T. (1995). *Cognitive Psychology*, Psychology Press.
- Fairburn, C.G (1981). A cognitive–behavioural approach to the management of bulimia. *Psychological Medicine*, 11, 697–706.
- Fairburn, C.G., Beglin, S.J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 147, 401–408.

- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A., Welch, S.L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: A community-based case-controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 56, 468–476.
- Fairburn, C.G., Doll, H.A., Welch, S.L., Hay, P.J., Davis, B.A., O’Conner, M.E. (1998). Risk factors for binge-eating disorders: A community-based case-controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 425–432.
- Fairburn, C.G., Welch, S.L., Doll, H.A., Davis, B.A., O’Conner, M.E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa. A community-based case-controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 54, 509–517.
- Favaro, A., Monteleone, P., Santonastaso, P., Maj, M. (2008). *Psychobiology of eating disorders. Annual Review of Eating Disorders (Part 2)*. Oxford, UK, Radcliffe.
- Favaro, A., Ferrara, S., Santonastaso, P. (2003). The spectrum of eating disorders in young women: a prevalence study in a general population sample. *Psychosomatic Medicine*, 65, 701–708.
- Feighner, J.P., Robins, E., Guze, S.B., Woodruff, R.A., Winokur, G., Munoz, R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26, 57–63.
- Feinstein, A.R. (1970). The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Journal of Chronic Diseases*, 23, 455–468.
- Fichter, M.M., Elton, M., Sourdi, L., Weyerer, S., Koptagel-Ilal, G. (1988): Anorexia nervosa in Greek and Turkish adolescents. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 237, 200–208.
- Fichter, M.M., Quadflieg, N., Rief, W. (1994). Course of multi-impulsive bulimia. *Psychological Medicine*, 24, 591–604.
- Fisher, M. (2006). Treatment of eating disorders in children, adolescents and young adults. *Paediatrics in Review*, 27, 34–45.
- Folsom, V., Krahn, D., Nairn, K., Gold, L., Demitrack, M.A., Silk, K.R. (1993). The impact of sexual and physical abuse on eating disordered and psychiatric symptoms: a

- comparison of eating disordered and psychiatric inpatients. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 249–257.
- Fornari, V., Kaplan, M., Sandberg, D.E., Mathews, M., Skolnick, N., Katz, J.L. (1992). Depressive and anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 21–29.
- Forgács, A. (1994). Az élelemből lett értelem metaforái. *Valóság*, 8, 44–49.
- Frank, G.K., Wagner, A., Achenbach, S., McConaha, C., Skovira, K., Aizenstein, H. et al. (2006). Altered brain activity in women recovered from bulimic-type eating disorders after a glucose challenge: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 76–79.
- Gabrieli, J.D.E., Cohen, N.K., Corkin, S. (1983). The acquisition of lexical and semantic knowledge in amnesia. *Society for Neuroscience Abstracts*, 9, 238.
- Garfinkel, P.E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D.S., Kennedy, S., Kaplan, A.S., Woodside, D.B. (1995). Bulimia nervosa in a Canadian community sample: prevalence and comparison of subgroups. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1052–1058.
- Garner, D., Garfinkel, P.E., Schwartz, D., Thompson, M. (1980). Cultural expectations of thinness in women. *Psychological Reports*, 47, 483–491.
- Garner, D.M., Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273–279.
- Garner, D.M., Olmstead, M.P., Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorders inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15–34.
- Gleaves, D.H., Eberenz, K.P., May, M.C. (1998). Scope and significance of posttraumatic symptomatology among women hospitalized for an eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 147–156.

- Godart, N.T., Flament, M.F., Lecrubier, Y., Jeammet, P. (2000). Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: comorbidity and chronology of appearance. *European Psychiatry*, 15, 38–45.
- Goddard, L., Dritschel, B., Burton, A. (1996). The role of autobiographical memory in social problem solving and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 609–616.
- Godden, D., Baddeley, A. (1975). Context-dependent memory in two natural environment: On land and under water. *British Journal of Psychology*, 66, 325–331.
- Goldbloom, D.S., Naranjo, C.A., Bremner, K.E., Hicks, L.K. (1992). Eating disorders and alcohol abuse in women. *British Journal of Addiction*, 87, 913–920.
- Gowen, L.K., Hayward, C., Killen, J.D., Robinson, T.N., Taylor, C.B. (1999). Acculturation and eating disorder symptoms in adolescent girls. *Journal of Adolescent Research*, 9, 67–83.
- Grilo, C.M. (2002). Recent research of relationship among eating disorders and personality disorders. *Current Psychiatry Reports*, 4, 18–24.
- Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271–299.
- Guala, P., Perez-Gaspar, M., Martinez-Gonzalez, M.A., Lahortiga, F., De Irala-Estevez, J., Cervera-Enguix, S. (2002). Self-esteem, personality and eating disorders: baseline assessment of a prospective population-based cohort. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 261–273.
- Halmi, K. A., Eckert, E., Marchi, P., Sampugnaro, V., Apple, R., Cohen, J. (1991). Comorbidity of psychiatric diagnosis in anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 48, 712–718.
- Hermans, D., Van den Broeck, K., Belis, G., Raes, F., Pieters, G., Eelen, P. (2004). Trauma and autobiographical memory specificity in depressed inpatients. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 775–789.

- Hermans, D., Pieters, G., & Eelen, P. (1998). Implicit and explicit memory for shape, body weight and food-related words in patients with anorexia nervosa and nondieting controls. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 193–202.
- Herzog, D.B. (1984). Are anorexic and bulimic patients depressed? *American Journal of Psychiatry, 141*, 1594–1597.
- Herzog, D.B., Keller, M.B., Sacks, N.R., Yeh, C.J., Lavori, P.W. (1992). Psychiatric comorbidity in treatment seeking anorexics and bulimics. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*, 829–837.
- Hill, A. B., Kemp–Wheeler, S. M. (1989). The influence of context on lexical decision times for emotionally aversive words. *Current Psychology, 8*, 218–227.
- Hoek, H. W., Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 34*, 383 –396.
- Hoek, H.W. (1991). The incidence and prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in primary care. *Psychological Medicine, 21*, 455–460.
- Hoek, H.W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry, 19*, 389–394.
- Hoek, H.W., Bartelds, A.I.M., Bosveld, J.J.F., Van der Graaf, Y., Limpens, V.E.L., Maiwald, M., Spaaij, C.J.K. (1995). Impact of urbanization on detection rates of eating disorders. *American Journal of Psychiatry, 152*, 1272–1278.
- Hoek, H.W., Brook, F.G. (1985). Patterns of care of anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research, 19*, 61–74.
- Holderness, C.C., Brooks–Gunn, J., Warren, W.P. (1994). Co–morbidity of eating disorders and substance use. *International Journal of Eating Disorders, 16*, 1–34.
- Holland, A.J., Sicotte, N., Treasure, J. (1988). Anorexia nervosa: evidence for a genetic basis. *Journal of Psychosomatic Research, 32*, 561–571.

- Hudson, J.I., Hiripi, E., Pope, H.G., Kessler, R.C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61, 348–358.
- Hudson, J.I., Lalonde, J.K., Berry, J.M., Pindyck, L.J., Bulik, C.M., Crow, S.J., McElroy, S.L., Laird, N.M., Tsuang, M.T., Walsh, B.T., Rosenthal, N.R., Pope, H.G. (2006). Binge eating disorder as a distinct familial phenotype in obese individuals. *Archives of General Psychiatry*, 63, 313–319.
- Hudson, J.I., Pope, H.G., Jonas, J.M., Yurgelun-Todd, D. (1983). Phenomenologic relationship of eating disorders to major affective disorders. *Psychiatric Research*, 9, 345–354.
- Hunt, A.B., Cooper, M.J. (2001). Selective memory bias in women with bulimia nervosa and depression. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 8, 218–227.
- Jacobi, C., Morris, L., Zwaan, M. (2004). An Overview of Risk factors for Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorders. In: Brewerton, T. (Ed.): *Clinical Handbook of Eating Disorders. An Integrated Approach*. Marcel Dekker Inc., New York.
- Jessor R. (1993). Successful adolescent development among youth in high risk settings. *American Psychologist*, 75, 788–800.
- Jimerson, D.C., Lesem, M.D., Kaye, W.H., Brewerton, T.D. (1992). Low serotonin and dopamine metabolite concentrations in cerebrospinal fluid from bulimic patients with frequent binge episodes. *Archives of General Psychiatry*, 49, 132–138.
- Johnson-Sabine, E., Wood, K., Patton, G., Mann, A., Wakeling, A. (1988). Abnormal eating attitudes in London schoolgirls – a prospective epidemiological study: factors associated with abnormal response on screening questionnaires. *Psychological Medicine*, 16, 305–309.
- Jones, L., Harmer, C., Cowen, P., Cooper, N. (2008). Emotional face processing in women with high and low levels of eating disorder related symptoms. *Eating Behaviors*, 9, 389–397.

- Joó, M., Kövesdi, A. (2008). Evészavarok és személyiség. In: Túry F., Pászthy B. (eds.): *Evészavarok és testképzavarok*, Pro Die, Budapest.
- Karwautz, A., Vökl-Kernstock, S., Nobis, G., Kalchmayr, G., Hafferl-Gattermayr, A., Wöber-Bingöl, C., Friedrich, M. H. (2001). Characteristics of self-regulation in adolescent patients with anorexia nervosa. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 101–114.
- Kaye, S.H., Frank, G.K., Bailer U.F. Henry, S.E. (2005). Neurobiology of anorexia nervosa: Clinical implications of alterations of the function of serotonin and other neuronal system. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 115–119.
- Kaye, W.H. (2008). Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. *Physiology and Behaviour*, 94, 121–135.
- Kaye, W.H., Frank, G.K., Meltzer, C.C., Price, J.C., McConaha, C., W., Crossan, P.J. (2001). Altered serotonin 2A receptor activity in woman who have recovered from bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1152–1155.
- Kaye, W.H., Greeno, C.G., Moss, H., Fernstrom, J., Fernstrom, M., Lilenfeld, R.L., Weltzin, T.E., Mann, J.J. (1998). Alterations in serotonin activity and psychiatric symptoms after recovery from bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 55, 927–935.
- Kaye, W.H., Klump, K.L., Frank, G. K., Stober, M. (2000). Anorexia and bulimia nervosa. *Annual Review of Medicine*, 51, 299–313.
- Kaye, W.H., Bulik, C.M., Thornton, L., Barbaric, N., Masters, K. (2004). Comorbidity of anxiety disorder with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2215–2221.
- Keel, P.K. (2005). *Eating disorders*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice-Hall.
- Keel, P.K., Heatherton, T.F., Dorer, D.J., Joiner, T.E., Zalta, A.K. (2006). Point prevalence of bulimia nervosa in 1982, 1992, and 2002. *Psychological Medicine*, 36, 119–127.
- Kendell, R.E., Hall, D.J., Hailey, A., Babigian, H.M. (1973). The epidemiology of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 3, 200–203.

- Kendler, K.S., Walters, E.E., Neale, M.C., Kessler, R.C., Heath, A.C., Eaves, L.J. (1995). The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women. *Archives of General Psychiatry*, 52, 374–383.
- Kenéz, M., Perczel Forintos, D., (2005). *Kognitív Viselkedésterápia*. Medicina Kiadó, Budapest.
- Keski–Rahkonen, A., Hoek, H.W., Susser, E.S., Linna, M.S., Sihvola, E., Raevuori, A., Bulik, C.M., Kaprio, J., Rissanen, A. (2007). Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1259–1265.
- Killen, J.D., Taylor, C.B., Telch, M.J., Saylor, K.E., Maron, D.J., Robinson, T.N. (1986). Self-induced vomiting and laxative and diuretic use among teenagers. Precursors of the binge–purge syndrome? *Journal of the American Medical Association*, 255, 1447–1449.
- King, M.B. (1989). Eating disorders in a general practice population. Prevalence, characteristics and follow–up in 12 to 18 month. *Psychological Medicine*, Suppl 14.
- Király, I. (1999). Önéletrajzi emlékek narratív szerkezetének vizsgálata. *Pszichológia*, 4, 417–436.
- Kjelsås, E., Bjørnstrøm, C., Gøtestam, K. G. (2004). Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14–15 years). *Eating Behavior*, 5, 13–25.
- Kónya, A. (2001). Miként gondolkodunk az emlékezetről.? In: Oláh A, Bugán A. (szerk.): *Fejezetek a pszichológia alapterületeiből*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 65–98. old.
- Kovacs, M. (1985). The Children’s Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 995–999.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory (CDI) Manual*. North Tonawanda, NY & Toronto, Canada: Multi–Health Systems, Inc.
- Krch, D., Drábková, H. (1996). Prevalence mentální anorexie a bulimie v populaci české mládež. *Ceskoslovenska Psychiatrie*, 92, 237–247.

- Kremers, I. P., Spinhoven, P., Van der Does, A. J. W. (2004). Autobiographical memory in depressed and non-depressed patients with borderline personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 17–29.
- Laberg, S., Andersson, G. (2004). Autobiographical memories in patients treated for bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 12, 34–41.
- Lacey, J., Evans, C. (1986). The impulsivist: a multi-impulsive personality disorder. *British Journal of Addiction*, 81, 641–649.
- Laessle, R.G., Wittchen, H.U., Fichter, M.M., Pirke, K.M. (1989). The significance of subgroups of bulimia and anorexia nervosa: lifetime frequency of psychiatric disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 569–574.
- Lask, B., Bryant-Waugh, R. (2007): *Eating disorders in childhood and adolescents*. Routledge: East Sussex.
- Leichner, P., Arnett, J., Rallo, J.S., Srikanth, S., Vulcano, B. (1986). An epidemiological study of maladaptive eating attitudes in a Canadian school age population. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 969–982.
- Leon, G.R., Perry, C.L., Mangelsdorf, C., Tell, G.J. (1989). Adolescent nutritional and psychological patterns and risk for development of an eating disorder. *Journal of Youth and Adolescence*, 18, 273–282.
- Lilenfeld, L.R., Kaye, W.H., Greeno, C.G., Merikangas, K.R., Plotnicov, K., Police, C., Rao, R., Strober, M., Bulik, C.M., Nagy, L. (1998). A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 55, 603–610.
- Lilenfeld, L.R.R. (2004). Psychiatric Comorbidity Associated with Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Binge Eating Disorders. In: Brewerton, T. (ed.): *Clinical Handbook of eating disorders. An integrated approach*. Marcel Dekker, New York.
- Lucas, A.R., Beard, C.M., O’Fallon, W.M., Kurland, L.T. (1991). 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: A population-based study. *American Journal of Psychiatry*, 148, 917–922.

- Lucas, A.R., Crowson, C.S., O'Fallon, W.M., Melton, L.J. (1999). The ups and downs of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 397–405.
- Lukács L. (2008). A kognitív információfeldolgozás sajátosságainak újabb eredményei az evészavarok terén. In: Túry F., Pászthy B. (szerk.): *Evészavarok és testképzavarok*, Pro Die, Budapest, 211–222.
- Machado, P.P., Machado, B.C., Gonçalves, S., Hoek, H.W. (2007). The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 212–217.
- Mackinger, H.F., Pachinger, M.M., Leibetseder, M.M., Fartacek, R.R. (2000). Autobiographical memories in woman remitted from major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 331–334.
- Mathews, A. M., McLeod, C. (1985). Selective processing of threat cues in anxiety states. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 563–569.
- McCormick, L.M., Keel, P.K., Brumm, M.C., Bowers, W., Swayze, V., Andersen, A., Andreasen, N. (2008). Implications of starvation-induced change in right dorsal anterior cingulate volume in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 602–610.
- McNally, R. J., Lasko, N. B., Macklin, M. L., Pitman, R. K. (1995). Autobiographical memory disturbance in combat-related posttraumatic stress disorder. *Behavioural Research Therapy*, 33, 619–630.
- McNally, R. J., Litz, B. T., Prassas, A., Shin, L. M., Weathers, F. W. (1994). Emotional priming of autobiographical memory in post-traumatic stress disorder. *Cognition and Emotion*, 8, 351–367.
- Milos, G., Spindler, A., Schnyder, D., Schnyder, U. (2005). Instability of eating disorder diagnoses: prospective study. *British Journal of Psychiatry*, 187, 573–578.
- Mogg, K., Mathews, A., Weinmanm J. (1987). Memory bias in clinical anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 94–98.

- Möller–Madsen, S., Nystrup, J. (1992). Incidence of anorexia nervosa in Denmark. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 197–200.
- Moore, S. A. Zoellner, L.A. (2007). Overgeneral autobiographical memory and traumatic events: An evaluative review. *Psychological Bulletin*, 133, 419–437.
- Mumford, D.B., Whitehouse, A.M. (1988). Increased prevalence of bulimia nervosa among Asian schoolgirls. *British Medical Journal*, 297– 718.
- Nandrino, J. L., Doba K, Lesne, A., Christopher, V., Pezard, L. (2006). Autobiographical memory deficit in anorexia nervosa: emotional regulation and effect of duration of illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 537–543.
- Nasser, M. (1986). Comparative study of prevalence of abnormal eating attitudes among Arab female students of both London and Cairo universities. *Psychological Medicine*, 16, 621–625.
- Nasser, M. (1988). *Culture and weight consciousness*. Routledge, London.
- Neumärker, U., Dudeck, U., Vollrath, M., Neumärker, K.J., Steinhausen, H.C. (1992). Eating attitudes among adolescent anorexia nervosa patients and normal subjects in the former West and East Berlin: a transcultural comparison. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 281–289.
- Nielsen, S. (1990). The epidemiology of anorexia nervosa in Denmark from 1973 to 1987: a nationwide register study of psychiatric admission. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81, 507–514.
- Nobakht, M., Dezhkam, M. (2000). An epidemiological study of eating disorders in Iran. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 265–271.
- Oltea, J. (2005). *Psihosomatica intre medicina si cultura o abordare cognitiv–comportamentala a tulburarilor de alimentatie*, Editura Paideia, Bucuresti.
- Olesti Baiges, M., Piñol Moreso, J. L., Martín Vergara, N. és mtsai (2008). Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus. *Anales de Pediatría (Barcelona)*, 68,18–23.

- Pagsberg, A.K., Wang, A.R. (1994). Epidemiology of anorexia and bulimia nervosa in Bornholm Country, Denmark, 1970–1989. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 259–265.
- Pászthy, B. (2007). A gyermek és serdülőkorban kezdődő anorexia nervosa szomatikus szövődményei. *Orvosi Hetilap*, 149, 404–412.
- Patton, G.C., Selzer, R., Coffey, C., Carlin, J. B., Wolfe, R. (1999). Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *British Medical Journal*, 318, 765–768.
- Perczel-Forintos, D., Kiss, Zs., Ajtai, Gy. (2005). *Kérdőívek és becslőskálák a klinikai pszichológiában*. Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet, Budapest.
- Peláez Fernández, M. A., Labrador, F. J., Raich, R. M. (2007). Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 681–690.
- Platt, J.J., Spivack, G. (1975). Undimensionality of the means–end problem solving (MEPS) procedure. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 15–16.
- Poós, J., Annus, R., Perczel Forintos, D. (2008). A problémamegoldó képesség vizsgálata pszichiátriai betegek körében. *Psychiatria Hungarica*, 23, 42–56.
- Pope, H.G., Hudson, J.I. (1992). Is childhood sexual abuse a risk factor for bulimia nervosa? *American Journal of Psychiatry*, 149, 455–463.
- Prince, R. (1985). The concept of culture–bound syndromes: anorexia nervosa and brain–fog. *Social Science and Medicine*, 21, 197–203.
- Quinton, S., Wagner, H.L. (2005). Alexithymia, ambivalence over emotional expression, and eating attitudes. *Personality and Individual Differences*, 38, 1163–1173.
- Raes, F., Hermans, D., Williams, J. M. G., Brunfaut, E., Hamelinck, L., Eelen, P. (2006). Reduced autobiographical memory specificity and trauma in major depression: on the importance of post traumatic coping versus mere trauma exposure. In: Sturt, S. M. (ed.). *New Developments in Child Abuse Research*. Nova Science: New York, 61–72.

- Raich, R.M., Rosen, J.C., Deus, J., Perez, O., Requena, A., Gross, J. (1992). Eating disorder symptoms among adolescents in the United States and Spain: a comparative study. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 63–72.
- Ramaciotti, C.E., Paoli, R.A., Marcacci, G., Piccinni, A., Buralassi, A., Dell’Osso, L. (2005). Relationship between bipolar illness and binge–eating disorders. *Psychiatric Research*, 135, 165–170.
- Rastam, M. (1992). Anorexia nervosa in 51 Swedish adolescents: premorbid problems and comorbidity. *Journal of American Child and Adolescents Psychiatry*, 31, 819–829.
- Rastam, M., Gillberg, C., Garton, M. (1989). Anorexia nervosa in a Swedish urban region. A population–based study. *British Journal of Psychiatry*, 155, 642–646.
- Rastam, M., Gillberg, C., Van Hoeken, D., Hoek, H. (2004). Epidemiology of eating disorders and disordered eating: a developmental overview In: Brewerton, T.D. (ed.): *Clinical Handbook of Eating Disorders. An Integrated Approach*. Marcel Dekker, Inc., New York.
- Rathner, G., Messner, K. (1993). Detection of eating disorders in a small rural town: an epidemiological study. *Psychological Medicine*, 23, 175–184.
- Rathner, G., Túry, F., Szabó, P., Geyer, M., Rumpold, G., Forgács, A., Söllner, W., Plöttner, G. (1995). Prevalence of eating disorders and minor psychiatric morbidity in Central Europe before the political changes in 1989: a cross–culture study. *Psychological Medicine*, 25, 1027–1035.
- Rawal, A., Park, R.J., Williams, M.G. (2010). Rumination, experiential avoidance, and dysfunctional thinking in eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 851–859.
- Rieser, B.J., Black, J.B., Kalamarides, P. (2001). *Emlékezeti keresőfolyamatok*. Tudomány és Lélek, Budapest, 41–65.
- Robinson, J. (1986). Autobiographical memory: a historical prologue. In Rubin, D. (ed). *Autobiographical Memory*, Cambridge University Press, Cambridge.

- Rojo, L., Livianos, L., Conesa, C., Garcia, A., Dominguez, A., Rodrigo, G., Sanjuán L, Vila M. (2003). Epidemiology and risk factors of eating disorders: A two-stage epidemiologic study in a Spanish population aged 12–18 years. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 281–291.
- Rosen, J.C., Tacy, B., Howell, D. (1990). Life stress, psychological symptoms and weight reducing behaviour in adolescent girls: a prospective analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 17–26.
- Rosenvinge, J.H., Martinussen, M., Ostensen, E. (2000). The comorbidity of eating disorders and personality disorders: a meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eating and Weight Disorders*, 5, 52–61.
- Rózsa, S., Vetró, Á., Komlósi, A., Gádoros, J., Kő, N., Csorba, J. (1999). A gyermek– és serdülőkori depresszió kérdőíves mérésének lehetősége a klinikai és normatív mintán szerzett tapasztalatok alapján. *Pszichológia*, 19, 459–482.
- Russell, G.F.M. (1997). The history of bulimia nervosa. In: Garner, D.M., Garfinkel, P.E. (eds.). *Handbook of treatment for eating disorders*, Guilford, New York.
- Salbach-Andrae, A., Bohnkamp, I., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U. (2008). Dialectical behavior therapy of anorexia and bulimia nervosa among adolescents: A case series. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 415–425.
- Santonastaso, P., Zanetti, T., Sala, A., Favaretto, G., Vidotto, G., Favaro, A. (1996). Prevalence of eating disorders in Italy: a survey on a sample of 16-year-old female students. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 158–162.
- Schachter, D.L., Harbluk, J.L., McLachen, D.R. (1984). Retrieval without recollection: An experimental study of source amnesia. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behaviour*, 23, 593–611.
- Scheinle, A., Schafer, A., Hermann, A., Vaitl, D. (2008). Binge-eating disorders: Reward sensitivity and brain activation to images of food. *Biological Psychiatry*, 65, 654–661.

- Schulman, R.G., Kinder, B.N., Powers, P.S., Prange, M., Gleghorn, A. (1986). The development of a scale to measure cognitive distortions in bulimia. *Journal of Personality Assessment*, 50, 630–639.
- Schwalberg, M.D., Barlow, D.H., Alger, S.A., Howard, L.J. (1992). Comparision of bulimics, obese binge eaters, social phobics, and individuals with panic disorder on comorbidity across DSM–III–R anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 675–681.
- Scott, J., Stanton, B., Garland, A., Ferrier I.N. (2000). Cognitive vulnerability in patients with bipolar disorder. *Psychological Medicine*, 30, 467–472.
- Serrano, J.P., Latorre, J.M., Gatz, M., Rodriguez, J.M. (2004). Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with depressive symptomatology. *Psychology and Aging*, 19, 272–277.
- Shoebridge, P., Gowers, S.G. (2000). Parental high concern and adolescent–onset anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 176, 132–137.
- Slade, P.D. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 167–179.
- Soundy, T.J., Lucas, A.R., Suman, V.J., Melton, I.J. (1995). Bulimia nervosa in Rochester, Minnesota from 1980 to 1990. *Psychological Medicine*, 25, 1065–1071.
- Spitzer, R. L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M.D., Stunkard, A., Devlin, M., Mitchell, J., Hasin, D., Horne, R.L. (1993). Binge eating disorder: its further validation in a multi–site study. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 137–154.
- Spitzer, R., Devlin, M., Walsh, B.T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A., Wadden, T., Yanovski, S., Agras, S., Mitchell, J., Nonas, C. (1992). Binge eating disorder: a multisite field trial of the diagnostical criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 191–203.
- Startup, M., Heard, H., Swales, M., Jones, B., Williams, J. M. G., Jones, R. S. P. (2001). Autobiographical memory and parasuicide in borderline personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 113–120.

- Steiger, H., Bruce, K.R. (2004). Personality traits and disorders associated with anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder. In: Brewerton, T.D. (ed.): *Clinical Handbook of Eating Disorders. An Integrated Approach*. Marcel Dekker, Inc., New York.
- Steiger, H., Richardson, J., Israel, M., Ng Ying Kin, N.M., Bruce, K., Mansour S., Marie Parent A. (2005). Reduced density of platelet-binding sites for [3H]paroxetine in remitted bulimic woman. *Neuropsychopharmacology*, 30, 1028–1032.
- Steiger, H., Zankon, M. (1990). Sexual trauma among eating-disordered, psychiatric, and normal female group. *Journal of Interpersonal Violence*, 5, 74–86.
- Steinhausen, H.C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1284–1293.
- Steinhausen, H.C., Winkler, C., Meier, M. (1997). Eating disorders in adolescence in a Swiss epidemiological study. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 147–151.
- Strober, M., Freeman, R., Bower, S., Rigali, J. (1996). Binge eating in anorexia nervosa predicts later onset of substance use disorder: a ten-year prospective, longitudinal follow-up of 96 adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 519–532.
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 157, 393–401.
- Sundgot-Borgen, J. (1994). Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female elite athletes. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 26, 414–419.
- Suyemoto, K.L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18, 531–554.
- Svaldi, J., Dorn, C., Trentowska, M. (2010). Effectiveness for interpersonal problem-solving is reduced in women with binge eating disorder, *European Eating Disorders Review*, online article.
- Swartz, L. (1985). Anorexia nervosa as a culture-bound syndrome. *Social Science and Medicine*, 20, 725–730.

- Swift, W. J., Ritholz, M., Kalin, N. H., Kaslow, N. (1986). The relationship between affective disorders and eating disorders: a review of the literature. *American Journal of Psychiatry*, 149, 725–730.
- Swinbourne, J.M., Touyz, S.W. (2007). The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders. A review. *European Eating Disorders Review*, 15, 253–274.
- Szabó, P., Pető, Z., Túry, F. (2010). Az evészavarok prevalenciája a középiskolás korosztályban 10 év távlatában. *Orvosi Hetilap*, 151, 603–612.
- Szabó, P., Túry, F. (1991). The prevalence of bulimia nervosa in a Hungarian college and secondary school population. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 56, 43–47.
- Szabó, P., Túry, F. (1994). A depresszió és a táplálkozási zavarok kapcsolata. *Psychiatria Hungarica*, 9, 55–68.
- Szabó, P., Túry, F. (1995). Az anorexia nervosa és a bulimia nervosa klinikai és szubklinikai formáinak prevalenciája dolgozó nők és férfiak körében. *Orvosi Hetilap*, 136, 1829–1835.
- Szilágyi, Gy. (2009). A kultúra és a pszichiátria kapcsolata: kulturális pszichiátria. *Magyar Pszichológia Szemle*, 64, 111–137.
- Szmukler, G.I. (1986). The epidemiology of anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 143–153.
- Szumska I., Túry F., Szabó P. (2008). Az evészavarok epidemiológiájának újabb adatai. In: Túry T., Pászthy B. (eds.). *Evészavarok és testképzavarok*. Pro Die Kiadó, 109–120.
- Szumszka, I., Túry, F., Hajnal, Á., Csoboth, C.S., Purebl, Gy., Réthelyi, J. (2001). Evészavarok prevalenciája fiatal nők hazai reprezentatív mintájában. *Psychiatria Hungarica*, 16, 374–383.
- Szumska I, Túry F, Csoboth C, Réthelyi J, Purebl, G Hajnal Á. (2005). The prevalence of eating disorders and weight-control methods among young women: A Hungarian representative study. *European Eating Disorders Review*, 13, 278–284.

- Taucher, J., Pirker, W., Willeit, M., de Zwaan M., Bailer, U., Neumeister, A., Asenbaum S, Lennkh C, Praschak–Rieder N, Brücke T, Kasper S. (2001). [123I] Beta–CIT and single photo emission computed tomography reveal reduced brain serotonin transporter availability in bulimia nervosa. *Biological Psychiatry*, 49, 326–332.
- Thompson, R.A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. In: Fox, N.A. (Ed.). *The development of emotion regulation and dysregulation: Biological and behavioral aspects. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59 (2–3), 25–52.
- Tölgyes, T. (2007). *Evészavarok és evészavar – tünetek epidemiológiája. Evészavarban szenvedő betegek személyiségvizsgálata kognitív megközelítésben pszichometriai módszerekkel*. Ph.D. értekezés, 819, Semmelweis Egyetem, Budapest.
- Tölgyes, T., Nemessúri, J. (2000). Anorexiás és bulimiás magatartásformák és attitűdök gyakorisága a fiatal magyar népesség körében. *Táplálkozás, Allergia, Diéta*, 5, 7–14.
- Tomori, M., Rus–Macovec, M. (2000). Eating behavior, depression, and self–esteem in high school students. *Journal of Adolescent Health*, 26, 361–367.
- Treasdale, J.D., Russell, M.L. (1983). Differential effects of induced mood and the recall of positive, negative and neutral words. *British Journal of Clinical Psychology*, 22, 163–172.
- Treuer, T., Koperdák, M., Rózsa, S., Füredi, J. (2005). The impact of physical and sexual abuse on body image in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13, 106–111.
- Tsivil’ko, M.A., Dmitrieva, T.M., Zanozin, A.V. (1999). Prevalence in anorexia nervosa in urban population of adolescents. *Zsurnal Nevrologii i Psikhiatrii Imeni S.S. Korszakova*, 99, 47–49.
- Kónya, A. (2001). Miként gondolkodunk az emlékezetről? A. Oláh – A. Bugán, (eds.). *Fejezetek a pszichológia alapterületeiből*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.

- Turnbull, S., Ward, A., Treasure, J., Jick, H., Derby, L. (1996). The demand of eating disorder care. An epidemiological study using the General Practice Research Database. *British Journal of Psychiatry*, 169, 705–712.
- Turnbull, S.J., Troop, N.A., Treasure, J.L. (1997). The prevalence of post-traumatic stress disorder and its relation to childhood adversity in subjects with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 5, 270–277.
- Túry, F., Sáfrán, Zs., Wildmann, M., László, Zs. (1997). Az Evési Zavar Kérdőív (Eating Disorder Inventory) hazai adaptációja. *Szenvedélybetegségek*, 5, 336–342.
- Túry, F. (1992). A táplálkozás zavarai kulturális tükröben. *Korunk*, III/3, 17–21.
- Túry, F., Antal, I., Pászthy, B. (2009). *Anorexia si bulimia – ghidul pacientului si al familiei*. Farma Media, Targu-Mures.
- Túry, F., Birt, M.A., Antal, I. (1998). Az evészavarok epidemiológiai vizsgálata romániai egyetemista populációban. *Psychiatica Hungarica*, 13, 18–27.
- Túry, F., Pászthy, B. (2008). *Evészavarok és testképzavarok*, Pro Die, Budapest.
- Túry, F., Rathner, G., Szabó, P., Forgács, A. (1994). A táplálkozási magatartás zavarainak hazai epidemiológiai adatai: újabb eredmények. *Orvosi Hetilap*, 135, 787–791.
- Túry, F., Szabó, P. (2000). *A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa*, Medicina Kiadó, Budapest.
- Túry, F., Szabó, P., Szendrey, G. (1990). Evészavarok prevalenciája egyetemista populációban. *Ideggyógyászati Szemle*, 43, 409–418.
- Túry, F., Szumska, I. (2005). Az étkezési zavarok kognitív viselkedésterápiája. In: Kenéz M., Perczel Forintos D. (eds.). *Kognitív Viselkedésterápia*. Medicina, Budapest.
- Uher, R., Brammer, M.J., Murphy, T., Campbell, I.C., Ng VW, Williams, S.C.R., Treasure J. (2003). Recovery and chronicity in anorexia nervosa: Brain activity associated with differential outcomes. *Biological Psychiatry*, 54, 934–942.

- Uher, R., Murphy, T., Brammer, M.J., Dalgleish, T., Phillips, M.L., Ng VW, Andrew CM, Williams SC, Campbell IC, Treasure J. (2004). Medial prefrontal cortex activity associated with symptom provocation in eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1238–1246.
- Uher, R., Murphy, T., Friederick, H.C., Dalgleish, T., Brammer, M.J., Giampietro V., Phillips ML, Andrew CM, Ng VW, Williams SC, Campbell IC, Treasure J. (2005). Functional neuroanatomy of body shape perception in healthy and eating-disordered women. *Biological Psychiatry*, 58, 990–997.
- Van der Kolk, B.A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F.S., McFarlane, A., Herman, J.L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153, 83–93.
- Van Son, G., Van Hoeken, D., Bartelds, I.M., Van Furth, E., Hoek, H.W. (2006). Time trends in the incidence of eating disorders: A primary care study in The Netherlands. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 565–569.
- Vandereycken, W. (1995). The families of patients with an eating disorder. In: Brownell, K.D., Fairburn, C.G. (Eds.): *Eating disorders and obesity*. Guilford, New York.
- Vicki, M., Soukup, M.S., Beiler, M., Terrell, T. (2006). Stress, coping style, and problem solving ability among eating-disordered inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 592–599.
- Vitousek, K., Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 137–147.
- Wade, T., Bergin, J.L., Tiggemann, M., Bulik, C., Fairburn, C. (2006). Prevalence and long-term course of lifetime eating disorders in an adult Australian twin cohort. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 121–128.
- Waller, G., Ohanian, V., Meyer, C., Everill, J., Rouse, H. (2001). The utility of dimensional and categorical approaches to understanding dissociation in the eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 387–397.

- Walsh, B.T., Roose, S.P., Glassman, A.H., Glades, M.A., Sadik, C. (1985). Depression and bulimia. *Psychosomatic Medicine*, 47, 123–131.
- Wessel, I., Meeren, M., Peeters, F., Arntz, A., Merckelbach, H. (2001). Correlates of autobiographical memory specificity. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 409–421.
- Westenhoefer, J. (2001). Prevalence of eating disorders and weight control practices in Germany in 1990 and 1997. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 477–481.
- Whitaker, A., Johnson, J., Shaffer, D., Rapoport, J.I., Kalikow, K., Walsh, B.T., Davies, M., Braiman, S., Dolinsky, A. (1990). Uncommon troubles in young people: Prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a non-referred adolescent population. *Archives of General Psychiatry*, 47, 487–496.
- Whitehouse, A.M., Cooper, P.J., Vize, C.V., Hill, C., Vogel, L. (1992). Prevalence of eating disorders in three Cambridge general practices: hidden and conspicuous morbidity. *British Journal of General Practice*, 42, 57–60.
- Wiesman, C.V., Gray, J.J., Mosimann, J.E., Ahrens, A.H. (1992). Cultural expectations of thinness in women: An update. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 84–89.
- Wilhelm, S., McNally, R. J., Baer, L., Florin, I. (1997). Autobiographical memory in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 21–31.
- Willi, J., Giacometti, G., Limacher, B. (1990). Update on the epidemiology of anorexia nervosa in a defined region of Switzerland. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1514–1517.
- Willi, J., Grossman, S. (1982). Epidemiology of anorexia nervosa in a defined region of Switzerland. *American Journal of Psychiatry*, 140, 564–568.
- Williams, J. M. G. (1996). Depression and the specificity of autobiographical memory. In: Rubin, D. (ed). *Remembering our Past: Studies in Autobiographical Memory*. Cambridge University Press: Cambridge, 244–267.
- Williams, J. M. G., Broadbent, K. (1986). Autobiographical memory in attempted suicide patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 144–149.

- Williams, J.M.G. (1984). *The psychological treatment of depression: A guide to the theory and practice of cognitive-behaviour therapy*. London, Croom Helm.
- Williams, J.M.G., Barnhofer, T., Crane, C., Hermans, D., Raes, F., Watkins, E., Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorders. *Psychological Bulletin*, 133, 122–148.
- Williams, J.M.G., Dritschel, B.H. (1988). Emotional disturbance and the specificity of autobiographical memory. *Cognition and Emotion*, 2, 221–234.
- Włodarczyk-Bisaga, K., Dolan, B., McCluskey, S., Lacey, H. (1995). Disordered eating behaviour and attitudes towards weight and shape in Polish schoolgirls. *Psychological Medicine*, 26, 1021–1032.
- Włodarczyk-Bisaga, K. (1992). *Abnormal eating attitudes in Polish adolescent schoolgirls*. Előadás kézirat. Elhangzott: Satellite Meeting of European Council on Eating Disorder, Warszawa.
- Włodarczyk-Bisaga, K., Dolan, B. (1996). A two-stage epidemiological study of abnormal eating attitudes and their prospective risk factors in Polish schoolgirls. *Psychological Medicine*, 26, 1021–1032.
- Włodarczyk-Bisaga, K., Dolan, B., McCluskey, S., Lacey, H. (1995). Disordered eating behaviour and attitudes towards weight and shape in Polish women. *European Eating Disorders Review*, 3, 205–216.
- Wonderlich, S.A., Mitchell, J.E. (1997). Eating disorders and comorbidity: empirical, conceptual and clinical implications. *Psychopharmacology Bulletin*, 33, 381–390.
- Wong, Y. (2003). Female beauticians may be a high risk group for developing eating disorders. *Nutrition Research*, 23, 1297–1302.
- Yager, J., Landsverk, J., Edelstein, C.E. (1987). A 20-month follow-up study of 628 women with eating disorders. I. Course and severity. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1172–1177.
- Zigmond, A. S., Snaith, R. P. (1983): The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361–370.

Zola–Morgan, S., Cohen, N.J., Squire, L.R. (1983). Recall of remote episodic memory in amnesia. *Neuropsychologia*, 21, 487–500.

Zonnevijlle–Bender, M.J.S., van Goozen, S.H.M., Cohen–Kettenis, P.T., van Elburg, A., van Engeland, H. (2002). Do adolescent anorexia nervosa patients have deficits in emotional function? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 11, 38–42.

A szerzőnek a témában megjelent publikációi

Kovács, T., Jánosi, E. (2007). A testkép vizsgálata erdélyi egyetemista populációban. *Alkalmazott Pszichológia*, 9, 68–80.

Kovács, T. (2007). Az evészavarok epidemiológiai vizsgálata romániai román, illetve magyar kultúrák tükrében. *Psychiatria Hungarica*, 22, 390–396.

Kovács, T., Szabó, P. (2009). Az evészavarok epidemiológiai vizsgálata erdélyi román, magyar, illetve szász középiskolások körében. *Psychiatria Hungarica*, 24, 124–132.

Krizbai, T., Szabó, P., Pászthy, B. (megjelenés alatt). Önéletrajzi emlékezet deficit anorexiás betegeknél. *Pszichológia*.

Kovács Krizbai, T. (2010). The epidemiological study of eating disorders among high school students in Romania. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 10, 77–86.

Krizbai, T., Szabó, P., Pászthy, B. (2011). Reduced specificity of autobiographical memory in anorexia nervosa. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 11, 56–66.

Mellékletek

1. Melléklet. Kultúrák földje Erdély

A régészeti feltárások tanúsága szerint Erdély területe már az őskorban lakott volt [KB]. A Szamos, Maros és Olt völgye kereskedők és új szállásterületet kereső népek megszokott útvonala volt. A vidék ásványkincseire áhító embercsoportokat a magas hegyek sem tartóztatták föl, néha azonban a jelentéktlenebb hegységek is határként állandósulnak: a Hargita és a Baróti-hegység által elválasztott Csíki-, Háromszéki-medence, a Barcaság és a hozzá csatlakozó, ugyancsak magas fennsík, Fogaras az őskor folyamán kulturálisan is többször elkülönült. A földrajzi tagolódás és a gyakori bevándorlások miatt kivételes az olyan korszak, amikor kulturális és népi egységgel számolhatunk.

Az emberi élet első biztos nyomai a középső paleolitikumból származnak. Az utolsó eljegesedés elején¹ paleoanthropus-csoportok települnek a Közép-Maros vidékének barlangjaiba². Ettől kezdve (talán egy rövid kivétel az utolsó jégkorszak második hideg szakasza³) Erdély a kultúrák földje lesz, önálló, elszigetelt kultúrákat, de kulturális egymásra hatásokat is megfigyelhetünk: „moustier-i” kultúra, aurignaci kultúra, gravetti kultúra, epigravetti–tardenois-i, romanello–azili, Starčevo–Körös-kultúra, Vinča–Tordos-kultúra, Boian-kultúra, Petrești-kultúra, Cucuteni–Tripolje–Erősd-kultúra, Coțofeni-kultúra, Foltești-, Zabola-, Schneckenberg-kultúra, Glina-, Cîlnic-, Cernavoda-, Ottomány-, Monteoru-, Tei-kultúra követi egymást. A Wietenberg-kultúra népe Erdély egész területét elfoglalja. Ezután láncreakciószerűen megindulnak a népmozgások, és ezek közvetve-közvetlenül megingatják az erdélyi kultúrákat, a kialakult gazdaságot: Noua-kultúra, Gáva-kultúra.

A késő bronzkor közepén ismét stabilizálódik a lakosság, de a bányászok és kereskedők nyugalmas életének a késő bronzkor lezáródásakor vége szakad. A Kárpát-medencében ekkor ázsiai lovascsoportok tűnnek föl, alaposan megbolygatva a parasztfalvak lakóit.

Az erdélyi agathürszők i.e. 500 körül még terjeszkednek, de hamarosan Erdély népei szinte maradéktalanul elvándorolnak. Menekülésük oka: a kelták megjelenése, majd következnek az alföldi dákok. Az Erdélyi-medence lakosságának kultúrája ettől az időtől kezdve, a dák királyság korára fokozatosan átalakul. A dák királyságnak a római hódítás vet véget 106-ban, Erdély mintegy 200 évre római provincia lesz. A római uralomnak a gótok vetnek véget, majd a gepidák és a hunok korai következnek. Az 500-as években Erdélyt az

¹ Würm 1

² Ponorohába, Csoklovina, Nándor-Alsó-barlang

³ Würm 2

avarok szállják meg, de megkezdődik az avar–szláv együttélés is. Dél-Erdély a bolgár birodalom fennhatósága alá kerül. Végül elkezdődik a **magyar honfoglalás**.

A 10–11. században Erdély kezd benépesülni, **magyar, székely**⁴ lakosság települ be. Az Erdélyi-medencén belül két, időben részben párhuzamos, részben egymást követő magyar társadalmi réteg bontakozik ki. Egy első s egyben korábbi, amelyet legkésőbb a 11. század elején az államhatalom felszámolt⁵, s egy második⁶, amelynek népe zökkenő nélkül tovább él falvaiban s temetkezik temetőiben a keresztény királyság idején. Szükség lévén rá mint adózóra, hívőre és dolgozó népre.

Az Erdélyi Püspökséget 1009-ben alapította Szent István, Gyulafehérvár székhellyel.

1068-ban Erdély keleti és déli határain túl létrejött Kunország vagy Kumánia, és Magyarországgal ellenséges viszonyt folytatott.

Erdély gyéren lakott vidékeire (kun, besenyő, szláv stb. népesség) II. Géza meghívására – 1150 körül – nagyszámú németalföldi lakosság telepedett, és ott várakat és falvakat alapított – a mai Szászvárostól Barótig terjedő területen. Nagyszeben, eredetileg Hermann falva, volt legrégebb, legfontosabb településük. Már a 12. században felépült Kerc ciszterci kolostora is.

Az itt lakó székelyek tehát keletebbre költöztek, míg a 12. századra el nem érték jelenlegi lakhelyüket.

A 11–12. században lépték át a **románok**⁷ a Magyar Királyság határait. Ezt a szláv jellegű pásztor népet, mint olcsó munkaerőt alkalmazták a nagybirtokokon.

A Szentföldön 1198-ban alakult Német Lovagrendet⁸ II. Endre 1211. május 7-ike után hívta be Erdélybe és a Barcaság területére telepítette őket. A rend feladata a kunok elleni védelem, a határok megerősítése, gyéren lakott vidék telepeseikkel való benépesítése volt,

⁴ A székely nép eredete sok vitát kavart, egyesek szerint mindig is magyar etnikumúak voltak, a kulturális eltérések okai pedig a földrajzi-történelmi különülésben keresendők, mások szerint viszont a hunok, avarok, bolgár eszkiek stb. leszármazottai, akik korábban voltak már Erdélyben, mint a magyarok.

⁵ a 10. századi „középréteg” lovas-fegyveres „pogány” temetői

⁶ Várfalva-Vajdahunyad típusú temetők

⁷ A románok eredete a székelyekénél is vitatottabb. A *román* elnevezés a 19. században alakult ki, addig *oláh* (*vlach*) vagy *rumén* névvel jelölték. Nyelvük neolatin, nevük *Románia*, mint ország megalakulása után vált *románná*. A román történészek a *dákoromán folytonosságot* tartják mérvadónak, vagyis azt, hogy a román nép Erdély területén alakult ki, a dák nép és rómaiak keveredéséből. Más történészek szerint a románság kialakulása valahol a mai Szerbia déli részén, Albániától keletre kezdődött, főleg szláv nyelvű környezetben. Ezt mutatja, hogy a román nyelvben a latin alapszókincs mellett jelentős szláv szókincs található. Erre a rétegre jött rá a 3–7. században a latin-római hatás. A *vlach* elnevezés több ma is élő balkáni népcsoportot jelöl (arománok, balkáni vlachok). A románok a 8. század folyamán alakultak néppé a Dunától délre eső területeken. A 10. századtól kezdve fokozatosan északra húzódtak, az Al-Duna északi részére.

⁸ Domus hospitalis Sanctae Mariae Theutonicorum in Ierusalem, Jeruzsálemi Németek Szűz Máriáról nevezett Ispotálya – betegápoló közösségnek indult a rend 1118-ban, 1198-ban lovagrenddé alakult.

valamint a katolikus hit terjesztése a kunok között és területi hódítások voltak. A renddel nagy számú **szász**⁹ lakosság is betelepedett, falvakat hoztak létre a Barcaságon [VK].

II. Endre szintén 1224-ben adta ki a Diploma Andreanumot, az erdélyi szászok arany szabadságlevelét. A kiváltságlevelével megszüntette a szászföldön még létező kisebb ispánságokat és a szászokat a magyar urak közül kinevezett szebeni ispán alá rendelte, betartva a szubszidiaritás elvét. Kisebb ügyekben a szászok saját bírái ítélkeztek, nagyobb ügyekben a szebeni ispán. A régi ispánságok helyén hét szász szék alakult meg. Az 1224-es Andreanum Európa első területi autonómiáját biztosító törvényes okirat. II. Endre a szász szabadságjogokat abban állapítja meg, hogy egy nép legyenek Szászvárostól Barótig, beleértve a szászsebesi székelyek földjét és Daróc földjét is [GyGy].

A német lovagrend hódításai egyre intenzívebbek lettek, az elfoglalt birtokokat pedig fegyveresen próbálták megtartani. A lovagok önálló államiság létrehozására törekedtek, kővárakat építettek, és a legmagasabb pápai kiváltságokra hivatkoztak.

II. Endre 1225 tavaszán, Keresztvár bevétele után, fegyveres erővel kiűzte őket a Barcaságról.

A Német Lovagrend tizennégy esztendő barcasági tartózkodása alatt jelentősen befolyásolta a vidék, Erdély, de az egész ország fejlődését is, különösen a várak építése terén. Entz Géza szerint a Német Lovagrend várai *„Erdély, sőt az egykorú Magyarország legkorszerűbb várai lehettek, s egységes, magas színvonalú védelmi rendszert alkottak e fontos területen”*. Az öt lovagvár belső kápolnákkal volt ellátva a vallás gyakorlása szempontjából, de a lovagok a településeken is építettek templomokat, vagy utasításokat adtak templomok építésére. Entz Géza [EG] szerint: *„A Barcaság kőegyházai mind 1200 után létesültek, mégpedig a lovagrend odatelepítésével kapcsolatban.”*

A lovagrend kiűzése után II. Endre kiváltságos jogokat adott a szász telepéseknek, hogy elválassza őket a Lovagrendtől, kiegészítette területeiket és önrendelkezést biztosított számukra.

1482-ben megalakult az Erdélyi Szász Universitas, amely a szászok számára majdnem teljes függetlenséget és önkormányzatot biztosított. A magyar állammal az erdélyi szászoknak írott jogaik és kötelességeik voltak, fontos szerepet játszottak a honvédelmi és gazdasági életben valamint az erdélyi fejedelmek megválasztásában is.

A 11–13. században találkozunk tehát Erdély területén e három nagy, ma is létező kultúra a **magyar, szász és a román**.

⁹ Az erdélyi szászok neve félrevezető, mert nem Szászországból, hanem a Rajna és Mosel vidékéről telepedtek Erdélybe.

Egyik kultúra sem egységes, mindhárom belül számos változat jött létre, amelyek egyrészt regionális kultúrák emlékeit éltetik tovább, másrészt az elkülönülés, perem-vidékre szorulás, és a vele járó másik, szomszédos kultúrával való kölcsönhatás, asszimilációs törekvések sajátos árnyalatait mutatják.

Az erdélyi magyar kultúrán belül így beszélhetünk székely kultúráról, vagy a különböző csángó kultúrákról (hétfalusi, barcasági, gyímesi, dévai stb.), mezőségi, kalotaszegi stb. kultúrákról, amelyeket a tájnyelvek és a nyelvjárások igen nagyfokú eltérése, sajátos néprajzi és kulturális elemek jelenléte határoz meg, például a fehér-gyász, táncrendek és szokásrendszerek (Borica a hétfalusi csángóknál), inghímezések, lapocka nemzetségjelvények, szöttesek, tojáshímek, festett és faragott bútor stíluselemei, kapuk mintázata, házoromdíszek, népviselet, eredetmondák, népdalkincs stb.

Ma mintegy másfél millió magyar él Erdélyben.

Hasonlóan a szász kultúrán belül is számos olyan regionális kultúra élt tovább, amelyet a különböző vidékekről (Rajna, Mosel, Németalföld stb.) hoztak magukkal a betelepedésükkor, és amelyet ma gyakorlatilag csak az irodalmi német nyelv köt össze. Egy besztercei szász például a középkorban nem értette egy brassói, prázsmári szász nyelvjárását, s mindezekről különböző volt a nagyszebeni, kerci stb. szász nyelv.

A szászoknak erős tanszilván identitásuk volt, amelyet az 1848-as forradalomig megőriztek, csak ezt követően pártoltak át a Habsburgok oldalára. A szász archaikus nyelveket otthon beszélték, egyházi és világi körökben irodalmi németet használtak. 1867-i kiegyezés után Erdély hivatalos nyelve a magyar lett, ami ellen a szászok tiltakoztak, úgy érezték, ha iskoláikban kötelező lesz a magyar nyelv tanítása, identitásuk veszélybe kerül. Ők a latin nyelvet javasolták Erdély hivatalos nyelvének.

A szász társadalom élén az értelmiség állt, társadalmi szerveződésük tipikus nyugati. Nagyon sokan külföldön tanultak, humanista eszméket hozva magukkal. A nyugati kultúrával jó kapcsolatban álltak. A szászok falvaiban szabad státusú földművesek élnek, városaikban egyetemmel tanult polgárok.

A polgárosodás tekintetében az építészetben is újítanak, házaik nagy része tűzálló, téglából épült, lineárisan építkeznek, egy házat, egy kapu követ, majd egy zárt csűr védi az udvar belső részét. A templomerdők szerepe is jelentős, nem csak a biztonságot teremtik meg a közösségnek, hanem itt tartják a hozományt, az élelmet. Bútoraik festett reneszánsz bútorok, amelyek ugyancsak a polgári társadalom „meghonosítására” utalnak [VM].

A szászok az erdélyi városkép kialakításában is nagyon fontos szerepet játszottak, Kolozsvártól Nagyszebenig és Brassóig szász mintára épültek a városok.

A céhes rendszer kialakításában is fontos szerepük van, a kereskedelem az egyik fő foglalatosságuk. A brassói Fekete-templomban például keleti szőnyegritkaságokat láthatunk, amelyeket ugyancsak a szászok hoznak be.

A 18. századi iparosodásban és a pénzintézetek kialakításában is élen jártak. A szász falvak földművelése is jellegzetes, a 19. század második felében egy piacra orientált termelést valósítottak meg.

Az első világháborút követően a románok oldalára állnak, akik szóban autonómiájukról, identitásuk megőrzésének biztonságáról tesznek ígéretet. A szászok azonban nem számíthattak a korábban megígértre. A második világháború idején a németek és a magyarok oldalán harcolnak. Csúnya megtorlások sorozata következik. A 16 évet betöltött fiatalokat a Szovjetunióba deportálják, az idősebbeket bărăgani, dobrudzsai munkatáborokba.

1944-ben tekintélyes szász falvakat telepítenek ki. A világháborút követően annyira megcsappant a számuk, hogy önálló entitásként már nem beszélhetünk róluk. A németországi családi kötelékek és az új kommunista rezsim kisebbségpolitikája a szászok fokozatos kivándorlásához (kiárusításához) vezetett. Míg 1910-ben még 250 000 volt az erdélyi szászok száma, 2002-re már csak 15 000-en maradtak, és számuk jelenleg is csökken.

A látszólag egységes román kultúra is igen változatos Erdély területén, itt elsősorban a sajátosan erdélyit kell megkülönböztetni a Havasalföldről vagy Moldvából az 1900-as évek közepén betelepedett román kultúráktól, de az erdélyin belül is számos változat alakult ki: máramarosi, törcsvári, bolgárszegi, fogarasi, móc, mokány stb.

A román kultúra a sajátos foglalkozásmódban, valamint az ortodox vallásban gyökerezik. Az állattartó életmód, az állandó vándorlás a hegyek és a falvak között, a juhok legeltetése, a transzhumálás, a tejtermékek készítése és a gyapjú feldolgozása jellegzetesen alakította ki az erdélyi román kultúrát.

A nagy nyugati irányzatokat (gótika, barokk, rokokó stb.) nem vették át, helyette sajátos görögkeleti behatású stílusok alakultak ki. Így használják a mai napig is az ikonfestészetet, a templomok, kolostorok falait – mind belül, mind kívül – görögkeleti freskókkal borítják. Mivel ezeket a 16. században festették, a vallásos művészet határain maradtak, mind politikai, mind vallási üzenetet hordozva. A hagyományos népi művészet, az üveg- és fafestés (ikonok) a 17. századtól mind máig nagyon népszerű és elterjedt.

A román irodalom sokat merít a románság gazdag népi hagyományából, amely összefonódik az üldözött, megszállt nép viharos történelmével. A 15. században szóbeli népi irodalom virágzott, 1420 körül jelentek meg az első román nyelvű írások. A modern irodalom

a 19. században jelent meg. A 19. század végén tértek át a cirill betűs írásmódról a latin betűsre.

A román nemzeti tudat a 18. század végén jórészt az erdélyi román értelmiség, az ún. erdélyi iskola hatása alatt alakult ki, s a politikai program előbb az egyenlő jogok biztosítását tűzte ki célul a Habsburg-birodalom keretei között, majd egy olyan nemzeti állam létrehozását, amely az összes románok egyesítését hozza el. A román nemzeti program arra alapozhatott, hogy Erdély a 18. századra román többségűvé vált, és hogy a nemzeti kérdést összekapcsolhatta a társadalmi haladás követelésével. Ma mintegy 5,5 millió román él Erdélyben.

A három nagy kultúra három különböző iskolarendszert alakított ki, elsősorban az oktatás nyelvői illetően, valamint a tananyag szempontjából. Manapság az is megesik például, hogy három párhuzamos történelmet tanítanak az iskolákban.

Az erdélyi magyar iskolarendszer 1920 előtt pontosan beilleszkedett a Magyar Királyság iskolarendszerébe.

Az Erdélyi Fejedelemségben az iskolaügy országos horderejű kérdésnek számított, úgyhogy a fejedelmek és országgyűlések foglalkoztak vele. Így 1556-ban és 1557-ben a karok és rendek ismételten kérték az Erdélyt kiskorú fia nevében kormányzó Izabella királynét, hogy a megürült kolostorokban alapítson felsőbb iskolákat. Az 1557. június 1–10. között tartott tordai országgyűlés határozatban mondta ki, hogy Kolozsvárt a domonkosok, Vásárhelyen a ferencesek, Váradon pedig a mindszentek kolostorában iskola létesüljön.

Báthory István 1581. májusában akadémiai alapítólevelet bocsátott a kolozsvári jezsuiták számára. Az egyetemalapítást 1582 februárjában XIII. Gergely pápa megerősítette. Báthory 1583 februárjában egy 150 helyes szemináriumot (diákotthont) is felállított. Bethlen Gábor fejedelem 1622-ben Nagyenyeden alapított felsőfokú oktatási intézményt.

A magyar nyelvű oktatás bevezetésére, az Erdélyt érintő teljes iskolareformra Apáczai Csere János hívta fel a társadalom figyelmét *Az iskolák fölöttébb szükséges voltáról...* című tanulmányában.

1872-ben Kolozsváron létrejött Magyarország második állami egyeteme, a Ferencz József Tudományegyetem, amelyet 1919-ben felszámolnak¹⁰. 1945-ben szovjet nyomásra létrejön az önálló magyar Bolyai Egyetem, amelyet azonban 1959-ben beolvasztanak a Victor Babeş egyetembe. Erdélyben jelen pillanatban nem működik önálló magyar állami egyetem, csak magánegyetemek (Sapientia – EMTE, Partiumi Keresztény Egyetem), vagy román

¹⁰ A magyar egyetem Szegedre költözik ekkor.

egyetemeken működnek magyar tagozatok (Babeş-Bolyai Tudományegyetem, Marosvásárhelyi Gyógyszerészeti és Orvosi Egyetem stb.). Erdély minden nagyobb magyar városában működik magyar középiskola, magyarlakta falvakban, településeken pedig óvoda, általános iskola.

Az erdélyi szászok is a nagyvárosokban középiskolákat működtetnek, a falusi iskolákban pedig német nyelven folyt az oktatás. A honterusi reformációnak nagy hatása volt a szász oktatásra. Honterus már az 1544-es vizitációja során szász iskolákat talált a falvakban. Ma a brassói, nagyszebeni szász középiskolába többnyire románok tanulnak.

A brassói Bolgárszeget tekintik a román kultúra egyik legfontosabb központjának. 1495-ben itt alapították az első román iskolát, amelyben 1583-tól tanultak román nyelven. Coresi diákónus itt nyomtatta 1556–1583 között az irodalmi román nyelvet megalapozó könyveit, 1757-ben Dimitrie Eustatievici itt írta meg az első román nyelvtant, 1851-ben pedig itt alapították az egyik legszínvonalasabb román középiskolát.

Az első román egyetemet 1919-ben alapították Erdélyben.

Erdély a nagy vallási reformációk területe is: Dévai Bíró Mátyás, Melius Juhász Péter, Heltai Gáspár, Károli Gáspár, Dávid Ferenc, Johannes Honterus, Apáczai Csere János végeztek kimagasló reformátori tevékenységet az 1500-as, 1600-as években.

E számos erdélyi reformátornak köszönhetően Erdély a vallási türelem jelképe lett Európában. 1568. január 6. és 13. között tartották Tordán azt a híres Országgyűlést, ahol elsőként Európában határozatot hoztak a vallásszabadság biztosítására.

A hitújítás hatott minden etnikum nyelvi-kulturális fejlődésére, még a görögkeleti románokéra is. A 16. századtól Erdélyre a vallási sokszínűség volt a jellemző, ami egyben több kultúrát is jelentett; ezek egy része Nyugat- és Közép-Európához, más része Bizánchoz, Dél-, illetve Kelet-Európához kapcsolódott, az egyik esetben a Magyar Királyságon, a másik esetben a román fejedelemségeken keresztül. Az egyetemes katolicizmus, protestantizmus, ortodoxia határozták meg a magyar, román vagy szász kultúra jellegét, még ha a helyi sajátosságok differenciáló tényezőt jelentettek is, s vallás és etnikum nem mindig esett egybe. A magyarok körében a 16. század óta reformátusokat, katolikusokat, unitáriusokat, evangélikusokat egyaránt találunk, a románoknál a 17. század végétől görögkeletieket (ortodoxokat) és görög katolikusokat, a szászoknál lutheránusokat és katolikusokat [KB].

Végkövetkezőként megfogalmazhatjuk, hogy a történelem folyamán Erdély mindig is a nagy kulturális kölcsönhatások területe volt, az a kultúrát pedig, amely ma Erdélyt jellemzi, a magyar, szász, román hatások alakították, csiszolták, hogy sajátosan és egyedien képviselhesse az itteni sokszínűséget.

Könyvészet

- [EG] Entz Géza: Erdély építésze a XI–XIII. században. Kolozsvár, 1994.
- [GyGy] Györffy György: A magyarság keleti elemei. Gondolat, Budapest, 1990.
- [BJ] Benkő József: Transsilvania specialis. Kriterion, Bukarest–Kolozsvár, 1999.
- [OB] Orbán Balázs: A Székelyföld leírása. Budapest, 1873.
- [VK] Veszely Károly: II. András és a német lovagok a Barcaságban. In: Magyar Sion, 1864, 161–176. old.
- [KB] Köpeczi Béla (főszerk.): Erdély története. Akadémiai Kiadó, Budapest 1986.
- [VM] Varga Melinda: A szászok jelentősége az erdélyi társadalomban.
<http://www.erdely.ma/kultura.php?id=90520>

2. Melléklet. Az erdélyi román, magyar illetve szász középiskolások vizsgálatára alkalmazott magyar nyelvű kérdőív (vizsgálat 1)

Kedves adatközlő

Közreműködését kérem egy tudományos vizsgálathoz. Azt vizsgálom, hogy milyen táplálkozási szokásai vannak, mi a véleménye a súlyáról, alakjáról, táplálkozásáról. Ezekkel és az egészségével kapcsolatos kérdéseket tartalmazza ez a kérdőív. Kérjük, válaszoljon minden kérdésre, még akkor is, ha néhány kérdést furcsának vagy nevetségesnek tart. A vizsgálatban való részvétele önkéntes, a kérdőívvel nyert adatokat titkosan kezeljük.

Neve: Foglalkozása:

Neme: 1. ☐ - nő

2. ☐ - férfi

Kora: év

Családi állapota: 1. ☐ - hajadon vagy nőtlen

2. ☐ - házas, mégpedig.....óta

3. ☐ - elvált

4. ☐ - özvegy

5. ☐ - élettársa van

6. ☐ - második, harmadik stb. házasságban él

Gyermekei száma:

Testsúlya jelenleg: kg

Testmagassága: cm

Eddig legnagyobb testsúlya (a terhességet leszámítva): kg

Mióta ilyen súlyú?

Hónapja

éve

Eddigi legalacsonyabb felnőttkori testsúlya: kg

Az ön által ideálisnak tartott testsúly: kg

Legnagyobb testsúlya az elmúlt 12 hónapban: kg

Legkisebb testsúlya az elmúlt 12 hónapban: kg

CSAK NŐKNEK:

Havi vérzésem jelenleg: 1. ☐ - szabályos

2. ☐ - kissé szabálytalan

3. ☐ - három hónapnál tovább kimaradt (terhesség kizárva)

4. ☐ - hat hónapnál tovább kimaradt (terhességet kizárva)

Fogamzásgátlót szedek: 1. ☐ - igen

2. ☐ - nem

Havi vérzésem korábban: 1. ☐ - szabályos volt

2. ☐ - kissé szabálytalan volt

3. ☐ - három hónapnál tovább kimaradt (terhesség kizárva)

4. ☐ - hat hónapnál tovább kimaradt (terhesség kizárva)

Azt szeretném tudni, hogy az elmúlt héten volt-e valamilyen panasza, betegsége és általában milyen volt az egészségi állapota

A1: Teljesen jól, teljesen egészségesnek érezte magát?

1. ☐ - jobban, mint máskor

2. ☐ - ugyanúgy, mint máskor

3. ☐ - rosszabbul, mint máskor

4. ☐ - sokkal rosszabbul, mint máskor

A2: Úgy érezte, szüksége lenne valamilyen jó erősítő szerre?

- | | |
|---|--|
| 1. ☐ egyáltalán nem | 2. ☐ nem jobban, mint máskor |
| 3. ☐ jobban, mint máskor | 4. ☐ sokkal jobban, mint máskor |

A3: Kimerültnek, rosszkedvűnek érezte magát?

- | | |
|---|--|
| 1. ☐ egyáltalán nem | 2. ☐ nem jobban, mint máskor |
| 3. ☐ jobban, mint máskor | 4. ☐ sokkal inkább, mint máskor |

A4: Betegnek érezte magát?

- | | |
|--|--|
| 1. ☐ egyáltalán nem | 2. ☐ nem jobban, mint máskor |
| 3. ☐ betegebbnek, mint máskor | 4. ☐ sokkal inkább, mint máskor |

A5: Volt-e fejfájása?

- | | |
|---|--|
| 1. ☐ egyáltalán nem volt | 2. ☐ nem több, mint máskor |
| 3. ☐ gyakrabban, mint máskor | 4. ☐ sokkal gyakrabban, mint máskor |

A6: Érzett-e feszítést vagy nyomást a fejében?

- | | |
|---|--|
| 1. ☐ egyáltalán nem | 2. ☐ nem jobban, mint máskor |
| 3. ☐ jobban, mint máskor | 4. ☐ sokkal jobban, mint máskor |

A7: Voltak-e hevülései vagy hidegrázásai?

- | | |
|---|---|
| 1. ☐ egyáltalán nem voltak | 2. ☐ nem több, mint máskor |
| 3. ☐ többször, mint máskor | 4. ☐ sokkal több, mint szokott |

B1: Nehezen aludt el aggodalmak miatt?

- | | |
|---|--|
| 1. ☐ egyáltalán nem | 2. ☐ nem nehezebben, mint máskor |
| 3. ☐ nehezebben, mint máskor | 4. ☐ sokkal nehezebben, mint máskor |

B2: Ha már elaludt, gyakran felébredt?

- | | |
|---|---|
| 1. ☐ egyáltalán nem | 2. ☐ nem gyakrabban, mint máskor |
| 3. ☐ könnyebben, mint máskor | 4. ☐ sokkal inkább, mint máskor |

B3: Állandóan feszültséget érez?

- | | |
|---|--|
| 1. ☐ egyáltalán nem | 2. ☐ nem jobban, mint máskor |
| 3. ☐ jobban, mint máskor | 4. ☐ sokkal jobban, mint máskor |

B4: Ideges és rossz a hangulata?

- | | |
|---|--|
| 1. ☐ egyáltalán nem | 2. ☐ annyira, mint máskor |
| 3. ☐ jobban, mint máskor | 3. ☐ sokkal inkább, mint máskor |

B5: Komoly ok nélkül megrémült vagy pánikba esett?

- | | |
|--|--|
| 1. ☐ egyáltalán nem | 2. ☐ annyira, mint máskor |
|--|--|

3. ☐ jobban, mint máskor

3. ☐ sokkal inkább, mint máskor

B6: Úgy érezte minden a fejére fog szakadni?

1. ☐ egyáltalán nem

2. ☐ nem jobban, mint máskor

3. ☐ jobban, mint máskor

4. ☐ sokkal jobban, mint máskor

B7: Állandóan idegesnek, túlfeszítettnek érezte magát?

1. ☐ egyáltalán nem

2. ☐ nem jobban, mint máskor

3. ☐ jobban, mint máskor

4. ☐ sokkal idegesebb voltam, mint máskor

C1: Képes volt-e koncentrálni arra, amit éppen csinált?

1. ☐ jobban, mint máskor

2. ☐ ugyanúgy, mint máskor

3. ☐ kevésbé, mint máskor

4. ☐ sokkal kevésbé, mint máskor

C2: Lassabban mentek a dolgok, mint máskor?

1. ☐ gyorsabban

2. ☐ ugyanúgy, mint máskor

3. ☐ lassabban, mint máskor

4. ☐ sokkal lassabban

C3: egyáltalában úgy érzi, jól végezte el a dolgait?

1. ☐ jobban, mint máskor

2. ☐ ugyanúgy, mint máskor

3. ☐ inkább rosszabbul

4. ☐ sokkal rosszabbul

C4: Meg volt elégedve azzal, ahogyan ellátta a feladatait?

1. ☐ igen elégedett voltam

2. ☐ úgy, mint máskor

3. ☐ kevésbé, mint máskor

4. ☐ sokkal kevésbé, mint máskor

C5: Úgy érezte, hogy hasznosan vesz részt a dolgokban?

1. ☐ jobban, mint máskor

2. ☐ úgy, mint máskor

3. ☐ kevésbé, mint máskor

4. ☐ sokkal kevésbé, mint máskor

C6: képesnek érezte magát arra, hogy bizonyos dolgokban döntést hozzon?

1. ☐ jobban, mint máskor

2. ☐ úgy, mint máskor

3. ☐ kevésbé, mint máskor

4. ☐ sokkal kevésbé, mint máskor

C7: Tudta-e élvezni mindennapos teendőit?

1. ☐ jobban, mint máskor

2. ☐ úgy, mint máskor

3. ☐ kevésbé, mint máskor

4. ☐ sokkal kevésbé, mint máskor

D1. Hitvány embernek tartotta magát?

1. ☐ egyáltalán nem

2. ☐ nem hitványabbnak, mint máskor

3. ☐ hitványabbnak, mint máskor

4. ☐ sokkal hitványabbnak, mint máskor

D2: Volt-e olyan érzése, hogy az élet teljesen reménytelen?

1. ☐ egyáltalán nem
2. ☐ nem jobban, mint máskor
3. ☐ jobban, mint máskor
4. ☐ sokkal jobban, mint máskor

D3: Úgy érezte, hogy az élet nem éri meg, hogy végigcsinálja?

1. ☐ egyáltalán nem éreztem
2. ☐ nem jobban, mint máskor
3. ☐ jobban, mint máskor
4. ☐ sokkal jobban, mint máskor

D4: Gondolt-e arra a lehetőségre, hogy végez magával?

1. ☐ egyáltalán nem
2. ☐ nem többször, mint máskor
3. ☐ gyakrabban, mint máskor
4. ☐ sokkal többet, mint máskor

D5: Volt-e olyan érzése, hogy nem képes semmire, mert túl rosszak az idegei?

1. ☐ egyáltalán nem
2. ☐ nem többször, mint máskor
3. ☐ gyakrabban, mint máskor
4. ☐ sokkal többet, mint máskor

D6: Azon kapta magát, hogy azt kívánta, bárcsak meghalna és túl lenne mindenén?

1. ☐ egyáltalán nem
2. ☐ nem többször, mint máskor
3. ☐ gyakrabban, mint máskor
4. ☐ sokkal többet, mint máskor

D7: Felmerült Önben az öngyilkosság gondolata?

1. ☐ egyáltalán nem
2. ☐ egyszer
3. ☐ többször
4. ☐ szinte állandóan foglalkoztat

Olvasson el minden mondatot és karikázza be azt a választ, amelyik Önre a leginkább jellemző!

		Nagyon nem érték vele	Nem érték vele egyet	Közömbös	Egyetérték vele	Nagyon egyetérték
1.	Ha a hajam nem tökéletes, szörnyen nézek ki.	5	4	3	2	1
2.	Bármit csinálok, képtelen vagyok betartani a normális étrendet.	5	4	3	2	1
3.	Ha az arcom nincs jól kikészítve, az mindenkinek feltűnik.	5	4	3	2	1
4.	Mások naponta háromszor étkeznek, de én nem.	5	4	3	2	1
5.	Ha mások a külsőmre negatív megjegyzést tesznek, nem állhatom.	5	4	3	2	1
6.	Ha fél kilógrammot hízom, már kudarcnak érzem.	5	4	3	2	1
7.	Ha ettem valamit, meg kell szabadulnom tőle.	5	4	3	2	1
8.	Ha puffadtnak érzem magam, háynom kell.	5	4	3	2	1
9.	Ha magányos vagyok, ennem kell.	5	4	3	2	1

		Nagyon nem érték vele	Nem érték vele egyet	Közömbös	Egyetérték vele	Nagyon egyetérték
10.	Ha hídom, bizonyára elvesztettem önkontrollomat.	5	4	3	2	1
11.	Ha dühös vagyok, falási kényszert érzek.	5	4	3	2	1
12.	Személyes értékem testsúlyommal kapcsolatos.	5	4	3	2	1
13.	Ha valaki nem tesz elismerő megjegyzést külsőmre, ez azt jelenti, hogy negatív érzései vannak külsőmmel kapcsolatban.	5	4	3	2	1
14.	Ha lehangolt vagyok, falási kényszert érzek.	5	4	3	2	1
15.	A falás és a has hajítás uralkodik rajtam és nem fordítva.	5	4	3	2	1
16.	Az étel az egyetlen kellemes dolog számomra.	5	4	3	2	1
17.	Nem tudok normálisan enni, bármit teszek.	5	4	3	2	1
18.	Azok az emberek akik nem tudják a diétát normálisan betartani, reménytelen esetek.	5	4	3	2	1
19.	Ha túl sokat eszem, bűnösnek érzem magam.	5	4	3	2	1
20.	Ha a ruhám nem áll tökéletesen, az mindenkinek feltűnik.	5	4	3	2	1
21.	Ha túl sokat eszek, nagyon nagy ügyet csinállok belőle.	5	4	3	2	1
22.	Hanem tudok uralkodni magamon, ha eszek.	5	4	3	2	1
23.	Ha csalódás, kudarc ér, ennem kell.	5	4	3	2	1
24.	A falások utáni hányás, jó módja annak, hogy a kecske is jóllakjon és a káposzta is megmaradjon.	5	4	3	2	1
25.	Ha nem vagyok sovány, ez azt jelenti, hogy kövér vagyok.	5	4	3	2	1

A következőkben kérjük, jelölje az alábbi táblázatban x-szel, hogy milyen gyakran fordultak elő Önnél ezek az utóbbi 4 hétben, illetve az utóbbi 6 hónapban.

Az utóbbi 4 hétben:

	soha	Havonta egyszer	Havonta többször	Hetente egyszer	Hetente többször	Naponta egyszer	Naponta többször
Falásroham							
Hányás							
Hashajtó							
Vízajtó							
Beöntés vagy kúp							
Étvágycsökkentő							

Koplalás, diéta							
Testgyakorlatok							

Az utóbbi 6 hónapban:

	soha	Havonta egyszer	Havonta többször	Hetente egyszer	Hetente többször	Naponta egyszer	Naponta többször
Falásroham							
Hányás							
Hashajtó							
Vízajtó							
Beöntés vagy kúp							
Étvágycsökkentő							
Koplalás, diéta							
Testgyakorlatok							

A következő kérdések a táplálkozással, étellel és ezekkel kapcsolatos véleményéddel és szokásaiddal foglalkoznak. Kérünk, állításonként jelöld meg az általad leginkább elfogadott választ.

	<i>Soha</i>	<i>Ritkán</i>	<i>Néha</i>	<i>Gyakran</i>	<i>Nagyon gyakran</i>	<i>Mindig</i>
1. Szeretek másokkal együtt enni.						
2. Készítek mások számára ételt, de nem eszem meg, amit főzök.						
3. Evés előtt szorongani kezdek.						
4. Rettegek attól, hogy elhízom.						
5. Kerülöm az evést, ha éhes vagyok.						
6. Úgy érzem, aggodalmat jelent számomra a táplálkozás.						
7. Voltak falási rohamaim, amikor úgy éreztem, nem tudom abbahagyni az evést.						
8. Ételemet apró darabokra vágom.						
9. Tisztában vagyok az általam fogyasztott ételek kalóriatartalmával.						
10. A magas szénhidrát-tartalmú ételeket (kenyér, burgonya, rizs stb.) különösen kerülöm.						
11. Úgy érzem, az étkezés során felpuffadok.						
12. Úgy érzem, mások azt szeretnék, ha többet ennék.						

13. Evés után hányok.						
14. Evés után erős bűntudatom van.						
15. Foglalkoztat az a vágy, hogy soványabb legyek.						
16. Keményen edzek, hogy az elfogyasztott kalóriákat ledolgozzam.						
17. Naponta többször ellenőrzöm a testsúlyomat.						
18. Szeretem, ha ruháim szorosak.						
19. Szeretek húst enni.						
20. Reggel korán felkelek.						
21. Napról-napra ugyanazokat az ételeket eszem.						
22. Ha sportolok, mozgok, arra gondolok, kalóriákat égetek el.						
23. Menstruációs ciklusom szabályos.						
24. Mások azt gondolják, hogy túl sovány vagyok.						
25. Aggaszt az a gondolat, hogy hájas a testem.						
26. Több időt vesz igénybe az evés, mint másnak.						
27. Szeretek étteremben enni.						
28. Hashajtókat használok.						
29. Kerülöm a cukortartalmú ételeket.						
30. Diétás ételeket eszem.						
31. Úgy érzem, a táplálkozás uralja életemet.						
32. Önkontrollom van az étkezéssel kapcsolatban.						
33. Úgy érzem, mások nyomást gyakorolnak rám, hogy egyem.						
34. Túl sok időt és gondolatot szentelek a táplálkozásnak.						
35. Gyomorszorulásom van.						
36. Édességek fogyasztása után kellemetlenül érzem magam.						
37. Diétázom.						
38. Szeretem, ha a gyomrom üres.						
39. Szeretek tápláló ételújdonosságokat kipróbálni.						
40. Evés után hányási késztetésem van.						

3. Melléklet. Az erdélyi román, magyar illetve szász középiskolások vizsgálatára alkalmazott román nyelvű kérdőív (vizsgálat 1)

DRAGI PRIETENI,

Tulburările de alimentație pot determina neplăceri mai mult sau mai puțin severe, gândiți-vă numai la faptul că foarte mulți sunt nemulțumiți de greutatea lor corporală. Cu toate acestea se apeleză destul de rar la ajutor de specialitate pentru astfel de probleme. Acest chestionar se referă în mare parte la cunoașterea tulburărilor de alimentație. În ultimile decenii formele deviante (în ceea ce privește alimentația) sunt din ce în ce mai frecvente. Dacă aceste devieri sunt depistate în timp și aduse la cunoaștința populației, prevenirea acestora este mult mai efektivă. Completarea acestui chestionar este voluntară, prin ea veți contribui și dvs. la prevenirea și depistarea tulburărilor de alimentație. Informațiile oferite de dvs vor fi tratate strict confidențial.

1. Nr.....

La următoarele întrebări notați cu „x” în căsuța potrivită răspunsurile corespunzătoare:

2. Sexul: ☐ Masculin ☐ Femeiesc

3. Data nașterii: 19..... 4. Clasa:

5. Unde locuiți? ☐ Acasă ☐ Cămin ☐ Gazdă ☐ Altele

6. Unde ați locuit mai multă vreme? ☐ Capitală ☐ Reședință de județ ☐ Oraș ☐ Sat ☐ Altundeva

7. Cel mai înalt nivel de studiu al tatălui: ☐ mai puțin de opt clase ☐ 8 clase ☐ școală profesională
☐ seral ☐ liceu ☐ studii superioare

8. Cel mai înalt nivel de studiu al mamei: ☐ mai puțin de opt clase ☐ 8 clase
☐ școală profesională ☐ seral ☐ liceu ☐ studii superioare

9. Nr. fraților: 10. Al câtelea născut sunteți?

11. Câți frați mai mari:, surori mai mari:, frați mai mici:, surori mai mici: aveți?

12. Cât timp ați fost alăptat?

13. Au fost perioade în viața dvs. când ați fost, trist, abătut, dezinteresat, pesimist, cel puțin timp de o săptămână?
☐ Da ☐ Nu

14. Dacă da, cu câți ani în urmă (se pot da mai multe variante de răspuns)?

15. Marcați cu un „x” răspunsul potrivit:

☐ n-am avut niciodată intenții sinucigașe ☐ m-a preocupat gândul sinuciderii ☐ am avut tendințe sinucigașe

16. Marcați răspunsul potrivit: ☐ au fost încercări de sinucidere în familie ☐ am avut
sinucigași în familie ☐ Sunt (au fost) bolnavi depresiv în familie ☐ sunt (au fost)
alcoolici în familie ☐ n-au fost(nu sunt)

17. Despre consumul de alcool: ☐ nu consum alcool ☐ ocazional, în compania altora

☐ beau puțin dar regulat
pe lună

☐ mă îmbăt o dată pe lună

☐ de mai multe ori

18. Câte țigări fumați în medie pe zi?

19. Dacă fumați, de câți ani?

20. Câte cafele beți pe zi?

Numai pentru fete!

21. La ce vârstă ați avut prima menstruație?

22. La ce vârstă a devenit regulat ciclul menstrual?

23. S-a întâmplat ca mai mult de 2 luni să nu aveți ciclu fără să fiți gravidă? ☐ nu ☐ o dată ☐ de mai multe ori

24. Dacă s-a întâmplat, la ce vârstă?

25. Greutatea actuală: kg. 26. Greutatea ideală: kg.

27. Înălțimea actuală: cm.

28. Greutatea minimă de când aveți înălțimea actuală: kg.

29. Greutatea maximă de când aveți înălțimea actuală: kg.

30. După părerea dvs. aveți greutate: ☐ foarte mică ☐ mică
☐ normală ☐ puțin prea mare ☐ foarte mare

31. Ați avut oscilații în greutate mai mult de cinci kg. în cursul unei luni de când aveți înălțimea actuală?

☐ nu am avut ☐ în cursul ultimului an ☐ de 1–2 ani ☐ mai demult

32. Ați urmat tratament ptr. tulburări de apetit (alimentar) sau ptr. probleme legate de greutatea dvs.? ☐ Da ☐ Nu

33. Dacă da, ce tratament? (*Sunt posibile mai multe variante de răspuns*)

☐ tratament farmaceutic ☐ ajutor psihologic ☐ în spital

34. S-a întâmplat ca alții (părinți, prieteni) să fie îngrijorați din cauza că sunteți prea slab sau dimpotrivă supraponderal? ☐ Da ☐ Nu

35. Cât de mult vă place să mâncați? ☐ foarte mult ☐ moderat
☐ indiferent ☐ puțin ☐ deloc

Am dori să știm dacă ați avut probleme medicale și cum a fost în general starea sănătății dvs ? Vă reamintim că prin aceasta ne referim la problemele dvs. actuale și recente și nu la acelea din trecut.

1. V-ați simțit pe deplin bine și pe deplin sănătos?

☐ mai bine ca altădată ☐ la fel ca altădată ☐ mai rău ca altădată ☐ mult mai rău ca altădată

2. Ați simțit că aveți nevoie de un preparat energizant, stimulator?

☐ deloc ☐ nu mai mult ca altădată ☐ mai mult ca altădată ☐ mult mai mult ca altădată

3. V-ați simțit epuizat, ați avut o dispoziție proastă?

☐ deloc altădată ☐ nu mai rău ca altădată ☐ mai rău ca altădată ☐ mult mai rău ca altădată

4. V-ați simțit bolnav?

☐ deloc altădată ☐ nu mai bolnav ca altădată ☐ mai bolnav ca altădată ☐ mult mai bolnav ca altădată

5. Ați avut dureri de cap?

☐ deloc altădată ☐ nu mai des ca altădată ☐ mai des ca altădată ☐ mult mai des ca altădată

6. Ați simțit presiune, tensiune la nivelul capului?

☐ deloc ☐ nu mai des ca altădată ☐ mai des ca altădată ☐ mult mai des ca altădată

7. Ați avut frisoane sau valuri de căldură?

☐ deloc altădată ☐ nu mai des ca altădată ☐ mai des ca altădată ☐ mult mai des ca altădată

8. Ați adormit greu din cauza dificultăților de zi cu zi?

☐ deloc altădată ☐ nu mai greu ca altădată ☐ mai greu ca altădată ☐ mult mai greu ca altădată

9. Odată adormit vă treziți greu?

☐ deloc altădată ☐ nu mai des ca altădată ☐ mai des ca altădată ☐ mult mai des ca altădată

10. Vă simțiți tensionat (tensionată)?

☐ deloc altădată ☐ nu mai tensionată ca altădată ☐ mai tensionată ca altădată ☐ mult mai tensionată ca altădată

11. Sunteți nervos sau aveți o dispoziție proastă?

☐ deloc ca altădată ☐ la fel ca altădată ☐ mai nervoasă ca altădată ☐ mult mai nervoasă ca altădată

12. Vi s-a întâmplat să vă îngroziți sau să intrați în panică fără un motiv serios?

☐ deloc ☐ la fel ca de obicei ☐ mai des ca de obicei ☐ mult mai des ca de obicei

13. Ați avut senzația că aveți prea multe pe cap și acestea vă vor copleși la un moment dat?

☐ deloc obicei ☐ la fel ca de obicei ☐ mai des ca de obicei ☐ mult mai des ca de obicei

14. Vă simțiți suprasolicitat, nervos tot timpul?

☐ deloc obicei ☐ la fel ca de obicei ☐ mai des ca de obicei ☐ mult mai des ca de obicei

15. Ați fost capabil(capabilă) să vă concentrați asupra ceea ce făceați?

☐ mai bine ca altădată ☐ la fel ca altădată ☐ mai rău ca altădată ☐ mult mai rău ca altădată

16. Lucrurile au mers mai încet ca de obicei?

☐ mai repede altădată ☐ la fel ca altădată ☐ mai încet ca altădată ☐ mult mai încet ca altădată

17. Simțiți că v-ați îndeplinit planurile după cum v-ați așteptat?

☐ mai bine ca altădată ☐ la fel ca altădată ☐ mai rău ☐ mult mai rău ca altădată

18. Ați fost mulțumit de felul în care v-ați îndeplinit sarcinile?

☐ da, am fost mulțumit ☐ la fel ca altădată ☐ mai puțin ca altădată ☐ mult mai puțin ca altădată

19. Ați simțit că participarea dvs. la diverse activități(situații) a fost cu folos?

☐ mai bună ca altădată ☐ la fel ca altădată ☐ mai rău ca altădată ☐ mult mai rău ca altădată

20. V-ați simțit în stare să luați diverse decizii în anumite situații?

☐ mai bine ca altădată ☐ la fel ca altădată ☐ mai rău ca altădată ☐ mult mai rău ca altădată

21. Ați simțit satisfacție în cursul activităților cotidiene?

☐ mai mare ca altădată ☐ la fel ca altădată ☐ mai puțină ca altădată ☐ mult mai puțină ca altădată

22. Ați avut o părere jalnică despre dvs.?

☐ deloc altădată ☐ la fel ca altădată ☐ mai jalnică ca altădată ☐ mult mai jalnică ca altădată

23. Ați avut senzația că viața este zadarnică, fără speranțe?

☐ deloc altădată ☐ la fel ca altădată ☐ nu mai des ca altădată ☐ mult mai des ca altădată

24. În ultimul timp ați simțit că viața nu merită trăită?

☐ deloc ☐ la fel ca altădată ☐ mai rău ca altădată ☐ mult mai rău ca altădată

25. V-ați gândit în ultimul timp să vă luați viața?

☐ deloc de obicei ☐ nu mai mult ca de obicei ☐ mai mult ca de obicei ☐ mult mai mult ca de obicei

26. Ați avut sentimentul că nu sunteți în stare de nimic pentru că aveți nervii prea slabi?

☐ deloc altădată ☐ nu mai mult ca altădată ☐ mai des ca altădată ☐ mult mai des ca altădată

27. În ultimul timp s-a întâmplat să vă doriți moartea și astfel să scăpați de toate?

☐ deloc altădată ☐ la fel ca altădată ☐ mai rău ca altădată ☐ mult mai rău ca altădată

28. S-a întâmplat să vă gândiți la sinucidere?

☐ deloc
aproape întotdeauna

☐ o dată

☐ de mai multe ori

☐ mă preocupă

29. Recent v-ați simțit tensionat, anxios, deprimat sau nervos?

☐ Da

☐ Nu

30. Dacă da:
altădată

☐ uneori/puțin mai mult ca altădată

☐ des/mai des ca

*Întrebările următoare se referă la obiceiurile dvs. legate de alimentație. Vă rugăm să notați cu un „x”
acel răspuns care exprimă cel mai bine sentimentele dvs.*

0 - niciodată 1 - rar
întotdeauna

2 - câteodată

3 - des

4 - foarte des

5 -

S.		0	1	2	3	4	5
1.	Îmi place să mănânc împreună cu alții.						
2.	Prepar mâncare pentru ceilalți, dar nu mănânc ceea ce gătesc.						
3.	Devin neliniștit înainte de masă.						
4.	Mi-e groază că mă voi îngrășa.						
5.	Ocolesc mâncarea când mi-e foame.						
6.	Alimentația reprezintă pentru mine un motiv de îngrijorare.						
7.	Am avut excese alimentare când am simțit că nu mă pot opri.						
8.	Îmi tai mâncarea în bucăți mici.						
9.	Cunosc conținutul de calorii ale mâncărilor pe care le consum.						
10.	Evit în mod deosebit mâncărurile cu conținut mare de carbohidrați(pâine, cartofi, orez).						
11.	Mă simt balonat după mese.						
12.	Simt că altora le-ar plăcea să mănânce mai mult.						
13.	Vomit după ce am mâncat.						
14.	Mă simt foarte vinovat după ce am mâncat.						
15.	Mă preocupă dorința să fiu mai slab(slabă).						
16.	Fac exerciții fizice grele pentru a pierde din calorii.						
17.	Mă cântăresc de mai multe ori pe zi.						
18.	Îmi place ca hainele să-mi fie strâmte.						
19.	Îmi place să mănânc carne.						
20.	Dimineața mă trezesc devreme.						

21.	Zilnic mănânc aceleași mâncăruri.						
22.	Când fac sport mă gândesc că pierd din calorii.						
23.	Ciclul menstrual mi-e regulat.						
24.	Alții cred că sunt slabă.						
25.	Mă îngrijorez gândindu-mă că am prea multă grăsime.						
26.	Să mănânc îmi ia mai mult timp decât altora.						
27.	Îmi place să mănânc la restaurant.						
28.	Folosesc laxative.						
29.	Evit mâncărurile care conțin zahăr.						
30.	Mănânc hrană dietetică.						
31.	Simt că alimentația îmi domină viața.						
32.	Dovedesc autocontrol în ceea ce privește mâncarea.						
33.	Simt că alții exercită presiuni asupra mea ca să mănânc.						
34.	Pierd prea mult timp gândindu-mă la mâncare.						
35.	Sufăr de constipație.						
36.	După ce mănânc dulciuri am senzații de disconfort.						
37.	Țin regim alimentar.						
38.	Îmi place să am stomacul gol.						
39.	Îmi place să încerc noutăți culinare nutritive.						
40.	Îmi vine să vomit după ce mănânc.						

Cât de des apar la dvs. următoarele comportamente Notați cu „x” varianta potrivită.

<i>În ultimele 4 săptămâni</i>	Niciodată	O dată pe lună	Mai multe ori pe lună	O dată pe săptămână	Mai multe ori pe spt.	Zilnic	Mai multe ori pe zi
Regim							
Mișcare ptr. menținerea siluetei							
Anorexigene							
Crize de înfulecat *							
Vărsături							

Purgative							
Diuretice							

*: Consumarea rapidă a unei cantități de mâncare atât de mare încât alții ar eticheta aceasta ca fiind neobișnuit.

În ultimele 3 luni:	Niciodată	O dată pe lună	Mai multe ori pe lună	O dată pe săptămână	Mai multe ori pe spt.	Zilnic	Mai multe ori pe zi
Regim							
Mișcare ptr. menținerea siluetei							
Anorexigene							
Crize de înfulecat *							
Vărsături							
Purgative							
Diuretice							

1. Am avut crize de înfulecat dar acum nu am.

☐ adevărat

☐ nu am avut

☐ am și acum

2. Crizele de înfulecat au ținut cel puțin trei luni(țin de trei luni)

☐ da
înfulcat

☐ nu

☐ nu am crize de

3. Numai pentru femei!!!!: Crizele mele de înfulecat sunt legate de menstruație.

☐ da

☐ nu

☐ nu am crize de înfulecat

Notați cu „x” răspunsurile potrivite, conform codului care urmează:

1 – nu sunt deloc de acord

2 – nu sunt de acord

3 - indiferent

4 - sunt de acord

5 – sunt întru totul de acord

S.		1	2	3	4	5
1.	Dacă părul nu mi-e aranjat perfect, mă simt groaznic.					
2.	Orice aș face, sunt incapabil să mă adaptez unui regim alimentar normal..					
3.	Toată lumea observă dacă nu sunt bine fardată.					
4.	Alții se hrănesc de trei ori pe zi, însă eu nu.					
5.	Nu suport dacă alții fac o remarcă negativă asupra aspectului meu fizic.					
6.	Faptul că mă îngraș o jumătate de kg. înseamnă deja un eșec pentru mine.					

7.	trebuie să mă debarsez de ceea ce am mâncat					
8.	Când mă simt balonat simt nevoia să vomit					
9.	Când mă simt singur simt nevoia să mănânc.					
10.	Dacă mă îngraș înseamnă cu siguranță că mi-am pierdut autocontrolul.					
11.	Când sunt furios simt nevoia să înfulec.					
12.	Valoarea mea ca persoană se leagă de greutatea mea corporală.					
13.	Dacă cineva nu are o apreciere pozitivă la aspectul meu fizic, se reportează negativ față de aceasta..					
14.	Când sunt indispus simt nevoia să înfulec.					
15.	Mâncatul și diareea mă stăpânesc mai degrabă decât eu pe ele.					
16.	Mâncarea este pentru mine singurul lucru plăcut.					
17.	Orice aș face nu pot să mănânc normal.					
18.	Oamenii care nu pot ține regim sunt cazuri fără speranță.					
19.	Dacă mănânc prea mult mă simt vinovat.					
20.	Toată lumea observă când nu stau perfect hainele pe mine.					
21.	Îmi fac probleme foarte mari când mănânc prea mult.					
22.	În timp ce mănânc nu mă pot controla.					
23.	Cînd am decepții sau neazuri simt nevoia să mănânc.					
24.	Vomatul după un exces alimentar este cea mai bună metodă de a împăca și capra și varza.					
25.	Dacă nu sunt slab(slabă), înseamnă că sunt gras(grasă).					

4. Melléklet. Az erdélyi román illetve magyar serdülők vizsgálatára alkalmazott magyar nyelvű kérdőív (vizsgálat 2)

Kedves adatközlők,

Ezzel a kérdőívvel a fiatalok életmódját, mindennapjait szeretnénk jobban megismerni. Ennek céljából néhány kérdést teszünk fel, amire kérünk őszintén, és komolyan válaszolj! A kérdőív név nélküli. Válaszaidat senki sem tudja, de nem is célja azonosítani. Segítséged előre is köszönjük.

1. Nemed (Karikázd be a nemednek megfelelő választ!)

Fiú _____ Lány _____

2. Életkorod (Válaszodat a szabadon hagyott részbe, számmal írd be!)

.....

3. Hányadik osztályban jársz? (Válaszodat a szabadon hagyott részbe írd be!)

.....

4. Kivel élsz együtt? (Tegyél egy x jelet a rád érvényes válasz elé!)

1 _____ mindkét szülőddel

2 _____ egyik szülőddel és egy nevelőszülőddel

3 _____ csak édesanyáddal

4 _____ csak édesapáddal

5 _____ egyéb, éspedig:

5. Apukád legmagasabb iskolai végzettsége

1 _____ általános iskola

2 _____ szakiskola

3 _____ érettségi

4 _____ főiskola/egyetem

99 _____ nem tudom

6. Anyukád legmagasabb iskolai végzettsége

1 _____ általános iskola

2 _____ szakiskola

3 _____ érettségi

4 _____ főiskola/egyetem

99 _____ nem tudom

7. Apukád alkalmazási minősége

1 _____ segédmunkás

2 _____ szakmunkás

3 _____ érettségivel alkalmazott szellemi munkás

4 _____ felsőfokú végzettséggel alkalmazott szellemi munkás

5 _____ önálló vállalkozó

6 _____ munkanélküli

7 _____ nyugdíjas

99 _____ nem tudom

8. Anyukád alkalmazási minősége:

1 _____ segédmunkás

2 _____ szakmunkás

3 _____ érettségivel alkalmazott szellemi munkás

4 _____ felsőfokú végzettséggel alkalmazott szellemi munkás

5 _____ önálló vállalkozó

6 _____ munkanélküli

7 _____ háztartásbeli

8 _____ nyugdíjas

9 _____ nem tudom

10. Az alábbiakban testsúlyoddal és magasságoddal kapcsolatos kérdésekkel fogsz találkozni. Kérünk, a kérdésekre a kért számadatok megadásával válaszolj!

1. Jelenleg hány kg. vagy?	_____ kg
2. Leginkább hány kg. szeretnél lenni?	_____ kg

3. Mennyi ideje tartod jelenlegi testsúlyodat? (Hónapokban vagy években fejezd ki)	
4. Az elmúlt 12 hónapban melyik volt a legkisebb testsúlyod?	kg
5. Az elmúlt 12 hónapban melyik volt a legnagyobb testsúlyod?	kg.
6. Jelenleg milyen magas vagy?	cm

10. A következő kérdéseket a lányokhoz intézzük

1. Hány éves korában volt az első havivérzésed? _____ éves korban
2. Hány éves korától vált rendszeressé? _____ éves kortól
3. Előfordult-e, hogy vérzésed két hónapnál tovább kimaradt és nem voltál terhes?

☐ Nem ☐ Egyszer ☐ Többször

Ha előfordult, hány éves korában? _____ éves korba

11. Milyen gyakran fordultak elő nálad a következő viselkedésformák az utóbbi 4 hétben?

	soha	havonta egyszer	havonta többször	hetente egyszer	hetente többször	naponta	naponta többször
1. Diétázás, koplalás							
2. Edzés a súly és az alak miatt							
3. Étvágycsökkentők							
4. Falásrohamok *							
5. Hányás							
6. Hashajtók							
7. Vízajtók							

* A falásroham olyan mennyiségű táplálék gyors elfogyasztását jelenti, melyet mások szokatlanul nagy mennyiségnek tartanak.

12. Voltak falásrohamaim, de most nincsenek. ☐ igaz ☐ nem voltak ☐ most is vannak

13. Falásrohamaim legalább 3 hónapig tartottak (3 hónapja tartanak). ☐ igen ☐ nem ☐ nincsenek falásrohamaim

Csak lányoknak!:

14. Falásrohamaim (ha vannak) összefüggnek a havi vérzésemmel. ☐ nincsenek falásrohamaim ☐ igen ☐ nem

15. Milyen gyakran fordultak elő nálad a következő viselkedésformák az utóbbi 3 hónapban?

	soha	havonta egyszer	havonta többször	hetente egyszer	hetente többször	naponta	naponta többször
1. Diétázás, koplalás							
2. Edzés a súly és az alak miatt							
3. Étvágycsökkentők							
4. Falásrohamok *							
5. Hányás							
6. Hashajtók							
7. Vízajtók							

16. A következő kérdések a táplálkozással, étellel és ezekkel kapcsolatos véleményeddel és szokásaiddal foglalkoznak. Kérünk, állításonként jelöld meg az általad leginkább elfogadott választ.

	Soha	Ritkán	Néha	Gyakran	Nagyon gyakran	Mindig
1. Szeretek másokkal együtt enni.						
2. Készítek mások számára ételt, de nem eszem meg, amit főzök.						
3. Evés előtt szorongani kezdek.						
4. Rettegek attól, hogy elhízom.						
5. Kerülöm az evést, ha éhes vagyok.						
6. Úgy érzem, aggodalmat jelent számomra a táplálkozás.						
7. Voltak falási rohamaim, amikor úgy éreztem, nem tudom abbahagyni az evést.						
8. Ételemet apró darabokra vágom.						
9. Tisztában vagyok az általam fogyasztott ételek kalóriatartalmával.						

10. A magas szénhidrát-tartalmú ételeket (kenyér, burgonya, rizs stb.) különösen kerülöm.						
11. Úgy érzem, az étkezés során felpuffadok.						
12. Úgy érzem, mások azt szeretnék, ha többet ennék.						
13. Evés után hányok.						
14. Evés után erős büntudatom van.						
15. Foglalkoztat az a vágy, hogy soványabb legyek.						
16. Keményen edzek, hogy az elfogyasztott kalóriákat ledolgozzam.						
17. Naponta többször ellenőrzöm a testsúlyomat.						
18. Szeretem, ha ruháim szorosak.						
19. Szeretek húst enni.						
20. Reggel korán felkelek.						
21. Napról-napra ugyanazokat az ételeket eszem.						
22. Ha sportolok, mozgok, arra gondolok, kalóriákat égetek el.						
23. Menstruációs ciklusom szabályos.						
24. Mások azt gondolják, hogy túl sovány vagyok.						
25. Aggaszt az a gondolat, hogy hájas a testem.						
26. Több időt vesz igénybe az evés, mint másnak.						
27. Szeretek étteremben enni.						
28. Hashajtókat használok.						
29. Kerülöm a cukortartalmú ételeket.						
30. Diétás ételeket eszem.						
31. Úgy érzem, a táplálkozás uralja életemet.						
32. Önkontrollom van az étkezéssel kapcsolatban.						
33. Úgy érzem, mások nyomást gyakorolnak rám, hogy egyem.						
34. Túl sok időt és gondolatot szentelek a táplálkozásnak.						
35. Gyomorszorulásom van.						
36. Édességek fogyasztása után kellemetlenül érzem magam.						
37. Diétázom.						
38. Szeretem, ha a gyomrom üres.						
39. Szeretek tápláló ételújdonosságokat kipróbálni.						
40. Evés után hányási késztetésem van.						

5. Melléklet. Az erdélyi román illetve magyar serdülők vizsgálatára alkalmazott román nyelvű kérdőív (vizsgálat 2)

Dragi Prieteni,

Cu acest chestionar dorim să cunoaștem mai bine modul vostru de viață. În acest scop am formulat câteva întrebări la care te rugăm să răspunzi sincer și cu seriozitate. Chestionarul este anonim. Mulțumim anticipat pentru ajutor!

1. Sexul (Încercuiește răspunsul care ți se potrivește)

Băiat Fată

2. Vârsta (Scrie cu cifre în spațiul lăsat liber)

.....

3. În ce clasă ești? (Indică doar anul de studii)

.....

4. Cu cine trăiești împreună? (Marchează cu x răspunsul care ți se potrivește.)

1 _____ cu ambii părinți

2 _____ cu un părinte natural și un părinte vitreg

3 _____ numai cu mama

4 _____ numai cu tata

5 _____ altă situație

5. Ultima școală absolvită de tatăl tău

1 _____ școala generală

2 _____ școala profesională

3 _____ bacalaureat

4 _____ colegiu/facultate

9 _____ nu știu

6. Ultima școală absolvită de mama ta

1 _____ școala generală

2 _____ școala profesională

3 _____ bacalaureat

4 _____ colegiu/facultate

9 _____ nu știu

7. Ocupația tatălui

1 _____ muncitor necalificat

2 _____ muncitor cu profesie

3 _____ angajat intelectual cu bacalaureat

4 _____ angajat intelectual cu studii superioare

5 _____ întreprinzător

6 _____ șomer

7 _____ pensionar

9 _____ nu știu

8. Ocupația mamei

1 _____ muncitor necalificat

2 _____ muncitor cu profesie

3 _____ angajat intelectual cu bacalaureat

4 _____ angajat intelectual cu studii superioare

5 _____ întreprinzător

6 _____ șomeră

7 _____ casnică

8 _____ pensionară

9 _____ nu știu

9. În cele ce urmează vom adresa câteva întrebări legate de greutatea și înălțimea ta.

1. Care este greutatea ta actuală?	kg
2. Câte kg ai dori să ai?	kg
3. De când ți greutatea ta actuală? (<i>exprimat în luni sau ani de zile</i>)	
4. În ultimele 12 luni care a fost greutatea ta cea mai mică?	kg

5. În ultimele 12 luni care a fost greutatea ta cea mai mare?	_____ kg.
6. Care este înălțimea ta actuală?	_____ cm

10. Următoarele întrebări sunt adresate doar fetelor

1. La ce vârstă ai avut prima menstruație? La vârstă de _____ ani

2. De la ce vârstă îți vine regulat? De la vârstă de _____ ani

3. Ți sa întâmplat să-ți întârzie mai mult de 2 luni, dar totuși să nu fi gravidă?

☐ Nu ☐ O dată ☐ De mai multe ori

Dacă ți sa întâmplat, la ce vârstă? La vârstă de _____ ani

11. În ultimele 6 săptămâni, cu ce frecvență te-au caracterizat următoarele?

	niciodată	lunar o dată	lunar de mai multe ori	săpt. o dată	săpt de mai multe ori	zilnic	zilnic de mai multe ori
1. Să țin regim							
2. Mișcare pentru menținerea siluetei							
3. Substanțe pentru reducerea poftei de mâncare							
4. Crize de înfulecat *							
5. Vărsături							
6. Purgative							
7. Diuretice							

* Consumarea rapidă a unei cantități de mâncare pe care alții ar considera ca fiind neobișnuit de mult.

12. Am avut crize de înfulecat dar acum nu am. ☐ este adevărat ☐ nu am avut ☐ am și în prezent

13. Crizele de înfulecat au ținut cel puțin trei luni(țin de trei luni). ☐ da ☐ nu ☐ nu am crize de înfulecat Numai pentru fete!

14. Crizele mele de înfulecat sunt legate de menstruație. ☐ nu am crize de înfulecat ☐ da ☐ nu

15. În ultimele 3 luni, cu ce frecvență te-au caracterizat următoarele?

	niciodată	lunar o dată	lunar de mai multe ori	săpt. o dată	săpt de mai multe ori	zilnic	zilnic de mai multe ori
1. Să țin regim							
2. Mișcare pentru menținerea siluetei							
3. Substanțe pentru reducerea poftei de mâncare							
4. Crize de înfulecat *							
5. Vărsături							
6. Purgative							
7. Diuretice							

16.

	Niciodată	Rar	Câte o dată	Frecvent	Foarte frecvent	Totdeauna
1. Îmi place să mănânc împreună cu alții.						
2. Prepar mâncare pentru ceilalți, dar nu mănânc ceea ce gătesc.						
3. Devin neliniștit înainte de masă.						
4. Mi-e groază că mă voi îngrășa.						
5. Ocolesc mâncarea când mi-e foame.						
6. Alimentația reprezintă pentru mine un motiv de îngrijorare.						
7. Am avut excese alimentare când am simțit că nu mă pot opri.						
8. Îmi tai mâncarea în bucăți mici.						
9. Cunosc conținutul de calorii ale mâncărilor pe care le consum.						
10 Evit în mod deosebit mâncărurile cu conținut mare de carbohidrați(pâine, cartofi,						

orez).						
11. Mă simt balonat după mese.						
12. Simt că altora le-ar plăcea să măănânce mai mult.						
13. Vomit după ce am mâncat.						
14. Mă simt foarte vinovat după ce am mâncat.						
15. Mă preocupă dorința să fiu mai slab(slabă).						
16. Fac exerciții fizice grele pentru a pierde din calorii.						
17. Mă cântăresc de mai multe ori pe zi.						
18. Îmi place ca hainele să-mi fie strâmte.						
19. Îmi place să măănânc carne.						
20. Dimineața mă trezesc devreme.						
21. Zilnic măănânc aceleași mâncăruri.						
22. Când fac sport mă gândesc că pierd din calorii.						
23. Ciclul menstrual mi-e regulat.						
24. Alții cred că sunt slabă.						
25. Mă îngrijorez gândindu-mă că am prea multă grăsime.						
26. Să măănânc îmi ia mai mult timp decât altora.						
27. Îmi place să măănânc la restaurant.						
28. Folosesc laxative.						
29. Evit mâncărurile care conțin zahăr.						
30. Măănânc hrană dietetică.						
31. Simt că alimentația îmi domină viața.						
32. Dovedesc autocontrol în ceea ce privește mâncarea.						
33. Simt că alții exercită presiuni asupra mea ca să măănânc.						
34. Pierd prea mult timp gândindu-mă la mâncare.						
35. Sufăr de constipație.						
36. După consumul de dulciuri mă simt neconfortabil.						
37. Sunt sub dietă.						
38. Îmi place dacă am stomacul gol.						
39. Îmi place să încerc mâncăruri noi.						
40. După ce măănânc am senzații de vomă.						

6. Melléklet. A kontroll csoport vizsgálatára használt tesztcsomag (vizsgálat 3)

Kedves Adatközlő,

Az elkövetkezőkben, olyan kérdéseket, kijelentéseket fogsz olvasni, amelyek a táplálkozási szokásaidra, traumatikus élményeidre, mindennapi hangulatodra illetve gondolataidra vonatkoznak. Kérlek válaszoljál őszintén a kérdésekre/kijelentésekre. Nincs helyes vagy helytelen válasz. A vizsgálatban való részvétel önkéntes, a kérdőívvel nyert adatokat titkosan kezeljük.

I. Demográfiai és antropomorfiiai adatok

1.Életkor:.....év

2. Hányadik osztályba jársz? (Válaszodat a szabadon hagyott részbe írd be!)

.....

3. Kivel élsz együtt? (Karikázd be a megfelelő választ!)

1. mindkét szülőddel

2. egyik szülőddel és egy nevelőszülőddel

3. csak édesanyáddal

4. csak édesapáddal

5. egyéb, éspedig:

4. Apukád legmagasabb iskolai végzettsége?

1. általános iskola

2. szakiskola

3. érettségi

4. főiskola/egyetem

99. nem tudom

5. Anyukád legmagasabb iskolai végzettsége?

1. általános iskola

2. szakiskola

3. érettségi

4. főiskola/egyetem

99. nem tudom

6. Apukád alkalmazási minősége?

1. segédmunkás

2. szakmunkás

3. érettségivel alkalmazott szellemi munkás

4. felsőfokú végzettséggel alkalmazott szellemi munkás

5. önálló vállalkozó

6. munkanélküli

7. nyugdíjas

99. nem tudom

7. Anyukád alkalmazási minősége?

1. segédmunkás

2. szakmunkás

3. érettségivel alkalmazott szellemi munkás

4. felsőfokú végzettséggel alkalmazott szellemi munkás

5. önálló vállalkozó

6. munkanélküli

7. háztartásbeli

8. nyugdíjas

99.nem tudom

8. Anyagi szempontból családotat melyik társadalmi rétegbe sorolnád?

1. alsó osztály

2. alsó középosztály

3. középosztály

4. felső középosztály

5. felső osztály

9. Jelenlegi testsúlyod:.....kg
 10. Testmagasságod:.....cm
 11. Eddig legnagyobb testsúlyod:..... kg
 12. Eddigi legalacsonyabb testsúlyod:..... kg
 13. Az általad ideálisnak tartott testsúly:..... kg
 14. Havi vérzésed jelenleg?
 1. szabályos
 2. rendszertelen
 3. három hónapnál tovább kimaradt (terhességet kizárva)
 4. hat hónapnál tovább kimaradt (terhességet kizárva)
 5. egyéb:.....

II. Ez a kérdőív különböző véleményeket, érzéseket és viselkedéseket mér. A mondatok bármelyike étellekkel és evéssel kapcsolatos. Más mondatok Önmagaddal kapcsolatos érzésekre vonatkoznak. Nincs jó vagy rossz válasz, így próbáld meg teljesen őszinte lenni. Az eredményeket szigorúan bizalmasan kezeljük. Olvass el minden mondatot és karikázd be azt a választ, amelyik a leginkább jellemző rád!

		Mindig	Rendszerint	Gyakran	Néha	Ritkán	Soha
	Édességeket és szénhidrátokat anélkül eszem, hogy idegessé válnék	6	5	4	3	2	1
	Azt hiszem a gyomrom túl nagy	6	5	4	3	2	1
	Szívesen visszatérnék a gyermekkorom biztonságához	6	5	4	3	2	1
	Eszem, ha nyugtalan vagyok	6	5	4	3	2	1
	Teletömöm magam étellel	6	5	4	3	2	1
	Szívesen lennék fiatalabb	6	5	4	3	2	1
	Diétázásra gondolok	6	5	4	3	2	1
	Aggódok, ha érzelmeim nagyon erősek	6	5	4	3	2	1
	Azt hiszem combjaim vastagok	6	5	4	3	2	1
	Tehetetlen embernek érzem magam	6	5	4	3	2	1
	Nagyon dühösnek érzem magam túlevés után.	6	5	4	3	2	1
	Azt hiszem a gyomrom éppen jó méretű.	6	5	4	3	2	1
	Csak a kiemelkedő teljesítmény elég jó, megfelelő a családnak.	6	5	4	3	2	1
	A legboldogabb időszak az életemben a gyermekkor.	6	5	4	3	2	1
	Nyíltan kimutatom az érzelmeit.	6	5	4	3	2	1
	Szorongok a hízástól.	6	5	4	3	2	1
	Megbízom másokban.	6	5	4	3	2	1
	Egyedül érzem magam a világon.	6	5	4	3	2	1
	Elégedett vagyok az alakommal.	6	5	4	3	2	1
	Általában úgy érzem, hogy a dolgokat ellenőrzés alatt tartom.	6	5	4	3	2	1
	Megzavar az, hogy milyen érzelmet is érzek néha.	6	5	4	3	2	1
	Inkább felnőtt lennék, mint gyermek.	6	5	4	3	2	1
	Könnyen kapcsolatban kerülök másokkal.	6	5	4	3	2	1
	Bárcsak valaki más lennék.	6	5	4	3	2	1
	Eltúlozom vagy felnagyítom a testsúly problémáját.	6	5	4	3	2	1
	Világosan meg tudom állapítani, milyen érzelmet érzek.	6	5	4	3	2	1
	Elégtelennek érzem magam.	6	5	4	3	2	1
	Voltak evési, falási rohamaim, amikor úgy éreztem, hogy nem tudom abba hagyni.	6	5	4	3	2	1
	Gyermekként nagyon erősen megpróbáltam elkerülni a csalódást szüleimben vagy társaimban.	6	5	4	3	2	1
	Közeli barátaim vannak.	6	5	4	3	2	1
	Tetszik a fenekem formája.	6	5	4	3	2	1

		Mindig	Rendszerint	Gyakran	Néha	Ritkán	Soha
	Nagyon foglalkoztat a vágy, hogy soványabb legyek.	6	5	4	3	2	1
	Nem tudom, mi zajlik bennem.	6	5	4	3	2	1
	Nehezemre esik, hogy másoknak kimutassam az érzelmeimet.	6	5	4	3	2	1
	A felnőttkor elvárásai túl nagyok.	6	5	4	3	2	1
	Gyűlölöm azt, hogy nem a legjobbat teljesítem.	6	5	4	3	2	1
	Önbizalmam van.	6	5	4	3	2	1
	Töprengek a falás rohamokon.	6	5	4	3	2	1
	Boldog vagyok, hogy már nem vagyok gyermek.	6	5	4	3	2	1
	Nem tudom, éhes vagyok-e vagy sem.	6	5	4	3	2	1
	Rossz véleményem van magamról.	6	5	4	3	2	1
	Úgy érzem el tudom érni a céljaimat.	6	5	4	3	2	1
	Szüleim kiemelkedőt vártak tőlem.	6	5	4	3	2	1
	Aggódom, hogy érzéseim fölött elveszítem az uralmat.	6	5	4	3	2	1
	Azt hiszem a csípőm, túl nagy.	6	5	4	3	2	1
	Mások előtt alig eszem, de teletömöm magam ha elmennek.	6	5	4	3	2	1
	Normális étkezés után is felfűvödöttnak érzem magam.	6	5	4	3	2	1
	Azt hiszem, az emberek gyermekkorukban a legboldogabbak.	6	5	4	3	2	1
	Ha hízik egy kg-ot, félek, hogy elhízok.	6	5	4	3	2	1
	Úgy érzem értékes személy vagyok.	6	5	4	3	2	1
	Ha zaklatott vagyok, nem tudom, hogy szomorú vagyok, szorongok, vagy dühös vagyok.	6	5	4	3	2	1
	Úgy érzem hogy tökéletesen kell csinálnom a dolgokat, vagy sehogy.	6	5	4	3	2	1
	Azt gondolom meg kell próbálnom hánygni, hogy fogyni tudjak.	6	5	4	3	2	1
	Az embereket bizonyos távolságra kell tartanom.	6	5	4	3	2	1
	Azt hiszem combjaim éppen megfelelő méretűek.	6	5	4	3	2	1
	Belülről(érzelmileg) üresnek érzem magam.	6	5	4	3	2	1
	Tudok személyes gondolatokról, érzelmekről beszélni.	6	5	4	3	2	1
	Az élet legszebb éve az, amikor az ember felnőtté válik.	6	5	4	3	2	1
	Azt hiszem, a fenekem túl nagy.	6	5	4	3	2	1
	Vannak nehezen meghatározható érzelmeim.	6	5	4	3	2	1
	Titokban eszem vagy iszom.	6	5	4	3	2	1
	Azt hiszem, a csípőm éppen jó méretű.	6	5	4	3	2	1
	Igen magas céljaim vannak.	6	5	4	3	2	1
	Ha zaklatott vagyok félek, hogy enni kezdek.	6	5	4	3	2	1

III. A következőkben kérlek, jelöld az alábbi táblázatban x-szel, hogy milyen gyakran fordultak elő veled az alábbi viselkedések az utóbbi 4 hétben, illetve az utóbbi 6 hónapban.

Az utóbbi 4 hétben:

	Soha	Havonta egyszer	Havonta többször	Hetente egyszer	Hetente többször	Naponta egyszer	Naponta többször
Falásroham							
Hányás							
Hashajtó							
Vízajtó							
Beöntés vagy kúp							
Étvágycsökkentő							
Koplalás, diéta							
Testgyakorlatok							

Az utóbbi 6 hónapban:

	Soha	Havonta egyszer	Havonta többször	Hetente egyszer	Hetente többször	Naponta egyszer	Naponta többször
--	------	-----------------	------------------	-----------------	------------------	-----------------	------------------

Falásroham							
Hányás							
Hashajtó							
Vizhajtó							
Beöntés vagy kúp							
Étvágycsökkentő							
Koplalás, diéta							
Testgyakorlatok							

IV. Olykor különböző érzéseink és gondolataink támadnak. A következőkben ilyen gondolatok és érzések csoportjait fogod olvasni. Mindegyik csoportból válaszd ki azt az egy mondatot, amely rád az utóbbi időben leginkább illett. Miután kiválasztottad azt az egy mondatot, csak azután térj rá a következő csoportra. Nincsen jó vagy rossz válasz. Feladatod csak az, hogy válaszd ki, azt az egy mondatot, amely a legjobban jellemzi a TE érzéseidet az elmúlt két hétben. Karikázd be a kiválasztott állítás számjelét.

0. Nem vagyok szomorú

1. Gyakran vagyok szomorú
2. Mindig szomorú vagyok

0. Nekem semmi sem sikerül.

1. Sosem vagyok biztos abban, hogy a dolgom hogyan sikerülnek.
2. Amit csinálok az jól sikerül.

3. 0. Mindent jól csinállok.

1. Sok mindent rosszul csinállok.
2. Mindent rosszul csinállok.

4. 0. Sok mindenben örööm lelem.

1. Csak néhány dologban leleltem örömet.
2. Semmi sem szerez örömet nekem.

5. 0. Mindig rossz vagyok.

1. Gyakran viselkedem rosszul.
2. Néha rossz a magaviseletem.

6. 0. Néha azt gondolom, hogy valami rossz dolog történik majd velem.

1. Aggódom, hogy valami rossz dolog történik majd velem.
2. Biztos vagyok benne, hogy valami rossz dolog történik majd velem.

7. 0. Gyűlölöm magam.

1. Nem szeretem magam.
2. Elégedett vagyok magammal.

8. 0. Minden, ami rossz az én hibám.

1. Sok minden, ami rossz az én hibám.
2. Ami rossz, az általában az én hibám.

9. 0. Nem gondolok arra, hogy megöljem magam.

1. Gondoltam rá, hogy megöljem magam de nem tenném.
2. A legszivesebben megölném magam.

10. 0. Mindig sírhatnék van.

1. Gyakran van sírhatnék.
2. Néha van csak sírhatnék.

11. 0. Mindig felbosszant valami.

1. Gyakran felbosszantanak.
2. Csak néha vagyok bosszús.

12. 0. Szeretem mások társaságát.

1. Gyakran nem kívánom a mások társaságát.

2. Egyáltalán nem kívánom a mások társaságát.
13. 0. Képtelen vagyok bármiben is dönteni.
1. Nehezen tudok valamiben dönteni.
2. Nem esik nehezemre dönteni.
14. 0. A külsőmmel elégedett vagyok.
1. Sok minden zavar a külsőmben.
2. Csúnya vagyok.
15. 0. Mindig noszogatni kell magam arra, hogy a házi feladatot megcsináljam.
1. Gyakran kell noszogatni magam arra, hogy a házi feladatot megcsináljam.
2. A házi feladat elkészítése nem jelent nehézséget.
16. 0. Mindig rosszul alszom.
1. Gyakran alszom rosszul.
2. Elég jól alszom.
17. 0. Csak néha érzem magam fáradtnak.
1. Gyakran érzem magam fáradtnak.
2. Mindig fáradtnak érzem magam.
18. 0. Csaknem mindig étvágytalan vagyok.
1. Gyakran vagyok étvágytalan.
2. Elég jó az étvégyam.
19. 0. Nem gondolom, hogy valami komoly bajom van.
1. Gyakran tartok tőle, hogy valami komoly bajom van.
2. Tartok tőle, hogy valami komoly bajom van.
20. 0. Nem érzem magam magányosnak.
1. Gyakran magányosnak érzem magam.
2. Mindig magányosnak érzem magam.
21. 0. Az iskolában sosincs jó kedvem.
1. Néha van csak jó kedvem az iskolában.
2. Gyakran vagyok jó kedvű az iskolában.
22. 0. Sok barátom (barátnőm) van.
1. Van néhány barátom (barátnőm) de többet szeretnék.
2. Nincs egyetlen barátom sem.
23. 0. A tanulás rendben megy.
1. Nem tanulok olyan jól, mint azelőtt.
2. Sokat rontottam azokban a tantárgyakban is, amelyekből azelőtt jó voltam.
24. 0. Sosem tudok olyan jó lenni, mint más gyerekek.
1. Ha akarom, tudok olyan jó lenni, mint a többi gyerek.
2. Éppen olyan jó vagyok, mint más gyerek.
25. 0. Engem senki sem szeret igazán.
1. Nem vagyok benne biztos, hogy szeret-e valaki igazán.
2. Biztos vagyok benne, hogy van, aki szeret engem.
26. 0. Általában megcsinálom azt, amit mondanak.
1. Sokszor nem csinálom azt, amit mondanak.
2. Sosem csinálom meg azt, amit mondanak.
27. 0. Jól kijövök a többiekkel.
1. Gyakran összeveszek másokkal.

2. Szinte mindig veszekszem valakivel.

Köszönjük a közreműködést!

7. Melléklet. Az anorexiás csoport vizsgálatára használt tesztsomag (vizsgálat 3)

Kedves Adatközlő,

Az elkövetkezőkben, olyan kérdéseket, kijelentéseket fogsz olvasni, amelyek a táplálkozási szokásaidra, traumatikus élményeidre, mindennapi hangulatodra illetve gondolataidra vonatkoznak. Kérlek válaszoljál őszintén a kérdésekre/kijelentésekre. Nincs helyes vagy helytelen válasz. A vizsgálatban való részvétel önkéntes, a kérdőívvel nyert adatokat titkosan kezeljük.

I. Demográfiai és antropomorfiiai adatok

1.Életkor:év

2. Hányadik osztályba jársz? (Válaszodat a szabadon hagyott részbe írd be!)

.....

3. Kivel élsz együtt? (Karikázd be a megfelelő választ!)

1. mindkét szülőddel

2. egyik szülőddel és egy nevelőszülőddel

3. csak édesanyáddal

4. csak édesapáddal

5. egyéb, éspedig:

4. Apukád legmagasabb iskolai végzettsége?

1. általános iskola

2. szakiskola

3. érettségi

4. főiskola/egyetem

99. nem tudom

5. Anyukád legmagasabb iskolai végzettsége?

1. általános iskola

2. szakiskola

3. érettségi

4. főiskola/egyetem

99. nem tudom

6. Apukád alkalmazási minősége?

1. segédmunkás

2. szakmunkás

3. érettségivel alkalmazott szellemi munkás

4. felsőfokú végzettséggel alkalmazott szellemi munkás

5. önálló vállalkozó

6. munkanélküli

7. nyugdíjas

99. nem tudom

7. Anyukád alkalmazási minősége?

1. segédmunkás

2. szakmunkás

3. érettségivel alkalmazott szellemi munkás

4. felsőfokú végzettséggel alkalmazott szellemi munkás

5. önálló vállalkozó

6. munkanélküli

7. háztartásbeli

8. nyugdíjas

99.nem tudom

8. Anyagi szempontból családodat melyik társadalmi rétegbe sorolnád?

1. alsó osztály

2. alsó középosztály

3. középosztály

4. felső középosztály

		Mindig	Rendszerint	Gyakran	Néha	Ritkán	Soha
25	Eltúlozom vagy felnagyítom a testsúly problémáját.	6	5	4	3	2	1
26	Világosan meg tudom állapítani, milyen érzelmet érzek.	6	5	4	3	2	1
27	Elégtelemnek érzem magam.	6	5	4	3	2	1
28	Voltak evési, falási rohamaim, amikor úgy éreztem, hogy nem tudom abba hagyni.	6	5	4	3	2	1
29	Gyermekén nagyon erősen megpróbáltam elkerülni a csalódást szüleimben vagy társaimban.	6	5	4	3	2	1
30	Közeli barátaim vannak.	6	5	4	3	2	1
31	Tetszik a fenekem formája.	6	5	4	3	2	1
32	Nagyon foglalkoztat a vágy, hogy soványabb legyek.	6	5	4	3	2	1
33	Nem tudom, mi zajlik bennem.	6	5	4	3	2	1
34	Nehezemre esik, hogy másoknak kimutassam az érzelmeimet.	6	5	4	3	2	1
35	A felnőttkor elvárásai túl nagyok.	6	5	4	3	2	1
36	Gyűlölöm azt, hogy nem a legjobbat teljesítem.	6	5	4	3	2	1
37	Önbizalmam van.	6	5	4	3	2	1
38	Töpregek a falás rohamokon.	6	5	4	3	2	1
39	Boldog vagyok, hogy már nem vagyok gyermek.	6	5	4	3	2	1
40	Nem tudom, éhes vagyok-e vagy sem.	6	5	4	3	2	1
41	Rossz véleményem van magamról.	6	5	4	3	2	1
42	Úgy érzem el tudom érni a céljaimat.	6	5	4	3	2	1
43	Szüleim kiemelkedőt vártak tőlem.	6	5	4	3	2	1
44	Aggódok, hogy érzéseim fölött elveszítem az uralmat.	6	5	4	3	2	1
45	Azt hiszem a csípőm, túl nagy.	6	5	4	3	2	1
46	Mások előtt alig eszem, de teletömöm magam ha elmennek.	6	5	4	3	2	1
47	Normális étkezés után is felfűvódottnak érzem magam.	6	5	4	3	2	1
48	Azt hiszem, az emberek gyermekkorukban a legboldogabbak.	6	5	4	3	2	1
49	Ha hízik egy kg-ot, félek, hogy elhízok.	6	5	4	3	2	1
50	Úgy érzem értékes személy vagyok.	6	5	4	3	2	1
51	Ha zaklatott vagyok, nem tudom, hogy szomorú vagyok, szorongok, vagy dühös vagyok.	6	5	4	3	2	1
52	Úgy érzem hogy tökéletesen kell csinálnom a dolgokat, vagy sehogy.	6	5	4	3	2	1
53	Azt gondolom meg kell próbálnom hányni, hogy fogyni tudjak.	6	5	4	3	2	1
54	Az embereket bizonyos távolságra kell tartanom.	6	5	4	3	2	1
55	Azt hiszem combjaim éppen megfelelő méretűek.	6	5	4	3	2	1
56	Belülről(érzelmileg) üresnek érzem magam.	6	5	4	3	2	1
57	Tudok személyes gondolatokról, érzelmekről beszélni.	6	5	4	3	2	1
58	Az élet legszebb éve az, amikor az ember felnőtté válik.	6	5	4	3	2	1
59	Azt hiszem, a fenekem túl nagy.	6	5	4	3	2	1
60	Vannak nehezen meghatározható érzelmeim.	6	5	4	3	2	1
61	Titokban eszem vagy iszom.	6	5	4	3	2	1
62	Azt hiszem, a csípőm éppen jó méretű.	6	5	4	3	2	1
63	Igen magas céljaim vannak.	6	5	4	3	2	1
64	Ha zaklatott vagyok félek, hogy enni kezdek.	6	5	4	3	2	1

III. A következőkben kérlek, jelöld az alábbi táblázatban x-szel, hogy milyen gyakran fordultak elő veled az alábbi viselkedések az utóbbi 4 hétben, illetve az utóbbi 6 hónapban.

Az utóbbi 4 hétben:

	soha	Havonta egyszer	Havonta többször	Hetente egyszer	Hetente többször	Naponta egyszer	Naponta többször
Falásroham							
Hányás							

Hashajtó							
Vízajtó							
Beöntés vagy kúp							
Étvágycsökkentő							
Koplasz, diéta							
Testgyakorlatok							

Az utóbbi 6 hónapban:

	soha	Havonta egyszer	Havonta többször	Hetente egyszer	Hetente többször	Naponta egyszer	Naponta többször
Falásroham							
Hányás							
Hashajtó							
Vízajtó							
Beöntés vagy kúp							
Étvágycsökkentő							
Koplasz, diéta							
Testgyakorlatok							

IV. Olykor különböző érzéseink és gondolataink támadnak. A következőkben ilyen gondolatok és érzések csoportjait fogod olvasni. Mindegyik csoportból válaszd ki azt az egy mondatot, amely rád az utóbbi időben leginkább illett. Miután kiválasztottad azt az egy mondatot, csak azután térj rá a következő csoportra. Nincsen jó vagy rossz válasz. Feladatod csak az, hogy válaszd ki, azt az egy mondatot, amely a legjobban jellemzi a TE érzéseidet az elmúlt két hétben. Karikázd be a kiválasztott állítás számjelét.

0. Nem vagyok szomorú

1. Gyakran vagyok szomorú
2. Mindig szomorú vagyok

0. Nekem semmi sem sikerül.

1. Sosem vagyok biztos abban, hogy a dolgaik hogyan sikerülnek.
2. Amit csinállok az jól sikerül.

3. 0. Mindent jól csinállok.

1. Sok mindent rosszul csinállok.
2. Mindent rosszul csinállok.

4. 0. Sok mindenben öröömöm lelem.

1. Csak néhány dologban lelem öröömöm.
2. Semmi sem szerez örömet nekem.

5. 0. Mindig rossz vagyok.

1. Gyakran viselkedem rosszul.
2. Néha rossz a magaviseletem.

6. 0. Néha azt gondolom, hogy valami rossz dolog történik majd velem.

1. Aggódok, hogy valami rossz dolog történik majd velem.
2. Biztos vagyok benne, hogy valami rossz dolog történik majd velem.

7. 0. Gyűlölöm magam.

1. Nem szeretem magam.
2. Elégedett vagyok magammal.

8. 0. Minden, ami rossz az én hibám.

1. Sok minden, ami rossz az én hibám.
2. Ami rossz, az általában az én hibám.

9. 0. Nem gondolok arra, hogy megöljem magam.

1. Gondoltam rá, hogy megöljem magam de nem tenném.
2. A legszívesebben megölném magam.

10. 0. Mindig sírhatnékom van.
1. Gyakran van sírhatnékom.
2. Néha van csak sírhatnékom.
11. 0. Mindig felbosszant valami.
1. Gyakran felbosszantanak.
2. Csak néha vagyok bosszús.
12. 0. Szeretem mások társaságát.
1. Gyakran nem kívánom a mások társaságát.
2. Egyáltalán nem kívánom a mások társaságát.
13. 0. Képtelen vagyok bármiben is dönteni.
1. Nehezen tudok valamiben dönteni.
2. Nem esik nehezemre dönteni.
14. 0. A külsőmmel elégedett vagyok.
1. Sok minden zavar a külsőmben.
2. Csúnya vagyok.
15. 0. Mindig noszogatni kell magam arra, hogy a házi feladatot megcsináljam.
1. Gyakran kell noszogatni magam arra, hogy a házi feladatot megcsináljam.
2. A házi feladat elkészítése nem jelent nehézséget.
16. 0. Mindig rosszul alszom.
1. Gyakran alszom rosszul.
2. Elég jól alszom.
17. 0. Csak néha érzem magam fáradtnak.
1. Gyakran érzem magam fáradtnak.
2. Mindig fáradtnak érzem magam.
18. 0. Csaknem mindig étvágytalan vagyok.
1. Gyakran vagyok étvágytalan.
2. Elég jó az étvégyam.
19. 0. Nem gondolom, hogy valami komoly bajom van.
1. Gyakran tartok tőle, hogy valami komoly bajom van.
2. Tartok tőle, hogy valami komoly bajom van.
20. 0. Nem érzem magam magányosnak.
1. Gyakran magányosnak érzem magam.
2. Mindig magányosnak érzem magam.
21. 0. Az iskolában sosincs jó kedvem.
1. Néha van csak jó kedvem az iskolában.
2. Gyakran vagyok jó kedvű az iskolában.
22. 0. Sok barátom (barátnőm) van.
1. Van néhány barátom (barátnőm) de többet szeretnék.
2. Nincs egyetlen barátom sem.
23. 0. A tanulás rendben megy.
1. Nem tanulok olyan jól, mint azelőtt.
2. Sokat rontottam azokban a tantárgyakban is, amelyekből azelőtt jó voltam.
24. 0. Sosem tudok olyan jó lenni, mint más gyerekek.
1. Ha akarom, tudok olyan jó lenni, mint a többi gyerek.
2. Éppen olyan jó vagyok, mint más gyerek.

25. 0. Engem senki sem szeret igazán.
1. Nem vagyok benne biztos, hogy szeret-e valaki igazán.
2. Biztos vagyok benne, hogy van, aki szeret engem.

26. 0. Általában megcsinálom azt, amit mondanak.
1. Sokszor nem csinálom azt, amit mondanak.
2. Sosem csinálom meg azt, amit mondanak.

27. 0. Jól kijövök a többiekkel.
1. Gyakran összeveszek másokkal.
2. Szinte mindig veszekszem valakivel.

Köszönöm a közreműködést!

8. Melléklet. Az önéletrajzi emlékezet működésére alkalmazott hívó szavak listája
(vizsgálat 3)

Pozitív szavak	Negatív szavak	Semleges szavak	Anorexiás szavak
1. Boldog	1. Szenvedés	1. Hagyma	1. Diéta, fogyókúra
2. Izgatott	2. Tragikus	2. Létra	2. Böjt
3. Vidám	3. Szomorú	3. kerámia	3. Túlevés
4. Öröm	4. Zaklatott	4. Fű	4. kalória
5. Nyugodt	5. Bánat	5. zongirista	5. Külső megjelenés
6. Gyöngéd	6. Szégyen	6. állatvilág	6. étkezés
7. Mosoly	7. Megbántott	7. kenyér	7. csípő
8. Reménykedő	8. Szörnyű	8. könyvtár	8. vacsora

Instrukció

Azon életeseményeid érdekelnek, amelyek életed során történtek. Néhány szót fogok neked felolvasni. Minden egyes szó esetében arra kérek, hogy gondold vissza egy eseményre, ami megtörtént veled és, amit az elhangzott szó eszedbe jutattat. A felidézett esemény bármikor történhetett az életed során; kisgyerek korod óta és egészen a múlt hétig. Kérlek, ne számoldj be olyan emlékekről, amelyek a múlt héten történtek veled. A felidézett esemény lehet fontos vagy akár hétköznapi. Még egy fontos dolog. Az emlék, ami az adott szóról eszedbe jut egy specifikus esemény kell legyen. Egy olyan esemény, amely kevesebb, mint egy napot tartott, és egy meghatározott időbe és helyen történt. Például ha a "jó" szót hallod, nem lenne helyénvaló, ha erre azt mondanád "mindig szeretem a jó bulikat", mivel ez nem egy specifikus eseményre vonatkozik. Helyes, ha a "jó" szóra azt mondod "Jól éreztem magam a Kati buliján", mert az egy specifikus esemény. Fontos az is, hogy minden hívó szóra más emléket hívjál elő.

Próbáljunk ki néhány szót, amíg begyakorlod és úgy érzed megértetted a feladatot:

A gyakorlásra használt szavak: élvezem/tetszik, barátságos, kopasz, autó, fa, szék.

Példa egy párbeszédre a kísérletvezető és kliens között:

Hívó szó

sajnálát

Válasz

Amikor hazudok anyukámnak (általános emlékként kódolandó)

Ösztönzés

Eszedbe jut erről egy specifikus esemény?

Válasz

A múlt hónapban, amikor elvették a hajtásimat