

PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM BÖLCSÉSZETTUDOMÁNYI KAR
PSZICHOLÓGIA DOKTORI ISKOLA
EVOLÚCIÓS ÉS KOGNITÍV PSZICHOLÓGIA PROGRAM

ÉRZELEMSZABÁLYOZÁS A SERDÜLŐKORI ANOREXIA NERVOSABAN

Doktori (PhD) disszertáció

Csenki Laura

Témavezető:

Dr. Bernáth László



Pécs, 2011

TARTALOMJEGYZÉK

1. BEVEZETŐ	4
2. ÉRZELEMSZABÁLYOZÁS	7
2. 1. FILOZÓFIAI ÉS KORAI PSZICHOLÓGIAI GYÖKEREK	8
2. 2. AZ ÉRZELEMSZABÁLYOZÁS DEFINIÁLÁSA	11
2. 3. AZ ÉRZELEMSZABÁLYOZÁS FOLYAMAT MODELLJE	15
2. 4. ÉRZELEMSZABÁLYOZÓ STRATÉGIÁK	18
2. 5. ALEXITÍMIA, MINT ÉRZELEMSZABÁLYOZÁSI MÓD	20
2. 6. ÉRZELEMSZABÁLYOZÁS ÉS KÖTŐDÉS	23
2. 6. 1. <i>A szülői érzelm tükrözés bioszociális elmélete</i>	25
2. 7. ÉRZELEMSZABÁLYOZÁS ÉS KLINIKAI PSZICHOLÓGIA	27
3. A GYERMEK- ÉS SERDÜLŐKORI ANOREXIA NERVOSA	30
3. 1. DIAGNOSZTIKUS KRITÉRIUMOK	30
3. 2. EPIDEMIOLÓGIA	32
3. 3. ETIOPATOGENEZIS	33
3. 3. 1. <i>Biológiai tényezők</i>	33
3. 3. 2. <i>Szociokulturális tényezők</i>	34
3. 3. 3. <i>Szomatikus következmények</i>	34
3. 3. 4. <i>Prognózis</i>	35
3. 4. PSZICHOLÓGIAI ELMÉLETEK	35
3. 4. 1. <i>Korai elméletek</i>	36
3. 4. 2. <i>Pszichoanalitikus megközelítés</i>	37
3. 4. 3. <i>Kötődéseméleti megközelítés</i>	41
3. 4. 4. <i>Kognitív modellek</i>	41
3. 4. 5. <i>Az evészavarok kialakulásának serdülőkori kognitív modellje</i>	43
3. 4. 6. <i>Rendszerszemléletű megközelítés</i>	47
4. ÉRZELEMSZABÁLYOZÁSI DEFICITEK ANOREXIA NERVOSABAN	51
4. 1. AZ „ELFUTÓ SZABÁLYOZÁS” – EVOLÚCIÓS PSZICHOLÓGIAI MEGKÖZELÍTÉS	52
4. 2. KOGNITÍV MEGKÖZELÍTÉSEK A SZABÁLYOZÁSBAN	53
4. 2. 1. <i>Az érzelmszabályozás folyamat modellje és az evészavarok</i>	57

4. 2. 2. <i>Alexitímia – optimális szabályozás az anorexia nervosában?</i>	58
4. 3. FEJLŐDÉSI ÉS KÖTŐDÉSELMÉLETI PERSPEKTÍVA AZ ANOREXIA NERVOSA SZABÁLYOZÁSI DEFICITJÉBEN	62
5. KÉRDÉSFELTEVÉS ÉS A VIZSGÁLATOK BEMUTATÁSA	66
6. ELSŐ VIZSGÁLAT: ÉRZELEMSZABÁLYOZÁSI JELLEGZETESSÉGEK VIZSGÁLATA A VILÁGJÁTÉKBAN	69
6. 1. <i>Célkitűzések és hipotézisek</i>	69
6. 2. <i>Módszer</i>	70
6. 3. <i>Eredmények és megbeszélés</i>	71
6. 4. <i>Összefoglalás</i>	77
7. MÁSODIK VIZSGÁLAT: AZ ANOREXIA NERVOSA ÉRZELEMSZABÁLYOZÁSI JELLEGZETESSÉGEINEK VIZSGÁLATA VERBÁLIS (TAS-20, DERS) ÉS NEM VERBÁLIS (IAPS) ÉRZELMI MŰKÖDÉSEKET VIZSGÁLÓ TESZTEKKEL	79
7. 1. <i>Célkitűzések és hipotézisek</i>	79
7. 2. <i>Módszer</i>	79
7. 3. <i>Eredmények</i>	84
7. 4. <i>Megbeszélés</i>	88
8. HARMADIK VIZSGÁLAT: AZ ANOREXIA NERVOSA ÉRZELEMSZABÁLYOZÁSI NEHÉZSÉGEINEK VIZSGÁLATA ANYAI MINTÁN	93
8. 1. <i>Célkitűzések és hipotézisek</i>	93
8. 2. <i>Módszer</i>	93
8. 3. <i>Eredmények</i>	94
8. 4. <i>Megbeszélés</i>	98
9. ÖSSZEFOGLALÁS ÉS KITEKINTÉS	101
IRODALOMJEGYZÉK	105
MELLÉKLETEK	115

1. BEVEZETÉS

Az evés zavarai a mai kor betegségei. Az emberiség történetében korábban a táplálkozással kapcsolatos problémát az étel mennyisége jelentette, míg az utóbbi évszázadban egyre inkább maga a táplálkozási magatartás vált a betegség alapjává. Az egy-két orvosi kuriózumnak számító esettől ma már eljutottunk oda, hogy pár évente újabb és újabb evészavarok diagnosztikai kritériumai kerülnek leírásra.

Az evészavarok a pszichoszomatikus zavarok körében paradigmaticus értékkel bírnak, mert leginkább ebben a kórképben ötvöződnék a társadalmi és kulturális tényezők, a pszichológiai vonatkozások, valamint a szomatikus eltérések. Az evés zavarairól való gondolkodásban az elszigetelt kórképek helyett egyre inkább megjelenik a spektrum fogalma, mely nagyfokú érzékenységgel követi a pszichoszomatikus tünetképzés változásait a holisztikus szemlélet jegyében. Ennek megfelelően az evészavarok terápiás megközelítése is csak bio-pszicho-szociális keretben valósulhat meg.

A dolgozat témaválasztásának aktualitását az anorexia nervosa (továbbiakban AN) aktualitása adja. Az AN a legnagyobb mortalitású pszichiátriai betegség, gyermek- és serdülőkorban pedig a harmadik leggyakoribb krónikus betegségnek számít. Az utóbbi évtizedekben az AN mindenhol megjelent. Jelen van a kórházakban, a rendelőkben, az iskolákban, de éppúgy jelen van a hírekben, a bulvárbán, az interneten. Téma egyrészt tudományos fórumokon, másrészt a közbeszédben. Megítélése végletek között mozog, hol mentális betegségként, hol divathóbortként, hol életstílusként jelenik meg a különböző médiumokban.

Az AN „népszerűsége“ mellett fontos látnunk az utóbbi évek egyre növekvő tendenciáját, miszerint a betegség egyre korábbi életkorban kezdődik, és egyre súlyosabb hosszútávú pszichés, szociális és szomatikus következménnyel jár. Ez a klinikai munkában arra sarkall minket, hogy az AN tünetei mögött mind teljesebben tárjuk fel a pszichés működés elakadásait, a tünetképzés alapjait, intra- és interperszonális térben.

Az AN működésmód és az érzelmi működés zavarának kapcsolata a legkevésbé sem nevezhető újdonságnak a betegség kialakulásáról való gondolkodásban. Hilde Bruch (1973) gazdag munkásságában hangsúlyosan megjelenik az érzelmek fontossága az AN kialakulásának hátterében, ill. a terápiás

munkában. Mégis, az elmúlt 40 év tudományos értekezéseiben viszonylag kis arányban került a téma további feldolgozásra. Mintha a tudományos hozzáállás sokáig leképezte volna a pszichopatológia dinamikáját: nincsenek érzelmek, nem beszélünk róla...

Ahogy a pszichológiai gondolkodásban egyre nagyobb teret kaptak az érzelmek, a fejlődési pszichopatológiában pedig az érzelemszabályozás kérdése, úgy jelent meg az AN szakirodalmában is az érzelmi működés reneszánsza. Ma már nem elég annyit tudnunk, hogy a fakó arcú, mimikátlan AN fiatal manga és vámpír rajongása háttérben depresszív hangulat, önértékelési problémák és alexitím működésmód valószínűsíthető. A szélsőséges, eltúlzott és kimerevített érzelmi szimbólumok mögött megbúvó elárasztó, félelmetes érzelmi működésnek, és annak mind teljesebb elnyomásának feltérképezése és megértése kell, hogy legyen (változtatlanul) a célunk. Ennek tükrében az érzelmi működés vizsgálata az AN pszichopatológiájában ismét aktuálissá vált.

Jelen dolgozat témaválasztását is ez a cél indokolja. Az érzelmi működés szerteágazó jelenségköréből a szabályozás fogalmát helyeztük a vizsgálataink középpontjába. Ennek legfőbb oka, hogy az AN nemcsak a táplálkozás, de az élet minden területén a szabályozásról, a túlzott kontrollról szól, melynek érzelmi vonatkozásának megértését izgalmas feladatnak éreztük.

Az érzelemszabályozás kérdése az AN-ban elsőként a fogalom tisztázásának kérdését veti fel. Mint a következő fejezetben látni fogjuk, a konstruktum régóta megtalálható a szakirodalomban, de hosszú ideig annak pontos definiálása nélkül használták azt. A fogalommal történő munkának elengedhetetlen alapfeltéle az érzelemszabályozás konstruktumának ismerete, és az ezzel kapcsolatos különböző megközelítések áttekintése. A érzelemszabályozásról szóló fejezetben erre teszünk kísérletet.

Hasonló fontossággal bírnak az AN pszichológiai elméletei. A kórképről legkorábban a pszichoanalitikus értelmezés született meg, amit kiegészít a kurrens szakirodalomban a kognitív és a rendszerelméleti megközelítés. Mindhárom elméleti keret szükséges a pszichopatológia dinamikájának holisztikus megértéséhez, melyet a harmadik fejezet tárgyal.

Az érzelemszabályozási deficitek az AN pszichopatológiájában a legtöbb pszichológiai megközelítésben kisebb-nagyobb mértékben megjelennek. A

szabályozás és az AN kapcsolata a különböző értelmezések mentén igen színes képet eredményez, melyből a kognitív-affektív és a fejlődési perspektívát tárgyaljuk részletesebben a negyedik fejezeten belül. A két perspektíva kiindulási pontként szolgált a disszertációban bemutatásra kerülő vizsgálatok megtervezésénél, és az alapvető kérdésfeltevéseknél.

A dolgozatban bemutatásra kerülő vizsgálatok újszerűsége a többszemponútú, ugyanakkor integrált megközelítésben rejlik. Az érzelemszabályozási deficitek vizsgálata AN-ban verbális önbeszámolókon alapuló tesztekkel történik. Ugyanakkor egyre több fórumon fogalmazódik meg ezekkel az eljárásokkal szemben kritikaként ezen módszerekkel szembeni óvatosabb hozzáállás. Ennek okaként felvethetjük az érzelmi állapotaink megítélésének igen szubjektív voltát, mely működésének megítéléséhez szükséges az érzelmi állapotunk megértése, és felmérése – mely képesség is a deficit részét képezi. Az érzelmi működés teljesebb megértéséhez szükségesnek látjuk nem verbális eszközök használatát, ill. verbális eszközökkel történő közös vizsgálatot.

Első vizsgálatunkban egy a pszichodiagnosztikában régóta használt projektív teszt (világjáték) segítségével vizsgáljuk a AN pszichopatológiai jellegzetességeit, különös tekintettel a szabályozás kérdéseire. A kapott jellegzetes mintázatok pontosítása végett második vizsgálatunkban verbális (TAS-20, DERS) és nem verbális (IAPS) érzelmi működéseket vizsgáló eljárásokkal dolgozunk. Mindkét vizsgálat eredményei segítenek minket jobban megérteni az AN-ban az érzelemszabályozási nehézségek mentén kialakult „negatív érzelmi fogságot“.

A témával foglalkozó vizsgálatok szinte kivétel nélkül az egyéni szintre koncentrálnak, és többnyire még csak elméleti megközelítésekben kerül górcső alá a gondozói működés. A diszkrétebb megközelítés érdekében harmadik vizsgálatunkban az egyéni mellett a gondozói érzelmi működést is vizsgáljuk. A gondozói érzelmi működésre jellemző érvénytelenítő érzelmi környezet, mint látni fogjuk, a további generációban súlyos érzelemszabályozási nehézségekhez vezet, mely az evészavaros tünetképzés alapjául szolgál. A dolgozat egyik újszerűsége abban rejlik, hogy eredményeink alapján erről a retrospektív és elméletben feltételezett működésmódról a betegség kapcsán a jelenben is beszélhetünk. Reményeink szerint ezáltal nemcsak pontosabb képet kaphatunk a pszichopatológia kialakulásáról, hanem a későbbi terápiás munkában is hatékony segítséget adhat.

2. ÉRZELEMSZABÁLYOZÁS

*„Egyetlen kiút a szenvedésből
az önmegtartóztatás, az aszkéta életmód.“
(Schopenhauer)*

Az érzelemszabályozás iránti érdeklődés mindig is jelen volt a pszichológia történetében, mégis az utóbbi évtizedekben jelent meg a tudományos szintű fogalomalkotás (Gross, 1998). Az 1980-as évek elején a fejlődépszichológia irodalmában kapott egyre nagyobb teret a jelenség (Kököneyi, 2008), de sokáig a kifejezést annak pontos definiálása nélkül használták (Southam-Gerow, Kendall, 2002).

Az érzelem és figyelem szabályozás központi komponensként jelenik meg a szelf szabályozás mechanizmusában, úgy mint az adaptív pszichológiai és neurobiológiai működés kulcsa. A fejlődési pszichopatológia szempontjából az érzelemszabályozás konstruktuma is többszintű megközelítést igényel, melyben megjelennek a neurális, az emocionális és a kognitív folyamatok (Izard et al., 2006).

Az érzelemszabályozás célja a mai társadalomban nem egyértelmű. Egy ősi bölcsességben megfogalmazódik a legkézenfekvőbb lehetséges cél: az érzelemszabályozás az értelem és a szenvedélyek harmóniája (Gross, 1998). Tudományos megközelítésből egy általános cél az lehet, hogy csökkenteni tudjuk a negatív érzelmeket, és növeli a pozitívakat. A fentiek meglehetősen rímelnék arra a hedonisztikus emberi motivációra, hogy kerüljük a fájdalmat, és keressük az örömet. Ugyanakkor a szabályozás célja lehet ezzel ellentétes is, fokozzuk vagy létrehozzuk a negatív érzelmeket, míg a pozitívakat csökkentjük vagy leállítjuk (Gross, 1998). A fogalmat igen sokféleképpen használják, attól függően, hogy az érzelmek intenzitásának, gyakoriságának vagy időtartamának egyéni különbségeire utalnak vele (Oatley, Jenkins, 2001).

Az érzelemszabályozás egyszerűen megfogalmazva annyi, hogy egy adott helyzetben megfelelően reagáljunk érzelmileg, amely reakció összhangban van a partnerünk érzelmi állapotával. Ugyanakkor a szabályozás célja függ az érzelem típusától is. Míg egyes érzelmek bizonyos kultúrákban tökéletes szabályozás alá esnek, máshol kifejezésük támogatott (Oatley, Jenkins, 2001). Pl. a harag a nyugati társadalmakban kifejezetten szigorúan szabályozott érzelem, a meglepetés viszont egy

cseppet sem az (Gross, 1998), ezzel szemben a yanomamöknél kifejezetten nagyra értékelik a haragot és az agressziót (Oatley, Jenkins, 2001).

Bármennyire is törekszünk a fogalom egyszerű megfogalmazására, ennek ellenére az érzelmszabályozás fogalmának használata zavaró lehet. Utalhatunk vele az érzelmek mintázatára, az érzelmkifejezések folyamataira, vagy akár az érzelmi kommunikáció hatékonyságára. Mindegyik megközelítésben közös, hogy azt feltételezi: mindenkinek vannak érzelmei, és azok átélésének és kifejezésének optimális szintjei (Oatley, Jenkins, 2001), ám kérdéses, hogy ebben a szabályozás folyamata is jelen lenne.

2. 1. FILOZÓFIAI ÉS KORAI PSZICHOLÓGIAI GYÖKEREK

A filozófia elméletekben kettős az érzelmek szerepének, és megítélésének kérdése. Míg egyfelől az érzelmek pozitív, szabályozható jelenségek, amelyek hozzájárulnak a jó és boldog emberi élethez, a másik oldal azok kontrollálhatatlanságát hangsúlyozza, mely hatással van ítéleteinkre, és elhomályosítja a józan gondolkodást (Fonagy et al., 2002; Gross, 1998; Oatley, Jenkins, 2001). Az ókori görög filozófusok többsége úgy írt az érzelmekről, mint irreális, állatias, zsigeri jelenségről, melyek megakadályozzák az olyan magasabb szintű folyamatokat, mint a gondolkodás, vagy az ésszerűség (Cole, Michel, Teti, 1994).

A keresztény kultúrkörben különösen a negatív irányzat volt nagy hatással, hiszen a nyugati gondolkodásban évszázadokon keresztül a test, és a hozzá kapcsolódó örömforrások, pozitív érzések tiltások és szabályozások tárgyát képezték (Lust, 2002). Elég ha arra gondolunk, hogy a hét főbűnből 5 érzelem (kevélység, bujaság, irigység, falánkság, harag), és a 4 fő erényből 3 valamely érzelemnek való ellenállás (megfontoltság, állhatatosság, mértékletesség) (Fonagy et al., 2002).

Az érzelmekről való tudományos gondolkodást is áthatotta a jelenséggel szembeni bizalmatlanság. Darwin (id. Oatley, Jenkins, 2001) egyfajta testi csökevényként tekintett az érzelmekre, melyek adaptivitását vizsgálta, ugyanakkor úgy tekint azokra, mint a gonosz állati szenvedélyek forrására. Ez a hozzáállás – mely részben a vallásból, részben akár a tudományos megközelítésekből származik – az

alapja, hogy az érzelmeket ma is gyakran tekintik gyerekesnek, destruktívnek, és az ésszerűség ellenségének (Oatley, Jenkins, 2001).

Valószínűleg ez a hatás érvényesült a kezdeti pszichológiai irányzatokban is, melynek következtében a behaviorizmus és a korai kognitív irányzatok elutasították az érzelmeket, mint a tudományos gondolkodás tárgyát. A behaviorizmus "atyja" John B. Watson a tudatjelenségek vizsgálatát - köztük az érzelmeiket is - spekulatív filozófiának és tudománytalannak tartotta, amelyet módszertanilag a kentaurok, a sellők vagy a koboldok tudományos kutatásához hasonlította (Fonagy et al., 2002).

Az 1970-es évektől fogva azonban egyre nagyobb teret kap a kognitív irodalomban az érzelmeik vizsgálata, és így azok szerepe a lelki működések megítélésében (Fonagy et al., 2002). A jelentésadásban egyre fontosabbá váltak az érzelmeik, de a pszichológiában bekövetkezett „érzelmi forradalomig“ jelentősen alulértékelték őket (Southam-Gerow, Kendall, 2002).

A modern érzelemszabályozási elméleteknek az egyik legfontosabb előfutára a pszichoanalízis (Gross, 1998). Ebben a megközelítésben az érzelmeik két tendenciája jelenik meg. Az egyikben az érzelmeik az ösztönök manifesztációi, erős, elementáris, biológiai erők, forrásuk az ösztönén. A második felfogás szerint az érzelmeik jelzések, és az ego kontroll funkciójának tárgyai, egyfajta adaptív funkcióként jelennek meg (Fonagy et al., 2002).

A szorongás szabályozásának két szintje jelenik meg Sigmund Freud elméletében (1926). Az egyik, a valóságon alapuló szorongás, mely helyzethez kapcsolódik, és elárasztja az ént. A másik az ösztönéből és a felettes-énből származó szorongás, mely során a feszültséget keltő impulzusokat az én veszélyesnek ítél meg. Mindkét szorongással szemben az énvédő elhárító mechanizmusok lépnek működésbe. A feszültséget keltő impulzusok, és az ezekhez tartozó tudattartalmak tudattalanba szorítása az érzelmeik szabályozásának folyamata. Ez a folyamat elsősorban egy ösztönös, akaratlan, automatikus szabályozás, melynek funkciója a gondolatok és az érzelmeik tudatos élményének módosítása, az én számára elviselhetetlen tudattartalmak manipulációjával (Kökönyei, 2008).

A tradicionális pszichoanalitikus elméletekben tehát az elhárító mechanizmusok az érzelemszabályozási folyamat részei. Ezek olyan kognitív és viselkedéses stratégiák, melyek elkerülik, csökkentik vagy átalakítják azokat az érzelmeiket, melyek súlyos látens jelentése az ego számára nem tolerálhatóak (Cole,

Michel, Teti, 1994). A mai szakirodalom a különböző énvédő elhárító mechanizmusokat már az érzelemszabályozás egy, de nem kizárólagos formájaként írja le (Gross, 1998; Thompson, 1994).

Az érzelemszabályozás kurrens irodalmának másik fontos előzménye a stressz és megküzdés kutatása (Gross, 1998). A megküzdés definíciója szerint, kognitív és viselkedéses törekvések összesége, melynek célja, hogy az egyén erőforrásait felülmúló külső és/vagy belső hatásokat kezelni tudja (Lazarus, Folkman, 1984, pp. 141). A kutatók alapvetően két típusú megküzdést különítenek el: a problémaközpontú és érzelemközpontú megküzdést – utóbbi célja, a negatív érzelmek csökkentése. Az érzelemszabályozás azonban több ennél, hiszen célja mind a pozitív, mind a negatív érzelmek szabályozása, valamint az érzelem kifejezése és az érzelmi élmény átélése. A negatív érzelmek csillapítása mellett ugyanolyan fontos a pozitív érzelmek fenntartása vagy növelése (Gross, 1998).

Az érzelemszabályozás irodalmában a harmadik fontos kutatási irányzat a gyermek önszabályozásának fejlődése. A késleltetés képessége, mint pozitív önkontroll funkció, egy olyan fejlődési produktum, mely segítségével egy érzelmileg intenzív epizód áthidalhatóvá és kezelhetővé válik (Kökönyei, 2008; Kulcsár 1996). A leghíresebb kísérleti példa talán a sokat idézett „mályvacukros“ vizsgálat sorozat (Mischel, 1996), melyekben a kisgyerekeknél a jutalom késleltetésének képessége rávilágít az érzelemszabályozás olyan folyamataira, mint a figyelem elterelés, és a kognitív átkeretezés (Gross, 1998).

Az érzelemszabályozás fejlődése fontos és központi témája a fejlődési pszichopatológiának. Ennek váza: az érzelem elméletek, a érzelem szabályozás fejlődésének kutatása, klinikai munka és kutatás (Cole, Michel, Teti, 1994). A fejlődépszichológiai elméletek és kutatások az 1980-as évektől szorosan összekapcsolódtak az érzelemszabályozás kutatásával, és egyre több adalékkal szolgáltak. Ezek közül a dolgozat témája szempontjából leginkább a kötődés elméleti megközelítés kap nagyobb hangsúlyt a későbbiekben.

2. 2. AZ ÉRZELEMSZABÁLYOZÁS DEFINIÁLÁSA

Az érzelemszabályozás legkorábbi definícióiban egy dialektikus megfogalmazás jelent meg, egyrészt az érzelem, mint viselkedést szabályozó konstruktum, másrészt az érzelem, már egy szabályozott jelenség (Southam-Gerow, Kendall, 2002). A két szemlélet ötvözésében az érzelem egyszerre szabályozó és szabályozott, és együttesen alárendeltek az érzelem szabályozás kifejezésnek (Cole, Michel, Teti, 1994).

Fogalmi szinten a fentieknek két fókuszpontja jelenik meg (Cole, Michel, Teti, 1994). Először az érzelmek szabályozó funkciója, melyek megszervezik a belső folyamatokat (pl. figyelem, emlékezet), és a szociális kommunikációt, melyek segítik az egyént, hogy a helyzetnek megfelelően gyorsan reagáljon. Másodszor az érzelmek szabályozásának módja (pl. kognitív kontroll, szociális elvárások internalizálása), mely lehetőséget ad az egyénnek arra, hogy monitorozza, késleltesse, módosítsa és adaptálja a helyzet komplexitásának megfelelően.

Gross (1998) definíciójában az érzelemszabályozás kognitív és viselkedéses stratégiák összessége, attól függően, hogy az érzelem megjelenése előtt vagy után beszélünk szabályozásról. Az érzelemszabályozás az ő megközelítésében olyan folyamatok összessége, amellyel befolyásoljuk, hogy milyen érzelmeink vannak, mikor vannak, hogyan éljük meg, és hogyan fejezzük ki őket. Ez a folyamat lehet automatikus vagy kontrollált, tudatos vagy tudattalan, és akár egy vagy több ponton is befolyásolhatja az érzelmek kialakulásának folyamatát (Gross, 1998). Az érzelemszabályozás folyamat modelljét a következő fejezet részben részletesen ismertetjük.

Gross (1998) az érzelemszabályozás definiálásán belül öt aspektusra hívja fel a figyelmet:

1. az egyén fokozza, fenntartja vagy csökkenti a pozitív vagy negatív érzéseit – ez mind az érzelemszabályozás része
2. a neurális érzelmi körök nincsenek teljes átfedésben, ami azt jelenti, hogy egyes érzelmek szabályozása között nagy különbségek lehetnek
3. az érzelemszabályozás definíciója hangsúlyozza a szelf szabályozás szerepét

4. az érzelemszabályozás prototípusai tudatosak – a kontinuum egyik vége a tudatos, aktív és kontrollált szabályozás, a másik a tudattalan, passzív és automatikus szabályozás
5. nem lehet apriori feltevésünk arról, hogy az érzelemszabályozás jó vagy rossz folyamat

Thompson (1994) definíciója a legtöbbet idézett, leginkább elfogadott meghatározása a jelenségnek. „Az érzelemszabályozás olyan extrinzik és intrinzik folyamatokból áll, amelyek az érzelmi reakciók, monitorozásáért, értékeléséért, és módosításáért felelősek, különös tekintettel az érzelmi reakciók intenzitására, idői jellemzőire, annak érdekében, hogy a célok elérése lehetővé váljon.“¹

Thompson (1994) definícióból kiemeli az érzelemszabályozás főbb jellegzetességeit. Az első és talán legfontosabb, hogy az érzelemszabályozás egyaránt jelenti az érzelmi arousal fenntartását és fokozását, mint a gátlását vagy csökkentését. Másodszor az érzelemszabályozás alatt nemcsak a szelf irányította érzelmi stratégiákat értjük, hanem külső hatásokat is. Ez azért is fontos megállapítás, mert az érzelemszabályozás másokkal történő interakciókban jelenik meg. Harmadszor az érzelemszabályozás hatással van az egyéni érzelmi élmények minőségének számos vonására, köztük az intenzitásra és az idői lefolyásra. Ez számos dologban megnyilvánulhat. A szabályozás által csökkenhet vagy fokozódhat az érzelmi élmény intenzitása, késleltetheti vagy felgyorsíthatja az élmény kezdetét vagy lefolyását, behatárolhatja vagy fokozhatja az idői kiterjedését, csökkentheti vagy felerősítheti az érzelmi hatást vagy labilitást. Végül az érzelemszabályozásnak funkcionálisan kell működnie, az adott helyzet kívánta céloknak megfelelően, melyek sokszor nagyon különbözőek, és változóak.

Greenberg (2007) a fenti megközelítéseket összefoglalva beszél egy- ill. kétfaktoros megközelítésekről az érzelemszabályozásban. A kétfaktoros vagy érzelmi önkontroll elmélet különbséget tesz az érzelmek keletkezése és az érzelmek szabályozása között. A megközelítés szerint ez a két folyamat konceptuálisan megkülönböztethető. Az érzelmek értékelő-cselekvési készenléti állapotok, az érzelemszabályozást viszont a már aktiválódott érzelmekkel kapcsolatos változások határozzák meg (Kököneyi, 2008).

¹ ford: Kököneyi, 2008 (pp. 41)

Az érzelemszabályozás egyfaktoros, öfenntartó elmélete szerint azonban ez egy sokkal inkább intrinzik folyamat, mely során az érzelmek keletkezése és az érzelemszabályozás integrált és egyidejű folyamat (Greenberg, 2007). Abban az elméleti keretben, ahol szétválasztják ezt a kettőt, ott az akaratlagos szabályozáson van a hangsúly, míg az utóbbinál az implicit automatikus szabályozást emelik ki (Kököneyei, 2008).

Az érzelemszabályozás definiálásakor fontos kettéválasztani a szabályozás és a kontroll fogalmát (Southam-Gerow, Kendall, 2002). Az érzelmek kontrollja a negatív érzések kontrollálását jelenti, ami az érzelemszabályozás egy lehetséges, de nem kizárólagos formája (Thompson, 1994; Gross, 1998; Cole, Michel, Teti, 1994). Az érzelemszabályozás egy dinamikus vezénylés és igazítás, melyben megvan az érzelmi válasz lehetősége, a helyzethez hangolt dinamikus érzelmi reakcióé. Ezzel szemben az érzelmkontroll csupán egy korlátozó érzelmi folyamat (Cole, Michel, Teti, 1994).

Az érzelmek szabályozásakor nem pusztán a distressz megállításáról van szó, a cél nem csupán bizonyos állapotok (pl. negatív gondolatok, szorongás) intenzitásának vagy gyakoriságának csökkentése. A folyamat magába foglalja olyan érzelmek létrehozásának és fenntartásának képességét, melynek segítségével kommunikálunk másokkal, és hatással vagyunk másokra, miközben az érzelmeinket a helyzetnek megfelelően koordináljuk (Cole, Michel, Teti, 1994).

Gratz és Roemer (2004) a fogalom klinikailag releváns problémáit gyűjtötték össze, azzal a céllal, hogy az érzelemszabályozás mechanizmusát operacionalizálni tudják önbeszámoló kérdőív segítségével (Kököneyei, 2008). Az érzelemszabályozás ennek tükrében „(a) az érzelmek tudatosságának és megértésének (érzelmi tisztaság) képessége, (b) az érzelmek elfogadása, (c) az impulzív viselkedések kontrollja és a vágyott célok irányába mozgás, negatív érzelmek megtapasztalása esetén (impulzuskontroll és a célvezérelt viselkedés fenntartása), (d) szituációsan megfelelő érzelemszabályozó technikák rugalmas használata az érzelmi válaszok modulációja érdekében azért, hogy az egyéni célok és a szituációs követelmények egybecsengjenek (ehhez szükség van az érzelemszabályozó stratégiákhoz való hozzáférésre)“².

² Kököneyei, 2008 (pp. 54)

Ebben a definícióban megjelenik, hogy az érzelmi élmények átélése, kifejezése, és képessége az elfogadásra egyaránt hozzájárul az adaptív érzelmi működéshez. Ezek közül bármely folyamat deficitje diszfunkcionális vagy maladtív szabályozáshoz vezet (Gratz, Roemer, 2004).

A fentiekből következik, hogy az érett szelf számára a megfelelő szabályozó funkció kettős feladatot lát el (Gross, 1998; Thompson, 1994). Az egyik funkció arra irányul, hogy a negatív érzelmeket csillapítsa, hogy az én képes a negatív élményeket feldolgozni, újra átélni, és egyre inkább integrálni, anélkül, hogy ez veszélyes lenne a számára (Baumann, Kaschel, Kuhl, 2007). A másik funkció abban a képességben nyilvánul meg, hogy a pozitív érzelmet hoz létre a szelf által, megerősíti a problémákkal szemben, akár feldolgozott múltbeli emlékek segítségével. Mindkét állapot arra vonatkozik, hogy milyen gyorsan képes az ember elhagyni azt az érzelmi állapotot, ami körülveszi - megfelelő módon feldolgozni, és integrálni az élményt. Az érzelemszabályozás egyszerűen jelenthet annyit, hogy a pozitív érzelem hiányát képes pótolni, és a negatív érzelmet képes csökkenteni a szelf (Baumann, Kaschel, Kuhl, 2007).

A szabályozó rendszer különösen nagy figyelmet fordít a funkcionálás helytelen mintáinak a stabilitására és rugalmatlanságra (Baumann, Kaschel, Kuhl, 2007). Néhány személyiségvonással - mint pl. szorongás, idegesség - együtt jár, hogy az első érzelmi reakció gyakran negatív. Ha hatékonyan működik az érzelemszabályozás, akkor nem is számít igazán, hogy milyen az első reakció, hiszen a szabályozás következménye, az hogy az ember képes gyorsan érzelmileg "elhagyni" a helyzetet. Abban az esetben viszont, ha alacsony szintű a szabályozási képesség, a pszichoszomatikus tünetek száma megnő (Baumann, Kaschel, Kuhl, 2007).

Mint láttuk, megfelelő érzelemszabályozás esetén az egyén képes fenntartani és csökkenteni a szükséges érzelem intenzitását és hosszát, és képes érzelmi állapotait felerősíteni és kiterjeszteni, ha szükséges (Cole, Michel, Teti, 1994; Baumann, Kaschel, Kuhl, 2007). Ellenben ha nem képes módosítani vagy irányítani az érzelmeit, az érzelmek diszregulációjáról beszélünk (Oatley, Jenkins, 2001). Az érzelemszabályozást így bizonyos képességekhez, a diszregulációt ezen képességek (az érzelmek kifejezése, átélése, adaptív alkalmazása) deficitjéhez köthetjük (Cole, Michel, Teti, 1994; Gratz, Roemer, 2004).

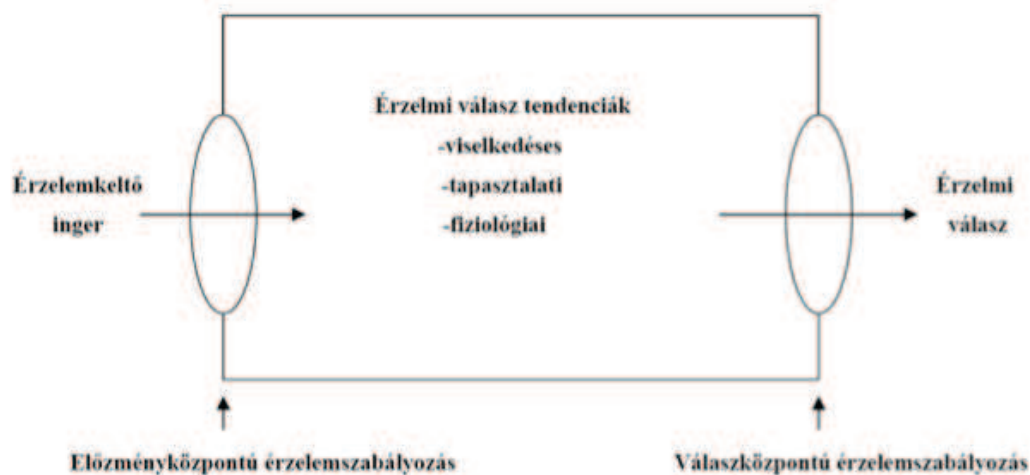
A érzelmi diszreguláció fenti meghatározásban a hangsúly azon van, hogy az egyén nem képes a belső élményeit módosítani, de ez nem jelenti feltétlenül a szabályozás hiányát. Sokkal inkább egy diszfunkcionális vagy maladaptív működésről van szó, ami azt jelenti, hogy a normál szabályozási folyamat alul- ill. túlműködéséről beszélünk (Cole, Michel, Teti, 1994) – pszichopatológiai kórképtől függően. Sokszor a terápiás megközelítésekben az érzelmi diszreguláció definiálása nem történik meg, mégis e nélkül is a legtöbb terápia célja magába foglalja a hatékony érzelemszabályozást (Cole, Michel, Teti, 1994).

Összefoglalva a különböző megközelítéseket, az érzelemszabályozás definíciójának fő aspektusai a következők (Southam-Gerow, Kendall, 2002):

1. Az érzelemszabályozás dialektikus megközelítése alapján az érzelem egyrészt egy viselkedést szabályozó konstruktum, másrészt már maga is egy szabályozott jelenség
2. Az érzelemszabályozás olyan extrinzik és intrinzik folyamatok során jön létre, melyek során az érzelmi reakciók céltudatos monitorozása, értékelése és módosítása történik
3. Az érzelemszabályozása az érzelmek dinamikus vezénylése és igazítása, nem pedig az érzelmek korlátozása
4. Az érzelemszabályozás a temperamentum sajátosságok és a környezeti körülmények kölcsönhatásából jön létre (pl. gondozói stílus)
5. Az adekvát érzelemszabályozás elengedhetetlen a szociális-érzelmi hatékonysághoz és a mentális egészséghez

2. 3. AZ ÉRZELEMSZABÁLYOZÁS FOLYAMAT MODELLJE

Gross (1998) elméletében megkülönbözteti az érzelemgenerálódás folyamatát és az alapvetően két irányú érzelemszabályozási módszert. Definíciójából kiindulva (ld. fent) beszélhetünk kognitív és viselkedéses szabályozásról, attól függően, hogy az megelőzte vagy követte az érzelem megjelenését. Az előzményközpontú érzelemszabályozás azelőtt lép működésbe, mielőtt az érzelem létrejött volna, a válaszközpontú érzelemszabályozás az érzelem létrejötte után (ld. 1. ábra).



1. ábra: Gross (1998) folyamatmodellje (id. Kökönyei, 2009)

Az előzményközpontú érzelemszabályozás célja az input megváltoztatása, azaz az érzelem generálódására hat. Ennek lehetséges módszerei a szituáció szelekció, a szituáció módosítása, a figyelmi fókuszváltás és a kognitív átértékelés. A válaszközpontú érzelemszabályozás célja a már létrejött érzelem megváltoztatása. Ennek eszközei a válasz modulálása, az érzelmi élmény intenzitásának csökkentése, növelése, meghosszabbítása, lerövidítése, vagy az érzelem kifejezés gátlása, mely a leggyakrabban vizsgált jelenség (Gross, 1998).

A szituáció szelekció bizonyos emberek, helyek, helyzetek megközelítését vagy elkerülését jelenti, ezzel szabályozva érzelmeinket. Ezek a helyzetek különféle pszichológiai állapotokkal járnak együtt, így azok elkerülése vagy megközelítése egy önjuttalmazó kognitív-viselkedéses intervenció (Gross, 1998). A szituáció módosítása, mint érzelemszabályozási módszer aktív erőfeszítést foglal magába, mely a helyzet érzelmi összetevőire irányul. Ez az erőfeszítést leginkább a probléma központú megküzdésre, vagy az elsődleges kontrollra hasonlít. A szituáció szelekció és módosítás között nem lehet mindig egyértelmű határokat húzni (Gross, 1998).

A figyelmi fókuszváltás az egyik legelsőként leírt érzelemszabályozási módszer, melynek stratégiái lehetnek az elterelés, vagy a koncentráció. Értelemszerűen eltereléskor a fókusz irányíthatjuk a helyzet nem érzelmi összetevőire, vagy az egész helyzetből kiléphetünk ezáltal. Ez szólhat arról is, hogy a figyelmi fókusz elterelése által a helyzet belső szelektálása is megtörténik, mely ismételtelen jelzi, hogy az egyes módszerek között sok átfedés van. A koncentráció az

elmélyülés képessége, mely jelentheti az érzelmeket kiváltó helyzetekben való benne maradást, mely szintén egy belső szelektálása az adott helyzeteknek (Gross, 1998).

A kognitív átértékelés azon lépések módosítását jelenti, mely során egy észlelt helyzetből érzelmi élmény lesz. Leghatásosabb formája az átkeretezés, a helyzet újraértékelése, mellyel megváltoztathatjuk a helyzet érzelmi hatását. Gross (1998) szerint olyan elhárító mechanizmusok, mint a tagadás, az intellektualizáció, vagy az izoláció a kognitív váltások eredményei. Ez a folyamat mindenképpen igényli azt, hogy a kezdeti érzelmi hatás valamelyest feldolgozás alá kerüljön, hiszen a generálódás folyamatában alakul ki az érzelmelek minősége és/vagy intenzitása. Ugyanakkor az érzelmelek fiziológiai hatása egyértelműen csökken az újrakeretezés következtében. (Gross, 1998).

Az előzményközpontú érzelemszabályozás esetében a kérdés az, hogy az adott érzelmi választendencia kiváltódik-e vagy sem. A szabályozás következménye, hogy az egész érzelmi válaszadás útvonala megváltozik, kisebb lesz a fiziológiás, élményszintű és viselkedéses válasz. Mivel igen korán történik a szabályozás, nem igényel folyamatos önszabályozási erőfeszítést, kognitívan nem olyan megterhelő. Csökkenti a negatív érzelmi élményt és érzelelkifejezést, de a pozitív érzelmi élményre nincs hatással. A szabályozás ilyen fajtájának hatása a szociális térben pozitív (Gross, 1998; Kökönyei, 2008).

Az eddigi folyamatokkal szemben a válasz modulálás, mint szabályozás az érzelem feldolgozás folyamatának későbbi szakaszában jelenik meg, az adott érzelmi választendencia kialakulása után. Csökkenti az érzelelkifejező viselkedést, de nem minden esetben csökkenti az érzelmi élményt, sőt a fiziológiai választ sok esetben növeli. Folyamatos önmonitorozás és korrekciót igényel, mely rengeteg kognitív kapacitást von el az események feldolgozásától, így gátolja azt. Miközben mind a pozitív, mind a negatív érzelmelek kifejezését csökkenti, a partner kifejezéseit kevésbé tudja követni és feldolgozni, és annak megfelelően reagálni. Így a szociális térben negatív következményei lesznek ennek a szabályozásnak (Gross, 1998; Kökönyei, 2008).

Az érzelmi élmény számos kognitív stratégiával módosítható válaszközpontú szabályozásként, melynek fajtái a rumináció (Gross, 1998), valamint az elfojtás és a katasztrofizálás (Selby et al., 2008). A rumináció legtöbbször a negatív érzelmelekhez kapcsolódik, amikor a negatív érzelmelek újbóli felidézésével az érzelmi állapot

fennmarad (Gross, 1998). Az elfojtás egy akaratlagos szándék arra vonatkozóan, hogy a kellemetlen érzés intenzitását és/vagy gyakoriságát csökkentsük, mely azonban paradox hatást vált ki. Látszólag ellentmondó mechanizmusként működik, mint a rumináció, azonban a hatása gyakorlatilag megegyező (Selby et al., 2008). A katasztrofizálás egy arra vonatkozó tendenciózus gondolkozás, hogy a jelenlegi helyzet mennyire negatív, és hogy ez a jövőben is így lesz. Tulajdonképpen egy jövőre vonatkozó ruminációról van szó (Selby et al. 2008).

A három stratégia – a rumináció, az elfojtás, ill. a katasztrofizálás – ugyanarra a témára épül: a figyelem elterelése a negatív érzelméről. Ez az adaptív szabályozási stratégia azonban sok esetben a diszreguláció alapja, mellyel egyfajta ördögi kör kezdődhet meg. A legkisebb negatív érzés bekapcsolja a folyamatot, mellyel megkezdődik a rumináció, mely tovább fokozza a negatív érzést, és így a ruminációt is. A folyamat végére a szélsőségesen negatív érzelmi állapot egy elárasztott helyzet, melynek kiváltója egy apró negatív élmény volt (Selby et al., 2008).

2. 4. ÉRZELEMSZABÁLYOZÓ STRATÉGIÁK

Aldao, Nolen-Hoeksema és Schweizer 2010-ben megjelent összefoglaló tanulmányában összegyűjtötte az elmúlt évek érzelemszabályozással kapcsolatos kutatásait, mely alapján leírtak hat érzelemszabályozó stratégiát: elfogadás, elkerülés, probléma megoldás, átkeretezés, rumináció és elfojtás. A stratégiákat adaptivitás és maladaptivitás mentén összefüggésbe hozták egyes pszichopatológiai kórképekkel (depresszív és szorongásos kórképek, szerhasználat, evészavarok).

A stressz és megküzdés ill. a korai kognitív-viselkedéses megközelítésekől kiindulva az érzelemszabályozás szakirodalma két adaptív szabályozási módszert különített el, az átkeretezést és a probléma megoldást (Aldao, Nolen-Hoeksema, Schweizer, 2010).

Az átkeretezés oly módon csökkenti a distresszt, hogy az adott szituációban pozitív értelmezések vagy lehetőségek megtalálásával átalakítja a helyzetet. A készség maladaptív formája központi eleme lehet a depresszív ill. szorongásos megbetegedéseknek (Aldao, Nolen-Hoeksema, Schweizer, 2010). Az érzelemszabályozás folyamatmodelljében az a kognitív átértékelés vagy változtatás

fogalmának felel meg, melyben szintén megjelenik az adaptív és a maladaptív út is (Gross, 1998).

A probléma megoldás készségébe beletartozhat az adott szituáció vagy a következmények megváltoztatására irányuló törekvés (vö. szituáció szelekció vagy módosítás). A szerzők szerint ez nem tekinthető direkt érzelemszabályozó módszernek, mégis a stresszorok kiküszöbölésének egyértelmű hatása van az érzelemlereinkre. A gyenge vagy nem hatékony problémamegoldó képesség összefügghet a depresszió, szerhasználat, evészavarok kialakulásával (Aldao, Nolen-Hoeksema, Schweizer, 2010).

Az elfogadás, mint szabályozási stratégia sokáig az egyik leghatékonyabb módszernek tűnt, mely szinte mindig pozitív következményekkel jár. A helyzetek elfogadására vonatkozó képesség azonban egyéneknél igen változó lehet, és a készség alacsony szintje, olyan pszichopatológiai kórképekkel jár együtt, mint generalizált szorongás, pánik, heroin használat vagy borderline személyiségzavar (Aldao, Nolen-Hoeksema, Schweizer, 2010).

Az eddig említett három érzelemszabályozási stratégia bizonyult a kutatások alapján a leginkább protektív mechanizmusnak a pszichopatológiai kórképekkel szemben. Ezekkel ellentétben az elfojtás és az elkerülés, mint maladaptív szabályozó stratégiák jelentek meg a szakirodalomban (Aldao, Nolen-Hoeksema, Schweizer, 2010).

Gross modelljében (1998) az elfojtás fogalma az érzelmek elfojtását jelenti, míg más elméleti megközelítésekben a nem kívánatos gondolatok elfojtását (Aldao, Nolen-Hoeksema, Schweizer, 2010). Az elkerülés tapasztalatokra épülő stratégia, mely tartalmaz olyan korábbi pszichológiai élményeket, mint a gondolatok, az érzelmek, észleletek, emlékek vagy vágyak. Ezeknek az élményeknek az együttes elkerülése paradox módon tovább fokozza a negatív gondolatokat, miközben meg is védi a személyt egy lehetséges következő hasonló élménytől. Az elkerülés, mint érzelemszabályozó stratégia kialakulásának hátterében álló negatív tapasztalatok maladaptív kompenzatórikus megoldásokhoz vezetnek a belső feszültség csökkentésében. Ez a működésmód alapot szolgáltat a hangulati problémák kialakulására (Aldao, Nolen-Hoeksema, Schweizer, 2010).

Végül az elkerüléssel és az elfojtással ellentétben a rumináció pont az érzelmek, a gondolatok, okok és következmények állandó ismételésére épül. Alapja

sok esetben az, hogy az emberek meg akarják érteni a számukra nehéz helyzeteket, így egyfajta probléma megoldásként definiálódik ez a stratégia. Ám fontos kiemelni, hogy a probléma megoldással ellentétben itt a negatív élményeken van a fókusz, és a megoldás keresése helyett a döntésképtelenséget és a tehetetlenséget erősíti. Ez a fajta maladaptív szabályozó stratégia leginkább szintén a depresszív és szorongásos zavarok, a szerhasználat és az evészavarok kialakulásában játszik nagy szerepet (Aldao, Nolen-Hoeksema, Schweizer, 2010).

Aldao, Nolen-Hoeksema és Schweizer (2010) meta-analízisük során azt találták, hogy a vizsgált pszichopatológiai kórképekben az érzelemszabályozó mechanizmusok közül a rumináció jelent meg legnagyobb számban. Azt is megerősítik, hogy egy maladaptív mechanizmus használata sokkal károsabbnak bizonyul, mint az adaptív mechanizmusok hiánya. A gyenge adaptív stratégiák hosszú távon egyre inkább teret engednek a maladaptív stratégiák térnyerésének, mely fokozott veszélyeket rejt a pszichopatológiai kórképek kialakulására nézve.

A fenti modellekben is megjelenik, hogy az érzelemszabályozásnak elengedhetetlen része az érzelmi folyamatok verbális szabályozása. Az érzelmekről való gondolkodás és beszéd képessége fontos dimenziója a szelf szabályozásnak. A nyelv egy kommunikációs rendszer, melynek élményei internalizáltak. Adaptív, hogy képesek legyünk megnevezni, leírni, megfogalmazni és megérteni az érzéseket. Az érzelmek megértésének képessége erősíti az önreflektív folyamatokat és a szelf szabályozást (Cole, Michel, Teti, 1994). Az elmúlt 40 évben egyre inkább hangsúlyossá vált, hogy milyen maladaptív működéshez vezet, ha ebben a képességben mutatkozik deficit.

2. 5. ALEXITÍMIA, MINT ÉRZELEMSZABÁLYOZÁSI MÓD

Az érzelemszabályozás zavarának egyik megjelenési formája az alexitímia (Taylor, Bagby, Parker, 1991), mely a görög eredetű szó, jelentése szavak hiánya az érzelmek leírására, kifejezésére („a“ fosztóképző, „lexis“ kifejezés, „thymos“ érzelem). Sifneos (1973) azonosította a pszichoszomatikus betegségek többségében az érzelmi deficitek azon mintázatait, amelyekről Bruch (1973) az AN kapcsán legkorábban ír. Bruch (1973) fogalmazta meg az érzelmek fontosságát ebben a pszichopatológiai kórképben, és hogy mennyire fontos a terápiában a belső állapotok,

így az érzelmek azonosításának elősegítése. A felnőtt és serdülőkori AN-ban az alexitímia és az érzelmi működésmód deficitjei egyaránt megjelennek (Zonnevijlle-Bender et al., 2002).

Sifneos (1973) három jellegzetesség alapján alkotta meg az alexitímia fogalmát. A három fő jellegzetesség: (1) operacionális gondolkodás, (2) a fantáziálás hiánya, és (3) a projektív reduplikáció. Az operacionális gondolkodás egy egyoldalú, konkrétumokhoz, pillanatnyi realitáshoz tapadó gondolkodási forma, amely mögött a képzeleti tartalmak üressége által teremtett pszichikus űr van. A fantázia hiánya azt jelenti, hogy a feszültséget képtelenek lelki síkon feldolgozni, képzeletben, vagy fantáziában lereagálni. A projektív reduplikáció folyamata egyfajta észlelési beszükülés, melynek következtében a személy saját magát másokba vetíti, ezért képtelen önálló személyként észlelni (Hargitai, 2003).

Az alexitímia multidimenzionális felfogása szerint a jelenség négy jellegzetessége a következő: (1) a szubjektív érzések felismerésének és leírásának nehézsége (a másokkal való kommunikálásban), (2) a testi érzések érzelmi arousalja és a valódi érzések elkülönítésének nehézsége, (3) fantáziahiány, visszafogott képzeleti tevékenység, és (4) a külsőségekre irányuló kognitív stílus (Eizaguirre et al., 2004; Zonnevijlle-Bender et al., 2002).

A legújabb definíció szerint az alexitímia egyfajta személyiségvonás, mely az érzelmek kognitív kiértékelésének specifikus zavarát jelenti (Zackheim, 2007), és már nem a distresszt okozó érzelmekkel szembeni védekezési mód (Kökönyei, 2008). Egyaránt jelenti a kognitív funkciók rendellenességét, és a distresszt okozó érzelmek hibás neokortikális szabályozását (Zackheim, 2007).

Az alexitímia érzelmi komponense az érzelmi tudatosságot csökkenti, míg kognitív komponense egy operacionális gondolkodási módként értelmezhető (Zackheim, 2007). Az alexitímiás személyek képtelenek önmaguk megnyugtatására, érzelmeik szabályozására, mert nincsenek tudatában azoknak. Hiányzik számukra az érzelmek adaptív, informatív értéke, ami elengedhetetlen az érzelmi szabályozáshoz (Berardis et al., 2007).

Az érzelmek átélésének nehézsége azonban nem jelenti az érzelmi élmény teljes hiányát, sokkal inkább egy differenciálatlan állapotot jelent, melyben megjelennek pozitív és negatív élmények is. Ennek a működésnek a következtében egy alexitímiás személy sokkal nehezebben kapcsolja össze az érzelmi élményeivel az

emlékeit, a múltbeli eseményeket vagy a fantáziáit. A differenciálatlan állapotok következtében feszültség növekedés jelenik meg, mely jelenti egyrészt az érzelmi arousalt fokozó konfliktushelyzeteket, másrészt az érzelmek hiányos kognitív feldolgozását. Mindkét működésmód fogékonyá tesz a betegségekre (Taylor, Bagby, Parker, 1991).

Az alexitímia etiológiáját tekintve megoszlanak a vélemények (Stingl et al., 2008). Mint fentebb láttuk, az alexitímia egyfajta stabil személyiségvonás (ld. Zackheim, 2007), egy pszichológiai és/vagy neurobiológiai fejlődési deficit, mely behatárolja az érzelmek észlelését, elkülönítését és feldolgozását, és megnöveli a pszichoszomatikus zavarok valószínűségét (Stingl et al., 2008). Más megközelítések szerint az alexitímia egy másodlagos mechanizmus, mely védekező vagy megküzdési mechanizmusként jött létre olyan mentális helyzetekre adott válaszként, mint a depresszió, a szorongás vagy a trauma (Stingl et al., 2008). Fontos látnunk, hogy a két irányzat különbözik abban, hogy az egyik a vulnerabilitás, a másik a megküzdés lehetőségére teszi a hangsúlyt. Az alexitímia etiológiáját tekintve a kettő sokkal inkább kiegészíti egymást, semhogy ellent mondana egymásnak (Stingl et al., 2008).

Az alexitímia legújabb felfogásában is megjelenik egyfajta kettősség, mindamelllett a kapcsolati tér nehézségei egyre inkább előtérbe kerülnek. Egyrészt a konstruktum egy kognitív, tapasztalati hiányként fogalmazódik meg az érzelmi válaszok rendszerében, és az érzelmek szabályozásában, és ez a hiány a korai gyermekkor elégtelen érzelmi fejlődéséhez köthető. Az alexitímia gyökere az inadekvát szülői magatartás, amely hosszútávon az érzelemreguláció gyengüléséhez vagy hiányához vezet - a kötődésemélet (Speranza et al., 2005) - és a szociális biofeedback elmélet képviselői szerint (ld. Gergely, Watson, 1998; Fonagy et al., 2002).

Egy más megközelítés szerint nem az érzelmek kifejezésének képtelenségén, hanem az érzelem kifejezéséhez kapcsolódó ambivalencián van a hangsúly (Quinton, Wagner, 2005). Ez az ambivalencia szorosan összefügg az érzelmek azonosításának és leírásának nehézségeivel. Bizonytalanságot eredményez, ami fokozott kontrollt tesz szükségessé, növeli az interperszonális kapcsolatokban a bizalmatlanságot, és a szociális térben való bizonytalanságot is.

Mindkét feltevésben megfogalmazódik nehézségként az interperszonális kapcsolat, ami alexitímiás személy számára az egyik legnagyobb problémát jelenti.

Egy kapcsolati helyzetben tudatosítani kellene az érzéseinket, le kéne írni azokat, és meg kéne különböztetni egymástól. Az alexitímiás személyek számára az érzelmek közül csupán a düh és a félelem képvisel jelentést. Ez frusztrációt, kétségbeesést okoz, mely vagy a helyzetből történő kimeneküléshez, vagy heves - érzelmi átélés nélküli – kitöréshez vezet (Hargitai, 2003). Az interperszonális térhez kapcsolódó bizonytalanság mélyebb megértéséhez kötődéelméleti szempontból kell közelítenünk.

2. 6. ÉRZELEMSZABÁLYOZÁS ÉS KÖTŐDÉS

A kötődéelméleti megközelítésben szintén központi fogalom az érzelem, hiszen a kötődés érzelmi kapcsolat (Fonagy et al., 2002). Az érzelmek kötődési kapcsolat szétszakadásának és megújulásának a következményei, ez indítja be magát a kötődési rendszert. A korai időszakban a kapcsolatokról kialakul egy belső munkamodell, amely mintaként szolgál minden jövőbeli kapcsolat számára. Ezen kívül ez a modell - sok más funkció mellett - “tartalmazza” az én érzelem szabályozó képességét is (Harel, Scher, 2003), és jellegzetes emocionalitás mintázatát (Oatley, Jenkins, 2001).

A kötődéelmélet szerint az érzelemszabályozást a csecsemő a kötődési rendszer működésén keresztül tanulja meg. A közelség/távolság kereső magatartás érzelmeket vált ki, melynek kezelési mintázatai eltérnek a különböző kötődési típusoknál. Ennek egyik oldala az, hogy a csecsemő hogyan észleli gondozóját, a másik pedig az, hogy a gondozó mennyire képes olvasni és kezelni a saját és a gyermeke affektív jelzéseit. A bizonytalan, ambivalensen kötődő csecsemő a gondozóját elérhetetlenként érzékeli, mert a gondozó érzelmi válaszai nem konzisztensek a gyermek jelzéseivel. A bizonytalan, ambivalensen kötődő gondozók képtelenek érzékelné a gyermekük és saját distressz érzését, így ennek kezelésében, szabályozásában sem tudnak segíteni (Bretherton, 1985; Harel, Scher, 2003).

A szülő kötődési reprezentációja és a csecsemő kötődése egyaránt nagymértékben befolyásolja az érzelemszabályozási stílust, azon keresztül, hogy a kötődési személlyel történő interakciókban az érzelmeket minimalizálják vagy fokozzák. A csecsemő a kötődési személy elérhetősége vagy érzékenysége kapcsán hamar megtanulja, hogy a kapcsolatukban az érzelem kifejezését inkább palástolja

vagy felerősítse. A szülő-gyerek kapcsolat az érzelemszabályozás szempontjából két alapvető következményt von maga után. A gyerek egyrésztől reprezentálni tudja az érzelmeket kiváltó helyzeteket, másrészt képes lesz a szabályozásukhoz szükséges erőforrásait mozgósítani (Thompson, 1994).

Mind a pszichoanalízisben, mind a kötődéelméletben fontos szerepet játszik az érzelmi szabályozás a korai fejlődésben, a szelf kiemelkedésében és szabályozásában. A pszichoanalízisben az érzelmeknek van elsődleges szerepük, a kötődés elméletben az érzelmelek szabályozásának. A biztonságos kötődés azt jelenti, hogy az érzelem szabályozása jól működik, rugalmas és megbízható (Fonagy et al., 2002). A modern pszichodinamikus terápiákban az érzelmelek az interperszonális kapcsolatokban kapnak jelentést, és mint tünetek segítenek a terapeutának megérteni a kapcsolati élményeket (Cole, Michel, Teti, 1994).

Fonagy és mtsai szerint (2002) az érzelmi szabályozás három szintre bontható. A legalacsonyabb szinten a cél még csupán a szervezet egyensúlyban tartása. Az érzelmi szabályozás a homeosztatiszikus funkcióknak feleltethető meg, kívül esik a tudatosságon, a túlélés az elsődleges feladat. Kopp (1989) ezt az első szintet úgy írja le, mint a fajra specifikusan jellemző biológiai programot.

A következő szinten a szabályozásban már megjelenik a másokkal való kapcsolat is. Ennek segítségével értjük meg és kommunikáljuk az érzelmeinket, de itt még anélkül, hogy hatnánk rájuk, csupán eszközként szolgál a másik személy. A szabályozás még egyforma mértékű a szelf és az érzelmelek között (Fonagy et al., 2002). Az alapvető kognitív és asszociatív tanuláson alapul ez a szabályozási képesség (Kopp, 1989). Az első két szint már a születés után pár héttel megjelenik a csecsemőnél, abban ahogy a figyelmét irányítja (pl. mit néz hosszan, és mit nem), ill. ahogy önmagát megnyugtatja (pl. hangokat ad ki, vagy testét dörzsöli, vagy szop).

A csecsemő érzelmeinek gondozói szabályozása közvetlen példákön keresztül is megjelenik, pl. ahogy a gondozó ringatja a babát, vagy énekel neki. Asszociatív tanuláson keresztül a baba megtanulja, hogy a közeledő gondozó lépései vagy hangja már megnyugtatósul szolgál. Végül pedig a gondozó egy intencionális modellt nyújt a szabályozó technikákról. (Southam-Gerow, Kendall, 2002).

A legvégső formája a szabályozásnak a mentalizált érzelmelek, amely egy érett, felnőtt képesség: a saját érzelmelek megértése, a mély jelentés kimutatásának képessége, megérteni mások érzéseit, úgy hogy azok érzelmileg jelentésteliekek

(Fonagy et al, 2002). Ez a harmadik szint Kopp (1989) szerint már egy tervezett stratégián alapuló szabályozási mód, mely vagy tárgy- vagy beszédközpontú. Ebben a stratégiában megjelenik a különbség az érzelemszabályozás, és az érzelmek megértése között.

Fonagy és mtsai szerint (2002) ez a képesség annyira fontos evolúciós szempontból, mint a beszéd, és a célja az, hogy hatással tudjunk lenni mások érzelmeire, miközben meg is értjük azokat. Az érzelmi fejlődés során a gyerekek meg kell tanulnia különbséget tenni a viselkedésen alapuló érzelmelméletek ill. a mentalizált érzelmi koncepció között (Southam-Gerow, Kendall, 2002). Ennek a képességnek a kialakulása hosszú folyamat, de kezdete már a legkorábbi csecsemőkorra tehető.

A gyerek érzelmi, szociális kompetenciájának fejlődését három gondozói viselkedés direkt módon befolyásolja; a gondozó reakciója a csecsemő érzelmeire, az érzelemről való beszélgetések a gondozó és a gyerek között, ill. a gondozó érzelmeinek kifejezése. Összességében az érzelmi fejlődést a családi környezet három irányból is befolyásolja; a kötődés minősége, a gondozói magatartás, és a szabályozásról nyújtott modell (Southam-Gerow, Kendall, 2002). Ezt a folyamatot írja le Gergely és Watson (1998) bioszociális modellje a szülői érzelmek tükrözéséről.

2. 6. 1. A szülői érzelmek tükrözés bioszociális elmélete

Az elmúlt 30 évben radikálisan megváltozott az a nézet, hogy milyen az újszülött belső, érzelmi állapota. A passzív, differenciálatlan, diffúz csecsemő képtől, eljutott a tudomány a gazdag perceptuális, tanulási és reprezentációs kapacitással bíró, és a fizikai és szociális világra fogékony, kompetens csecsemőig (Stern, 1985). Ez természetesen hatással volt az érzelmek és az érzelemszabályozás kutatására is, mely következtében kialakult központi feltevés az, hogy a csecsemőt már a születésétől fogva jellemzi az érzelmek kifejezésre és kommunikációra való bioszociális felkészültség (Gergely, Watson, 1998).

Az első évben a korai érzelmek és személyiség fejlődésben központi szerepe van az anyai tükröző funkciónak. Ennek elengedhetetlen alapja a csecsemő érzelmi kifejezéseinek megnyilatkozásai, és az erre adott külső tükrözés (Fonagy et al., 2002; Gergely, Watson, 1998). A gondozó és a gyermeke a kezdettől fogva egy affektív kommunikációs rendszert alkot, amelyben a gondozói interakcióknak és azok

minőségének alapvető szerepe van a csecsemő érzelmi állapotainak modulálásában (Gergely, Watson, 1998).

Gergely és Watson (1998) a szülői érzelme tükrözés bioszociális elméletében összekapcsolja a pszichoanalitikus-, kötődés- és szelfpszichológiai elméleteket a kognitív fejlődéslélektani megfigyelésekkel. Elméletük alapja, hogy egy komplex bioszociális rendszert feltételez, amelyben egyrészt részt vesz a csecsemő, akinek ösztönös késztetése van arra, hogy belső affektív állapotait viselkedésében kifejezze; másrészt része a gondozó, aki visszatükrözi ezeket. A tükröző interakciók nem csak az affektív állapotok homeosztatisz szabályozására korlátozódnak, hanem megteremtnek egy olyan tanító, támogató környezetet, melyben a csecsemő képes lesz internalizálni a gondozói érzelmszabályozó funkciót azáltal, hogy kialakulhatnak a primér érzelmi állapotok másodlagos reprezentációi.

Ha adaptív az érzelmtükröző interakció, akkor normál esetben ez a folyamat a következőképpen történik. A tükröző (a szülő) az érzelmkifejezését megjelöli, ennek következtében a megjelenített érzelme lekapcsolódik a szülőről. A csecsemő képes észlelni a belső érzelmi állapota és a jelölt érzelmtükröző kifejezés közötti magas szintű kontingens kapcsolatot, ezért a megjelenített érzelmet, mint a saját érzelmi állapotának kifejezését fogja referenciálisan értelmezni. Ez a lehorgonyzás folyamata. Ennek az érzelmkifejezésnek külön reprezentációt alakít ki, mely asszociatív kapcsolatban áll a saját implicit, procedurális elsődleges érzelmi állapotával. A reális érzelmkifejezés kategorikus hasonlósága és azonossága miatt az internalizált jelölt érzelmorepresentáció a szülő valódi érzelmkifejezésével társított diszpozicionális információt is hordozza. Így a primér érzelmi állapot egy másodlagos, kognitív módon megragadható reprezentáció mellett a csecsemő képessé válik ebben a folyamatban az adott érzelmehez diszpozicionális tartalmat is tulajdonítani (Gergely, Watson, 1998; Fonagy et al., 2002).

Abban az esetben, ha az érzelmtükröző funkció deviáns, akkor a fejlődés jellegzetes pszichopatológia kialakulásához vezet. Egyik deviáns érzelmtükröző stílus a perceptuális jelöltség hiánya az interakcióban. A gondozó a saját megoldatlan intrapszichés konfliktusai miatt képtelen érzéklni és tartalmazni a csecsemője érzelmi megnyilvánulásait, sőt ezek láttán még inkább elárasztják a negatív érzelmei. A csecsemő negatív érzelmeire kategóriájában kongruens módon, de jelöletlenül, valóságként reagálnak. Így ez a megjelenített érzelme nem lesz lekapcsolva a

szülőről, a csecsemő a szülő valóságos érzelmi állapotának fogja tulajdonítani. Nem jöhet létre a lehorgonyzás, és ennek következtében a primér érzelmi állapot másodlagos reprezentációja nem alakul ki. Ez az érzelmi állapotok önészlelésének és önkontrolljának deficitjéhez vezet. A csecsemő a saját negatív érzelmi állapotát a szülőhöz tartozónak észleli, és a saját belső negatív állapota nem csökken, hanem nő, így ez a deviáns tükrözés a megnyugtató helyett traumatizációhoz is vezet (Gergely, Watson, 1998; Fonagy et al., 2002).

Második fajtája a deviáns érzelem tükrözésnek a jelölt, de inkongruens, kategoriálisan eltorzított szülői tükrözés. Ebben a helyzetben a túlkontrolláló és/vagy a csecsemő affektusait védekezésében tévesen észlelő szülő magatartása hoz létre ilyen interakciókat. A visszatükrözött érzelem jelölt, ezért lekapcsolódik a szülőről; kontingens ezért a csecsemő a saját primér érzelmi állapotához fogja referenciálisan lehorgonyozni. A visszatükrözött érzelem inkongruens a csecsemő primér érzelmi állapotával, ezért erről egy eltorzított, téves kategóriájú másodlagos reprezentációt fog kialakítani. A csecsemő olyan diszpozicionális állapotot fog önmagának tulajdonítani, amely inkongruens a valódi érzelmi állapotával, így tévesen fogja észlelni azt (Gergely, Watson 1998; Fonagy et al., 2002).

2. 7. ÉRZELEMSZABÁLYOZÁS ÉS KLINIKAI PSZICHOLÓGIA

Az érzelmek és az érzelemszabályozás szerepével egy-egy pszichopatológiai kórkép kialakulásában viszonylag kevés kutatás foglalkozik, míg tüneti szinten a pszichiátriai diagnózisokban és a pszichológiai klasszifikációkban időnként már megjelennek érzelmek. Az érzelmek különböző típusaival kapcsolatban felmerül a moduláció, a diszreguláció, az intenzitás, és az elnyomás kérdése a pszichopatológiai működésmódokban. Összeségében a legfőbb kérdés fejlődési pszichopatológiai szempontból, hogy az érzelmekkel kapcsolatos diszfunkcionális mintázatok milyen formái jelennek meg, és hogyan azok alakultak ki a fejlődés során (Zahn-Waxler et al., 2006). Ha ezt a gondolatot összevetjük az érzelemszabályozás definíciójával (ld. Thompson, 2004), láthatjuk, hogy a cél ugyanaz.

Klinikai mintában, tüneti szinten az érzelemszabályozás, azon belül az érzelmek kifejezés deficitje több pszichopatológiai kórképben megjelenik (ASD, ADHD, CD, ODD, MDD stb.) Pszichopatológiai diagnózist kapott gyerekeknél az

érzelemkifejezés problémái összességében három területet érintenek: az érzelemkifejezés gátlását, alacsonyabb kontrollt, ill. az érzelmek nem normatív kifejezését. Ezek a mintázatok azok, amelyek bizonyos körülmények között (pl. bántalmazó családi környezet) az optimális érzelmi szabályozást szolgálják (Southam-Gerow, Kendall, 2002). Az extrém érzelmi körülményeket hordozó helyzetekben (pl. gyermekbántalmazás, házassági konfliktus, gondozó pszichopatológiája stb.) az optimális szabályozás nagymértékben különbözhet a leginkább tipikus, jól működő személyiség vonásoktól (Thompson, 1994).

Az adaptív viselkedés meghatározó kritériuma az érzelemszabályozás képessége, a diszreguláció szerepe a maladaptív viselkedés és pszichopatológiai kórképek kialakulásában játszik nagy szerepet (Izard et al, 2006). Az érzelem diszreguláció a gyermek pszichopatológiában igen hangsúlyos rizikó faktor, már a legkorábbi fejlődéstől fogva (Zahn-Waxler et al., 2006). Thompson (1994) szerint azonban fontos azt kiemelni, hogy a szülő-gyerek kapcsolaton kívül számtalan más szignifikáns kapcsolat is hatással van a későbbiekben az érzelmek szabályozására. Ilyen kapcsolatok pl. a családon kívüli gondviselők, a kortárs interakciók, az iskolai rendszerek, később a munkahelyi közösségek.

Thompson (1994) ezzel is aláhúzza, hogy ha érzelemszabályozásról beszélünk, fontos szem előtt tartatnunk, hogy a jelenség mennyire függ a szabályozási képesség egyéni különbségeitől, ill. mennyire heterogén fejlődési folyamat, mely csak szoros emberi kapcsolatok kontextusában értelmezhető. Ebből logikusan következik az a felvetés, hogy definiálhatunk-e optimális érzelemszabályozási képességet (Cole, Michel, Teti, 1994; Thompson, 1994), és a különböző klinikai megközelítésekben különösen fontos, hogy milyen körülmények között beszélhetünk optimális szabályozásról (Cole, Michel, Teti, 1994).

Az érzelemmel kapcsolatos tünetek a különböző evészavarok diagnosztikus kritériumai között is megjelentek. A DSM III R kritériumok alapján az evészavarokra jellemző az intenzív félelem a súlygyarapodástól, a tünetek miatt aggodás hiánya, depresszív hangulat, és szorongás a megfeleléssel kapcsolatban (Cole, Michel, Teti, 1994).

A DSM IV első tengelyén azonban az evészavarok közül csak a falásroham kerül említésre, mint érzelemszabályozási deficittel járó pszichés megbetegedés (Gross, 1998). A DSM IV TR (2001, pp. 215) alapján az AN diagnosztikus

kritériumai között már csak egy kifejezett érzelemmel kapcsolatos tünet jelenik meg (a soványság ellenére intenzív félelem a súlygyarapodástól vagy elhízástól). A DSM-5-re vonatkozó javaslatokban egyre inkább felmerült, hogy kerüljön be újra a szorongás aspektusa a kritériumok közé, hiszen a klinikai kép kialakulásában és szubklinikai szinten is megjelenik az evéssel kapcsolatos fokozott szorongás (Fox, Power, 2009).

A DSM IV evészavar kritériumok mellett egyre nagyobb az igény a különböző altípusok feltárára, a részletesebb, diszkrétebb diagnosztika és terápia érdekében. A következő altípusokról beszélhetünk az eddigi kutatások alapján (Thompson-Brenner et al., 2008): jól funkcionáló altípus minimális személyiség patológiával, érzelmileg szabályozatlan (vagy érzelmileg instabil) altípus bordeline vagy hisztérikus személyiségjegyekkel, elkerülő-szorongó altípus depresszív, szorongó és szociálisan elkerülő vonásokkal, ill. a megszorító, kényszeres altípus megszállott, kényszeres és rigid jegyekkel.

Az érzelmileg instabil altípuson belül egyes elméletek megkülönböztetik a viselkedésében szabályozatlan altípust, mely sokkal inkább ingerkereső, antiszociális és impulzív vonásokkal bír, és többnyire a bulímia nervosa (továbbiakban BN) személyenél fordul elő. Az AN pszichopatológiai kórképekben nagyobb számmal fordulnak elő az elkerülő-szorongó, ill. a kényszeres altípusok (Thompson-Brenner et al., 2008), mely altípusok leírásában továbbra sem jelenik meg az érzelemszabályozás problémája.

Megjelenik, és központi szerepet kap a szabályozás problémája azokban a megközelítésekben, melyek az impulzivitást, mint a kontroll nélküli viselkedést tartják a legfőbb elkülönítő személyiségvonásnak az evészavarokon belül. Ez a vonás különíti el a faló és/vagy purgáló evészavarokat a restriktív típusoktól, így a falászavart, a BN-t, és a purgáló AN-t a restriktív AN-tól. Ugyanakkor az impulzivitás a legtöbb megközelítésben egy gyűjtő fogalom, melyben nem jelennek meg a motivációs, érzelmi vagy kognitív faktorok (Claes et al., 2010).

3. A GYERMEK- ÉS SERDÜLŐKORI ANOREXIA NERVOSA

*„Istenem, tekints utálattal a hasra és táplálékra,
az erkölcs általuk vész el.“
(ősi görög fohász)³*

Az AN rendszerint serdülőkori kezdetű pszichiátriai zavar, mely a testsúly jelentős csökkenésével, az evés, gyarapodás intenzív elutasításával, testképzavarral és amenorrhéával jár. A klinikai munka során a betegség egyre gyakoribb előfordulással, és egyre korábbi indulásával találkozhatunk, előfordul a prepubertáskori kezdet is. A kórkép gyakorisága 0,2-0,8% közé tehető. Típusosan lányok, nők betegségéről van szó, 2-8 %-ot tesznek ki a férfiak az összes AN esetből. (Lask, Bryant-Waugh, 2007).

A betegség súlyosságát támasztja alá az az adat, mely szerint az AN a legnagyobb halálozási rátájú pszichiátriai betegség, az AN kezdetét követően 10 évvel a betegek 6-10%-a meghal. A halál okai többnyire a szervi szövődmények, ritkább esetben szuicídium miatt következik be (Pászthy, 2007).

Az AN-t pszichoszomatikus megbetegedésnek tekintjük, a gyógyítást, kutatást, megelőzést illetően mindig a bio-pszicho-szociális modell keretein belül kell gondolkodnunk, multidiszciplináris segítő személyzet együttműködésével érhető el leginkább terápia előrelépés (Lask, Bryant-Waugh, 2007; Pászthy, 2007).

3. 1. DIAGNOSZTIKUS KRITÉRIUMOK

A jelenleg alkalmazott nozológiai rendszerek, a DSM IV⁴ és BNO-10⁵ az AN következő kritériumot tartják diagnosztikus értékűnek: az ideálshoz képest 15%-kal kisebb testsúly, akaratlagos fogyás, félelem a testsúly gyarapodásától, testképzavar, a menstruáció hiánya (amenorrhoea). A DSM IV elkülöníti az AN restriktív és purgáló altípusát. A BNO-10 a 17,5-es testtömegindexet (BMI) jelöli meg határként a testsúllyal kapcsolatos diagnosztizáláshoz, továbbá kitér a férfiakra jellemző tünetekre is. A két klasszifikációs rendszer részletes kritériumait az 2. ábra foglalja össze.

³ id. Forgács, Túry, Németh, 1996

⁴ pp. 215

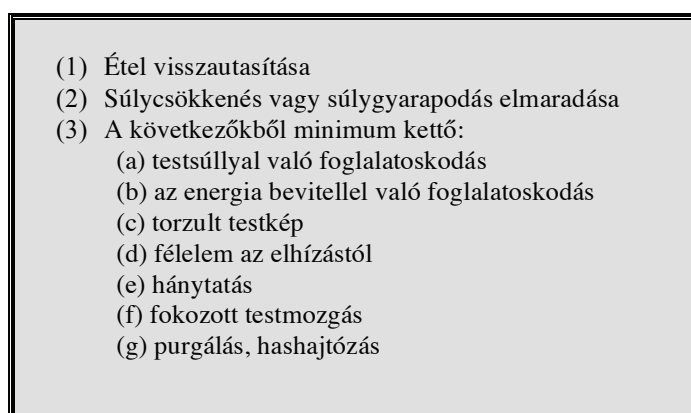
⁵ pp. 551

DSM-IV	BNO-10
<p>A) A kornak, testmagasságnak megfelelő minimális testsúly tartásának visszautasítása, például súlyvesztés, mely a testsúlynak az elvártnál legalább 15%-kal alacsonyabb szinten való fenntartásához vezet; vagy az elvárt súlynövekedés elmaradása a testi fejlődés időszaka alatt, ez az elvártnál legalább 15%-kal alacsonyabb testsúlyhoz vezet.</p> <p>B) Intenzív félelem a súlygyarapodástól vagy az elhízástól még soványság esetén is.</p> <p>C) A saját testsúly vagy alak észlelésének zavara, a testsúly vagy alak túlzott befolyása az önértékelésre, vagy a jelenlegi alacsony testsúly veszélyességének tagadása.</p> <p>D) Nőknél legalább három egymást követő menstruációs ciklus hiánya, ha az egyébként elvárható lenne (primaer vagy secundaer amenorrhoea). Egy nő amenorrhoeásnak tekinthető akkor is, ha mensese csak hormon, például ösztrogén adása után van.)</p> <p><i>Jelölendő a típus:</i> <i>Restriktív típus:</i> az AN epizódja alatt a személynek nincsenek ismétlődő falásrohamai és purgáló viselkedésformái (önhánytatás, hashajtók, diuretikumok használata, beöntés). <i>Purgáló (bulimiás) típus:</i> az AN epizódja alatt az egyénnek ismétlődő falásrohamai vannak és purgálja magát.</p>	<p>a) a testsúly 15%-kal kevesebb az ideálisnál, (amit vagy elveszített, vagy sohasem rendelkezett vele), vagy a Quetelet test-tömeg index 17,5 vagy ennél kisebb. A serdülő páciensek a növekedés során nem mindig érik el a kívánt testsúlyt.</p> <p>b) Ön-indukált fogyás, amit a zsíros ételek elkerülése és az alábbiak közül több jellemez: az intenzív testgyakorlatok, önhánytatás, hashajtás, étvágycsökkentők valamint vízajtók használata.</p> <p>c) A testséma zavara figyelhető meg, mely meghatározott pszichopatológiai képet mutat, rettegés a kövérségtől, nem megfelelő testarányoktól, mint túlértékelt gondolat jelenik meg, és önmaguknak egy igen alacsony testsúlyhatárt szabnak meg.</p> <p>d) Számos endokrin eltérés észlelhető, pl. a hypothalamikus-hypophysis-gonádok tengelyen, ami amneorrhoea és a férfiaknál a szexuális érdeklődés csökkenésében és potenciazavar formájában jelentkezhet (kivételet képeznek azok, akik hormonális szubsztitúcióban részesülnek, pl. fogamzásgátló tabletták formájában). Ezen kívül a növekedési hormon, a cortisol szintje emelkedhet, a pajzsmirgy hormonjainak megváltozott perifériás metabolizmusa fordulhat elő.</p> <p>e) Ha serdülőkor előtt indul, akkor a pubertás vagy késleltetett vagy el is maradhat. (Növekedés elmarad, nőknél a mell nem fejlődik ki, primér amenorrhoea, a fiúknál a genitáliák fiúsak maradnak). A felépülést követően a pubertás normálisan végbemegy, de a menarche késleltet.</p>

2. ábra. Az AN diagnosztikai kritériumai

A gyermek- és serdülőkorban jellemző tüneti eltérésekről a DSM-IV és a BNO-10 is említést tesz, azonban összességében mégsem foglalja össze kimerítően az ezen életkorban induló AN kritériumait. A DSM IV klasszikusnak számító négy tünete csak részlegesen vagy egyáltalán nem értelmezhető a serdülő- és gyermekkori kezdetű AN-ban (Pászthy, Major, 2008; Nicholls et al., 2000).

Figyelembe véve azt, hogy a betegség leggyakrabban serdülőkorban kezdődik, és egyre fiatalabb korban indul, a prepubertás korban kezdődő esetekkel is egyre gyakrabban találkozunk klinikai munkánk során. A precíz diagnosztika elengedhetetlen az adekvát terapiás beavatkozások megtervezéséhez, továbbá egymással összehasonlítható vizsgálatsorozatok kivitelezéséhez. Ebben az életkorban az AN diagnosztikus kritériumait, az ún. GOS (Great Ormond Street) kritériumrendszert a 3. ábra foglalja össze. A kritériumrendszerben nem szerepel a minimális súlyvesztés meghatározása, továbbá a menstruáció hiánya sem (Pászthy, Major, 2008; Nicholls et al., 2000).

- 
- (1) Étel visszautasítása
 - (2) Súlycsökkenés vagy súlygyarapodás elmaradása
 - (3) A következőkből minimum kettő:
 - (a) testsúllyal való foglalatосkodás
 - (b) az energia bevitellel való foglalatосkodás
 - (c) torzult testkép
 - (d) félelem az elhízástól
 - (e) hánytatás
 - (f) fokozott testmozgás
 - (g) purgálás, hashajtózás

3. ábra Az AN GOS kritériumrendszere

Fontos azt is kiemelni, hogy nagy számban fordulnak elő szubklinikai evészavarok, melyek még nem merítik ki a DSM IV és a BNO-10 kritérium rendszerét. Ezekben az esetekben nem diagnosztizálhatunk klasszikus AN-t, azonban a szakember már jól észlelhető AN vonásokat tapasztalhat, melyek felismerése, és a korai terapiás intervenciók elkezdése megakadályozhatja a betegség súlyosabb formáinak kialakulását (Pászthy, Major, 2008).

3. 2. EPIDEMIOLOGIA

A gyermek- és serdülőkori AN epidemiológiájára vonatkozóan kevesebb vizsgálat született, (a fentebb is tárgyalt) diagnosztikus- és etikai nehézségek miatt. A betegség pontprevalenciája 0,3-0,8% közötti (Pászthy, Major, 2008). Serdülőkor után az amerikai nők között kevesebb, mint 1% szenved AN-ban. Ez a szám serdülőkorban némileg kevesebb, 0,5 és 1% közé esik (szintén amerikai mintán). Szubklinikai

szinten azonban jóval magasabb arányokkal kell számolnunk, ez serdülőkorban magasabb mint 10% (Zahn-Waxler et al., 2006).

A kutatók között vita tárgyát képezi, hogy mennyiben beszélhetünk az AN incidenciájának növekedéséről, avagy mennyire van szó a diagnosztikus kategóriák finomodásáról, netán a laikusok betegségről való informáltságának, a probléma felvállalásának növekedéséről (Pászthy, Major, 2008). Az AN átlagos élettartam-prevalenciája 1,2-1,9% a nők körében, a fiatalabb női korosztályban magasabb, mint az idősebbekében (Szumska, Túry, Szabó, 2008).

3. 3. ETIOPATOGENEZIS

3. 3. 1. *Biológiai tényezők*

Az evés és a testsúly biokémiai szabályozásában az alábbi tényezők játszanak szerepet (Szabó, 2000): a vérben található (táplálékból származó) zsírsavak, glukóz és aminosavak, neurotranszmitterek, neuropeptidek, hormonok. Ezen tényezők kutatása a mai napig zajlik, hiszen számos fontos kérdés még nyitott. Az egyik leglényegesebb, hogy mennyiben tekinthetők a kapott eltérések az AN előzményeinek, vagy épp következményei-e a problémának. Ez terápiás szempontból is további kérdéseket vet fel (Szabó, 2000).

Az örökletes tényezők szerepét iker- és családkutatásokban, valamint az örökbefogadottakkal végzett kutatásokban vizsgálják. Az egypetéjű ikrek közötti konkordancia 0,71-es, kétpetéjű ikrek esetében ez 0,1. A heritabilitási értékek 0,86 és 0,98 közé esnek. Az ikervizsgálatok eredményei arra mutatnak, hogy a genetikai faktorok nagyobb szerepet játszanak a környezeti faktoroknál (Gáti, Ábrahám, 2008). A betegség családi halmozódását kutató szakemberek 22%-ban találtak evészavart az AN betegek elsőfokú rokonai között (Szabó, 2000).

A legújabb terület az evészavarok kutatásában is az idegrendszeri háttér feltérképezése. A legújabb eredmények azt igazolják, hogy az evészavarok hátterében neurobiológiai vulnerabilitás és komplex idegrendszeri eltérések valószínűsíthetőek. AN esetében csökkent alapanyagcsere mutatható ki a frontális és parietális régiókban, valamint a bal temporális lebenyben. Emellett az evészavarokra jellemző a szerotonin-háztartás felborulása, mely alul- vagy túlműködése kapcsolódik a szabályozás kérdéséhez (Sonnevend, Pászthy, 2008). Neuropszichológiai

szempontból a szabályozás mellett további izgalmas kérdést vet fel a kognitív rigiditás, a rugalmatlanság, és a különböző kognitív funkciók deficitje (Csenki, 2008).

3. 3. 2. Szociokulturális tényezők

A szociokulturális tényezők szerepét számos adat, vizsgálati eredmény hangsúlyozza. Az AN eltérő gyakorisággal jelenik meg az egyes kultúrákban, de a serdülő lányok esetén növekvő incidenciát figyelhetők meg. A betegség nemi megoszlása erőteljesen a nők javára tolódik el, főként felső- és középosztálybelieket érinti a probléma. A modellek, versenyszerű sportolók esetében nagyobb arányban jelenik meg az AN, a karcsúságideál szerepe ezekben az esetekben fokozottabb. Biológiai okokkal eddig még nem magyarázható az AN serdülőkori kezdete. Ebben az életkorban azonban több pszichológiai elmélet szerint is nagyobb a fogékonyság a szociokulturális tényezőkre is (Túry, 2000b).

A szociokulturális tényezők hatással vannak az evés magatartásunkra, és az evés maga is kultúraformáló tényező. Az evési attitűdöket viszont egyre inkább a marketing határozza meg, ennek legfőbb eszköze a média. A médiumok által közvetített minták követése jól megfigyelhető, különösen a serdülő és fiatal felnőtt korosztály körében. A társadalom elvárása ezek alapján egyfajta „egyen-szépség”, ami a saját identitását kereső kamaszokra hatalmas terheket ró, növeli énképük (testképük) és az ideális éniük közötti távolságot (Forgács, 2008).

3. 3. 3. Szomatikus következmények

Az AN serdülő különböző szomatikus eltéréseket mutathat a betegség előrehaladottságától függően. Az evészavaros karrier sok esetben rendkívüli energiákkal indul; a kamasz sportol, életvitele még aktív, betegségekkel szemben ellenállóbb. Azonban a belgyógyászati tünetek már ekkor is jelentkezhetnek. Gyakori, hogy szédülés, fáradékonyság, rosszulletek lépnek fel, hasi fájdalmak, székrekedés jelentkezik (Pászthy, 2007; Páli, Pászthy, 2008).

A kardiális eltérések (melyek közül a leggyakoribb a sinus bradycardia) akár azonnali kórházi felvételt tehetnek indokolttá, nem egy esetben a pacemaker indikáció is felmerülhet. Rövidtávon ezek a problémák reverzibilisek, azonban jelenleg kevés hosszú távú követéses vizsgálat létezik, hogy ezek hosszútávú következményeit be tudjuk jósolni (Pászthy, 2007; Pászthy, Major, 2008).

A só-vízháztartás eltérései szintén orvosi ellenőrzést igényelnek. A foszfáthiány különösen fontos, amely az újratáplálás elkezdésekor életveszélyes komplikációkkal járhat. A súlyosan alultáplált gyerekek és serdülők újratáplálása ezért kórházi körülmények között kell, hogy történjen (Pászthy, 2007; Pásztyh, Major, 2008).

Az AN hosszú távú szövődménye osteopenia, vagyis a csökkent csont mineralizáció kialakulása, mely a csontokat egyre inkább törékennyé teszi. Irreverzibilis következmény lehet a gyermekkori vagy serdülőkori AN esetében a hosszúnövekedés elmaradása. Ez annál súlyosabb mértékű, minél korábbi indulású az evészavar (Pászthy, 2007; Pászthy, Major, 2008).

3. 3. 4. *Prognózis*

Az AN betegek között a gyógyulás aránya kb. 30-50%-os. Követéses vizsgálatok alapján 10 évvel a betegség kialakulása után az AN betegek 8-10%-a meghal, 20-24 év elteltével ez az arány már 15-18%-os. A betegek közel felénél, javuló állapotok után is krónikus AN állapot alakul ki (Túry, 2000d).

A negatív életesemények, a családi működés rosszabb színvonala és a súlyos, kórházi kezelést jelentő állapot súlyosabb prognosztikai értékkel bír. Mintegy 40%-ban fordul elő, hogy ha az AN meg is szűnik, tünetváltás történik, és egyéb pszichiátriai zavar alakul ki. Leggyakrabban evészavar spektrumon belül változik a tünet, és BN-ba fordul át az AN. Ezért kiemelten fontos a betegség mielőbbi felismerése, és az adekvát terápia elkezdése, mert ez a gyógyulási esélyeket jelentősen megnöveli (Túry, 2000d).

3. 4. PSZICHOLÓGIAI ELMÉLETEK

Az „anorexia“ görög eredetű szó (an-orexis), jelentése „a vágyak hiánya“. Az eredeti jelentéstől eltérően, később kizárólag az étvágy hiányára vonatkozóan használták a kifejezést (Túry, 2000a).

A fejezet áttekintést ad az AN kórkép kialakulásának pszichológiai elméleteiről. Elsőként a korai vallásos, majd orvosi megközelítéseket foglalja röviden össze, majd a pszichopatológiai kórkép kialakulását azokból az elméleti szempontokból tárgyalja, amelyek a szakirodalom legelterjedtebb megközelítései

(pszichoanalitikus, kötődéelméleti, kognitív és rendszerszemléleti). A dolgozat nem tárgyalja a biológiai, genetikai és neuropszichológiai megközelítéseket.

3. 4. 1. Korai elméletek

Az Ószövetség szerint az evés hozta a bűnt a világba. Éva evett a Tudás Fájának gyümölcséből, mely által elkövette az eredendő bűnt. Az evéshez kapcsolódik a falánkság, a mohóság, mely a hét főbűn egyike a katolikus teológiában (Huline-Dickens, 2000).

A pszichiáterek és az antropológusok egyaránt tanulmányozták az önéheztetést és a koplalást, mint az aszketizmus egy formájának tradícióját a zsidó-keresztény kultúrkörben. Az étel megtagadása számos vallási tradíció részét képezi, mely által a felszabadíthajuk önmagunkat az önző és materialista gondjainktól, és megtisztulhat a testünk és a lelkünk (Huline-Dickens, 2000).

A „szent anorexia“, mint a patriarchális társadalom elleni lázadás jelent meg a XIII. század Itáliájában. A szent nők válaszként az elnyomásukra, elnyomták fizikai vágyaikat, mint a fáradság, az éhség, a szexuális vágyak vagy a fájdalom, hogy ezzel szabadítsák fel testüket, és ezáltal a lelküket. A „szent anorexia“ és az AN közös abban, hogy mindkettőnek célja, egy vágyott ideális állapot elérése (Huline-Dickens, 2000).

A XIII. századtól már több említést tesznek a vallásos koplalásról, éhező szentekről. Az étkezés megtagadása az ördög elleni küzdelem egyik eszköze volt, valamint a vezeklés gyanánt is szolgált. A késői középkorban már számos éhező szentet boszorkányság vádjával halálra ítélték, mert magatartásukat az ördögi megszállás jegyének tekintették (Túry, 2000a).

A XVI-XIX. század között az éhező embereket egyre inkább orvosi ellátást igénylő betegeknek kezdték tekinteni. 1689-ben Richard Morton angol orvos könyvében „ideges felemésztődés”-nek hívott betegséget az AN első orvosi leírásaként tartják számon (Túry, 2000a).

A XIX. században egymástól függetlenül egy angol és egy francia orvos – Sir William Withey Gull és Ernest Charles Lascegue – írta le az AN általuk tapasztalt sajátosságait. Mindketten kiemelik, hogy nem olyan sorvasztó betegségekről van szó, mint pl. a gyomor elsorvadása, hanem lelki tényezők okozzák a problémát (Madden, 2004).

A XVIII. századtól a betegségről való gondolkodásban már felmerült az anya szerepe, melyet a probléma központi, de még igen misztikus részeként tekintettek. Az anya-gyerek kapcsolat jelentősége azóta is releváns a pszichopatológia kialakulásában (Farrel, 1995).

3. 4. 2. Pszichoanalitikus megközelítés

Sigmund Freud pszichoszexuális fejlődés elméletének első szakasza, orális szakasz – kannibalisztikus pregenitális szexuális szerveződés. Ekkor még a szexuális aktivitás nem különül el a táplálék bevitelétől, a szexuális szándék a tárgy bekebelezését foglalja magába. Freud szerint tehát az étkezés szexuális töltetű aktivitás is, ilyen módon az étvágy elvesztése a libidó elvesztését is jelenti (id. Farrel, 1995).

A korai pszichoanalitikus elméletek szerint az AN-ban az étel elutasítása tulajdonképpen a szexualitás elutasítását is jelenti. A betegség kialakulásához ezért gyakran kapcsolódik a szexualitás igen korai jelenléte, sok esetben trauma vagy félelemmel teli élmények, aminek következtében kialakul az elkerülési vágy (Rehavina-Hanauer, 2003).

Klasszikus pszichoanalitikus értelemben betegség magja az Ödipusz komplexus, aminek megoldása nem volt megfelelő a kora gyermekkorban, így a kamaszkorhoz érkeve ismét problémákat eredményez. A serdülőkorban feléled a nemiséggel szembeni ellenérzés, így a tünetképzés egy regresszív reakció (Ábrahám, Árkovits, Gáti, 2008). Amikor az AN beteg megvonja magától az ételt (elutasítja a szexualitást), nem fixációról van szó, sokkal inkább védekező regresszióról az ödipális vágyak ellen. Az alapvetően genitális probléma orálissá válik, ami biztonságosabb, ismerősebb „terep“, és – ami a lényeg – sokkal inkább kontrollálható (Farrel, 1995).

Az AN-ban az ödipális problematika hátterében gyakran az áll, hogy az anyától pozitív emocionális odafordulást nélkülöző lány, az apjához fordul ennek reményében. Az apa személye ezáltal éppen azt a csodálatot, rajongást, intimitást kapja meg, amit feleségével való kapcsolatában sokszor nem tud megélni. Az ödipális vonzalmat így az apa megerősíti, és ezzel a normál pszichoszexuális fejlődéssel ellenkezően, megvalósíthatóvá válik az ödipuszi helyzet, amely egy incestuális kapcsolatot vetít előre (Szabó, Pászthy, Túry, 2006).

Az anya észlelve férje és lánya viszonyát olyan üzeneteket küld lánya felé, hogy a férfiak veszélyesek. Az AN lány a serdülőkorba érve, a szexualitással találkozva ezért büntudatot él meg, az orális szakaszba regrediál, evészavaros tüneteivel (amenorrhoea, nőies jegyek lefogyasztása) megfosztja magát nőiességétől, az evés elutasításával pedig az ösztönkonfliktusból eredő büntudatát csökkenti. Saját ösztönéletét ezáltal teljesen ellenőrzés alá vonja (Szabó, Pászthy, Túry, 2006).

Később az analitikusok egyetértettek abban, hogy az elfojtott szexualitás és agresszió valóban az ödipális korhoz köthető, de ennek oka már korábban, az anya-gyerek kapcsolatban keresendő. A probléma forrása tehát a preödipális anya-gyerek kapcsolat, a fixáció pregenitális szintű (Dévald, 1993; Farrel, 1995) – ezt a vonalat később a kötődéseméleti megközelítés viszi tovább.

A tárgykapcsolat elméleti megközelítések szerint az AN háttérében a szeparáció-individuáció fejlődési szakaszban történő elakadás van. A fejlődés szempontjából a betegség ahhoz a fázishoz köthető, ahol a szeparáció és az autonóm self kialakulása a fő nehézség (Dévald, 1993).

Kezdetben a csecsemő számára az étel egyet jelent az anyával, és optimális esetben a táplálás (és a szeretet) kielégítő. Az AN betegek korai történetére jellemző, hogy az anya elárasztja a gyereket, ahelyett, hogy a gyerek saját „étvágyának” megfelelően elégitené ki. Így az AN beteg tapasztalata az, hogy a szájon keresztül két véglet létezik csupán, a teljes bekebelezés – kannibalizmus, vagy az abszolút veszteség – a tulajdon self vesztesége is (Hamburg, 1999). Az étel elutasítása, mint tiltakozás, tulajdonképpen már a regressziós folyamat vége; nem akarom, nem kérem, nincs rá szükségem. Csak a nem akarással lehet önmaga ebben a „harcban”. Hamburg (1999) szerint az AN tehát egy autonómia harc is. A saját szorongásaival küzdő anya nem tudja segíteni a gyereket az individuáció fázisában, elakadás következik be, és serdülőkorban – amikor ez a folyamat ismét előtérbe kerül – problémát okozhat, elősegítheti az AN tünetképződést (Dévald, 1993).

Selvini-Palazzoli (1974) szerint egy elárasztott, hamis selffel rendelkező lány nem lehet felkészült a pubertáskor biológiai és pszichológiai változásaira, ezért jelentkeznek általában a tünetek e szakasz előtt. A másodlagos nemi jellegek „eltüntetésével” csökkentik a szexualitás és a szeparáció okozta szorongást. A tünetek eredetileg adaptívak abból a szempontból, hogy megvédjék az éretlen lányt, attól

amire nem készült még fel. A testsúly csökkentésével az AN lány egyszerre tartja kontroll alatt a saját testét, és odázza el a pubertását.

Az orál-szadisztikus anyai szimbólumok közül (a pók, a boszorkány és a cápa) az AN esetében az anyai szimbóluma a pók (Lane, 2002). A „pók-anya“ ijesztő az áldozata számára. A pók csapdába ejti, elfogja, megmérgezi, lebénítja és végül megöli az áldozatát. Ebben a szimbólumban jelen van, ahogy az anya elárasztja a gyereket a saját belső világával, ezzel megfojtja őt, csapdába ejti, ahonnan nincs hova menekülni. Az AN betegek ennek következtében teljesen kiszolgáltatottá válnak, ezért totális kontrollra van szükségük. Az anya hiperkatexisének tárgyai lesznek, aki úgy kezeli őket, mint akik nem képesek önállóan semmire, nem tudja kezelni az önállóság vagy az explorációra irányuló vágyukat, majd végül teljesen „legyőzi” azt, mozgásra képtelenné válnak a pszichés térben, megbénítja őket (Lane, 2002), tehetetlenné válnak az autonómia harcban (Hamburg, 1999).

Az AN serdülő védekezése az elárasztó anya mellett passzív-agresszív válik, amely többnyire a dacban, a nem együtt működésben, acting-out-ban – összességében anális vonásokban – merül ki. Az AN orális fixációként értelmezhető, anális karakterjegyekkel (Ábrahám, Árkovits, Gáti, 2008). Az anális jegyek közül megjelenik a takarékoság, a makacsság, és a pontosság. Takarékoság jellemzi őket abban, ahogy az érzelmeik kifejezését visszatartják; csukva a száj, a test „beszél”. Makacsak a kitartásukban, ragaszkodnak a betegségükhöz, makacsul hallgatnak és éheznek. Pontosságuk a perfekcionizmusukban tetten érhető (Lane, 2002).

Az egyetlen terep, ahol az AN betegek saját autonómiájukat gyakorolhatják az csak a saját testük (Hamburg, 1999; Lane, 2002). Ennek következtében felerősödnek az autoerotikus tevékenységek, de nem maszturbáció formájában, hanem önsértés, vagy megerőltető, fájdalmas gyakorlatok formájában. A maszturbáció azért sem jelenik meg, mert az identitásában, és a szexuális identitásában is bizonytalan fiatal erős szexualitáshoz kötődő szorongással küzd (Lane, 2002).

Farrel (1995) szerint az AN Klein-i értelemben a paranoid-skizoid pozícióban van megrekedés, ezt jelzi az omnipotens kontroll igény. Ebben a szakaszban legjellemzőbb mechanizmus a hasítás, van egy jó és egy rossz anya. A „kettős anyakép” integrációja nem történik meg, nem tanulják meg, hogy az egy személyhez kapcsolódó ellentétes érzéseiket hogyan kezeljék. Ennek következtében csak hasítva,

ketté bontva képesek megélni azokat, mely megalapozza az érzelemszabályozási deficitet.

Az AN működésében a rossz anyát a saját test reprezentálja. Így válik a test ellenségévé, amit tagad, amit el szeretne pusztítani, de legalábbis teljes kontroll alatt tartani. Ezzel szemben az idealizált szülőképek minél inkább meg akar felelni, perfekcionista módon. A nem elfogadható, nem szabályozható érzéseit a hasításon túl az elfojtás, a tagadás, és a projekció mechanizmusaival próbálja kirekeszteni (Dévald, 1993; Farrel, 1995).

Ritvo (1984) kiemeli, hogy az adolescens korban kerül leginkább középpontba a testkép, a testi funkciókkal, és a testtel kapcsolatos konfliktusaikkal együtt. Az evés mentén ezeket a konfliktusokat meg lehet jeleníteni. A test és a testrészek, azok formája, alakja, az étel maga, annak megevése vagy kiadása mind metaforikusan és szimbolikusan is kifejezi és megjeleníti a tudattalan fantáziákat, a pszichés konfliktusokat, és védekező mechanizmusokat. Az AN betegek a testüket választják arra, hogy megszabaduljanak a vágyaiktól, érzelmeiktől, mert így az sokkal biztonságosabb számukra. A koplalással próbálják megállítani a testi változásokat, a szexuális vágyat az étvágy és az evés megszüntetésével csökkentik.

A nem adekvát és megfelelő szülői gondozás miatt a korai időszakban nem alakul ki a test modulálásának és a szelf megnyugtatásának képessége, ezek eltávolodnak egymástól, nem alakul ki koherens szelf. A szelf-, az érzelem-, és a feszültség szabályozás nem működik megfelelően. Ez később az evészavarokban manifesztálódhat, ami egyfajta hasadás a psziché és a szoma között, amikor a lélek átveszi a tápláló funkciót a testtől. Ennek következtében a kamaszkor közeledtével az elégtelen reguláció miatt felbomlik az addigi egyensúly (Chassler, 1994).

Az egyensúly ugyan felbomlik, mégsem beszélhetünk klasszikus értelemben nárcisztikus szelf-szerveződésről az AN-ban (Karwautz et al., 2001). Ezek a serdülők egy kevésbé stabil szelffel rendelkeznek, és a regulációs folyamataik nem megfelelőek. Gyakran elveszetteknek, segítség nélkülinek érzik magukat, úgy érzik, hogy „törékenyek”. Nem rendelkeznek koherens szelffel, nagy önbizalom hiányuk van, negatív a testképük, és mindenféle szociális kontaktustól szoronganak (Karwautz et al., 2001; Chassler, 1994). Úgy alakítanak ki önmaguk számára ideálokat, hogy közben másokat nem kicsinyítenek le, sőt erős szimbiotikus kapcsolatokra van

szükségük a kielégítő szabályozáshoz. Nárcisztikusak viszont abban, ahogy a betegségükhöz viszonyulnak, ragaszkodnak (Karwautz et al., 2001).

3. 4. 3. Kötődésméleti megközelítés

Ahogy eddig is láttuk, az AN kialakulásában nagyon fontos szerepet játszik a korai anya-gyerek kapcsolat, a kötődés hatásai. A betegségben szenvedők a korai kapcsolatukban hiányt szenvedtek a biztonság, a bizalom érzésében, mely a gondozótól való biztonságos szeparációt lehetővé tenné (Chassler, 1994). Az anya-gyerek kapcsolat pszichológiai szabályozó szerepe nagymértékben befolyásolja a csecsemő agyi fejlődését és emocionális szelf kialakulását (Pearlman, 2005).

A kötődési minták transzgenerációja az evészavarban szenvedőknél is megfigyelhető. Bruch (1973) szerint az evészavarban kialakulásában nagy szerepe van az anya bizonytalan kötődésének. Ő maga sem tud megküzdeni a benne lévő bizonytalansággal, szorongással, nem tudja kifejezni érzéseit, vágyait. Az evészavaros lányok édesanyjai a korai időszakra úgy emlékeznek vissza, hogy nagyon szorongtak az anyaságtól, és gyakran nélkülözniük kellett az apát, mint támaszt (Pearlman, 2005). Bizonytalan kötődési mintázatnál az anyai reflektálás képessége – beleértve az önmagára való reflektálást is – nem működik megfelelően. Ennek következményeként az anya gyermekét elárasztja a saját belső világával. A gyerek így nem tanul meg különbséget tenni a saját és mások érzéseit, vágyai között; nála sem képes a reflektív funkció kialakulni (Fonagy, 1999).

Az AN anya-gyerek kapcsolatában fontos mozgatórugója, hogy a lány tökéletes, engedelmes jó kislány szerepében működik, ezzel is megerősíti az anya saját magáról alkotott ideális anyaképét. A gyermek érzelmi igényeire az anya nem képes ráhangolódni, a lányától viszont saját idealizálását várja el. Kettejük kapcsolatában az agresszió, az egyet nem értés kifejezése gátolt, ezért az AN-t értelmezhetjük úgy, mint a tökéletes anyával szembeni lázadást. Az anya lánya leválását nem engedi, hiszen akkor a saját anyai szerepe háttérbe kerülne, megszakadna az egymást támogató szimbiotikus kapcsolat (Geiger, 1982/1988).

3. 4. 4. Kognitív modellek

A felnőttkori evészavarok számos kognitív modellje megtalálható a szakirodalomban. A korai modellek közös metszete a testsúllyal, az evéssel és az

alakokkal kapcsolatos kognitív torzulásokat helyezi a fókuszba. Az új évezred elméletei ezek mellett kiemelik a negatív hangulat oki szerepét, az önkontroll szükségességének érzését, a perfekcionizmust, és az interperszonális nehézségeket (Lukács, 2008).

Kleifield és mtsai (Kleifield, Wagner, Halmi, 1996) az AN két kognitív-viselkedésterápiás megközelítését foglalták össze. Az egyik megközelítésben az AN egy megküzdési módszerként értelmezhető, mely a szorongást okozó fejlődési kihívások és a negatív életesemények hatásának következtében alakul ki. A félelmek az éréssel, az autonómiával, a tehetetlenség és a kompetenciahiány érzésével, valamint a családdal és a kortársakkal való kapcsolati nehézségekkel függenek össze (Kleifield, Wagner, Halmi, 1996).

Az evéssel és a testsúllyal való túlzott foglalkozás eltereli a figyelmet ezekről a negatív érzésekről, félelmekről. Az AN működésmód ezáltal megerősítő hatással bír, növeli az egyén önbecsülését, a kompetencia és kontroll érzetét adja (Kleifield, Wagner, Halmi, 1996).

A másik szemlélet szerint az extrém diétázás, és annak következtében az AN, egy fogyókúra, vagy épp egy nem szándékos és nem tervezett (pl. betegség hatására bekövetkező) súlycsökkenés végeredménye és következménye. A fogyáshoz ebben az esetben is egyre nagyobb erőfeszítésre van szükség. A fellépő éhségérzet hatására a gondolkodás fókuszában állandóan az evés van. Ez újra meg újra arról erősíti meg az adott személyt, hogy szüksége van az egyre fokozódó kontroll gyakorlására, különben az állandóan jelen lévő evéssel kapcsolatos gondolatai hatására biztosan a kövérséggig enné túl magát. Mindezek után az evésmegszorítás egyre drasztikusabb. Kialakul az ördögi kör, melyben minél erősebb a hízástól való félelem, annál erősebb a restrikción (Kleifield, Wagner, Halmi, 1996).

Az AN minden kognitív megközelítésű elmélete számos kognitív disztorziót sorol fel (Túry, 2000b; Túry, Szumska, 2005; Kleifield, Wagner, Halmi, 1996; György, 1993; Lukács, 2008):

- dichotóm gondolkodás: „ha nem sovány vagyok, akkor kövér vagyok”, „ha nem vagyok a teljes kontroll birtokában, elvesztettem az összes kontrollt”
- babonás gondolkodás: „ha még egy kekszet eszem, az rögtön zsír lesz a szervezetemben”
- perszonalizáció: „kinevetnek az emberek, ha eszek”, „biztos azt nevelték, hogy híztam”

- túláltalánosítás: „élveztem az evést, ezért mohó ember vagyok”
- nagyítás: „híztam egy kilót, már biztos hurkák vannak a hasamon”
- szelektív absztrakció: „csak az étkezés terén vagyok képes kontrollálni magam”

A felnőttkori modellek mellett serdülőkori evészavarok releváns modelljeinek azonban tartalmaznia kell azokat az életkori, fejlődési kihívásokat is, amelyekkel a serdülőnek meg kell küzdenie. Emellett fontos, hogy magukba foglalják a családi- és kortárskapcsolatok szerepét is (Christie, 2007). Stewart (2005) a serdülőkori evészavarok két kognitív modelljét dolgozta ki. Az egyik modell az evészavarok kialakulásában szerepet játszó tényezőket, a másik a probléma fennmaradásában releváns faktorokat foglalja össze.

3. 4. 5. Az evészavarok kialakulásának serdülőkori kognitív modellje

Az evészavarok kialakulásában a korai egyéni tapasztalatok játszanak szerepet, melyeket genetikai és környezeti tényezők befolyásolnak. Ezek interakciója maladaptív sémákhoz kialakulásához vezethet, úgy mint: „nem vagyok szerethető”, „nem vagyok jó”, „megérdemlem, hogy megbüntessenek”. A kialakult sémák hiedelmeket implicálnak, például: „kontrollt kell gyakorolnom”, „vékonynak kell lennem, hogy boldog lehessenek”, „meg kell büntetnem magam”, „tökéletesnek kell lennem, hogy szeressenek” (Stewart, 2005).

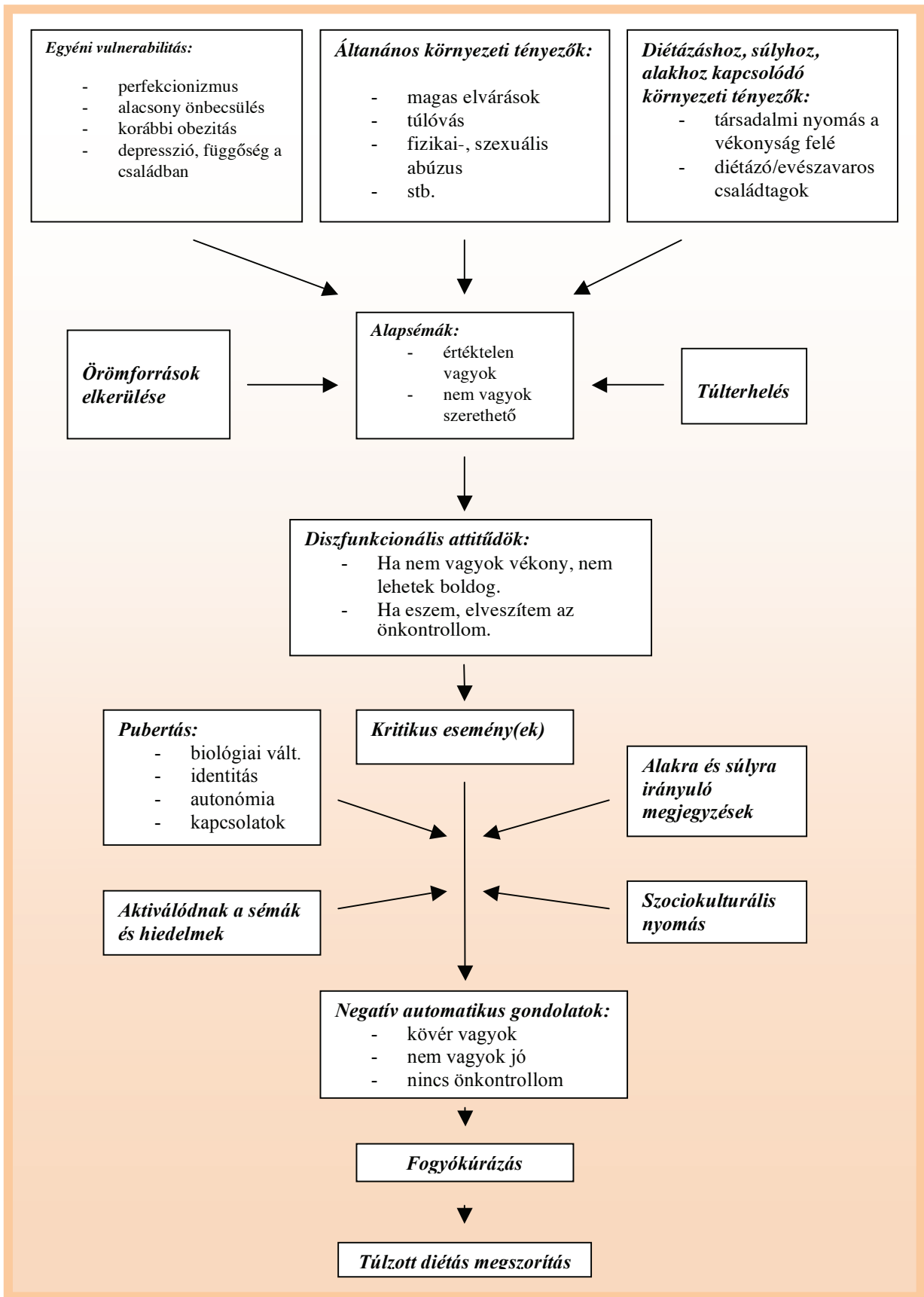
Minden ember fejlődésében a sémák gyermekkor és serdülőkor alatt fejlődnek ki, és később kritikus események során aktiválódnak. Ilyen például pubertáskorban az alak, a külső előtérbe kerülése. A serdülőkor fejlődési kihívásai problematikusak lehetnek, különösen a sérülékeny kamaszlányok számára. A biológiai változásokhoz való alkalmazkodás, a leválási folyamat, kortárskapcsolatokban való boldogulás, az identitás kialakítása még inkább nehezített számukra (Stewart, 2005).

Ha ezekhez társulnak még stresszel teli életesemények (pl. szülők közti feszült kapcsolat, bántalmazás a családban, testalkattal, testtel kapcsolatos megjegyzések stb.), a korai sémákon alapuló diszfuncionális hiedelmek aktiválódhatnak („ha nem vagyok sovány, nem lehetek boldog”), ezek az adott szituációban negatív gondolatokat hoznak létre („kövér vagyok”, „ronda vagyok”, „nem vagyok elég jó, nincs önkontrollom”), majd diétázáshoz vezetnek (Stewart, 2005).

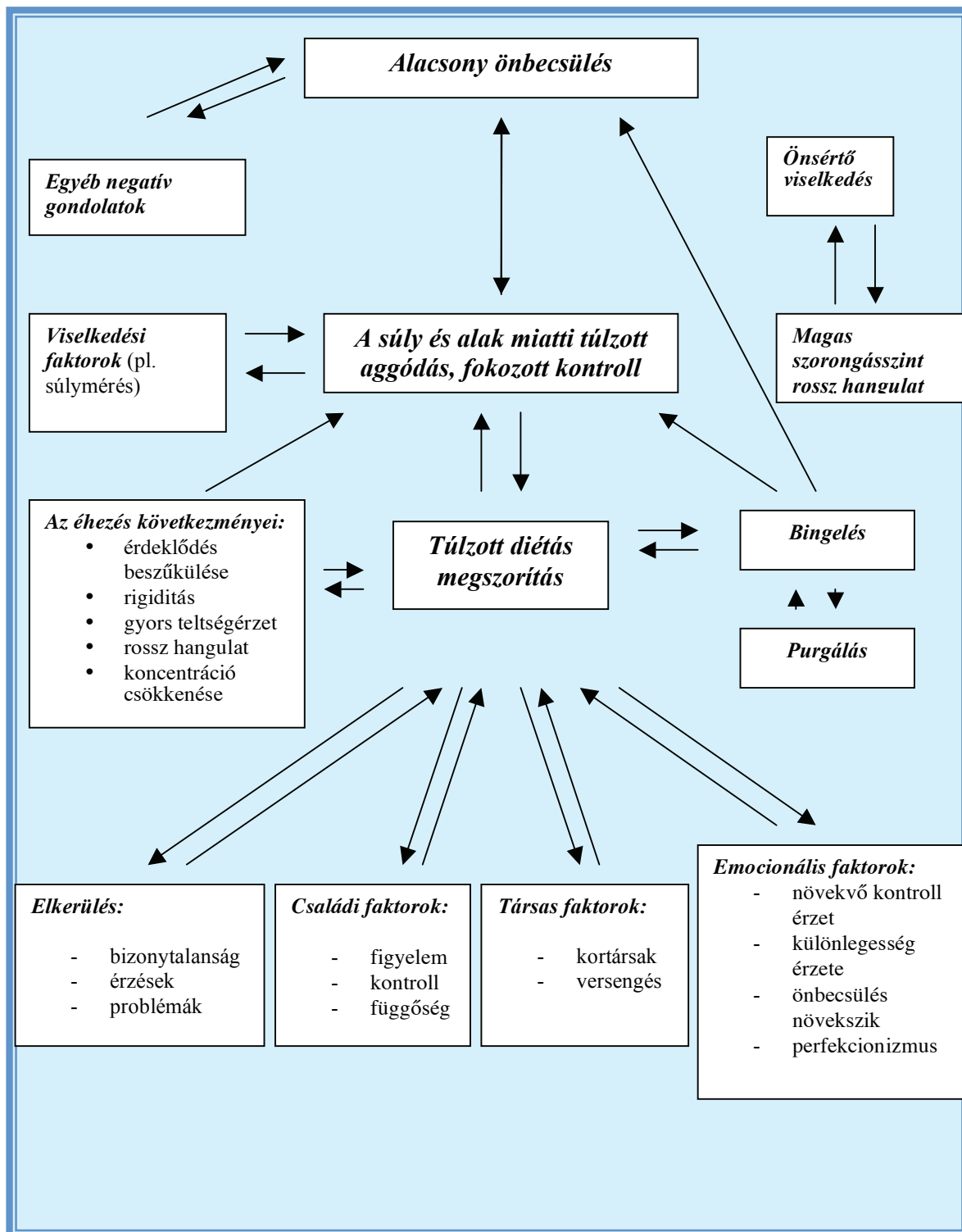
Amennyiben kialakult már az evészavar, számos fenntartó tényező erősítheti ezt meg, és tartja fenn a viselkedést hosszabb távon. Fairburn evészavarokra kidolgozott kognitív modelljét (Fairburn, 1999) adaptálta Stewart (2005) a serdülőkorra. A betegséget fenntartó tényezők lehetnek az alábbiak (Stewart, 2005):

- emocionális faktorok (kontroll növekedésének érzete, átmeneti önbizalom fokozódás)
- viselkedéses tényezők (gyakori súlymérés, az egyes testrészek állandó figyelgetése)
- családi faktorok (fokozódó szülői figyelem, kontroll gyakorlás a családban, az állandó visszajelzés igénye az előnyös külsőről, dependencia a szülőktől, a leválással kapcsolatos félelmek)

További szerepet játszó fontos faktorok a szociális tényezők, ezen belül is a kortársakkal történő versengés, különösen a megjelenéssel, a külsővel kapcsolatban. A serdülőkorral együttjáró bizonytalanság elkerülésében a diétázás valamelyest bejósolhatóságot nyújt, biztonságot adó érzete miatt. Az éhezés állapota szintén fenntartó hatású lehet azáltal, hogy az energiacsökkenés nehezíti az evés visszautasításának megváltozását, illetve súlyos beszűkülést eredményezhet. Fontos megemlíteni, hogy a diétázás a falás, bingelés triggere lehet (Stewart, 2005). A két modellt a 4. és 5. ábra szemlélteti.



4. ábra: Az AN kialakulásának kognitív modellje (Stewart, 2005; pp. 363., ford.: Major Melinda)



5. ábra: Az AN megerősítő tényezői
(Stewart, 2005; pp. 364., ford.: Major Melinda)

3. 4. 6. Rendszerszemléletű megközelítés

A rendszerszemléleti megközelítésben az AN paradigmaticus betegségnek számít, ugyanis a betegségről való gondolkodás, és a gyógyítás számos családterápiás iskola elméleti és módszertani alapelveit határozta meg. Az 1970-es évekre tehető az a változás, amikor a pszichoszomatikus betegségeknél felismerték, hogy a testi tünetek háttérben pszichés tényezők, valamint a család egészének a szerepe áll. Ebben az időszakban jelent meg két nagy iskola modellje, melyben kidolgozták az evészavaros családok jellegzetességeit (Komlósi, 1993; Túry, 2000b).

A Milániói (vagy szisztémás) iskola alapelve, hogy a tünethordozó egyén szerepe a családban szabályozó, és egyensúlyt kialakító, a tünete pedig egy téves próbálkozás a problémák megoldására. Selvini-Palazzoli (1974) szerint az AN beteg családjában a következő jellegzetességek figyelhetők meg:

- A családtagok kommunikációjára jellemző, hogy tartalmi és kapcsolati szinten is gyakran visszautasítják, és érvénytelenítik a másik üzenetét. A kommunikáció mennyisége nem bizonyult problematikusnak, ám sokszor személytelenség jellemezte.
- A vezető szerep, dominancia nyílt vállalása a szülők számára problematikus.
- A struktúrára jellemző, hogy egy harmadik családtaggal szembeni koalíció titkosan megjelenik, de nyíltan nem vállalják fel egymás előtt.
- Az elkövetett hibákért nem tudják vállalni a felelősséget, a másikat okolják.
- Az önfeláldozás fontos érték, és mindig a nagyobb áldozatot hozó családtag lesz az erősebb.
- A házastársi kapcsolat látszólag stabilnak tűnik, de számos rejtett, fel nem vállalt feszültség jellemzi.

A Minuchin-i strukturális családterápiás irányzat az 1970-es években szintén a pszichoszomatikus megbetegedések családi jellegzetességeit vizsgálta. A philadelphiai kutatócsoport AN, diabetes-es és asztmás gyerekek családjában felismerte, hogy a pszichoszomatikus tünet tulajdonképpen a család diszfunkcionális működését fejezi ki a tünethordozó páciensben. Ezeket a családokat a következő működésmódok jellemzik (Komlósi, 1993; Doba et al., 2008):

- **Összemosottság (enmeshment):** túlzott bevonódás egymás gondolataiba, érzéseibe. Diffúz határok, összekeveredett szerepek és feladatok.
- **Hiperprotektivitás:** túlzott gondoskodás, oltalmazás, ami által befolyásolják és irányítják a másik viselkedéseit és érzéseit. A betegség megjelenése kiváltja az összerendeződést, így a konfliktusaikról elterelődik a figyelem.
- **Rigiditás, merevség:** a változásra való képtelenség, nem ismerik el annak szükségességét. A szabályok megváltoztatása szinte lehetetlen.
- **Konfliktuskerülés, a konfliktusmegoldás hiánya:** rendkívül alacsony konfliktustűrési képesség, a konfliktusok rendezéséhez nincsenek adekvát stratégiák. A tűnethordozó szerepe gyakran az, hogy elsimítsa a feszültségeket a családban.

A multigenerációs családterápiás megközelítés alapján az AN betegek családjában generációkon keresztül egymásra hagyományozódó hiedelmek állnak fenn. Ilyen például az, hogy a másik szükségleteit előtérbe kell helyezni a sajátjukkal szemben, az önmehtagadás által jobbá válik az egyén, az egybetartozásért mindent meg kell tenni vagy az, hogy csak akkor érezheti jól magát valaki, ha a családtagjai is jól vannak (Túry, 2000c).

Az evészavarok transzgenerációs megközelítése egy olyan önsorsrontó kör működését feltételezi ezekben a családokban, ami generációkon keresztül átível. Ebben megjelenhet az anyai evészavar, akár szubklinikai szinten is, az anya testsúllyal, alakkal kapcsolatos aggodalmai. Ezen kívül tapasztalható az anyák túlzott kontrolligénye, mely sokszor manifesztálódik a táplálással kapcsolatos problémákban (Mazzag, Pászthy, Túry, 2006; Sztanó, Rész, Pászthy, 2007).

Az AN betegek családjában az anya-gyerek szimbiózis az egész családra kiterjed. Az anya omnipotens, mindent tud, mindent lát, mindent kontrollálni akar és tud, általában ő is az irányító személy a családban. Ezekben a családokban általában az anyák legfontosabb, és sokszor egyetlen női szerepe az anyaszerep, így ezt hangsúlyozzák túl. Ha csak ez az egy szerep van, akkor annak muszáj tökéletesnek lennie, ebbe a képbe pedig bele tartozik, hogy a gyerekek is tökéletesnek kell lennie (Geiger, 1982/1988). Bruch (1973) szerint ennek érdekében szabályozniuk kell az élet minden területét, kontrollálni még az ösztönöket is. Így pl. az agresszió, vagy a szexualitás csírája sem merülhet fel ezekben a „mintacsaládokban“.

A tökéletes anya-szerep mellett az AN gyerek vagy serdülő egyetlen szerepe a tőle elvárt „jó gyerek“ szerep lehet. Ebből nem mer kilépni, mert a családi egyensúlyt veszélyeztetné vele. Ha fenntartja ezt, a saját személyiségét veszélyezteti, mert nem tud kialakulni a valódi identitása, hiszen még az alapvető dolgokat is az anya próbálja kontrollálni. Ez teljes belső bizonytalanságot eredményez a gyerek számára (Geiger, 1982/1988).

Az individualitás hiánya is nagyon fontos jellemzője ezeknek a családoknak. Az összerosódott szerepek miatt a családtagok, és önmaguk számára sincsenek individuális tulajdonságok. Az egyetlen központi individuum a tökéletes anya, aminek az a feltétele, hogy a gyerekszerep ennek megfelelően működjön. Minden más családtag ehhez asszisztál, még ha emiatt valakinek negatívvá is kell válnia, sok esetben pl. az apának. A családban nem az egyének állnak kapcsolatban egymással, hanem a szerepeik, ami megnehezíti a kommunikációt. Az egyéni vágyak, igények, nem számítanak, mindent a szerep határoz meg (Geiger, 1982/1988).

A legújabb családterápiás szemléletben az apa szerepe a betegség kialakulásában legalább akkora hangsúlyt kap, mint az anyáé. A házastársi kapcsolat a szülők között a legtöbb esetben disszimulatív. A feleség nem tiszteli férjét, érzelmileg nem állnak közel egymáshoz. Az apa többnyire perifériára kerül, ezzel tovább nő a szülők közötti távolság, és az agresszió. Emellett azonban az anya még jobban rákényszerül arra, hogy a szülői funkciókat egyedül lássa el, ami könnyebben vezethet a túlvédő magatartás kialakulásához (Szabó, Pászthy, Túry, 2006).

Az apai oldalon is megjelennek maladaptív sémák, és a legújabb kutatások azt találták, hogy ezek nagyobb befolyással vannak az AN tünetekre, mint az anya által közvetített működésmódok. Az AN tünetekkel szoros összefüggésbe hozhatóak az apai működés olyan sajátosságai, mint az önfeláldozás, a hatékony kontroll hiánya, a pesszimizmus, és az irányítás átadása. Ezek közül különösen a családban betöltött önfeláldozó szerep emelkedik ki (Túry, Pászthy, 2008).

Az apa viselkedése, családban betöltött szerepe, attitűdjei befolyással vannak a lány világszemléletére, nőiességére, önértékelésére, és meghatározzák az evészavaros tünetek súlyosságát és gyakoriságát. Az anyával való kapcsolata alapvető példaként szolgál a párkapcsolatokról. Ahogy a pszichoanalitikus megközelítésben is láthattuk, az apa és a lánygyerek közötti megoldatlan, vagy elégtelenül megoldott Ödipális konfliktus szintén központi jelentőségű lehet az AN tünetek kialakulásában.

A lány az ebből fakadó bűntudatát úgy igyekszik csökkenteni, hogy az anya „oldalára áll“, vele lesz lojális az apával szemben, hogy ezzel ellensúlyozza az apához fűződő erős érzéseit (Szabó, Pászthy, Túry, 2006).

Más esetben az AN gyerek gyakran alkot szüleivel triádot, és ebben a háromszög kapcsolatban az lesz a feladata, hogy a szülők kapcsolatát stabilizálja. Mindegyik esetben a kialakult diszfunkcionális családi rendszer számára a kamaszkorban megkezdődő leválási folyamat súlyos problémákat vet fel, hiszen az eddigi egyensúlyi helyzetet veszélyezteti (Szabó, Pászthy, Túry, 2006).

Az AN megjelenésével felborul a korábbi egyensúly, a betegség által a gyerek kerül az irányítószerpbe, az anya helyett. A szülők számára a megjelenő betegség minden téren tragikus, hiszen az eddigi tökéletes család képet zúzza össze. A gyerek új irányító szerepe nem elfogadható a család számára, de valójában ez sem a gyerekről szól, csupán a betegségről (Geiger, 1982/1988). Az AN lány a beteg szerepét veszi fel, és ezzel mint egy „hasbeszélő“ a diszfunkcionális család működését jeleníti meg (Szabó, Pászthy, Túry, 2006). A betegség mindamellert dominanciaharc is. Miközben az AN serdülő a betegsége következtében egyre inkább eltűnik a világból, úgy kerül mind jobban a család figyelmének középpontjába, és vívja ki a figyelmet. A család éppúgy kontrollálása alá kerül, mint a teste (Forgács, Túry, Németh, 1996).

4. ÉRZELEMSZABÁLYOZÁSI DEFICITEK ANOREXIA NERVOSABAN

*„Hiszek a Kontrollban, az egyetlen erőben,
amely rendet teremt a káoszban,
ami az én világom...“
(Pro-Ana Credo)⁶*

Az AN és az érzelmek ill. az érzelemszabályozás kapcsolata a pszichopatológiai kórkép első leírásában is megjelent (ld. Bruch, 1973), ugyanakkor ennek mélyebb és átfogóbb tanulmányozása csak az utóbbi években kezdődött. Az evés, a táplálék és a testméret kultúrtörténeti áttekintése során szembetűnő, hogy a fentiek mindig fontos emocionális rendezőelvként működtek az intra- és interperszonális térben (Forgács, Túry, Németh, 1996).

Az első érzelmekkel foglalkozó szakirodalmak a klinikum irányából fogalmazódtak meg, amikor AN kliensekkel dolgozó szakemberek egyrészt a súlyhoz és alakhoz kapcsolódó inadekvát félelemről, rettegésről, másrészt pedig a terápiás térben megjelenő fokozott haragról és elutasításról számoltak be (Fox, 2009a).

Már Bruch (1973) felvetette azt a gondolatot, hogy a „kövér vagyok“ élmény közvetlenül kapcsolódik azon képességbeli hiányossághoz, mely érzelmi állapotok megkülönböztethetőségére és kifejezésére vonatkozik. Mégis a 2000-es évek elejéig csak néhány tanulmány foglalkozott az evészavarok és az érzelmek kapcsolatával, ezen belül is leginkább falási rohamok, vagy a purgáló magatartás, ill. a depressziós tünetek és az alacsony önértékelés került előtérbe (Fox, 2009a).

Ezek a tanulmányok és a terápiás megközelítések vezettek oda, hogy egyre több tudományos fórumon merült fel az evészavarok dinamikájában az érzelmek szerepe. Különösen a kognitív terápiás irányzatban kaptak egyre nagyobb figyelmet az érzelmek, és az elmúlt évtizedben kialakult a betegségről való gondolkodásban egyfajta kognitív-affektív irányzat (Fox, Power, 2009).

A legmodernebb eredmények ugyanazokat a megfontolásokat és további kérdéseket vetik fel, amit lassan 40 évvel ezelőtt Hilde Bruch (1973). A téma iránti fokozott érdeklődést támasztja alá a Clinical Psychology and Psychotherapy 2009-ben megjelent tematikus száma, mely John R. E. Fox szerkeztésében járja körül az evészavarokban az érzelmek természetét, diszfunkcióját, komorbiditását és

⁶ ford. Pászthy B. (Török, Pászthy, 2009, pp. 394)

pszichoterápiás szerepét (Clinical Psychology and Psychotherapy: Eating disorders and emotions, 2009).

A fejezetben összefoglaljuk a szabályozás és AN dinamikájának lehetséges kapcsolatait a pszichológia különböző irányzatai mentén. Mint látni fogjuk, több összefüggést más-más megközelítések is tárgyalnak más-más nézőpontból, de úgy érezzük ettől csak színesebbé válik a kép.

4. 1. AZ „ELFUTÓ“ SZABÁLYOZÁS – EVOLÚCIÓS PSZICHOLÓGIAI MEGKÖZELÍTÉS

Az evolúciós pszichológia a különböző pszichológiai jelenségek kialakulásának evolúciós gyökereit, adaptivitását kutatja. Az AN-t elsősorban nem betegségként vagy evészavarként értelmezi, hanem egy lehetséges adaptív stratégiaként (Tóth, 2001). Az evolúciós pszichológiai elméletek mindegyike Darwin szexuális szelekció teóriájából indul ki az AN esetében is (Abed, 1998; Salmon et al., 2008).

A szelekció elmélet alapján ha a körülmények – legyenek azok fizikaiak, vagy pszichések – nem megfelelőek a reprodukcióra, az adaptivitásunkat az szolgálja leginkább, ha átmenetileg megszűnik a reprodukció lehetősége (Abed, 1998; Salmon et al., 2008). Így a női egyedek úgy növelik esélyeiket a reprodukcióra, hogy késleltetik vagy gátolják azt addig, amíg az utód túlélési esélye nem kedvezőek. Ez a szaporodáselfojtás, vagy reprodukciós szupresszió, mely eredményeképp bizonyos körülmények között az ovuláció átmenetileg megszűnik (Berezkei, 2008; Tóth, 2001).

Ebből az elméleti megközelítésből felmerül, hogy az AN eredetileg egy nem tudatos döntés eredménye, hanem egy adaptív fertilitásszabályozó rendszer, mellyel szabályozhatóvá válik a fogamzás időpontja, és késleltetheti a testi érést. Megfigyelések támasztják alá, hogy az AN lányok életkorukhoz képest fejlettebbek a betegségük előtt. Ehhez egy nagyfokú ambivalencia társul, fokozottabban ki vannak téve a szexuális közeledéseknek, így egy korai párkapcsolat hátrányos következményeinek is (Berezkei, 2008). Az AN-nak adaptív előnye van abból a szempontból, hogy kivédi a korai érés nem kívánatos hatásait, melynek nagy valószínűséggel következménye lenne egy szociálisan sikertelen életpálya (Tóth, 2001).

Az AN-ra jellemző, hogy ipari társadalmakban alakul ki, ahol nemcsak a korai érés, de a magasabb pszichológiai stressz is megjelenik. Ezekre a kiváltó okokra válasz ez a betegség, egyfajta menekülő funkciót ellátva. Ez a „vészhelyzet stratégia“ a szelekció elfutó formájaként értelmezhető (Volland, Volland, 1988; Bereczkei, 2008), mely szélsőséges módon kontrollálja a testi működést (Abed, 1998, Salmon et al., 2008). A test felelős ezért a szabályozásért, addig csökkenti extrém módon a súlyt, amíg megszűnik a fogantatásra képes állapot is. Így párhuzamot vonva más pszichológiai elméletekkel, itt is megjelenik a „testi szinten“ történő kommunikáció és szabályozás. A kontrollt a test veszi át, amíg a pszichés „vészhelyzet“ fennáll (Volland, Volland, 1988).

A szabályozás azonban nem csupán a szexualitásból való átmeneti kivonódást jelenti, hanem a későbbi szaporodásra való felkészülést is. Klinikai tapasztalatok támasztják alá azt, hogy az AN által a fiatal lányok olyan képességekre tehetnek szert, melyek segítik őket a későbbi párválasztásban és utódgondozásban (Tóth, 2001).

Az evolúciós pszichológia egy más elméleti megközelítéséből az AN a nők egymás közötti versengésének eredménye (Abed, 1998; Bereczkei, 2008). A párválasztás során a férfiak arra szelektálódtak, hogy a fiatalságot jelző testi adottságokkal bíró női egyedeket részesítsék előnyben. Ez a nőket arra készíti, hogy ezeket a juvenilis formákat minél tovább fenntartsák, melybe beletartozik a testsúllyal és alakkal való állandó törődés. Ebből a szempontból az AN ennek a „versenynek“ egy abnormális, szintén „elfutó“ formája, ahol már a szelekció öncélúvá válik (Abed, 1998; Bereczkei, 2008). A „szuperfiatalságért“ folyó verseny az öndestrukció eszközévé alakul át, és egyre távolabb kerül az eredeti céltől. Az eredetileg adaptív szabályozás itt is maladaptívvá válik, hiszen a férfiak nem vonzódnak az extrém sovány megjelenésű nőkhöz (Bereczkei, 2008).

4. 2. KOGNITÍV MEGKÖZELÍTÉSEK A SZABÁLYOZÁSBAN

Az AN kognitív pszichológiai nézőpontjában elsőként a percepció zavara került górcső alá (Rehavina-Hanauer, 2003). Az észlelésben torzulás keletkezik a testsúlyt, az alakot és az evési szokásokat illetően. Ez a torzulás kihat a súly kontrollálására is, a magatartás egyre inkább a súlyvesztésre irányul, függetlenül az aktuális testsúlytól, alaktól (Kim, 2007). Ennek háttérében megjelenik egy, az

evészavaros pszichopatológiára jellemző mechanizmus. Kialakul egy olyan szelf-séma, melyben hangsúly olyan területekre tolódik, mint méret, forma, súly, étel stb. Ez a megváltozott séma határozza meg a külső és belső környezetből érkező információk feldolgozását, és torzítja a feldolgozást a súllyal kapcsolatos információk irányába (Stewart, 2005; Tekcan et al, 2008; Rawal, Park, Williams, 2010).

Ez a torzítás a súllyal, alakkal, táplálkozással kapcsolatos legélembb vonásokra is kiterjed. A különböző evészavarok tanulmányozásában különösen nagy hangsúly van a zavarhoz kapcsolódó specifikus gondolatokon, úgy mint az aggodalom az evéshez kapcsolódó kontroll miatt, vagy a súly és az alak miatt (Rawal, Park, Williams, 2010).

AN-ban figyelmi és emlékezeti működésben is jelentős eltérés mutatkozik a súlyhoz ill. ételekhez kapcsolódó ingerek felidézése mentén. AN-ban könnyebben megtanulják a vizsgálati személyek a betegségükhöz ill. a megváltozott sémájukhoz kapcsolódó ingereket, és nehezebben felejtik el azokat, irányított felejtés helyzetben (Tekcan et al, 2008). Az AN személyek a testméretről ill. az érzelmekről való információk feldolgozásában is különbséget mutatnak. A testmérettel kapcsolatos információk nagyobb figyelmet kapnak, és jobban fel tudják idézni, mint az érzelmekkel kapcsolatos információkat (Treat et al., 2010).

A test észlelése szorosan összefügg az identitással, így ha a testről alkotott kép torzul, a torzul a szelf is (Gillespie, 1996). Az AN-ban szenvedő fiatalok számára a testük olyan, mintha nem is lenne teljesen a sajátjuk, mintha mások befolyása alatt lennének. Ez azt eredményezi, hogy úgy élik meg, hogy a testüket és a hozzá kapcsolódó funkciókat nem ők szabályozzák (Bruch, 1973). A test egyre fokozottabb kontrollálása megadja azt az érzést, hogy a saját kezükben van a kontroll, és ezzel párhuzamosan az élet más területein is hatékonyabbnak érzik magukat, ami a büszkeség érzését eredményezi. Az evés kontrollálása így az élet kontrollálását reprezentálja (Gillespie, 1996).

Bruch (1973) szerint az evészavarok egyik etiológiai problémája a perfekcionizmus. A saját test észlelése torzult, az önértékelés csökkent, és erős vágy alakul ki a mind tökéletesebb külső elérése érdekében. Így a perfekcionista személyiségvonáshoz ebben a betegségben társul a tökéletes én- és testkép elérése utáni sóvárgás. A betegségben megjelenik az önértékeléssel kapcsolatos érzelmi hullámváltozás is (Chassler, 1994). Egyik pillanatban eufóriát él át a személy, úgy érzi,

bármire képes. A következőben mélységes kétségbeesés keríti hatalmába. Magányos, haszontalannak érzi magát, ami egészen a gyűlöletig is vezethet (Chassler, 1994).

Az AN beteg egyik legfőbb vágya a „tiszteletreméltó“ és „különleges“ identitás kialakítása; kétségbesett vágya, hogy mások és önmaga számára is irigyelt legyen (Chassler, 1994). Ennek a vonásnak az eredete egy maladaptív és rigid coping, mint érzelemszabályozási deficit, ami nemhogy csökkenetné, hanem mindinkább növeli a saját magával való elégedetlenséget (McGee et al., 2005).

Az evészavarok kognitív modelljében központi helyet foglal el a saját érzések megértésének és feldolgozásának folyamata. A kognitív megközelítések (ld. Fairburn, Shafran, Cooper, 1999) egyetértenek abban, hogy az evészavarok területein kisebb vagy nagyobb mértékben deficit mutatkozik a kognitív és érzelmi distressz megküzdésében, a saját érzelmi állapotok tudatosságában. Ez a működésmód különösen nagy rizikófaktor az AN kialakulásában (Jonas et al., 2008).

A deficitok megmutatkoznak az érzelmek részletes felismerésében, címkézésében és leírásában, a testi reakciók és az érzések összekapcsolásában. Összeségében a teljes érzélem feldolgozás zavart szenved, mely tapasztalható az alacsonyabb érzelmi tudatosságban, valamint az érzelmek kifejezésének nehézségében (Jansch, Harmer, Cooper, 2009).

A legtöbbet vizsgált terület az érzelmi arckifejezések felismerése az AN-ban (pl. Krug et al., 2008, Jones et al, 2008, Harrison et al, 2009, Zonnevillje et al, 2002). Az evészavaros tünetekkel kapcsolatban megjelenik, hogy az arckifejezések közül kevésbé pontos a boldog és semleges érzelmeket kifejező arcok felismerése, ezenkívül kevésbé jók a harag elkülönítésében (Jones et al, 2008).

Az evészavarok szakirodalmában nagy a hiány a specifikus érzelmek és érzelmi mechanizmusok definiálásában, a legtöbb érzelmi „címké“ többnyire a depresszió és a szorongás (Fox, Froom, 2009). A hat alapérzelem közül a harag és az undor a leginkább sarkallatos érzélem az evészavarokban, ezek közül is főként a harag vizsgálata áll a kutatások középpontjában⁷ (Fox, Froom, 2009; Ioannou, Fox, 2009; Jansch, Harmer, Cooper, 2009; Krug et al, 2008).

⁷ Az alapérmekkel, ill. a harag szerepével és annak hátterével kapcsolatos kutatások nem tartoznak szorosan a dolgozat témájához, ezért azokra nem térünk ki részletesen. A legújabb összefoglaló és magyarázó elméletként a SPAARS-ED modellt tartják számon (Fox, Power, 2009). A működésmód fejlődési aspektusát a fejezetben később tárgyaljuk.

A harag kifejezésének nehézsége, ill. abnormális kifejezése, valamint a haraggal és a frusztrációval való megküzdés nehézségei minden evészavaros dinamikában megjelennek (Krug et al, 2008; Fox, Froom, 2009; Ioannou, Fox, 2009; Fox, 2009b). Az undor (saját testtel szembeni vs. étellel szembeni) összekapcsolódik a szégyennel, majd a szorongással (Fox, Froom, 2009). Ugyanakkor az AN-ra jellemző, hogy fokozódik az undor érzése a betegségben, ez kezdetben a testhez és az ételekhez kapcsolódik, de emellett nagyon hamar kiterjed más területekre is, pl. leggyakrabban a szexualitásra (Fox, Power, 2009).

A fenti jellegzetességek azonban nem csupán a saját, hanem mások érzelmeinek olvasását is megnehezítik. A szociális funkcionálásban egyértelmű deficitek mutatkoznak meg mások érzelmeinek téves megítélése miatt. Ennek következménye a szociális térben negatív, mely sokszor triggere az evészavaros tüneteknek (Jonas et al., 2008; Jansch, Harmer, Cooper, 2009; Russel et al., 2009; Harrison et al., 2009).

Az evészavarban szenvedő emberek fejében egyrészt olyan szociális sémák vannak, mint az elutasítástól való félelem, bizalmatlanság a kapcsolatokban, könyörtelen szabályok stb. Az önmagukról alkotott sémák ezzel szemben, a rossz, az értéktelen, elutasított. Ennek tükrében kialakul az az összekapcsolódó reprezentáció, hogy „én rossz vagyok, csak mások számítanak, a világ nem biztonságos.“ (Fox, Power, 2009). Ezt a működésmódot mélyíti a szégyen érzésének markáns jelenéte az AN-ban. A szociális tér elutasításának, és a szociális izolációnak háttérében mindig külső vagy belső szégyen élmények állnak, mellyel szemben nem alakult ki hatékony megküzdés (Goss, Allan, 2009; Keith, Gillanders, Simpson, 2009).

Az AN-ban a már említett ételhez, alakhoz és súlyhoz kapcsolódó megváltozott érzékenység következtében fokozódik a szociális visszajelzésekre, ill. a testi jelzésekre való figyelem is. Ennek hatására növekszik a szociális versengés (vö. evolúciós megközelítés), leginkább a testsúly tekintetében, mely egy megerősítő, ördögi körforgást tart fenn. Tovább ronthat a helyzeten a betegség kialakulása és fennmaradása szempontjából, hogy kezdetben a büszkeség érzése is kapcsolódik a folyamathoz. Ahogy korábban is láthattuk a restriktív - legyen az étel, vagy vágyaké - kulturálisan elfogadott, és a pozitív önértékelés alapja. Ezenkívül a restriktívhoz kapcsolódó büszkeség a lázadás és szembenállás eszköze is lehet a

környezettel (családdal) szemben, és erős identitásképző ereje van (Goss, Allan, 2009).

A szociális funkciók kialakulásában nagy szerepet játszik az agyi fejlődés, melynek kritikus időszakai alatt (pl. serdülőkorban) az éhezés szociális funkcióromláshoz vezet (Russel et al., 2009). Ennek értelmében a szociális nehézségek egyszerre okai és következményei is lehetnek az evészavaroknak.

Az AN-t a legújabb elméletek a szociabilitás szempontjából olyan fejlődési zavarként írják le, mint a skizofréniát vagy az autizmust. A szociális kogníció vizsgálata az AN-ban ezért az egyik legizgalmasabb új kutatási terület, mely magába foglalja a szociális észlelést, és a kapcsolatokról és csoportdinamikáról való szociális ismereteket, a tudatelméleteken keresztül (Russel et al., 2009; Harrison et al, 2009).

4. 2. 1. Az érzelemszabályozás folyamat modellje és az evészavarok

Az érzelemszabályozás folyamat modelljét (Gross, 1998) alapul véve (ld. 2. 3. fejezet), azt kell észrevennünk, hogy az evészavarokban a kognitív szabályozás kevésbé valósul meg. Az olyan előzmény típusú szabályozási eszközök, mint a probléma megoldás, vagy a kognitív átkeretezés nem elég erősek vagy nem elég hatékonyak (Aldao, Nolen-Hoeksema, Schweizer, 2010). Így többnyire az érzelem generálódás után jelenik meg a szabályozás, egy viselkedéses válaszmodulálással (Selby, Anestis, Joiner, 2008). Emellett az evészavarokra jellemző az is, hogy alacsony a distressz toleranciájuk, melynek eredményeképp nem képesek hosszabb ideig a kontroll vagy a változtatás igénye nélkül benne maradni egy érzelmi helyzetben (Lampard et al, 2011).

Az érzelem diszregulációs folyamatban megjelenik a rumináció, az elkerülés (Rawal, Park, Williams, 2010) és az átkeretezési képesség gyengesége (Aldao, Nolen-Hoeksema, Schweizer, 2010), az elfojtás és a katasztrofizálás (Selby, Anestis, Joiner, 2008). Ez a maladaptív szabályozás egyfajta negatív érzelmi kaszkádot hoz létre (Selby, Anestis, Joiner, 2008).

A fentebb említett megváltozott sémához és diszfunkcionális attitűdhöz (Stewart, 2005; Tekcan et al., 2008; Rawal, Park, Williams, 2010) kapcsolódó diszfunkcionális kogníciók (az evéssel, a súllyal, és az alakokkal kapcsolatos információfeldolgozási sajátosságok) jellemzői a rumináció – ezen belül különösen a hosszas tűnődés a fentiekben – ill. a belső állapotok és élmények elkerülése. Az

elkerülésnél fontos jellemző, hogy a pozitív érzelmek elkerülésére irányuló kognitív stratégiák gyakrabban előfordulnak az evészavarokban (Lampard et al., 2011). Ez a két információ feldolgozási működésmód folyamatosan felerősíti az elérhetetlen célok irányti vágyat, ezzel fokozza az elégtelenség érzést, és a maladaptív szabályozást (Rawal, Park, Williams, 2010).

Az említett működésmód érzékenyebbé teszi az embereket a jutalmazásra, mely hatására a fokozott érzékenység bizonyos ingerekhez kötődik, pl. evészavarban a ételhez. A feszültség csökkentése idővel összekapcsolódik ezzel az ingerrel, és tovább hajlamossá teszi a maladaptív szabályozásra (Aldao, Nolen-Hoeksema, Schweizer, 2010).

Az AN működésében a negatív érzelmek elnyomása vagy kontrollálása igen erőteljesen van jelen. A negatív érzések elnyomására való képesség összefügg a testi elégedetlenség érzésével; minél fokozottabb az egyik, annál jobban fokozódik a másik is (Fox, 2009b), mely tovább mélyíti a negatív érzelmi „fogságot”. A falásroham vagy az önsértés egyaránt egy kitörés ebből a negatív érzelmi kaszkádból egy viselkedési stratégia segítségével, és egyben egy diszregulációs folyamat is. A diszreguláció legfőbb motivációja is az, hogy a már megjelent negatív érzéstől a személy menekülni tudjon, és ezáltal tudja szabályozni azt. A falásroham esetében a szabályozás abból áll, hogy a negatív érzésekre irányuló figyelem csökken az evéshez kapcsolódó fizikai ingerek által (Selby, Anestis, Joiner, 2008).

Az AN esetében viszont a fizikai ingerek az éhséghez kapcsolódnak, mely folyamat ily módon szintén szabályozó funkcióval bírhat. Az étel visszautasítása egy elsődleges elkerülő viselkedés, mely védelmi funkciót szolgál az érzelmek átélésével szemben. Ezzel szemben a purgálás vagy a falás már akkor jelenik meg, amikor a negatív érzelmek létrejött, így segíti annak szabályozását csillapítását (Fox, 2009b). Összességében az olyan érzelmi szabályozó stratégiák mint a falás, vagy az étel restrikció az egyén számára elfogadhatatlan, fájdalmas érzelmeket hasítják, blokkolják vagy menekülésként szolgálnak előlük (Ioannou, Fox, 2009).

4. 2. 2. Alexitímia – optimális szabályozás az anorexia nervosában?

Az evészavaros kórképekben az alexitímia fokozottan jelen van - különösen igaz ez az AN-ban (Eizaguirre et al., 2004; Speranza et al., 2007; Harrison et al., 2009). A betegség lefolyásában is központi szerepet játszik ez a személyiségvonás:

kognitív beszűkülés az érzelmek terén (is), maladaptív szelf szabályozó módszerek, mint pl. az éhezés, a binge-elés, drog használat vagy más függőség, szomatizációra való hajlam stb. (Speranza et al., 2007). Az alexitímia együttjár neurotikus, depresszív, szorongásos, és pszichotikus tünetekkel, introvertált magatartással, valamint különböző pszichopatológias betegségek velejárója, köztük az evészavaroké is (Espina, 2003). Az egyéb alexitím vonások többsége jellemző az AN dinamikájára; az interperszonális kapcsolatokban való ügyetlenség, elesettsé, alacsony stressztolerancia, alacsony fokú belátás és önmaguk megértése, túlzó aggodalom a testi problémákat illetően (szomatizációra való hajlam), a humorérzék hiánya, ill. fokozott és túlzó önkontroll (Berthoz et al., 2007) .

Bár az alexitímia jelenségét sok empirikus munka tárgyalja az AN és az evészavarok szakirodalmában, fontos hogy azonosítsuk a deficit specifikus aspektusait. Különösen fontos elkülöníteni, hogy a probléma speciálisan az érzelmi területeket érinti. Más, általánosabb, nem érzelmekhez kapcsolódó kognitív struktúrákban nem tapasztalható eltérés (Zonnevijlle-Bender et al., 2002, 2004).

Az evészavarban szenvedő serdülőknek problémát okoz a különböző érzelmek kategorizációja és címkézése. Az érzelmi felismerés nehézsége egyaránt problémát jelent mások és a saját érzelmi állapotok esetében (Zonnevijlle-Bender et al, 2002). Az AN betegek kevésbé ismerik fel a negatív érzelem 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 et al, 2006). A saját testtel való elégedetlenség, és az étkezési problémák összefüggést mutatnak az érzelem kifejezések gátoltságával (Ioannou, Fox, 2009), a gyakori negatív érzelmi élményekkel (Ioannou, Fox, 2009; Fox, Power, 2009), a gyenge érzelmi tudatossággal, a negatív érzelmek konstruktív megküzdésével (Fox, Power, 2009).

Fontos megjegyezni, hogy önmagában nem a negatív érzelem jelenti a problémát, hanem az, hogy az evészavarban szenvedő fiatal a negatív érzelmeket nem tolerálható érzelmeként észleli a környezetében, melynek fejlődési sajátosságára később térünk ki (Fox, Power, 2009; Fox, 2009b). Több kutatás kimutatta (id. Fox, Power, 2009), hogy a negatív érzelem átélése triggere lehet egy falásrohamnak a BN-ban, míg a negatív érzéstől való félelem restrikiót okoz az AN működésben. A negatív érzelem vagy negatív élményt felidéző eseménye a “fogságában” tartja ezeket

a betegeket, hiszen nem alakul ki a megfelelő szabályozás, ami segítene az integrációban, a feldolgozásban. A kialakult első negatív érzelmi reakció tartósan fennmarad, és ezzel még nehezebbé válik az élmények érzelmi feldolgozása (Csenki, 2008).

Ezek a jellegzetességek az AN-ban mind az alexitímiához kapcsolódnak, és háttérben az érzelmi válaszrendszer kognitív komponenseinek sérülése vagy hiánya áll, úgy mint szubjektív tudatosság, és az érzésekről való verbális beszámolás képessége. Ehhez társul még az interperszonális kapcsolatokban bizalmatlanság és a tudatosság hiánya (Nandrino et al., 2006).

A családi kapcsolatokban a fenti működésmód nagymértékben problémát okoz. Az evészavarosok családjában megfigyelhető, hogy a családtagokra is jellemző az alexitím működés (Espina, 2003; Fox, Power, 2009), és az érzelmek kifejezések gátlásának magasabb szintje (Fox, Power, 2009). Az AN családoknál fokozottan megfigyelhető, hogy nem jelenhet meg konfliktus, sok tabu uralja a család életét. A negatív érzelmeket a családtagok nem fejezhetik ki egymás iránt, sőt megélésük fokozott büntudattal jár (Mazzag Pászthy, Túry, 2006; Szabó, Pászthy, Túry, 2006; Sztanó, Ress, Pászthy, 2007).

Az evészavaros betegek családjában jellemző az inadekvát szülői hozzáállás, jellemzően nagyobb arányban alexitímiások az anyák is, nehézségekben ütközik az érzelmek elkülönítése, és sokkal több a családi konfliktus, amelyeket leginkább elkerülnek (Espina, 2003). Az alexitímia megjelenése soha nem individuális probléma, kialakulásának háttérben "pszichoszomatikus család" szerveződése áll (Mazzag Pászthy, Túry, 2006; Sztanó, Ress, Pászthy, 2007).

A negatív érzelmek csillapítására vagy elkerülésére számos kognitív és viselkedéses stratégia van az AN-ban. Olyan evészavaros tünetek, mint a koplalás, a hiperaktivitás, falásroham vagy hányás segítenek szabályozni a distresszt és a differenciálatlan érzelmi állapotokat. Az alexitímia tulajdonképpen egy eszköz, egy védekezési mód, amely segíti blokkolni a negatív vagy differenciálatlan érzelmeket (Eizaguirre, 2004; Salbach-Andrae et al., 2008).

A negatív érzelmek többnyire a veszteséghez és a visszautasításhoz kapcsolódó félelmek (Harel, Scher, 2003), melyet a beteg nem tud szabályozni, csak kontrollálni rigid, kényszeres és perfekcionista tünetekkel (Speranza et al., 2005). Az érzelmek kontrollálása megnyilvánul a test állandó ellenőrzésében, mely érzelmi

szinten a félelem megerősítésének és csökkentésének állandó körforgását jeleníti meg (Berardis et al., 2007).

Az önéheztetés átélése megadja az AN betegeknek azt az élményt, hogy nincs szükségük külső „segítségre“ az érzelmek kontrollálásban, hiszen ez a kontroll tapasztalatik szerint nem adekvát. A testük kontroll alatt tartásával egyre inkább a saját kezükben érzik a szabályozást, ennek révén belülről jön ez az érzés, és biztonságosabbnak érzik, mint az eddig tapasztaltakat. Az én és az érzelmeik kontrollnélküliségét a testük kontrolljával próbálják tagadni (Dévald, 1993).

Az elkerülés egy másik formájának tekinthető, hogy az önéletrajzi emlékezetben az érzelmi emlékek sokkal kevésbé specifikusak. Azok az AN betegek, akik átéltek negatív eseményeket, vagy akár traumát, a fájdalmas emlékhez minimális negatív érzelmeket kötnek. Ez különösen kamaszkorban figyelhető meg, amikor egy abnormális személyes identitás jön létre, amihez speciális módon, nagyon gyengén kapcsolódnak múltbeli negatív emlékek (Nandrino et al., 2006; Doba et al., 2008).

AN betegeknél azonban nemcsak a negatív, hanem a pozitív emlékek felidézése is csökkent. Ez egyfajta kognitív túláltalánosítás, mely hatással van a teljes önéletrajzi emlékezetre. Az AN betegeknek ezzel a megoldással egyaránt elnyomják, és kontroll alatt tartják mind a pozitív, mind negatív emlékeiket, valamint a hozzájuk kapcsolódó érzéseket (Nandrino et al., 2006; Doba et al., 2008).

Az érzelmi diszfunkcionális működésben sokszor megjelenik a túláltalánosítás, ill. a negatív emlékekre való fókuszálás az önéletrajzi emlékekben (Nandrino et al., 2006). Egy publikálás alatt lévő vizsgálatunk során is azt az eredményt kaptuk, hogy az AN-ban szenvedő serdülő lányok kevesebb specifikus emléket idéznek fel, és emellett az emlékek túláltalánosítása is megjelenik (Csenki, Kovács, Bernáth, Pászthy, Szabó). Meglepő az az eredmény, mely szerint a pozitív emlékeket kizárólag az AN események mentén tudtak felidézni a lányok, mintha a betegség egyfajta viszonyítási pontként jelenne meg az emlékezetükben, a vakuemlékek működéséhez hasonlóan (Csenki, Bernáth, 2008).

A sokrétű “védelemi mechanizmus” összességében az érzelem szabályozási deficit AN pszichopatológiai kórképében. 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 et al., 2006; Doba et al., 2008).

A védelem egy másik formája a belső állapotok állandó monitorozása, mely során az érzelmek azonosításánál fokozott kontroll jelenik meg. Ez különösen igaz a negatív érzelmekre, hiszen ott az ambivalencia, és a kiszámíthatatlanság miatt nagyobb kontroll szükséges. Az AN-ban ez a minden szintre kiterjedő kontroll az aszketikus tünetekben (önuralom, a testi funkciók feletti kontroll, spirituális eszmék, önfeláldozás stb.) jól tetten érhető (Quinton, Wagner, 2005).

Az AN-ban az optimális érzelemszabályozásnak az érzelmek teljes kontrollja bizonyult. Ugyanakkor a betegség markáns és életveszélyes tünetei jelzik, hogy ezen működésmód fenntartásának igen nagy ára van. A teljes érzelemnélküliség látszólag kielégítő megoldás lehet, azonban fontos látnunk, hogy ez nem az érzelmek hiányát jelenti. Az érzelmek fokozott elkerüléséről van szó, így védekeznek az érzelmek azonosításának és tudatosításának nehézsége ellen (Salbach-Andrae et al., 2008). Az AN esetében hiányzik az adekvát érzelemszabályozási mód, mellyel az érzelmek felismerhetővé, kifejezhetővé és szabályozhatóvá válhatnak, hogy a szelf számára veszélytelenül megjelenhessenek. (Csenki, 2008).

4. 3. FEJLŐDÉSI ÉS KÖTŐDÉSELMÉLETI PERSPEKTÍVA AZ ANOREXIA NERVOSA SZABÁLYOZÁS DEFICITJEIBEN

Az AN-ban a kötődési problémák megértése központi jelentőségű, melyet már Bruch (1973) is megfogalmazott. A gondozó és csecsemő kapcsolatban megjelenő zavar eredményeképp, ha a gondozó válaszai nincsenek összhangban a csecsemő belső állapotaival, hosszútávon olyan deficitekhez vezethet, amelynek következtében a csecsemő nem lesz képes megkülönböztetni az éhség vagy a jóllakottság érzést egyéb szükségleteitől és diszkomfort érzéseitől (Fox, Power, 2009).

Az érzelmi működésmód deficitjeit az AN-ban Fox (2009b) fejlődési perspektívából közelíti meg. A deficitek kialakulásának hátterében az érzelmekkel elárasztó gondozói magatartás feltételezhető kiindulásként (ld. az AN kötődéseméleti megközelítését). Az elárasztó gondozói attitűd szólhat egyrészt a harag kifejezéséhez kapcsolódó elárasztásról, másrészt a túl sok érzelm megjelenéséről. Az elárasztó haragban jelen van a kiszámíthatatlanság, és annak a veszélye, hogy erőszakká

fokozódik – akár szemtanúként, akár alanyként elszenvedve azt. A túl sok érzelm fogalma többnyire olyan súlyos veszteségérzéshez vagy bántalmazáshoz köthető, amikor a gondozó nem volt elérhető a gyermek számára, így egyedül maradt a saját szomorúságával és haragjával. Mindkét tapasztalat alapja lehet annak, hogy a harag egy elárasztó, és veszélyes érzelm, mellyel nem lehet megküzdeni (Fox, 2009b).

Ezt a gondozói attitűdöt megerősíti és kiegészíti az egész családi működés, melyre jellemző az érzelmek megjelenésének alacsony szintje vagy hiánya, ill. az érzelmek tagadása (Fox, 2009b). Ez csak látszólag ellent a fentieknek, hiszen az érzelmi elárasztottság érzése a gyermekben „belül” marad, és ez mellett azt is megtapasztalja, hogy ez nem kerülhet „kívülre”, nem válik megoszthatóvá.

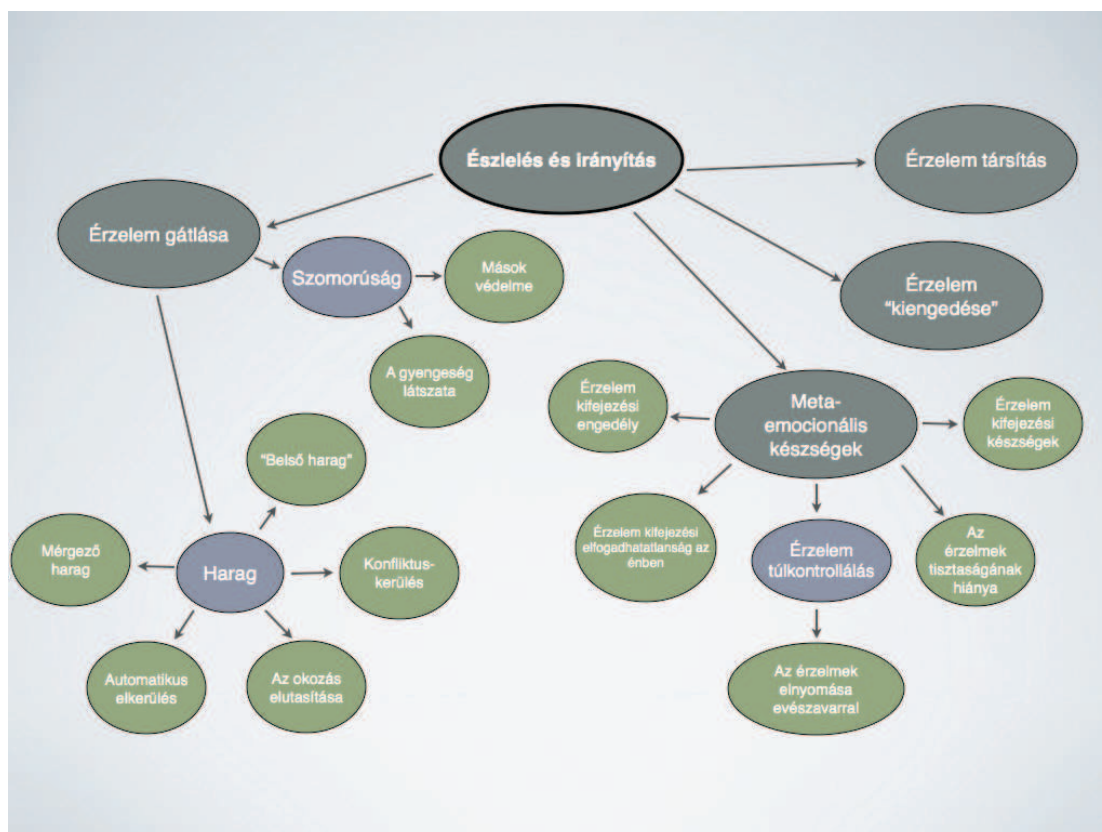
Az evészavarban szenvedő lányok a fejlődésük során megtanulják, hogy bizonyos alapérzelmek nem elfogadhatóak és/vagy veszélyesek a környezetük számára (Fox, 2009b; Fox, Power, 2009; Ioannou, Fox, 2009). A fejlődés során a harag egy fenyegető érzelmi állapotként jelenik meg, mely egodiszton és hasított élményként reprezentálódik a szelf számára, melynek elkerülése vagy gátlása áll az evészavaros tünetek hátterében (Fox, Power, 2009; Ioannou, Fox, 2009).

A szülők a gyermekeik érzelmeire adott válaszai nagy mértékben befolyásolják a gyermek saját érzelm észlelését, kifejezését és szabályozását (Fox, 2009b). Az érvénytelenítő környezetben, a gondozó visszautasítja vagy megsemmisíti a gyermek érzelmi kifejezését, ezzel elősegítve az érzelmek gátlásának kialakulását. Ennek következtében a leggyakrabban megjelenő érzelm a büntudat, melyet azzal kapcsolatban érez a gyermek, hogy az érzéseivel, és azok kifejezésével megbántja a szülőt. Pl. az elhagyáshoz kapcsolódó harag, mint elsődleges érzelm az elfogadhatatlansága és veszélyessége miatt elnyomás alá kerül, és helyére lép másodlagos érzelmként a harag megjelenésével kapcsolatos büntudat.

Az érzelmegeneráláshoz szükséges két szint közül sematikus szinten a harag jelenik meg, egy-egy helyzet kiértékelésekor ez aktiválja az érzelmeket. A fenti gondozói működésmód következtében az automatikus, asszociatív szinten megjelenő érzelm ezzel szemben a büntudat, és az evészavarokban ennek az érzelmenek megjelenése okoz leginkább a distresszt (Fox, 2009b; Fox, Power, 2009), mely kialakulásában tulajdonképpen triggerként van jelen az eredeti, elsődleges érzelm, ami nem jelenhet meg (Ioannou, Fox, 2009). Ebben az értelemben beszélünk érzelm társításról, ahol az alapvetően veszélyes vagy „mérgező” alapérzelm hasítás vagy

gátlás alá kerül egy másik érzelem által⁸ (Fox, 2009b; Fox, Froom, 2009; Fox, Power, 2009; Ioannou, Fox, 2009).

Az érzelmi működést szemlélteti és összefoglalja az 6. ábra, mely magyarázatul szolgál arra, hogy ez a mechanizmus hogyan hat ki a későbbiekben az érzelmek észlelésére és irányítására (Fox, 2009b).



6. ábra: Érzelmi állapotok észlelése és irányítása az AN-ban (Fox, 2009b, pp. 290. ford. Csenki L.)

Az egyik általános következmény az érzelmek gátlása, mely során különösen a harag és a szomorúság megélése és kifejezése ütközik akadályokba. Viselkedéses szinten ez megjelenik pl. konfliktuskerülésben, az érzelmi helyzetek általános kerülésében, mások túlzó védelmében, vagy a saját gyengeség hangsúlyozásában. A második következmény a meta-emocionális készségekben mutatkozik meg, melynek minden vonásában megkérdőjeleződik az, hogy az én számára megengedhető-e az érzelmi működés. Fontos kiemelni az érzelem túlkontrollálását, melynek eszköze jelen esetben maga az evészavar (Fox, 2009b).

A harmadik jellegzetesség az érzelmi társítás (Fox, 2009b), mely során az eredetileg veszélyes érzelmi állapotok úgy válnak kezelhetővé az AN-ban, hogy helyettesítés történik egy elfogadhatóbb érzellemmel (pl. a harag helyett büntudat,

⁸ Az érzelem társítás folyamatát bővebben Fox és Power SPAARS-ED modelljében tárgyalja (2009).

vagy önmagával való elégtelenség, vagy erős vágy a fogyásra) – ezzel mintegy elnyomja és gátolja az eredeti érzelmet. Végül ezzel párhuzamosan megjelenik azon bizonyos (elfogadható) érzelmek „kiengedése“, (pl. félelem, undor, bűntudat).

A szülői tükrözés bioszociális elméletben (Gergely, Watson, 1998, Fonagy et al., 2002) megjelenő devinás érzelm tükröző magatartás (ld. 2. 6. 1. fejezet) aláhúzza Fox fejlődési perspektívára épülő elméletét (Fox, 2009b). Túlkontrolláló szülői attitűd jellemző ezekben a családokban (Mazzag, Pászthy, Túry, 2006; Sztanó, Ress, Pászthy, 2007; Fox, Power, 2009), emellett a szülő maga sem tud megküzdni a benne lévő bizonytalansággal, szorongással, nem tudja kifejezni érzéseit, vágyait. A reflektálás képessége – beleértve az önmagára való reflektálást is – nem megfelelő. Ennek következményeként a gyermekét elárasztja a saját belső világával. A gyerek így nem tanul meg különbséget tenni a saját és mások érzései, vágyai között; a reflektív funkció nála sem tud kialakulni (Fonagy, 1999).

Az AN serdülők anamnéziséből kiderül, hogy az evészavar kialakulásában nagy szerepet játszik táplálással kapcsolatos korai interakciós mintázat (Mazzag, Pászthy, Túry, 2006; Sztanó, Ress, Pászthy, 2007). Az anyák nem tudnak megfelelően reagálni gyermekük szomatikus és emocionális állapotukat kifejező megnyilvánulásaira, így a gyerek nem tudja megtanulni a kettő közötti különbség észlelését. Így kapcsolódik össze tévesen a fiziológiás és emocionális szabályozás. A túlaggódó szülői attitűd a táplálás során úgy jelenik meg, hogy az anya nem tudja az etetés körüli kontrollt átengedni, és az összekapcsolódott fiziológiás és érzelmi állapotok adekvát szabályozási mechanizmus nélkül maradnak.

Mindez párhuzamba vonható a korai pszichoanalitikus elméletekkel, melyek szerint az AN-ban a beteg a korai orális fázisba regrediál, ahol szorosan összekapcsolódik a táplálkozás az ösztönimpulzusok szabályozásával. A száj kontroll alatt tartása pedig ismerős és könnyebb terep (Farrel, 1995).

Az orális fázis végéhez közeledve az adekvát szabályozás egyik jele, hogy a gyerek megtanulja szavakkal szimbolizálni – és így szabályozni – a benne zajló dolgokat. Az AN betegek sokféle testi tünetet produkálnak, ezek beszélnek helyettük, mert ők a patológiás fejlődés miatt a bennük zajló dolgokat nem tudják szavakkal kommunikálni azokat. Az érzelmekre vonatkozó megfelelő szavak hiánya (ld. alexitímia) miatt a testüket használják arra, hogy az elfojtott érzelmeket kifejezzék (Lane, 2002).

5. KÉRDÉSFELTEVÉS ÉS A VIZSGÁLATOK BEMUTATÁSA

Az érzelemszabályozás és az AN szakirodalmából egyrészt a kognitív-affektív, másrészt a fejlődési megközelítést vesszük alapul az empirikus munkánkhoz. Alapvető törekvésünk annak többszemponútú vizsgálata, ahogy az érzelemszabályozási deficitek következtében az AN tünetképződés kialakul. Az elméleti bevezetőben is láttuk, hogy ennek éppolyan hangsúlyos az egyéni szerveződési szintje, mint a korai gondozó-gyerek kapcsolati vonatkozása.

Az AN igen jellegzetes tüneti képet mutató pszichoszomatikus betegség. Egyik legfőbb tünete, a testképzavar, a súly és az alak megváltozott észlelése. Ennek hátterében egy torzult séma áll (Stewart, 2005; Tekcan et al., 2008; Rawal, Park, Williams, 2010), mely kiterjed a súllyal, alakkal, táplálkozással kapcsolatos legapróbb vonásokra. Ezenkívül meghatározó jelleggel bír nemcsak az észlelési, hanem más megismerő funkciók (figyelem, emlékezet) működésében is (Tekcan et al., 2008; Treat et al., 2010). A megváltozott séma elkerülhetetlen tényező minden AN vizsgálat megtervezésénél, és a vizsgálataink kérdésfeltevésében is központi szerepet játszik.

Másik központi kérdésként az érzelmi működés deficitjei fogalmazódtak meg, ahogy a kognitív megközelítésben is láttuk (pl. Jonas et al., 2008; Jansch, Harmer, Cooper, 2009; Harrison et al., 2009). Az alexitímia egyfajta gyűjtőfogalom erre a deficitre, mégis úgy véljük, pontosabb megfogalmazás lehet, hogy a megfelelő szabályozási mód hiánya egyfajta „negatív érzelmi fogságot“ eredményez. Az „optimális“ védekezés ezzel szemben az érzelmi működés elkerülése, fokozott kontroll által (ld. pl. Quinton, Wagner, 2005; Salbach-Andrae et al., 2008; Nadrino et al., 2006; Doba et al., 2008).

Vizsgálatainkban keressük választ arra, hogy ez a fokozott kontroll, hogyan jelenik meg AN serdülő érzelmi életében, milyen szabályok és szabályozások jelennek meg ezzel kapcsolatban? Hogyan kapcsolódnak össze az AN-ra jellemző evészavaros működésmódok és személyiségjegyek az érzelemszabályozással? Az első és a második vizsgálatunk általános kérdésfeltevései ezekhez a kérdésekhez kapcsolódnak.

A kezdetben optimális, adaptív védekezés idővel, és a betegség kialakulásával maladaptív válik, és a pszichés működés életet veszélyeztető testi állapotot eredményez. Tágabb, fejlődési perspektívából mindig izgalmas kérdés, hogyan alakul

ki egy deficitet eredményező működésmód, milyen körülmények között válik optimálissá? Az AN fejlődés és kötődésméleti megközelítésében kiemelt szerepet kap a korai kötődési zavar (pl. Harel, Scher, 2003; Fox, Power, 2009; Fox, 2009b), az érzelem tükrözési probléma (ld. Gergely, Watson, 1998), mely következtében a felnövekvő gyermek újra és újra egy érzelmileg érvénytelenítő környezetet tapasztal (Fox, 2009b). Ez a környezet lesz az alapja az érzelmi működés deficitjeinek kialakulásában, mely kihat az érzelmek észlelésére és irányítására (Fox, 2009b). Harmadik vizsgálatunk általános célja, ezt az érzelmileg érvénytelenítő környezetet feltérképezésére irányul az AN serdülők anyai működésében.

Az első vizsgálatunk a pszichodiagnosztika részeként fogalmazódott meg. Az AN serdülőkkel az érzelmekről való kommunikáció kudarcá következtében használtuk a világjátékot, mint nem verbális projektív tesztet a tünetek, és azok mögött szabályozási elégtelenségek mind teljesebb feltérképezésére. Feltevésünk, hogy ez az eszköz hatékonyan bizonyul, és az AN jellegzetességei nemcsak diagnosztikus, hanem mélyebb szinten is vizsgálhatóvá válnak.

Második vizsgálatunkban a célunk továbbra is az érzelemszabályozási deficit vizsgálatára, operacionálizálható vizsgálati eszközökkel. Ebben a vizsgálatban is fontosnak tartottuk, hogy a verbális és régóta alkalmazott vizsgálati eszközök mellett (TAS-20, DERS), nem verbális eszközt is alkalmazzunk (IAPS). Ennek oka az érzelmi működésbeli deficit, melynek hatása lehet az érzelmi állapotok felmérésében és megítélésében (Stingl et al., 2008). Az IAPS előzetes (Deák, Csenki, Révész, 2010) és hazai alkalmazhatóságának vizsgálata⁹ alapján megfelelő nem verbális eszköznek bizonyult az érzelmi működés mérésére.

Vizsgálatunkban törekszünk az érzelemszabályozási nehézségeket, a „negatív érzelmi fogságot“ a verbális és nem verbális eszközök integrálásával felmérni. Feltételezzük, hogy a torzult séma következtében ételeket ábrázoló ingerek segítségével (IAPS) szélsőségesebb és az AN-ra jellemző érzelmi reakciót tudunk kiváltani.

A harmadik vizsgálatunk célja, hogy AN-ra jellemző érzelemszabályozási nehézségek mögött megjelenő anyai érzelmi működést feltérképezzük. Feltevésünk, hogy az érzelmileg érvénytelenítő gondozói környezetben az anyák számára az érzelmi működésben érzelmek „veszélyessége“ miatt azok szintén túlkontrollálás alá

⁹ Deák Anita 2010-es doktori disszertációja az eszköz alkalmazhatóságát széleskörűen vizsgálja.

esnek. Feltételezzük továbbá, hogy ennek háttérében az érzelmek azonosításának és kifejezésének nehézsége tapasztalható. Vizsgálatunkkal nem a korai gondozó-gyerek kapcsolatot szeretnénk visszamenőleg feltárni, hanem a jelenben is megmutatkozó érzelemszabályozási deficitekre mutatunk rá, amely kapcsolatban van az AN tünetekkel és sajátos érzelmi működésmóddal.

6. ELSŐ VIZSGÁLAT: ÉRZELEMSZABÁLYOZÁSI JELLEGZETESSÉGEK VIZSGÁLATA A VILÁGJÁTÉKBAN

6. 1. Célkitűzések és hipotézisek

Vizsgálatunkban a világjátékot választottuk diagnosztikai módszerként. A világjátékot pubertáskorban általában nem szokták használni, a jelen vizsgálatban használatát a pszichopatológiai kép jellegzetessége teszi indokolttá. A játékdiagnosztika és terápia elsődleges magyarázata kisgyermekkorban az, hogy a verbalitáson túl léphetünk kapcsolatba a gyerekekkel. Az AN-ban az érzelmek kommunikációja nehéz, emellett a betegség jellegzetessége az is, hogy a gondolkodás nagyon beszűkült. Így a beszélgetések jelentős része kizárólag a súlyról, a testről, és az evésről szól, míg a valódi problémák nem tudnak a felszínre kerülni. Ezért segítheti ebben az életkorban is a világjáték a kórkép dinamikájának jobb megértését; és nemcsak diagnosztikus eszköz, hanem terápiás értékkel is bír.

A világjáték szimbólumokkal dolgozik, az építmények elemzésekor a használt tárgyakat szimbólumként kezeljük, és elhelyezésükben a térszimbolikát is figyelembe vesszük (Polcz, 1999). A teszt épp ezért egy olyan lehetőség, ahol az építő a szavakon túl megfogalmazhatja az életterét, annak szereplőivel, viszonyaival, konfliktusaival. Az építmény, pedig ezernyi szimbólumával mondja el nekünk azt, amit az AN fiatal nem tud.

A dolgozat elméleti összefoglalója alapján a szabályozási elégtelenség a működés több szintjén megjelenik. Feltevésünk, hogy az AN jellegzetes tünetegyüttese és dinamikája indokolttá teszi ennek a tesztnek a használatát ebben a betegcsoportban, és a pszichopatológiai kép jellegzetességei megfigyelhetők lesznek.

Bár a vizsgálatban résztvevő lányok pubertáskorúak, a betegség egy másik jellegzetessége, a regresszió is indokolttá teszi a teszt alkalmazását. Az AN serdülők perfekcionista megjelenése mögött hamar találkozhatunk a regresszióval, ez különösen olyan helyzetekben jelenik meg, amely nélkülözi a feladattudatot, és a játék mindenképpen ilyen helyzet.

Az AN-ra jellemző kognitív beszűkülés megjelenhet a térkihasználásban. Az önonosításra, ezen belül a nemi identitás kérdésére, a szociális kapcsolatok rendszerére, a környezetben lévő konfliktusokra a felhívó kérdések során is választ kaphatunk – ezek a jellegzetességek a tünetegyüttes sajátjai. Olyan nem tudatos

jellemzőkről pedig, mint a szexualitás, az agresszió elfojtása, az anya–gyerek kapcsolat zavara, az érzelemszabályozás elégtelensége stb., a szimbólumok által kaphatunk képet.

6. 2. Módszer

A világvjáték régóta jelen van a gyermek-pszichodiagnosztikában és terápiában. A játék öröm-, alkotás- és játékélménye miatt bármely korosztályban használható, mégis inkább a pubertáskor előtt elterjedtebb. A játék a gyermek számára lehetőség, hogy a szavakon túl megfogalmazza a benne zajló pszichés változásokat. A világvjátékban szabadon megjelenítheti az életterét, annak résztvevőivel, viszonyaival, konfliktusaival (Polcz, 1999).

A világvjáték egy standard teszt, amelynek minden összetevője fontos és nélkülözhetetlen. Alapja egy kék tálca, mely az építő számára a tengert szimbolizálja. Ebbe kerül a homok, amelyből a gyerek tetszése szerint formál szárazföldet a „tengeren“. Diagnosztikai szempontból nagyon fontos, hogyan bánik a homokkal, hogyan használja az eszközöket. Ha elkészült a szárazföld, kezdődik az építés. Több kategóriából választhat az építő, amelyek megfelelnek a való világban található kategóriáknak: emberek, állatok, növények, épületek, járművek, bútorok, stb. Ezekből a vizsgált személy szabadon választhat, úgy és oda helyezi el őket, ahová akarja. A használt kategóriáknak és a tárgyak elhelyezésének szintén nagy jelentőségük van az értelmezésben (Polcz, 1999).

Az építmény elkészülte után exploráljuk azt. (Milyen világ ez? Mi történik benne? Hol vagy Te ebben a világban? Kivel élsz itt? stb.). Sokszor azonban nem is a verbális rész az igazán „beszédese“, az építmény általában önmagáért beszél. A világ zsúfoltsága vagy sivársága, a használt kategóriák és azok viszonyai, az építési idő, stb. mind az építő belső világát segítenek jobban megérteni. Vizsgálatunkban a standard játékkészletet, tálcát és homokot használtuk. A teszt felvételekor az általános, Polcz (1999) által leírt instrukciót használtuk.

Vizsgálati személyek

Vizsgálatunkban 50 világvjátékot vettünk fel a Semmelweis Egyetem I. Gyermekgyógyászati Klinikájának Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztályán, 2006 február és 2009 március között. A vizsgálatban 50 restriktív típusú AN beteg vett

részt, a DSM-IV szerinti AN kritériumnak mind megfeleltek. A vizsgálati személyek adatai az 1. táblázatban találhatóak. A vizsgált személyek közül 41 lány amenorrhoeás, 7 primér amenorrhoeás.

1. táblázat

A vizsgálatban résztvevő AN serdülő lányok adatainak összesítése (n=50)

	Átlag	SD	min	max
Életkor (év)	14,9	±1,9	8	17
Súly (kg)	39,4	±7,3	21,4	54,0
Magasság (m)	1,63	±0,09	1,30	1,79
BMI	14,6	±1,87	11,1	18,6

6. 3. Eredmények és megbeszélés

Az AN pszichopatológiai kórkép korábban tárgyalt szabályozási jellegzetességek a világjátékban a következő dimenziókban jelentek meg: kognitív torzítás és beszűkülés (pl. Kim, 2007, Tekcan et al., 2008, Rawal, Park, Williams, 2010), perfekcionizmus (pl. Gillespie, 1996, Chassler, 1994, Egan, Wade, Schafran, 2010), érzelmi elárasztottság (pl. Csenki, 2007, Fox, 2009b, Fox, Power, 2009), izoláció (pl. Jonas et al., 2008, Doba et al., 2008) és hasítás (pl. Cole, Michel, Teti, 1994, Dévald, 1993, Farrel, 1995), diszfunkcionális családi rendszer: anya-gyerek szimbiózis és az apa hiánya (pl. Dévald, 1993, Farrel, 1995, Geiger 1982/1988, Komlósi, 1993, Szabó, Pászthy, Túry, 2006, Túry, 2000b), orális kielégületlenség (pl. Dévald, 1993, Farrel, 1995), agresszió, szexualitás és bűntudat (pl. Dévald, 1993, Farrel, 1995), és az identitás kérdése (pl. Chassler, 1994, Pearlman, 2005, Karwautz et al., 2001, McGee et al., 2005).

A vizsgálatban résztvevő lányok mindegyike igen „csendben” épített, alig szólaltak meg. Nemcsak nem beszéltek, hanem a munkájuk is hangtalan volt. Jellemző volt a testtartásukra, hogy nagyon mereven álltak a tálca mellett, sokan a karjukat szorosan magukhoz szorították. Magatartásuk az építés során egyre regresszívebb lett, sokan a játékos polc elé kuporodva válogattak a tárgyak között.

A világjáték számbeli jellemzői alacsonyabbak az átlagosnál, ami a kognitív beszűkülést támasztja alá. Nagyon rövid ideig tartott az építés, és nagyon kevés

elemet használtak fel. Sem az adott teret, sem az adott kategóriákat nem használták ki az építés során. Az átlagos homokozási idő 3-7 perc, míg az építési 17-25 perc. Az alkalmazott kategóriák tipikus elemszáma 40-60 (Polcz, 1999).

A világvjáték adatainak statisztikai elemzése során a vizsgálatban mért értékek átlagát a Polcz által megadott (Polcz, 1999), standardnak tekintett tesztértékhez hasonlítottuk. Egymintás t-próba alapján mind a négy esetben szignifikánsan alacsonyabb értéket kaptunk. Ez matematikailag is alátámasztja, hogy a jelen vizsgálati mintában a kognitív beszűkülés tapasztalható (vö. kognitív megközelítések fejezet). Az adatok összesítését és statisztikai elemzését a 2. táblázat foglalja össze.

2. táblázat

A világvjátékok adatainak összesítése és statisztikai elemzése egymintás t-próbával (n=50)

	átlag	SD	standard tesztérték**	t	df
Homokozási idő (min.)	2,73	±1,86	5	-8,628*	49
Építési idő (min.)	7,44	±4,58	21	-20,915*	49
Összidő (min.)	10,2	±5,46	26	-20,426*	49
Felhasznált elemek száma	27	±16	50	-9,964*	49

* p < 0,001

** Polcz (1999)

A tálca, a felhasználandó tér a saját testet is szimbolizálja. Mivel a saját testükről alkotott kép zavart szenved, a játékban a nagy üres térrel sem tudtak mit kezdeni. Jellemző volt, hogy a tálca egészét nem használták fel a vizsgálati személyek az építéshez, nem tudták még perceptuális szinten sem betölteni. Túl nagyoknak érezték – éppúgy, mint a saját testüket (Csenki, K. Németh, Pászthy, 2009).

Az AN-ban az észlelés során torzulás tapasztalható, mely a saját testre vonatkoztatva jelenik meg legmarkánsabban (Kim, 2007). A világvjáték felszólító ingere egy strukturálatlan projektív tér (Polcz, 1999). Az építmény kialakításához szabályok kellenek, az egész potenciális teret egészként kell kezelni, majd a sok ingernek megfelelően felosztani. Az AN betegek ebben a projektív folyamatban már az elején megtorpannak, nem történik meg az adott tér felhasználása. Beszűkítik azt, hogy ezzel a szabállyal védekezzenek a számukra túl nagy és strukturálatlan egészszel

szemben, melyet nem tudnak jelentéssel megtölteni. A kognitív beszűkülés jellegzetes példáinak képeit ld. az I. mellékletben.

Az építményekben megfigyelhető a fokozott perfekcionizmus. Többben először végignézték a tárgyakat, előre kitalálták, hogy mit és hova helyeznek el, és csak utána láttak neki a homokozásnak. A homokozásnál jellegzetes a homok szórása, szitálása, amely gyakran már kényszeres jellegű is volt. Több esetben a homokszigetek alakká formálásában is megmutakozott a tökéletes munkára való törekvés (például szív alakú szigetek, illetve pont akkora sziget építése, hogy „passzoljon rá“ a tárgy). Az építés során is több esetben a precíz, kompozíciószerű építés volt a jellemző. A vizsgált személyek a tárgyakat jellemzően egymástól egyenlő távolságra helyezték el, vagy törekedtek a szimmetrikus építésre.

A perfekcionizmus az AN betegek egyik legfőbb személyiségvonása (Gillespie, 1996, Egan, Wade, Schafran, 2010). A tökéletesség utáni vágyuk az életük legtöbb területén megjelenik, így a „világukat“ is jellemzi. Az egyetlen elfogadható megjelenés és megjelenítés a tökéletesség, mely szabályoz és keretet ad, elfedve a torzult és csökkent önértékelést. Ez is olyan szabály, mely rigid és merev módon a kontroll illuzióját adja és védekezésül szolgál (Csenki, K. Németh, Pászthy, 2009). A legjellemzőbb példákat ld. az I. mellékletben.

Az érzelmek kifejezése és szabályozása ebben a betegségben nagyon nehéz, és ez a világukban szélsőségesen jelenik meg. Szinte az összes építmény legnagyobb része víz, ami szinte „elárasztja“ a világukat, éppúgy, ahogy ők is el vannak árasztva érzelmeikkel. Az építmények többségében a homok-víz arányban a víz dominált. Sok esetben a szárazföld elenyésző mennyiségű volt. Jellemző még ezen kívül, hogy a vizet többnyire üresen hagyták, vagy fenyegető tárgyat helyeztek el (például krokodil). Egy-két esetben hajókat is kiraktak, de ezek nem kaptak hangsúlyos szerepet az építmény egészében (képeket ld. a I. mellékletben). A víz ezekben a világokban olyan tulajdonságaival jelenik meg, ami az AN betegek érzelmeit írja le. A víz struktúra nélkül marad, mint ahogy az érzelmeiket sem tudják strukturálni, szabályozni (Csenki, 2008).

Az építményekben az AN szabályozási deficitjének sajátos kettősége jelenik meg. A világ egy kis része tud csak szabályozás alá kerülni, erre jellemző a szigorú, merev rendszeresség (ld. korábban perfekcionizmus). A nagyobb rész kiesik a

szabályozás alól, ez fenyegető és strukturálatlan marad (Csenki, K. Németh, Pászthy, 2009, Dévald, 1993, Farrel, 1995).

A víz, mint az élet szimbóluma, a magzati létre utalás jelképeként is értelmezhető. A teljes függés és kiszolgáltatottság, a testi szinten is megjelenő szimbiózis, amely lelki szinten az anya-gyerek kapcsolatban ebben a kórképben még jelen van (Csenki, K. Németh, Pászthy, 2009).

A szárazföld megjelenítése az AN világokban jellemzően a sziget, ez vagy egy, vagy több különálló sziget, általában kapcsolat, összeköttetés nélkül. Méretük általában kicsi, így sokszor még a kevés felhasznált tárgy is zsúfolttá teszi. Ha több sziget volt a világban, jellemzően párosan jelent meg, és két ellentétes pólust képviselt, a hasítás szimbólumaként például táplálékban gazdag, illetve abban szegény sziget; egy sziget, ahol aludni lehet, egy másikon iskolába járni, stb.; illetve veszélyes és barátságos szigetek és így tovább. Mintha nem egy világot építettek volna, hanem több egymástól különböző, „többpólusú“ világot.

A hasítás az AN-ban alapvető elhárítási forma. A fejlődés során nem tanulták meg integrálni egy képbe a szélsőséges pólusokat, pl. a jó és a rossz anyát (Cole, Michel, Teti, 1994, Farrel, 1995). Az AN serdülők ezért általában végletes kategóriákban gondolkodnak a saját narratíváikon belül is, így a saját érzéseiket, emlékeiket sem képesek hasítás nélkül kezelni (Csenki, K. Németh, Pászthy, 2007). A szélsőségeket nem képesek egyszerre kezelni, ezért nem tudnak hasítás nélkül működni. Ez az építményekben is megjelenik, melyre jellemző példa, hogy több építményben a „jó én“ és a „rossz én“ külön szigeteken kap helyet (ld. I. melléklet).

Az AN betegekre jellemző, hogy szociális kapcsolataik, életterük beszűkült. Lelki és fizikai szinten is izolálódnak a kortársaiktól (Jones et al., 2008). Ez az elszigetelődés figyelhető meg az építményekben is. A kortárs szociális térben meg kellene küzdeniük az önértékelési problémáikkal, de részt kellene venniük a kompetitív játszmákban is. Így az izolálódás egy igen hatékony védekező eszköz arra, hogy kontroll alatt tartsák ezt a dilemmát is (Jones et al, 2008).

Az elszigeteltséget és a magányt még jobban megerősíti az építményekben az emberi kapcsolatok hiánya, illetve szegényes volta. Bár alacsony az elemszám, az ember kategória szinte minden építményben jelen van, de valódi kapcsolatok nincsenek köztük (Csenki, K. Németh, Pászthy, 2009).

Az AN személyeknek az érzelmek kifejezése és szabályozása mellett nehézséget okoz az is, hogy megértsék azokat a szociális térben (Csenki, 2008). Az elszigetelődés, a kortárs kapcsolatok hiánya, a kommunikáció elégtelensége egyszerre csapda és megoldás erre a helyzetre. A AN személy pozitív megerősítést nyer, hiszen az izoláció által elkerüli azokat a helyzeteket, melyekben működése nem hatékony. Ugyanakkor az izoláció fokozódásával egyre nehezebben tud kapcsolatokat kialakítani és érzelmileg megérteni azokat. Az izolált és hasított világok példáit ld. az I. mellékletben.

Az építmények alapján az AN serdülő világában az egyik legmarkánsabb „játékszabály“, hogy kik vehetnek részt a „játékban“. A család megjelenítése spontán módon igen kevés esetben történik meg, sokszor az exploráció során még kérésre sem rakják ki családtagjaikat. Az építményekben anya és gyerek kettőse a domináns, ahogy a családterápiás elméletekben is láttuk (Geiger 1982/1988, Komlósi, 1993, Szabó, Pászthy, Túry, 2006, Túry, 2000b). Az anya-gyerek szimbiózisban a „legfőbb“ rivális, a testvér sok helyen sem szimbolikusan, sem szóban nem jelenik meg az építményekben. Az egyetlen biztos személy a világokban az anya figurája. Sokszor a család helyett kizárólag az anya és a gyerek kettőse jelent meg. Ez a szoros anya-gyerek kapcsolat megjelenítése, amiben az anya kontrolálló, és a gyerek nem tud ebből kiszakadni (Csenki, K. Németh, Pászthy, 2009).

A diszfunkcionálisan működő AN család másik jellegzetesség az apa hiánya, ez a világjátékban is megjelenik (Szabó, Pászthy, Túry, 2006). Az apa sokszor akkor is „lemarad“, vagy igen távol van, ha a család többi tagja jelen van. Ez szimbolizálja az apa figura érzelmi – és gyakran fizikai – elérhetetlenségét (Csenki, K. Németh, Pászthy, 2009).

Az AN-ra jellemző diszfunkcionális családi működés a világjátékban szcenikusan is megjelenik, melynek legjellemzőbb példáit ld. a mellékletben. A központban az anya-gyerek unió áll, mely megbonthatatlan egység. A szimbiózist „fenyegető“ személyek – apa, testvérek – sorsa száműzetés a világból. Ha meg is jelennek, az építmény egy távoli, félreeső pontján láthatók, mellyel nincs kapcsolata a duálunióknak (Csenki, K. Németh, Pászthy, 2009).

Jellemző a vizsgálati mintában a tárgyválasztás során néhány különleges, sokszor visszatérő tárgy megjelenése. A táplálékra utalás állattenyésztés formájában jelent meg (pl. tyúkok, malacok, vagy halászat – ld. I. melléklet). Sokszor ezt

verbálisan is megerősítették. Az étel, vagy táplálékforrás állandó, fokozott jelenléte az orális igények kielégületlenségéről szól. A táplálék és az étel bősége egy vágyott állapot, mely a táplálás mellett egyéb orális funkciók kielégítésének vágyát is jelenti. Ez is szépen szimbolizálja azt, hogy ebben a pszichopatológiai képben az étel csupán szimbólum, és nem hiányzik az étel utáni vágy, csupán a rigid szabályozás részeként a tagadás sorsára jut (Csenki, K. Németh, Pászthy, 2009).

Az oralitás részösztönként magába foglalja a táplálás mellett a biztonságot és az elfogadást. Az AN serdülők anamnéziséből tudjuk, hogy ebben a korai kapcsolatban a nem megfelelő tükrözés következtében alapjaiban sérül a fiziológiás és emocionális szabályozás (Csenki, 2008).

Másik igen jellemző tárgyválasztás a jelen mintában az agresszió és a szexualitás jelképeinek választása. Ezzel fedik fel a bennük lévő agresszív feszültségeket, elfojtott szexualitást, ami máshol, más formában nem jelenhet meg. A kontroll azonban még a játék síkján is túl erős, ezért ezen szimbólumok megjelenése itt sem maradhat „büntetlen“. A büntetés a bűntudat szimbólumaiban, vagy jellegzetes elhárítási formában (ld. hasítás) jelenik meg.

A vadállatok az agresszió jelképei, közülük a kígyó, mint szexuális szimbólum szinte minden világban megjelenik. Éppígy a virág, mint a nőiesség jelképe. A hatalom képviselője, a rendőr – mint a kontroll megtestesítője – sok világban lát el őrző, védő funkciót. A vallásos jelképek (templomok, pap, ördög) a fokozott bűntudat mementőjaként jelennek meg (ld. melléklet).

Az AN személyek érzelmeik és testi érzéseik észlelésében, felismerésében és szabályozásában nehézségekkel küzdenek (Csenki, 2008). Intrafamiliaris térben is jellemző, hogy az érzelmek – különösen az agresszió – megélése, kifejezése akadályokba ütközik, büntetést von maga után (Geiger, 1982/1988). A világjátékban fokozottan jelennek meg érzelmi tartalmak és ezzel egyidejűleg ezek kontrollja, erős szabályozása is. Ahogy az életben, úgy a játékban is az érzelmek pillanatnyi felbukkanása veszélyt jelez, ezért szigorú szabályozás alá esnek. A világjátékban így jelenik meg a betegség jellegzetes működésmódja, az alexitímia (Csenki, K. Németh, Pászthy, 2009).

Az önazonosítás a világjátékban az egyik legfontosabb pont (Polcz, 1999). A vizsgálati mintában ez általában nem okozott gondot, de a betegeknek önmaguk jellemzése már a pszichopatológia dinamikájáról szólt. Előfordult, hogy a vizsgált

személy nem jelenítette meg, vagy nem emberként mutatta be önmagát a világban; vagy életkorának nem megfelelőt választott – általában kisgyereket. A nemi bizonytalanság is megjelent egy-két építményben; például a nemtelen bennszülött figura választásában. Olyan tulajdonságokkal ruházták fel a játékban önmagukat, amelyekkel nem rendelkeztek; boldog, szabad, korlátoktól mentes.

Az AN-ban az identitás fontos része a különlegesség érzése, a kitűnni vágyás (Pearlman, 2005), ez a tendencia a világjáték során az önazonosításban is felfedezhető. Azonban a választásaikban a szelf struktúra törekenysége is megjelenik (Karwautz et al., 2001), hogy védtelenek, sebezhetőek, kiszolgáltatottak. Védekezésképpen a betegek a vágyaik mentén jellemezték önmagukat a világban. A fő motívum ebben az ideálképzésben a kontroll alól való felszabadulás (Csenki, K. Németh, Pászthy, 2009).

6. 4. Összefoglalás

A serdülőkori AN a szabályozási jellegzetességeit vizsgáltuk, eszközként egy a gyermekpszichodiagnosztikában és -terápiában régóta használt projektív tesztet, a világjátékot választottuk.

Feltevésünk, hogy az AN jellegzetes tünetegyüttese és dinamikája indokoltá teszi ennek a tesztnek a használatát ebben a betegcsoportban, és a pszichopatológiai kép jellegzetességei megfigyelhetők lesznek. A verbalitáson túl a játék nonverbális elemei, szimbólumai voltak a „legbeszédesebbek“. Vizsgálatunk alapján ez a módszer igen hatékonynak bizonyult, nemcsak összességében, hanem az egyéni dinamikában is.

Különböző elméleti jellegzetességeket ötvöztünk, hiszen a betegség diagnosztikája és terápiája szempontjából elengedhetetlen a több nézőpontú szemlélet. A középpontban az érzelemszabályozás pszichológiai fogalma állt, melynek deficitje az AN működésében központi jelentőségű. A fentebb tárgyalt jellegzetességek az AN serdülőkkel folytatott terápiás munkában idővel mindig megjelennek, függetlenül attól, hogy azok okai vagy következményei ennek a kórképnek.

Az építményekben erőteljesen megjelentek azok a tendenciák, amelyek jellemzik az AN serdülőket. A tüneti jegyeken túl (perceptuális beszűkülés, testképzavar, perfekcionizmus, izoláció stb.) mélyebb intrafamiális problémák (családi diszfunkció, kontroll- és szerepproblémák, anya–gyerek szimbiózis, az apa

elérhetetlensége stb.) és az egyéni fejlődési dinamika is (alexitímia, agresszió és szexualitás elfojtása, fokozott bűntudat és hasítás, identitásprobléma) kirajzolódott a projektív teszt szimbólumrendszere által.

A tendenciákban közös vonásként tapasztalhatjuk meg az AN serdülők azon igényét, hogy minden egyfajta egyensúlyi rendszert alkot, és a legfontosabb szabály – megfelelő szabályozás hiányában - ennek megteremtésében és betartásában a kontroll alatt tartás. A projektív térben az építmények hangulatából, szimbólumaiból is érezhető ezeknek a serdülőknek az állandó kontroll általi bezártsága, mely nem enged meg semmiféle lazítást. A játékon belül minden szigorú szabályok szerint történik, s ezek a vonások betekintést engednek a betegség háttérében álló regulációs deficitekbe.

7. MÁSODIK VIZSGÁLAT: AZ ANOREXIA NERVOSA ÉRZELEMSZABÁLYOZÁSI JELLEGZETESSÉGEINEK VIZSGÁLATA VERBÁLIS (TAS-20, DERS) ÉS NEM VERBÁLIS (IAPS) ÉRZELMI MŰKÖDÉSEKET VIZSGÁLÓ TESZTEKKEL

7. 1. Célkitűzések és hipotézisek

A vizsgálatunk célja, hogy az AN érzelmszabályozási jellegzetességeiről operacionalizálható mérőeszközök segítségével diszkrétebb képet kapjunk. Általános célkitűzésünk, hogy az evészavaros tüneteket és személyiségjegyeket összekössük az érzelmszabályozás működésével.

1. hipotézis: mind verbális, mind nem verbális érzelmi működéseket vizsgáló eljárások eredményeiben különbséget várunk az AN és a kontroll csoport tagjai között. Az alexitím működésmód mögötti érzelmszabályozási nehézségek, a „negatív érzelmi fogság“ megjelenését várjuk.
2. hipotézis: az AN csoportban a megváltozott séma következtében a étellel kapcsolatos ingerek szélsőségesebb reakciót váltanak ki, melyben megjelenik az érzelmi működés sajátossága
3. hipotézis: a két csoport nem csupán az evészavaros tünetek mentén különül el egymástól, hanem az érzelmszabályozási nehézségek is befolyásoló erővel bírnak

7. 2. Módszer

Vizsgálati személyek

A vizsgálatban 32 fő (16 AN, 16 kontroll) vett részt. Az AN csoport tagjai a Semmelweis Egyetem I. Gyermekgyógyászati Klinikájának Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztályán kivizsgálás alatt álltak, 2009 október és 2010 március között. A kezdeti 20 fős mintából 4 v.sz.-t kizártunk, a tesztek hiányos vagy nem értékelhető kitöltése miatt.

A AN csoport tagjainak mindegyike restriktív típusú AN diagnózist kapott, és a DSM-IV szerinti AN kritériumnak mind megfeleltek. A AN csoportban a lányok mindenegyike amenorrhoeás. Az adatfelvétel a terápiát megelőzően történt, és a kivizsgálás részét képezte¹⁰.

Az illesztett kontroll csoport tagjai fővárosi és vidéki középiskolások, önként vettek részt a vizsgálatban. Pszichiátriai diagnózissal nem rendelkeztek az adatfelvétel

¹⁰ A vizsgálat nem invazív eljárás, jóváhagyva a Semmelweis Egyetem TUKÉB által.

idején¹¹.

A két csoport az illesztésnek megfelelően független mintás t-próba alapján szignifikáns különbséget mutat a súly és a BMI területén, míg az életkori és a magasság értékek nem térnek el egymástól (ld. 3. táblázat).

3. táblázat

A vizsgálatban résztvevő AN és kontroll csoport adatainak összesítése (n=32)

	Csoport	Átlag	SD	t	df
Életkor (év)	AN	15.26	±1.449	0.220	30
	Kontroll	15.156	±1.207		
Súly (kg)	AN	41.50	±6.986	-7.803*	30
	Kontroll	58.625	±5.315		
Magasság (m)	AN	1.640	±.071	0.577	30
	Kontroll	1.613	±.167		
BMI	AN	15.426	±2.283	-8.847*	30
	Kontroll	21.181	±1.246		

* p<0,001

Eszközök

Evési zavar kérdőív (EDI)

Az evészavarok vizsgálatában az EDI (Garner, Olmsted, Polivy, 1983) a leggyakrabban használt kérdőív. A teszt hazai adaptációját Túry és mtsai (Túry et al., 1997) végezték. Ez egy Likert skálát használó önpontozó kérdőív, mely 64 tételből áll (ld. II. melléklet). Az evészavarok többdimenziós felfogásának értelmében, a kognitív, emocionális és viselkedéses tényezőket is értékeli, 8 alskálán (Túry, 2000e).

Az első három skála speciális, evészavarokra vonatkozó alskála, mely az evésre és a test alakjára vonatkozó attitűdöket, ill. viselkedési mintázatokat méri (Karcúság iránti készletesség, Bulímia, Testtel való elégedetlenség). A további öt skála az AN alapvető pszichopatológiai jellegzetességeit, személyiségvonásait vizsgálja (Elégtelenség érzése, Perfekcionizmus, Interperszonális bizalmatlanság, Interoceptív tudatosság, Félelem a felnőtté válástól). A kérdőív alkalmazásánál problémát okozhat a betegségbelátás hiánya miatt a tünetek részleges vagy teljes tagadása. Azonkívül a

¹¹ Az adatfelvételben nyújtott segítségéért köszönetet mondunk Uhlár Orsolyának.

teszt nem tartalmazza az AN pszichopatológiájának több fő jellemzőjét (pl. rigiditás, kényszeresség, túlzott kontroll) (Túry, 2000e).

Testi Attitűdök Tesztje (BAT)

A BAT (Probst et al, 1995) a szubjektív testélmény és a saját testtel kapcsolatos attitűd mérésére használt kérdőív, melynek hazai adaptációját Czeglédi és mtsai végezték (Czeglédi, Urbán, Csizmadia, 2010), kérdőív validitási és reliabilitási mutatói megfelelőek. A teszt egy 20 tételből álló, Likert skálát használó önpontozó kérdőív, mely háromfaktoros struktúrába rendeződik (ld. III. melléklet). A három faktor: (1) A testméret negatív értékelése, (2) A saját test ismeretének hiányos volta, (3) A testtel való általános elégedetlenség.

A testben minél magasabb az elért összpontszám, annál negatívabb a megélt testélmény. „A testméret negatív értékelése“ faktor azt fejezi ki, hogy az adott személy túl nagynek találja egyes testrészeit, és túl kövérnek érzi magát. „A saját test ismeretének hiányos volta“ faktor a saját testtel kapcsolatos szorongás és distressz élményét méri. „A testtel való általános elégedetlenség“ faktor a külső megjelenéssel kapcsolatos általános elégedetlenség mértékét méri (Czeglédi, Urbán, Csizmadia, 2010).

Torontói Alexitímia Skála (TAS-20)

Az új TAS kérdőívet (Bagby, Parker, Taylor, 1994) Cserjési és mtsai (Cserjési, Luminet, Lénárd, 2007) adaptálta, a kérdőív validitási és reliabilitási mutatói általában megfelelőek, a Pragmatikus gondolkodás alskála belső konzisztenciája gyengébbnek bizonyult, a másik két alskálánál (Cserjési, Luminet, Lénárd, 2007). A kérdőív 20 tételből áll, és háromfaktoros struktúrába rendeződik. A tételekre 5-fokú Likert skálán kell válaszolni (ld. IV. melléklet). A három faktor: (1) Az érzelmek azonosításának nehézségei, (2) Az érzelmek kifejezésének nehézségei, (3) Pragmatikus gondolkodás (Cserjési, Luminet, Lénárd, 2007).

„Az érzelmek azonosításának nehézségei“ faktor az adott személy saját testi érzeteinek érzelemként való felismerési készségét pontosságát, ill. az érzelmek azonosításának fontosságát méri. „Az érzelmek kifejezésének nehézségei“ faktor az érzelmek mások felé irányuló kifejezésének gyakoriságát, vizsgálja, valamint ezek fontosságát a társas kapcsolatokban betöltött szerepük kapcsán. Végül a „Pragmatikus

gondolkodás“ faktor a gyakorlatias, racionalista hozzáállást állítja az érzelmközpontú gondolkodással szembe (Cserjési, Luminet, Lénárd, 2007).

Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív (DERS)

Gratz és Roemer (2004) kérdőívét Kökönyei (2008) adaptálta, a kérdőív validitási és reliabilitási mutatói megfelelőek. A kérdőív 36 tételből áll, és hatfaktoros struktúrába rendeződik. A tételre 5-fokú Likert skálán kell választ adni (ld. V. melléklet). A hat faktor: (1) Érzelm reakciók elfogadhatatlansága, (2) Nehézségek a célirányos viselkedés fenntartásában, (3) Impulzuskontroll nehézségek, (4) Érzelm tudatosság hiánya, (5) Érzelemszabályozó stratégiákhoz való csökkent hozzáférés, (6) Érzelm tisztaság hiánya (Kökönyei, 2008).

Az „Érzelm reakciók elfogadhatatlansága“ faktor tételai arra irányulnak, hogy az adott személy a megtapasztalt negatív érzelmeire intenzív negatív érzellemmel reagál, vagyis másodlagos negatív érzelmeket mér. A „Nehézségek a célirányos viselkedés fenntartásában“ faktor azt méri, hogy negatív érzelmek esetén a koncentráció ill. a feladatok befejezésének nehézsége milyen mértékű. Az „Impulzuskontroll nehézségek“ faktoron megjelennek a negatív érzelmek hatására bekövetkező viselkedés szabályozásával kapcsolatos nehézségek. Az „Érzelm tudatosság hiánya“ faktor azt méri, hogy az adott személy mennyire képes figyelmi az érzelmi jelzéseire, és azokat mennyire tartja fontosnak. Az „Érzelemszabályozó stratégiákhoz való csökkent hozzáférés“ faktoron minél magasabb ponszámot ér el az adott személy, annál hosszabban tart a megjelenő negatív érzelmi állapot. Végül az „Érzelm tisztaság hiánya“ faktor azt méri, hogy az adott személy mennyire tudja azonosítani az éppen átélt érzelmeit (Kökönyei, 2008).

International Affective Picture System (IAPS)

Az International Affective Picture System különböző érzelmek kiváltására alkalmas vizuális ingerek gyűjteménye, az teszt 2005-ös verziója több, mint 900 képet tartalmaz (Lang, Bradley, Cuthbert, 2005). Előzetes vizsgálatok után (Deák, Csenki, Révész, 2010) összeállítottunk egy 20 ingerből álló sorozatot, melyben 10 ételt ábrázoló képet, és 10 érzelmi arckifejezést ábrázoló képet válogattunk össze (a képeket ld. a VI. mellékletben). Az IAPS képek érzelmkiváltó értékének mérésére a Self-Assessment Manikin (SAM) nevű nem-verbális értékelési eljárást használtuk

(Bradley, Lang, 1994). Az eljárás során a vizsgálatban résztvevő személyek a kis embert ábrázoló piktogramok segítségével jelölhetik a képek által kiváltott érzelmi élményeiket (piktogramokat ld. a VII. mellékletben).

Három dimenzió (valencia, arousal, kontroll/dominancia) mentén történik az értékelés. Mindhárom dimenzión öt figura és a köztük lévő üres mezők adják a skála egyes pontjait, így kilencfokú Likert-skálát kapunk. A 9-es érték jelöli a magas értéket (magas kellemességi szint, magas arousal szint, magas fokú kontroll vagy dominancia a kiváltott érzés felett), míg az 1 alacsony értéket jelöl (alacsony szintű kellemesség, alacsony arousal szint, ill. alacsony szintű kontroll vagy dominancia érzés a kiváltott érzések felett).

Eljárás

A teljes adatfelvétel kb. 45-50 percet vett igénybe, mely egyesével kétszemélyes helyzetben történt. A v.sz.-ek először a kérdőíveket töltötték ki, majd laptop segítségével történt a képek bemutatása és értékelése a három dimenzió (valencia; arousal; kontroll/dominancia) mentén.

Az IAPS képek felvételekor a kézikönyvben foglaltak szerint jártunk el (Lang, Bradley, Cuthbert, 2005). Az instrukcióban kihangsúlyoztuk, hogy a vizsgálat arra irányul, hogy az emberek milyen érzelmi reakciókat adnak a különböző hétköznapi élethelyzetek láttán. Ezután kiosztottuk a válaszlapokat, és elmagyaráztuk a piktogramok jelentését. Arra kértük a v.sz.-eket, hogy az adott képpel kapcsolatos pillanatnyi érzelmi állapotukat jelöljék le.

A képeket Powerpoint 2003-as program segítségével mutattuk be. A gyakorlási szakaszban három képet mutattunk be. Egy pozitív (2030 – fiatal nő), egy semleges (7010 – kosár) és egy negatív kép (3100 – megégett ember) szerepelt a gyakorló sorozatban. A gyakorlás alatt a v.sz.-ek megértették a dimenziók jelentését, és gyakorolták a piktogramok használatát. Elmagyaráztuk, hogy egy sor tartozik minden képhez, mindegyik sor három skálát tartalmaz, egy lapon 10 sor található. Egy képet 5 mp-ig mutattunk, majd 15 mp alatt értékelték az egyes képeket a dimenziók mentén.

7. 3. Eredmények

Evészavaros tüneteket mérő tesztek (EDI, BAT)

A két csoport az evészavar tünetek mentén szignifikánsan különbözik egymástól független mintás t-próba alapján. Az EDI 3 megkülönböztető faktorából a „Karcúság iránti készletesség“ ($t(30)=4,321$ $p<0,01$) és a „Testtel való elégtelenség“ ($t(30)=2,544$ $p<0,05$) faktorokban szignifikáns különbséget kaptunk, míg a „Bulímia“ faktorban nem jelent meg különbség ($t(30)=0$ $p>0,05$). Ez alátámasztja a restriktív AN tünetképzést. A további 5 faktor esetében az AN csoport szignifikánsan magasabb pontszámot ért el az „Elégtelenség érzése“, „Interperszonális bizalmatlanság“ és „Interoceptív tudatosság“ faktorokban, és szignifikánsan alacsonyabb pontszámot ért el a „Félelem a felnőtté válástól“ faktorban, mint a kontroll csoport (ld. VIII. melléklet).

A BAT teszt összpontszámában ($t(30)=3,175$ $p<0,01$), ill. két alskálában kaptunk szignifikáns különbséget a két csoportban („A saját test ismeretének hiányos volta“ $t(30)=4,744$ $p<0,01$, „Testtel való általános elégedetlenség“ $t(30)=-3,129$ $p<0,01$). Az EDI AN személyiségvonásokat mérő skálákon is szignifikáns eltéréseket kaptunk a két csoportban („Elégtelenség érzése“ $t(30)=4,146$ $p<0,01$, „Interperszonális bizalmatlanság“ $t(30)=4,635$ $p<0,01$, „Interoceptív tudatosság“ $t(30)=2,41$ $p<0,05$, „Félelem a felnőtté válástól“ $t(30)=-3,298$ $p<0,01$). A összefoglaló táblázatot ld. a VIII. mellékletben.

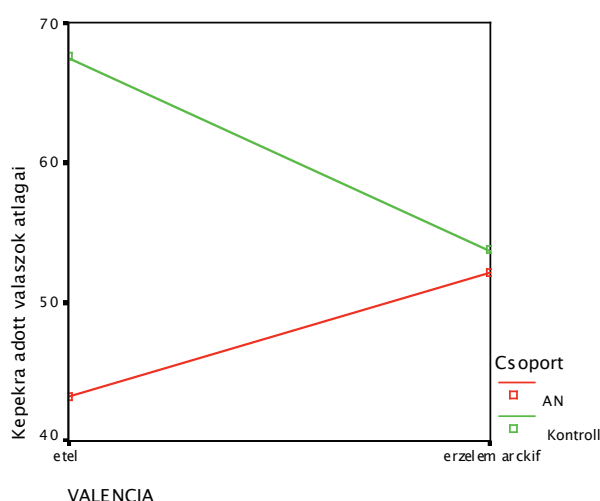
Érzelemszabályozási deficiteket mérő tesztek (TAS-20, DERS)

Független mintás t-próba alapján a két csoport mindkét teszt összpontszámaiban szignifikáns különbséget mutat (TAS-20: $t(30)=3,792$ $p<0,01$, DERS: $t(30)=4,644$ $p<0,01$), mindkét összpontszám esetében az AN csoport tagjai szignifikánsan magasabb pontszámot értek el. Az alexitímia skála első két faktorában szintén szignifikáns különbséget találtunk („Az érzelmek azonosításának nehézségei“ $t(30)=3,79$ $p<0,01$, „Az érzelmek kifejezésének nehézségei“ $t(30)=2,932$ $p<0,01$). A DERS faktorai közül 5-nél találtunk szignifikáns különbséget („Az érzelmi reakciók elfogadhatatlansága“ $t(30)=3,131$ $p<0,01$, „Impulzuskontroll nehézségek“ $t(30)=2,221$ $p<0,05$, „Érzelmi tudatosság hiánya“ $t(30)=4,726$ $p<0,01$, „Érzelemszabályozó stratégiákhoz való csökkent hozzáférés“ $t(30)=2,642$ $p<0,05$, „Érzelmi tisztaság hiánya“ $t(30)=5,128$ $p<0,01$). Mind a TAS, mind a DERS

faktoraiban az AN serdülők szignifikánsan magasabb pontszámot értek el, mint a kontroll csoport tagjai. A teljes összefoglaló táblázatot ld. a IX. mellékletben.

Az IAPS dimenziók

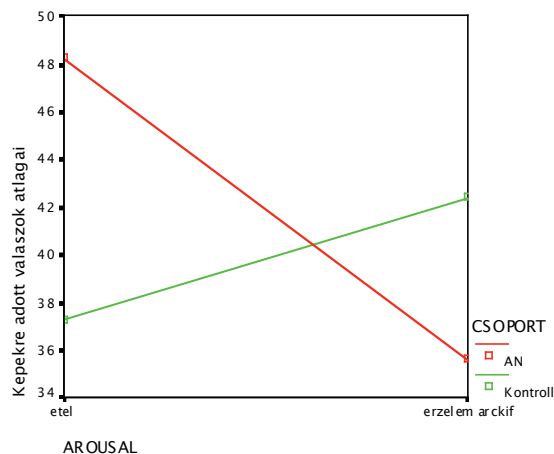
Az IAPS három dimenzióját kevert mintás varianciaanalízissel vizsgáltuk. A valencia dimenzióban az ételt és az érzelmi arckifejezéseket ábrázoló képeknél nem kaptunk szignifikáns különbséget ($F(1,30)=0,629$ $p>0,05$), míg a két csoport különbözik egymástól ($F(1,30)=14,88$ $p=0,001$). Az eredményt pontosítja a szignifikáns interakció a két csoport között ($F(1,30)=13,53$ $p=0,001$), ami azt mutatja, hogy az ételt ábrázoló képek valenciája az AN csoportban szignifikánsan alacsonyabb, mint a kontrollnál, míg az érzelmi képekre a két csoport egyformán válaszol. Az alábbi szemléltető ábra mutatja az interakciót¹².



7. ábra: Az IAPS valencia dimenziójának interakciója

Az arousal dimenzióban az ételt és az érzelmi arckifejezéseket ábrázoló képeknél nem kaptunk szignifikáns különbséget ($F(1,30)=1,349$ $p>0,05$), és a két csoport nem különbözik egymástól ($F(1,30)=0,146$ $p>0,05$). Az eredményt itt is pontosítja a szignifikáns interakció a két csoport között ($F(1,30)=7,554$ $p=0,01$), ami azt mutatja, hogy az ételt ábrázoló képek arousal értéke az AN csoportban jóval magasabb, mint a kontroll csoportban, míg az érzelmi képeknél ez fordítottan jelenik meg. A kontroll csoport magasabb arousal értékeket ad, mint az AN csoport az érzelmi arckifejezéseket ábrázoló képek esetében. A 8. ábra mutatja az interakciót.

¹² Az ábra nem matematikai grafikon, csupán a szemléltetést szolgálja.



8. ábra: Az IAPS arousal dimenziójának interakciója

A dominancia/kontroll dimenzió esetében az ételt és az érzelmi arckifejezéseket ábrázoló képeknél nem kaptunk szignifikáns különbséget ($F(1,30)=1,363$ $p>0,05$), és a két csoport nem különbözik egymástól ($F(1,30)=0,314$ $p>0,05$). Szignifikáns interakció a két csoport között nem jelent meg ($F(1,30)=1,751$ $p>0,05$). Ebből következik, hogy szemben a korábbi dimenziókkal, a két csoport a dominancia/kontroll dimenzióban nem mutat különbséget.

A tesztek alszkálái és az IAPS dimenziói közötti korrelációk

Az EDI evészavarokra vonatkozó alszkálái és az IAPS dimenziók között nem jelent meg szignifikáns korreláció. A BAT tesztben az ételt ábrázoló képek valencia értéke fordított mértékben korrelál az összpontszámmal ($r=-0,568$ $p<0,05$), ill. az első („testméret negatív értékelése“ $r=-0,506$ $p<0,05$) és a második („A saját test ismeretének hiányos volta“ $r=-0,605$ $p<0,05$) faktorról. Vagyis minél kellemetlenebbnek ítélik meg az AN serdülők az ételt ábrázoló képeket, annál negatívabb a saját testükkel kapcsolatos élményük. Az érzelmi arckifejezéseket ábrázoló képeknél nem jelent meg szignifikáns összefüggés (teljes korrelációs táblázatot ld. X. melléklet).

Az ételt ábrázoló képek arousal értéke egy BAT skála esetében korrelál pozitívan: „A saját test ismeretének hiányos volta“ ($r=0,503$ $p<0,05$), vagyis minél intenzívebb érzés jelenik meg az ételekkel kapcsolatban annál hiányosabb a saját test ismerete. Az érzelmi arckifejezéseket ábrázoló képeknél nem jelent meg szignifikáns összefüggés (teljes korrelációs táblázatot ld. X. melléklet).

Az ételt ábrázoló képek dominancia értéke szintén fordított korrelációt mutat a BAT összpontszámában ($r=-0,589$ $p<0,05$), ill. a második („A saját test ismeretének hiányos volta“ $r=-0,665$ $p<0,01$) és a harmadik („A testtel való általános elégedetlenség“ $r=-0,047$ $p<0,05$) faktorial. Tehát minél gyengébb a kontroll megjelenése az étel képeknél a saját testtel kapcsolatban egyre fokozottabb a negatív élmény. Az érzelmi arckifejezéseket ábrázoló képeknél nem jelent meg szignifikáns összefüggés (teljes korrelációs táblázatot ld. X. melléklet).

Az EDI az AN pszichopatológiai jellegzetességeire és személyiségvonásaira vonatkozó alskálái és az IAPS dimenziók között az ételt ábrázoló képek esetében csak az „Elégtelenség érzése“ faktorial jelentek meg összefüggések két IAPS dimenzióval kapcsolatban. Az arousal és az elégtelenség érzés között pozitív korreláció jelent meg ($r=0,501$ $p<0,05$), mely jelzi, hogy minél intenzívebb érzést él át az AN serdülő az ételt ábrázoló kép esetén, annál fokozottabb az önmagával való elégedetlensége. A dominancia/kontroll dimenzióban ez fordítottan jelenik meg ($r=-0,590$ $p<0,05$), vagyis minél gyengébb a kontroll érzés az ételek kapcsán, annál elégedetlenebb önmagával. Az érzelmi arckifejezéseket ábrázoló képeknél nem jelent meg szignifikáns összefüggés (teljes korrelációs táblázatot ld. X. melléklet).

Az érzelmi arckifejezéseket ábrázoló képek megítélése esetében csak egy összefüggést találtunk az IAPS és az EDI az AN pszichopatológiai jellegzetességeire és személyiségvonásaira vonatkozó alskálái között. A dominancia/kontroll dimenzió és az „Interoceptív tudatosság“ faktor fordítottan korrelál egymással ($r=-0,516$ $p<0,05$). Ez az együttjárás jelzi, hogy minél gyengébb a kontroll érzése az érzelmek megjelenésével kapcsolatban, annál inkább bizonytalan az AN serdülő a belső érzékelések, ill. érzelmek felismerésében és azonosításában.

A fenti együttjárások egyike sem jelent meg a kontroll csoportban. Az evészavaros tüneteket mérő tesztek (EDI, BAT) faktorai és IAPS dimenziók között a kontroll csoportban semmilyen kapcsolatot nem találtunk (teljes táblázat ld. XI. melléklet).

Az IAPS dimenziók és az érzelemszabályozási deficiteket mérő tesztek (TAS-20, DERS) között az AN csoportban néhány szignifikáns korreláció jelent meg az érzelmi arckifejezések megítélésével kapcsolatban.

A TAS-20 faktoraival az IAPS dimenziók közül a kontroll/dominancia dimenzióval jelent meg kapcsolat az érzelmkifejező képek kapcsán. Mind a TAS-20

összpontszám ($r=-0,670$ $p<0,01$), mind a második faktor („Az érzelmek kifejezésének nehézségei“ $r=-0,525$ $p<0,05$) esetében fordított korreláció kaptunk. Ez jelzi azt a működésmódot az AN csoportban, hogy minél gyengébb a kontroll az érzelmkifejezések kiváltotta érzelmek kapcsán, annál inkább megjelenik az alexitímiás működés.

Az érzelmkifejezéseket ábrázoló képek esetében az arousal dimenzió pozitív ($r=0,512$ $p<0,05$), a kontroll/dominancia dimenzió ($r=-0,488$ $p<0,05$) negatív korrelációt mutatott a DERS „Impulzuskontroll nehézségek“ faktorával. Ez az együttjárás jelzi, hogy minél fokozottabb intenzitást, és minél gyengébb kontrollt él meg az AN serdülő érzelmi arckifejezések kapcsán, annál nehezebben tudja szabályozni a viselkedését negatív érzelmek hatására (teljes korrelációs táblázat ld. XII. melléklet).

A kontroll csoportban nem találtunk az IAPS dimenziók és a TAS-20 ill. DERS faktorok között összefüggést (teljes táblázat ld. XIII. melléklet).

A két csoport vizsgálatában az összes változóra diszkriminancia-analízist használva azt az eredményt kaptuk, hogy az AN és a kontroll csoportot az összes vizsgált dimenzió közül a következő hat változó különíti el leginkább: BMI ($\alpha=0,263$ $p<0,001$), „Elégtelenség érzése“ – EDI4 ($\alpha=0,112$ $p<0,05$), „Érzelmi tudatosság hiánya“ – DERS4 ($\alpha=0,158$ $p<0,001$), „Érzelemszabályozó stratégiákhoz való csökkent hozzáférés“ – DERS5 ($\alpha=0,127$ $p<0,01$), „Karcúság iránti készletelés“ – EDI1 ($\alpha=0,107$ $p<0,05$), és „Az érzelmek azonosításának nehézségei“ – TAS1 ($\alpha=0,106$ $p<0,05$). A fenti hat dimenzió együtt 100%-ban jósolja be a csoportba tartozást. Ezen eredmény alapján elmondhatjuk, hogy a nyilvánvaló tüneti jellegzetességek mellett (BMI, EDI1), megjelent az AN pszichopatológiájára jellemző személyiségvonás (EDI4), de legnagyobb számban az érzelemszabályozási deficitekre utaló faktorok (DERS4, DERS5, TAS1) jelentek meg.

7. 4. Megbeszélés

A vizsgálatunk célja az volt, hogy az AN érzelemszabályozási jellegzetességeit mélyebben megértsük, és operacionalizálható tesztekkel is feltárjuk. Általános feltevésünk, hogy az evészavaros jellegzetességek pszichológiai értelemben tünetek, és mélyebb érzelemszabályozási deficitek maszkolására vagy azok szelepeként funkcionálnak.

Elvárásainak megfelelően a két csoport nemcsak külsőségeiben megjelenő tüneti (súly, BMI), hanem az evészavaros tesztekkel feltérképezhető jellegzetességek mentén is (EDI, BAT faktorok) különbözik egymástól. Az AN serdülőknél megjelenik az EDI alapján a testképzavart alátámasztó két faktorban a szignifikáns különbség, mely alapján fokozottabb a karcsúság iránti vágyuk, és saját testükkel kapcsolatban elégedetlenek. Ezt erősíti a BAT teszt alapján megjelenő fokozott negatív testélmény, ill. a saját testtel kapcsolatos szorongás, és általános elégedetlenség. Emellett az AN pszichopatológiájára jellemző személyiségvonások mentén is különbözik egymástól a két csoport, melyben megjelenik az AN serdülőknél a negatív énkép, a bizalmatlanság, ill. a felnőtté válástól való félelem.

Az érzelemszabályozási nehézségek mentén is markáns különbség jelent meg a két csoport között. Az alexitím működésmódot a vizsgálatban alátámasztja az AN csoportban szignifikánsan magasabb TAS-20 összpontszám, valamint a teszt alapján megjelenő érzelmi azonosítási és kifejezési nehézség.

A szakirodalomban régóta tárgyalt alexitím működésmód mögött álló érzelemszabályozási nehézségeket a két csoport közötti DERS eredmények különbsége alapján jobban meg tudjuk érteni. Az összpontszám különbsége alapján elmondható, hogy markáns deficit mutatkozik meg az AN csoportban az érzelemszabályozásban. Ezt tovább árnyalja a egyes alfaktorokban megjelenő különbség. Egyrészt alátámasztást nyer a „negatív érzelmi fogság“, hiszen az AN serdülőknél a negatív érzelmek megjelenésének hatására nehézség mutatkozik azok adekvát kezelésében, inkább további negatív érzelmekkel reagálnak. Negatív érzelmek hatására nehézségek mutatkoznak a viselkedés szabályozásban, ill. hosszabban fennmarad náluk a negatív érzelmi állapot. Másrészt összhangban a TAS-20 eredményekkel, az AN fiatalok nem tudnak figyelni érzelmi jelzéseikre, és nem tartják a fontosnak azokat, valamint nem tudják azonosítani az átélt érzelmeket.

Nem tapasztaltunk különbséget a két csoport között abban a működésmódban, hogy a negatív érzelmek megjelenése negatívan befolyásolná a koncentrációt, ill. a célirányos viselkedés fenntartását. Feltevésünk szerint a AN-ra jellemző céltudatos és perfekcionista működés magyarázatul szolgálhat erre, és jelen helyzetben még nem érinti az érzelemszabályozás ezen területét. Hangsúlyoznánk, hogy még nem jelent meg ez a deficit, hiszen nem beszélhetünk krónikus betegségről. Arra vonatkozóan csak elképzeléseink lehetnek, hogy az AN tartós fennmaradása mennyiben érinti ezt a

területet is.

A nem verbális érzelmi működést vizsgáló helyzetben (IAPS) szélsőséges érzelmi reakció a megváltozott sémának megfelelően az ételt ábrázoló képek esetében jelent meg, ez alátámasztja az elvárásainkat. Valószínűsítjük, az érzelmi arckifejezések az AN serdülők számára nem jelentek olyan szignifikáns ingert, amire válaszként megjelenhet a deficit az érzelmi működésben. A valencia dimenzióban az érzelmi arckifejezésekre adott válaszokban nem reagált másként az egészséges és a beteg csoport. Az étel képekre adott válaszokban az AN csoportban természetesen megjelent az evészavaros működés, a képekre adott negatív reakciókban.

Emellett izgalmasabbá teszi a képet az arousal dimenzió működése. Várhatóan az AN serdülők intenzívebb érzést élnek át az étel képeket nézve, ugyanakkor a kontroll csoporthoz képest visszafogottabban viszonyulnak az érzelmi arckifejezésekhez. Ez szintén arról szól, hogy az érzelmi arckifejezések mintha nem bírnanak releváns értékkel az AN fiatalok számára. Sajnos az átélt érzelmek kontrollálhatóságáról jelen vizsgálatban nem tudtunk meg többet, melyet az alacsony mintaelemszámmal magyarázhatunk.

Az eredmények alapján elmondhatjuk, hogy az AN működésben tetten érhető az a deficit, hogy a valencia dimenzióban az érzelmi arckifejezések kapcsán csak akkor jelenhet meg a kontroll csoporttól nem különböző, tipikus reakció, ha az átélt érzelem intenzitása lecsökken. Ugyanakkor az evészavaros tüneteknek megfelelően egy a kontroll csoport számára irreleváns inger esetében (étel) szélsőséges érzelmi reakció jelenik meg az AN csoportban.

A fenti sajátosságot tovább árnyalja a negatív testélmény (BAT) és az étel képekre adott érzelmi válaszok kapcsolata (IAPS) az AN csoportban. A negatív testélmény különböző aspektusainak megélése az eredményeink alapján kapcsolatba hozható mindhárom IAPS dimenzióval. Ennek tükrében az étel látványa közben átélt érzelem minősége, intenzitása és kontrollálhatósága szoros kapcsolatban áll a saját test negatív megélésével. Minél negatívabb, intenzívebb és kevésbé kontrollálható egy étel által kiváltott érzelem, annál negatívabb a saját testtel kapcsolatos élmény is. Ebben az érzelmi reakcióban megjelenik a testképzavaros működésmód, vagyis a betegség fő tünete.

A fenti kapcsolatot a tüneti szinten túl kiterjeszthetjük egy a pszichopatológiára jellemző személyiségjegy mentén is. Az EDI teszt „Elégtelenség

érzése“ alfaktora túlmutat a saját testtel való elégtelenségen, és egy általános, személyre vonatkozó elégtelenség érzést mér. Ez a faktor szintén kapcsolatba hozható az étel képek kiváltotta érzéssel. Minél intenzívebb, és kevésbé kontrollálható az érzelmi reakció, annál fokozottabb az AN serdülő önmagával szemben érzett elégtelenség érzése.

Ezen eredményeket összefoglalhatjuk úgy, mint a betegség legfőbb sajátosságát, és csapda helyzetét. Minél előrehaladottabb egy evészavaros tünetképzés, annál inkább fokozódik a saját testtel és önmagával kapcsolatos elégedetlenség. Így, ami kezdetben adaptív célt szolgált, a betegség kialakulásával és fennmaradásával maladaptívává vált.

Míg az IAPS ételt ábrázoló képei az evészavaros tüneti szinttel állnak kapcsolatban, addig az érzelmi arckifejezéseket ábrázoló képek az érzelmi nehézségeket mérő tesztekkel mutatnak szignifikáns együttjárásokat, különösen a kontrollálhatóság mentén (IAPS kontroll dimenzió). Az érzelmekhez kapcsolódó fokozott kontroll kapcsolatba hozható az interoceptív tudatosság megélésével az AN csoportban, oly módon, hogy csak a fokozott kontroll mellett élhetőek meg és azonosíthatóak nagyobb biztonsággal a belső tartalmak, érzelmek.

A fokozott kontroll, mint jellegzetes védekező működés az AN-ban az eredményeink alapján is alátámasztást nyert. Az érzelmi arckifejezések által kiváltott érzelmek esetén minél kevésbé fokozott a kontroll, annál inkább előtérbe kerülnek az érzelemszabályozási nehézségek. Egyrészt az alexitím vonások, különösen az érzelmek kifejezésének nehézsége jelenik meg a kevésbé fokozott kontroll mellett. Másrészt a gyengébb kontroll azt is jelenti, hogy impulzuskontroll nehézségek is megjelennek az AN csoportban. Ez az érzelemszabályozási nehézség azt jelenti, hogy ha nincs túlkontrolláltság, akkor a negatív érzelmek hatására viselkedés szabályozásában nehézségek mutatkoznak.

Végül a vizsgálatunk szempontjából igen fontos eredmény az, hogy a két vizsgált csoport nem csupán evészavaros tüneti jellegzetességek mentén különíthető el, hanem ugyanolyan lényeges szempont az elkülönítésben az érzelemszabályozás jellegzetes mintázata. Az alacsony testtömegindex (BMI), és a testképzavar (EDI1) az AN diagnosztikai kritériumai között szerepelnek. Emellett az AN pszichopatológiájában a diszkriminancia analízis eredménye alapján igen hangúlyos a negatív énkép (EDI4) megjelenése, ill. érzelemszabályozási nehézségeken belül olyan

jellegzetességek, mint az érzelmekre való odafigyelés, és azok azonosításának képessége, valamint a megfelelő érzelemszabályozó stratégiák elérhetősége.

Összefoglalás

Vizsgálatunkban az AN pszichopatológiájára egyértelműen jellemző tüneti kép megjelenése mellett árnyalt képet kaptunk az érzelemszabályozási nehézségekről is. A hipotéziseink alátámasztást nyertek. Megjelent a torzult sémának megfelelő jellegzetes reakció az AN-ban releváns ingerekkel kapcsolatban, és a működés hátterében tapasztalható a „negatív érzelmi fogás“. A vizsgálatunk legfőbb korlátja az alacsony mintaelemszám, mindamelllett markáns jellegzetességek ezen a mintán is megmutatkoztak.

A túlkontrolláltság védelmi funkciója mögött megjelenő érzelemszabályozási deficittek markáns megjelenése a vizsgálati mintában mindenképpen felvetnek további vizsgálati kérdéseket, és terápiás megfontolásokat is. További vizsgálati kérdésként az elméleti összefoglaló alapján is felmerül az érzelemszabályozási deficittek eredete, így annak kiterjesztett vizsgálata a gondozói működésben. Az AN terápiájában a negatív test- és énképpel való munka mellett hangsúlyossá kell válnia az érzelmi működés nehézségeivel való munkának is.

8. HARMADIK VIZSGÁLAT: AZ ANOREXIA NERVOSA ÉRZELEMSZABÁLYOZÁSI NEHÉZSÉGEINEK VIZSGÁLATA ANYAI MINTÁN

8. 1. Célkitűzések és hipotézisek

Vizsgálatunk általános célkitűzése, hogy a serdülőkori AN érzelemszabályozási jellegzetességei mögött megjelenő anyai érzelmi működést feltérképezze. Feltételezzük, hogy anyai működésében az evészavaros jellegzetességek kevésbé dominálnak, ugyanakkor az érzelemszabályozási deficitiek megjelennek, melyek alapján körvonalazhatóvá válik az érzelmileg érvénytelenítő környezet.

1. hipotézis: a két csoport hasonlóan teljesít az evészavarok jellegzetességeit vizsgáló helyzetekben, beleértve az étel képekre adott érzelmi reakciókat is, mely reakciókban várhatóan nem jelennek meg evészavaros tünetek
2. hipotézis: a két csoportot leginkább az érzelmi működésmód jellegzetességei különítik el egymástól az adott vizsgálati helyzetben
3. hipotézis: az AN serdülők anyai mintájában tapasztalható lesznek érzelemszabályozás nehézségek, alexitím vonások, melyek közül különösen az érzelmek azonosításának és kifejezésének nehézségeinek megjelenését várjuk

8. 2. Módszer

Vizsgálati személyek

A vizsgálatban 28 fő (14 AN beteg anyja, 14 kontroll anyja) vett részt. Mindkét csoport tagjai az előző vizsgálati mintában szereplő serdülő lányok édesanyjai.

Az AN csoport a Semmelweis Egyetem I. Gyermekgyógyászati Klinikájának Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztályán kivizsgálás alatt álló AN betegek anyjaiból állt. Az AN diagnózist kapott serdülő lányok mindegyike megfelelt a DSM-IV szerinti restriktív típusú AN diagnózis kritériumainak. A eredeti 16 fős anyai mintából 2 v.sz.-t kizártunk, a tesztek hiányos vagy nem értékelhető kitöltése miatt.

A vizsgálat 2009 október és 2010 március között zajlott, és az adatfelvételek a v.sz.-ek egyike sem rendelkezett pszichiátriai diagnózissal, és nem állt sem pszichoterápiás, sem gyógyszeres kezelés alatt az AN csoport tagjai közül. Az

adatfelvétel a terápiát megelőzően történt, önkéntes alapon¹³.

Az illesztett kontroll csoport tagjai az előző vizsgálatban kontrollként résztvevő serdülők édesanyjai, akik szintén önként vettek részt a vizsgálatban. Pszichiátriai diagnózissal nem rendelkeztek az adatfelvétel idején¹⁴.

A két csoport között az illesztésnek megfelelően független mintás t-próba alapján nincs különbség az életkor, a súly, a magasság és a BMI tekintetében. Míg az AN serdülők és a kontroll csoport esetében a pszichopatológia szempontjából releváns dimenziókban van szignifikáns eltérés, az anyáknál ez természetesen nem jelenik meg. (ld. 4. táblázat).

4. táblázat

A vizsgálatban résztvevő AN és kontroll csoport adatainak összesítése (n=28)

	Csoport	Átlag	SD	t	df
Életkor (év)	AN	45.571	±5.445	.155	26
	Kontroll	45.285	±4.232		
Súly (kg)	AN	69.407	±15.110	1.134	26
	Kontroll	64.500	±5.827		
Magasság (m)	AN	1.693	±.060	1.103	26
	Kontroll	1.670	±.048		
BMI	AN	24.100	±4.752	.688	26
	Kontroll	23.135	±2.212		

* p<0,05

Eszközök és eljárás

A vizsgálat során használt kérdőíveket, és eszközöket az előző vizsgálatban bemutattuk. A vizsgálati eljárás megegyezett az előző vizsgálatban leírtakkal.

8. 3. *Eredmények*

Evészavaros tüneteket mérő tesztek (EDI, BAT)

A két csoport az evészavar tünetek mentén szignifikánsan különbözik egymástól független mintás t-próba alapján. Az EDI 3 megkülönböztető faktorából az a „Karcúság iránti késztetés“ ($t(26)=-2,28$ $p<0,05$), a „Bulímia“ ($t(26)=-2,702$ $p<0,05$) és a „Testtel való elégtelenség“ ($t(26)=-3,388$ $p<0,01$) faktorokban

¹³ A vizsgálat nem invazív eljárás, jóváhagyva a Semmelweis Egyetem TUKÉB által.

¹⁴ Az adatfelvételben nyújtott segítségéért ismét köszönetet mondunk Uhlár Orsolyának.

szignifikáns különbséget kaptunk. A kontroll csoport tagjai szignifikánsan magasabb pontszámot értek el az említett faktorokban, de ez a pontszám nem éri el a diagnosztikus határértéket (Túry, 2000e). Az EDI AN személyiségvonásokat mérő skálákon nem jelent meg szignifikáns eltérés egy faktorban sem. A összefoglaló táblázatot ld. a XIV. mellékletben.

A BAT teszt összpontszámában ($t(26)=-2,391$ $p<0,05$) szintén szignifikáns különbséget a két csoportban kaptunk, de ez egyes alszkálában ez már nem jelentkezett. Az összpontszám esetében a kontroll csoport tagjai szignifikánsan magasabb értéket értek el, mint az AN lányok anyjai, mely a negatív testélmény jelenlétét jelzi a kontroll anyai mintábanban. A összefoglaló táblázatot ld. a XIV. mellékletben.

Érzelemszabályozási deficiteket mérő tesztek (TAS-20, DERS)

Független mintás t-próba alapján a két csoport a TAS-20 összpontszámában, és egyes skáláin sem különbözik szignifikánsan, mely alapján nem jelenik meg az alexitím működésmód egyik csoportban sem. A DERS összpontszámában ($t(26)=3,222$ $p<0,01$) és faktorai közül háromnál találtunk szignifikáns különbséget („Az érzelmi reakciók elfogadhatatlansága“ $t(26)=2,462$ $p<0,05$, „Érzelmi tudatosság hiánya“ $t(26)=2,559$ $p<0,05$, „Érzelmi tisztaság hiánya“ $t(26)=4,304$ $p<0,01$). Ebben az összehasonlításban az AN lányok anyjai értek el nagyobb értékeket, tehát az érzelemszabályozási nehézségek az AN anyai csoportra jellemzőek. A teljes összefoglaló táblázatot ld. a XV. mellékletben.

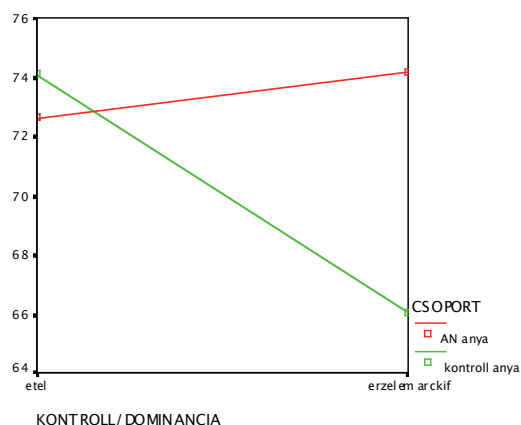
Az IAPS dimenziók

Az IAPS dimenziót kevert mintás varianciaanalízissel vizsgáltuk. A valencia dimenzióban az ételeket és az érzelmi arckifejezéseket ábrázoló képeknél szignifikáns különbséget kaptunk ($F(1,26)=9,258$ $p<0,05$), de a két csoport nem különbözik egymástól ($F(1,26)=0,076$ $p>0,05$), és a köztük lévő interakció sem szignifikáns ($F(1,26)=0,7$ $p>0,05$). Ennek alapján elmondhatjuk, hogy a valencia dimenzióban a két csoport egyformán reagált, az étel képeket kellemesebbnek, az érzelmi arckifejezéseket inkább semlegesnek ítélték.

Az arousal dimenzióban szintén az étel és az az érzelmi arckifejezések mentén szignifikáns különbséget kaptunk ($F(1,26)=11,332$ $p<0,005$), de a két csoport itt sem különbözött egymástól ($F(1,26)=0,014$ $p>0,05$), és a köztük lévő interakció sem

szignifikáns ($F(1,26)=0,645$ $p>0,05$). Ebben a dimenzióban az étel képek kisebb intenzitást váltottak ki, mint az érzelmi arckifejezések, és mindkét csoport egyformán reagált.

A kontroll/dominancia dimenzióban a kétféle képcsoportnál nem kaptunk szignifikáns különbséget ($F(1,26)=2,734$ $p>0,05$), és a két csoport itt sem különbözött egymástól ($F(1,26)=0,448$ $p>0,05$). Ugyanakkor szignifikáns interakciót kaptunk ($F(1,26)=6,017$ $p<0,05$), mely jelzi, hogy az AN lányok anyjai az ételt ábrázoló képekre hasonló módon reagáltak, mint a kontroll mintában az anyák, de az érzelmi arckifejezések esetében szignifikánsan fokozottabb kontroll jelent meg. Az 9. ábra mutatja az interakciót.¹⁵



9. ábra: Az IAPS kontroll/dominancia dimenziójának interakciója

A tesztek alszkálái és az IAPS dimenziói közötti korrelációk

Az AN serdülők anyai mintájában EDI alszkálái és az IAPS dimenziók között csak az ételt ábrázoló képek valencia dimenziójával találtunk szignifikáns összefüggést. A „Bulímia“ ($r=0,776$ $p<0,01$), a „Elégtelenség érzése“ ($r=0,581$ $p<0,05$), és az „Interperszonális bizalmatlanság“ ($r=0,592$ $p<0,05$) alszkálák korrelálnak az étel képek valencia értékeivel. Az AN serdülők anyjai minél kellemesebbnek ítélték meg az étel kiváltotta érzéseiket, annál fokozottabban jelentek meg az evészavarokhoz kapcsolódó tünetek, mint pl. a túlevéstől való félelem, a saját magával való elégtelenség érzése, ill. a kapcsolati bizalmatlanság, elidegenedés.

A BAT teszt alszkálái és az IAPS dimenziók között nem tapasztaltunk szignifikáns együttjárást (Teljes korrelációs táblázatot ld. XVI. melléklet).

¹⁵ Az ábra a szemléltetést szolgálja, nem matematikai grafikon.

A kontroll csoportban a fenti együttjárások egyike sem jelent meg. Az evészavaros tüneteket mérő tesztek (EDI, BAT) alszkálái és az IAPS dimenziók között a kontroll csoportban semmilyen szignifikáns kapcsolatot nem találtunk (Teljes korrelációs táblázat ld. XVII. melléklet).

Az IAPS dimenziók és az érzelemszabályozási deficiteket mérő tesztek (TAS-20, DERS) között néhány szignifikáns összefüggés jelent meg az AN lányok anyai mintájában. A TAS-20 alszkálái és az IAPS dimenziók között nem jelent meg összefüggés. A DERS esetében az összpontszám ($r=-0,615$ $p<0,05$) és az „Érzelmi tisztaság hiánya“ faktor ($r=-0,546$ $p<0,05$) negatívan korrelál az érzelmi arckifejezéseket ábrázoló képek valencia értékével. Az AN lányok anyjai minél kellemetlenebbnek ítélik az érzelem kifejezések által kiváltott érzelmeiket, annál több nehézséget élnek meg az érzelmeik szabályozásában, ill. azok azonosításában. Egy másik összefüggés jelent meg az érzelmeik intenzitásával kapcsolatban. Mindkét képcsoport esetében az IAPS arousal dimenziója pozitívan korrelál a DERS „Impulzuskontroll nehézségek“ faktorával (étel képek: $r=0,772$ $p<0,01$, érzelmi arckifejezések: $r=0,802$ $p<0,01$). Vagyis az AN anyai mintában minél intenzívebben élnek meg az anyák egy étel vagy érzelmi arckifejezés által kiváltott érzelmet, annál inkább nehézségeik vannak a viselkedés és az érzelmeik szabályozásával (Teljes korrelációs táblázat ld. XVIII. melléklet).

A kontroll anyai mintában a fenti együttjárások nem jelentek meg, ill. az IAPS dimenziók és az érzelemszabályozási deficiteket mérő tesztek (TAS-20, DERS) között nem tapasztaltunk szignifikáns együttjárásokat (Teljes korrelációs táblázat ld. XIX. melléklet).

A két anyai minta vizsgálatában az összes változóra diszkriminancia-analízist használva azt az eredményt kaptuk, hogy az AN és a kontroll anyai csoportot az összes vizsgált dimenzió közül a két változó – az „Érzelmi tisztaság hiánya“ DERS faktor ($\alpha=0,694$ $p<0,01$), ill. a „Testtel való elégedetlenség“ EDI faktor ($\alpha=0,584$ $p<0,05$) – különíti el leginkább. Ez a két dimenzió együttesen 100%-ban jósolja be a csoportba tartozást. Az eredmények alapján elmondhatjuk, hogy a két anyai csoport leginkább abban különbözik egymástól, hogy az AN serdülő lányok anyjainál fokozott nehézség jelenik meg az átélt érzelmeik azonosításában. Míg a kontroll anyák jóval elégedetlenebbek a saját testükkel, mint az AN lányok anyjai.

8. 4. Megbeszélés

Jelen vizsgálatunk célja, hogy a serdülőkori AN érzelemszabályozási jellegzetességei mögött megjelenő anyai érzelmi működést feltérképezzük. Feltételezésünk szerint, az anyai működésmódban az evészavaros jellegzetességek dominanciája helyett, az érzelemszabályozási deficitek jelennek meg markánsabban, melyek alapján kirajzolódik az érzelmileg érvénytelenítő környezet.

Az evészavaros tüneteket mérő tesztekben már egy meglepő eredményt kaptunk a két csoport összehasonlításakor. A kontroll csoport anyjai szignifikánsan nagyobb értékeket értek el az EDI 3 megkülönböztető alskáláján, mely jelzi, hogy a kontroll csoport tagjai között megjelennek az evészavaros tünetek. Ezt erősíti, hogy a BAT összpontszámában is megjelenik ez a különbség, mely a saját testtel kapcsolatos fokozottabb negatív élményekről szól a kontroll csoportban.

A kapott eredmény értelmezésekor fontos látnunk, hogy messze nem klinikai értelemben vett evészavar tünetek jelentek meg a kontroll mintában. Csupán egy hétköznapi reakciót kaptunk egy evészavaros magatartást mérő papír-ceruza tesztben, egy női mintán, egy olyan társadalomban, ahol külső megjelenés központi jelentőséggel bír. Ezt alátámasztják azok a további eredmények, hogy az AN-ra jellemző személyiségvonások területén nem tapasztaltunk különbséget, sőt ezen faktorok többségében meg is fordul az arány: az AN lányok anyjai érnek el nagyobb értékeket, bár az eredmény messze nem szignifikáns.

Ennél érdekesebb a kapott eredmény abból a szempontból, hogy az AN serdülők anyjai esetében ezek az EDI első három faktorának értékei miért ennyire alacsonyak, és hogy, miért nem jelenik meg náluk ez a hétköznapiak vélt reakció. Elképzeléseink szerint ez az AN következménye lehet az anyai működésben. A hónapok óta jelen lévő, életveszélyes betegséghez kapcsolódó tüneteket nem jelenhetnek meg az anyáknál, azok az AN részei, tünetei. Nem gondoljuk, hogy a jelen „alulműködés“ oka szándékos disszimuláció, vagy fokozott saját testtel kapcsolatos elégedettségéről van tehát szó.

A hipotézisünk az volt, hogy a két csoport várhatóan hasonló módon működik az evészavaros tünetek tekintetében, és nem jelenik meg különbség. A fenti eredmények ezt cáfolják, de a különbség oka az AN lányok anyai mintájában a egyfajta „alulműködés“ eredménye, nem pedig a kontroll anyai minta pszichopatológias működése.

Az érzelemszabályozási deficitek területén az alexitím működés mód a TAS-20 alapján nem igazolódott egy csoportban sem. Az AN lányok anyai mintájában ugyanakkor érzelemszabályozási deficitekre utaló működések szignifikánsan megjelentek. Az eredmények mintázata azt az érzelmi működés módot jeleníti meg az AN anyai csoportban, melyben hangsúlyos a negatív érzelmek elfogadhatatlansága, az érzelmek fontosságának és az érzelmekre vonatkozó figyelmnek a hiánya, ill. az érzelmek azonosításának nehézsége. Mindez egybeesik a Fox (2009b) által megfogalmazott érzelmileg érvénytelenítő gondozói környezettel.

A nem verbális érzelmi működés vizsgáló helyzetben (IAPS) az első két dimenzióban nem kaptunk különbséget a csoportok között. Egyformán reagáltak az ételt és az érzelmi arckifejezéseket ábrázoló képekre a kellemesség és az intenzitás megítélésében. A kontroll/dominancia dimenzióban viszont igen jellegzetes működés mód jelent meg az AN lányok anyjainál. Míg az étel képekre itt is a kontroll csoporthoz hasonló reakciót adtak, addig az érzelmi arckifejezések esetében szignifikánsan fokozottabb kontrollal reagáltak. Tehát az érzelmi arckifejezések által kiváltott érzelmi reakciójukban megjelent a túlkontrollálás a kontroll mintához képest.

Ez az eredmény jól kapcsolható a fentebb megfogalmazott működéshez, és további megerősítéssel szolgál a jellegzetes anyai érzelmi működés módról. Az érzelmek „veszélyessége“ folytán (ld. Fox, 2009b) szükségesebb egy fokozottabb kontroll az érzelmek megjelenésekor. Abban az értelemben nem inadekvát a reakció, hogy csak az érzelmi arckifejezésekhez kapcsolódik, az étel képek által kiváltott reakciókban nem jelenik meg.

Az ételt ábrázoló képekre adott reakció viszont kapcsolatban van az AN lányok anyjainál bizonyos evészavaros tünetekkel és személyiségvonásokkal. Az ételek által kiváltott érzelmi reakció minél kellemesebb, egyrésztől annál fokozottabb a bulímiához kapcsolódó félelmek megjelenése a mintában. Másrészt az étel képekkel kellemességével kapcsolatban fokozódik a saját magával való elégtelenség és a másokkal szembeni bizalmatlanság érzése. Az interperszonális bizalmatlanságban ismét megjelenik az érzelmek kifejezésének nehézsége (Túry, 2000e).

Az érzelemszabályozási deficitről szól az IAPS dimenziók és a DERS kapcsolata. Az érzelmi arckifejezések által kiváltott érzelmi reakciók minél kevésbé kellemesek az AN lányok anyjai számára, annál inkább megjelenik az érzelemszabályozási nehézség, és különösen megint az érzelmek azonosításának

nehézsége jelenik meg. Ez meglátásunk szerint ismételt az érzelmek „veszélyes“ megítéléséről szól az AN anyai mintában. Ezt megerősíti, hogy az érzelmekkel kapcsolatos intenzitás fokozódása (IAPS arousal dimenzió) együtt jár impulzuskontroll nehézségekkel (DERS3). Vagyis az AN lányok anyjai esetében az érzelmi élmény intenzitása kapcsolódik az érzelmi és viselkedéses szabályozási nehézségekhez, mely ismételt szólhat arról a „fenyegetésről“, melyet az érzelmi élmények jelentek.

Végül az összes változó közül a két anyai csoportot mindössze kettő változó is maximálisan el tudja különíteni. Ebben az elkülönítésben megjelenik a fentebb említett „hétköznapi reakció“ a kontroll csoport működésében, hiszen a két anyai mintát egyrészt ez különíti el. A kontroll csoport anyjainak saját testükkel való elégedetlensége szignifikánsan eltér az AN serdülők anyjaitól, melynek feltevésünk szerint az AN lányok anyai mintájában e téren megjelenő „alulműködés“ az oka, ahogy fentebb kifejtettük.

A másik elkülönítő faktor az érzelmi működés jellegzetességéről szól az AN anyai csoportban. Az „Érzelmi tisztaság hiánya“ DERS alfaktor az éppen átélt érzelem azonosításának nehézségéről szól (Kököneyi, 2008), mely mint a vizsgálat több eredményében is láttuk, az AN mintában az anyai érzelmi működés sajátja, és további érzelemszabályozási nehézségekhez vezet, mind az anyák, mind az AN serdülők esetében.

Összefoglalás

Vizsgálatunkban a serdülőkori AN érzelemszabályozási jellegzetességei mögött megjelenő anyai érzelmi működés térképeztük fel, ezzel kapcsolatos hipotéziseinket alátámasztottuk. A szakirodalomban megjelenő (Fox, 2009b) érzelmileg érvénytelenítő gondozói környezet dinamikája többszörösen is megjelent vizsgálati eredményeinkben. Markánsan megjelent az anyai működésben az érzelmek azonosítása és kifejezése számukra is nehézséggel jár. Ezzel szembeni védekezésként egyrészt megjelenik, hogy az érzelmek „veszélyesek“ és elkerülendőek, valamint, hogy nem bírnak fontossággal, nem szignifikánsak a lelki működésben. Érzelmi élmény megjelenésével kapcsolatban megtapasztaltuk a szabályozási nehézségek, ill. erre válaszként a túlkontrolláló érzelmi magatartást

ÖSSZEFOGLALÁS ÉS KITEKINTÉS

A doktori disszertációmban az AN-ban megjelenő érzelemszabályozási nehézségek vizsgálatát mutattuk be. Alapvető célkitűzésünk az volt, hogy a jellegzetes érzelemszabályozási deficitekről árnyaltabb képek kapjunk, melyben az egyéni nehézségek mellett legalább ugyanakkor hangsúlyt kap a gondozói működésmód is. A témával kapcsolatos elméletek közül is ennek megfelelően alakítottuk ki a gondolkodási kerettünket.

A kognitív-affektív megközelítésben a „negatív érzelmi fogság“ fogalmában megjelennek az érzelmi működés azon nehézségei, melynek következtében az AN egyén nem tud adekvátan megküzdeni a negatív érzelmi élménnyel, nem tudja hatékonyan szabályozni azt, vagy elhagyni a helyzetet. A distressz csillapítására a betegségben eszközként szolgálnak az egyes tünetek: a fokozott kontroll az élet minden területén, az étel restrikción, a hiperaktivitás, a perfekcionizmus, az aszketizmus stb. Így válnak az evészavaros tünetek a negatív érzelmek szelepeivé.

Eredményeink alátámasztották a fenti működésmódot. Első vizsgálatunkban egy projektív teszt, a világjáték segítségével írtuk le azokat a szabályozási jellegzetességeket, melyek mentén az AN dinamikája szerveződik. Az eljárás hatékony eszköznek bizonyult. A fokozott kontroll, és a minden területre kiterjedő szabályok megjelentek a tüneti szinten (perceptuális beszűkülés, testképzavar, perfekcionizmus, izoláció), de a mélyebb intra- és interperszonális pszichés térben is (családi diszfunkció, kontroll- és szerepproblémák, anya-gyerekek szimbiózis, az apa elérhetetlensége, alexitím működés, agresszió és szexualitás elfojtása, fokozott bűntudat és hasítás, identitásprobléma).

Mindezen jellegzetességek háttérében megjelent az érzelmek általi elárasztottságtól való félelem. A víz szimbóluma az AN serdülők építményeiben az érzelmekről szól. A víz, ahogy az érzelmi működésük is struktúra, szabály nélkül marad, és erős fenyegetést jelent a szimbolikus és a valódi világban egyaránt. Emellett az építményekben megjelenik a szabályozási deficit sajátos kettősége. Az AN serdülők által épített világok egy kis részében a fokozott, szigorú kontroll és szabályrendszer uralkodik, ám nagyobb része kiesik a szabályozás alól, ez pedig fenyegető és strukturálatlan marad. A világjátékban megjelenő minden további szabályrendszer ennek a feszültségnek a csökkentésére hivatott.

Az első vizsgálatunk eredményei nagymértékben alátámasztották a szakirodalomban leírt érzelmi működésmódot az AN-ban, ugyanakkor a teszt jellegéből fakadóan nem szolgáltak pontos, operacionalizálható eredményekkel. További vizsgálatainkkal ezeket az eredményeket pontosítottuk.

Második vizsgálatunkban verbális és nem verbális eszközökkel vizsgáltuk a érzelmi működésmódot a serdülőkori AN-ban. Mindkét eljárás során markáns eredményeket kaptunk az érzelemszabályozási nehézségekre nézve. Megjelent az alexitím működés, és a háttérben álló „negatív érzelmi fogság“. Eredményeink alapján az AN serdülők egyrészt nem tudnak figyelni, másrészt nem tartják a fontosnak az érzelmi jelzéseiket, és nem tudják azonosítani az átélt érzelmeket. A megjelenő negatív érzelmek hatására nehézség mutatkozik azok hatékony kezelésében, további reakciók is negatív érzelmek, melyek fenntartják az állapotot. A hosszabban fennmaradó értzelmi állapot következtében nehézségek mutatkoznak a viselkedés szabályozásban.

A torzult sémának, és az ebből fakadó torzult kognitív működésnek megfelelően az étellel kapcsolatos ingerek szélsőséges reakciókat eredményeztek nem verbális érzelmi működést vizsgáló helyzetben. Elvárásainknak megfelelően az étel képek kapcsán kevésbé pozitív, ugyanakkor jóval intenzívebb érzelmi reakció jelent meg az AN serdülőknél. Fontos kiegészítés, hogy ez a szélsőséges reakció vizsgálatunkban egyértelműen összekapcsolódott a negatív testélménnyel, ill. a saját magával kapcsolatos elégtelenség érzésével. Így a betegség hatására egy tipikusan hétköznapi, irreleváns inger trigger és szelep funkciót tölt be és az érzelmi működésben.

A világlátékokban is tapasztalt fokozott kontroll jelen vizsgálatunkban viszont az érzelmi arckifejezések ingereihez kapcsolódott. Az együttjárásokban itt is megjelent a kontroll védelmi funkciója. Eredményeink alapján az AN működésben a belső tartalmak, érzelmek azonosítása és megélése csak fokozott kontroll történhet biztonsággal. Minél gyengébb a kontroll, annál inkább előtérbe kerülnek az érzelemszabályozási nehézségek. Egyrészt az alexitím vonások, különösen az érzelmek kifejezésének nehézsége, másrészt az impulzuskontroll nehézségek jelennek meg.

Eredményeink közül különösen fontos kiemelni, hogy az AN differenciálásában nem csupán az evészavaros tünetek játszottak szerepet, hanem

legalább akkora fontossággal bírnak az érzelemszabályozás jellegzetességei a vizsgálati mintánkban. Ez különösen fontos a további terápiás megfontolások szempontjából. Bruch (1973) óta tudjuk, hogy az érzelmi élmények és sémák megváltoztatása mindenképpen terápiás cél kell, hogy legyen az AN gyógyításában, erre fókuszálnak a legújabb terápiás irányzatok is (Dolhanty, Greenberg, 2009), és eredményeink alapján mi is emellett érvelünk.

Noha elméleti megközelítésekben az érzelemszabályozási deficitiek tárgyalásában sokrétű és egyre fontosabb szerepet kap a fejlődési perspektíva, ezzel kapcsolatos empirikus munkák igen kis számban születnek. Mint láttuk, az érzelmi működésmód jellegzetességei mögött a gondozói működésben tapasztalható a negatív érzelmek kifejezésétől való félelem, így a teljes érzelmi működés egyfajta gátlás alá kerül. Ennek következtében kialakul egyfajta érvénytelenítő környezet, melyben mind a gondozó, mind a gyermek érzelmi működésére jellemző az érzelmek megjelenésének alacsony szintje, hiánya, és az érzelmek tagadása. Harmadik vizsgálatunk ezt a működést értük tetten az AN serdülők anyai mintájában.

Eredményeink alátmasztják az érzelemszabályozási nehézségeket az anyai működésben. Az érzelmileg érvénytelenítő környezetnek megfelelően megjelenik a verbális érzelmi működést mérő tesztekben a negatív érzelmek elfogadhatatlansága, az érzelmek fontosságának hiánya, az érzelmekre vonatkozó figyelem hiánya, és az érzelmek azonosításának nehézsége. A nem verbális eljárás során kirajzolódott az anyai működésben is a túlkontrollálás jelenléte. Míg az étel képekre tipikus reakció, addig az érzelmi arckifejezések esetében a kiváltott érzelemben a fokozottabb kontroll jelent meg. Ez is egyfajta védelmi funkciót szolgál, az érzelmek „veszélyessége” folytán azok megjelenésekor szükségesebb egy fokozottabb kontroll. Az érzelmek fenyegető voltát erősítik azok az eredményeink, melyekben összekapcsolódnak az érzelmekkel kapcsolatos intenzitás fokozódása impulzuskontroll nehézségekkel.

Az érzelemszabályozási nehézségek közül az éppen átélt érzelmek azonosításának nehézsége megkülönböztető jelleggel bír a vizsgálati mintánkban, mely meghatározó a saját és a környezet érzelmi működésére nézve, így az AN serdülőre is. Nem tudunk a jelenséggel kapcsolatban retrospektív adatokat nyerni, és feltérképezni a korai gondozó-gyermek érzelmi kapcsolatot, de nem is ez volt a célunk a disszertációban. Úgy véljük, az elméletekben megfogalmazott érzelmi működésmód korrekt alátámasztást nyert az eredményeink által.

A terápiás megfontolásokat itt is szem előtt kell tartanunk. Az AN leghatékonyabb terápiájának a családterápia bizonyult az elmúlt évtizedekben. Az érzelmileg érvénytelenítő környezet alapja mindenképpen a családi pszichés tér, melyben az érzelmek kifejezhetőségére, megoszthatóságára és hatékony szabályozására vonatkozóan a terápiás intervenciók az AN kezelése esetében meghatározó fontossággal bírnak.

Az AN kezdetben a betegségben szenvedő fiatal, a családja és a segítők számára is nagyon nehéz, kiismerhetetlen és végeláthatatlan betegségnek tűnik. A gyógyításával töltött évek során a riasztó és gyakran kétségbeesett kérdések tudományos kérdésfeltevésekre sarkalltak minket. Úgy gondoljuk, ezek a kérdések vezettek el ehhez a dolgozathoz. Reméljük ennek az izgalmas munkának egy része az Olvasó számára meg tudott jelenni a korábbi oldalakon.

IRODALOMJEGYZÉK

Abed, R.T. (1998). The sexual competition hypothesis for eating disorders. *British Journal of Medical Psychology*, 71, 525-547.

Ábrahám I., Árkovits A., Gáti Á. (2008). Az evészavarok pszichodinamikus megközelítése és terápiája. In F. Túry, B. Pászthy (Eds.), *Evészavarok és testképzavarok* (pp. 197-209). Budapest: Pro Die

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.

Bagby, R.M., Parker, J.D.A., Taylor, G.J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.

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.

Berardis, D., Carano, A., Gambi, F., Campanella, D., Gianetti, P., Ceci, A., Mancini, E., Rovere, R., Cicconetti, A., Penna, L., Matteo, D., Scorrano, B., Cotellessa, C., Salerno, R.M., Serroni, N., Ferro, F.M. (2007). Alexithymia and its relationships with body checking and body image in a non-clinical female sample. *Eating Behaviors*, 8, 296-304.

Bereczkei, T. (2008). *Evolúciós pszichológia* (pp. 475-478). Budapest: Osiris

Berthoz, S., Perdereau, F., Godart, N., Corcos, M., Havland, M.G. (2007). Observer- and self-rated alexithymia in eating disorder patients: Levels and correspondence among three measures. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 341-347.

BNO-10. A mentális és viselkedészavarok osztályozása (1994). WHO-MPT, pp. 551

Bradley, M.M., Lang, P.J. (1994). Measuring emotion: The Self-Assessment Manikin and the semantic differential. *Journal of Behavioral Therapy & Experimental Psychiatry*, 25, 49-59.

Bretherton, I. (1985). *Attachment theory: retrospect and prospect*. In I. Bretherton, E. Waters (Eds.), *Growing Points of Attachment Theory and Research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 3-35, (Serial no. 209)

Bruch, H. (1973). *Eating Disorders*. New York: Basic Books

Christie, D. (2007). Cognitive behavioural approaches. In B. Lask, R. Bryant Waugh (Eds.), *Eating disorders in childhood and adolescence* (pp. 229-255). Hove, East Sussex: Routledge

Cole, P.M., Michel, M. K., Teti, L.O. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: a clinical perspective. In N. A. Fox (Ed.), *The development of emotion regulation and dysregulation: Biological and behavioral aspects. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59 (2-3), 73-102. (Serial no. 240)

Chassler, L. (1994). „In hunger I am king“ – Understanding anorexia nervosa from a psychoanalytic perspective: theoretical and clinical implications. *Clinical Social Work Journal*, 22, 397-415.

Claes, L., Robinson, M.D., Muehlenkamp, J.J., Vandereycken, W., (2010). Differentiating bingeing/purging and restrictive eating disorders subtypes: The roles of temperament, effortful control, and cognitive control. *Personality and Individual Differences*, 48, 166-170.

Csenki L. (2008). *Érzelemszabályozás az anorexia nervosában*. In F. Túry, B. Pászthy (Eds.), *Evészavarok és testképzavarok* (pp. 251-260). Budapest: Pro Die

Csenki, L., Bernáth, L. (2008). Are There Sharp Photos Among Our Memories? Theories of Flashbulb Memory. In B. Lábadi (Ed.), *Cognition and Interpretation. Pécs Studies in Psychology* (pp. 59-67). Pécs: University of Pécs

Csenki L., K. Németh M., Pászthy B. (2007). A világgjáték jellegzetességei a gyermek- és serdülőkorú anorexia nervosában. *Serdülő- és gyermekpszichoterápia*, 5, 25-44.

Csenki L., K. Németh M., Pászthy B. (2009). Játékszabályok. A szabályozás jellegzetességeinek bemutatása serdülőkorú anorexia nervosában a világgjátékon keresztül. *Psychiatria Hungarica*, XXIV/5, 328-337.

Cserjési, R., Luminet, O., Lénárd, L. (2007). A Torontói Alexitímia Skála (TAS-20) magyar változata: Megbízhatósága és faktorvaliditása egyetemista mintán. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 62, 3, 355-368.

Czeglédi, E., Urbán, R., Csizmadia, P. (2010). A testkép mérése: A Testi Attitűdök Tesztjének (Body Attitude Test) pszichometriai vizsgálata. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 65, 3, 431-462.

Deák, A., Csenki, L., Révész, Gy. (2010). Hungarian ratings for the International Affective Picture System (IAPS): a cross-cultural comparison. *Empirical Text and Culture Research*, 4, 90-101.

Dévald P. (1993). *Öndesztuktivitás az evészavarokban*. Budapest: Pszichoanalitikus Gyermek- és Serdülőterápiás Intézet

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.

DSM-IV Text Revision. A módosított DSM IV. (2001). Budapest: Animula, pp. 215

Dolhanty, J., Greenberg, L.S. (2009). Emotion-focused therapy in a case of anorexia nervosa. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 366-382.

Egan, S.J., Wade, T.D., Shafran, R. (2010). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, doi: 10.1016/j.cpr.2010.04.009

Eizaguirre A.E., de Cabezón A.O.S., de Alda I.O., Olariaga L.J., Juaniz, M. (2004). Alexithymia and its relationship with anxiety and depression in eating disorders. *Personality and Individual Differences*, 36, 321-331.

Espina, A. (2003). Alexithymia in parents of daughters with eating disorders. Its relationships with psychopathological and personality variables. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 553-560.

Fairburn, C.G., Shafran, R., Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour, Research and Therapy*, 37, 1-13.

Farrel, E. (1995). *Lost for Words: The Psychoanalysis of Anorexia and Bulimia*. London: Process Press.

Fonagy, P. (1999). *Psychoanalytic Theory from the Viewpoint of Attachment Theory and Research*. In J. Cassidy, P.R. Shaver, (Eds.), *Handbook of Attachment. Theory, research and Clinical Applications* (pp. 595-620). London: Guilford Press

Fonagy, P., Gergely, Gy., Jurist, E.L., Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press

Forgács A. (2008). Az ételfogyasztás mértékét szabályozó szociokulturális tényezők. In F. Túry, B. Pászthy (Eds.), *Evészavarok és testképzavarok* (pp. 341-353). Budapest: Pro Die

Forgács, A., Túry, F., Németh, M. (1996). Dominanciaviszonyok és evészavarok, avagy a megevett hatalom. *Thalassa* (7), 3, 83-92.

Fox, J.R.E. (2009a). Eating disorders and emotions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 237-239.

Fox, J.R.E. (2009b). A qualitative exploration of the perception of emotions in anorexia nervosa: A basic emotion and developmental perspective. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 276-302.

Fox, J.R.E., Froom, K. (2009). Eating disorders: A basic emotion perspective. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 328-335.

Fox, J.R.E., Power, M.J. (2009). Eating disorders and multi-level models of emotion: An integrated model. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 240-267.

Freud, S. (1926). *Inhibitions, symptoms and anxiety*. Standard Edition. Vol. XX. London: Hogarth Press

Garner, D.M., Olmsted, M.P., Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 1, 15-34.

Gáti Á., Ábrahám I. (2008). Az evészavarok genetikája. In F. Túry, B. Pászthy (Eds.), *Evészavarok és testképzavarok* (pp. 135-147). Budapest: Pro Die

Geiger Á. (1982/1988). Új tapasztalatok az anorexia nervosa diagnosztikájában és terápiájában. In Zs. Gerő (Ed.), *Klinikai gyermekpszichológiai tanulmányok* (pp. 161-169). Budapest: Akadémiai Kiadó

Gergely Gy., Watson J.S. (1998). A szülői érzelmi tükrözés szociális biofeedback-modellje: a csecsemő érzelmi öntudatra ébredése és az önkontroll kialakulása. *Thalassa*, 9, 56-105.

Gillespie, J. (1996). Rejection of the body in women with eating disorders. *The Arts in Psychotherapy*, 23, 153-161.

Goss, K., Allan, S. (2009). Shame, pride and eating disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 303-316.

Gratz, K.L., Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.

Greenberg, L.S. (2007). Emotion Coming of Age. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 414-421.

Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotions regulation: an integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.

György S. (1993). Az evészavarok kognitív-viselkedésterápiás megközelítése. In Á. Riskó (Ed.), *Étkezési zavarok (anorexia, bulimia, obezitas)* (pp. 37-56). Budapest: Magyar Pszichiátriai Társaság

Hamburg, P. (1999). The lie: Anorexia and the paternal metaphor. *Psychoanalytic Review*, 86, 745-769.

Harel J., Scher A. (2003). Insufficient responsiveness in ambivalent mother-infant relationships: Contextual and affective aspects. *Infant Behavior & Development*, 26, 371-383.

Hargitai, R. (2003). Alexitímia, avagy az érzések érzésének képtelensége. In B. Kézdi, J. Kállai (Eds.), *Új távlatok a klinikai pszichológiában* (pp. 181-200). Budapest: Új Mandátum

Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., Treasure, J. (2009). Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 348-356.

Huline-Dickens, S. (2000). Anorexia nervosa: Some connections with the religious attitude. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 67-76.

Ioannou, K., Fox, J.R.E. (2009). Perception of threat from emotions and its role in poor emotional expression within eating pathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 336-347.

Izard, C.E., Youngstrom, E.A., Fine, S.E., Mostow, A.J., Trentacosta, C.J. (2006). Emotions and developmental psychopathology. In D. Cicchetti, D.J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology 2nd edition* (pp. 244-292). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.

Jansch, C., Harmer, C., Cooper, M.J. (2009). Emotional processing in women with anorexia nervosa and in healthy volunteers. *Eating Behaviors*, 10, 184-191.

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.

Karwautz, A., Vökl-Kernstock, S., Nobis, G., Kalchmayr, G., Hafferl-Gattermayer, 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.

Keith, L., Gillanders, D., Simpson, S. (2009). An exploration of the main sources of shame in an eating-disordered population. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 317-327.

Kim, K.H. (2007). Religion, weight perception and weight control behavior. *Eating Behaviors*, 8, 121-131.

Kleifield, E., Wagner, S., Halmi, K.A. (1996). Cognitive-behavioral treatment of anorexia nervosa. *Psychiatric Clinics of North America*, 19, 715-737.

Komlósi P. (1993). Családterápiás megközelítés az anorexia nervosa kezelésében. In Á. Riskó (Ed.), *Étkezési zavarok (anorexia, bulimia, obezitas)* (pp. 69-75). Budapest: Magyar Pszichiátriai Társaság

Kopp, C.B. (1989). Regulation of distress and negative emotions: a developmental view. *Developmental Psychology*, 25, 343-354.

Kököneyi, Gy. (2008). *Érzelemszabályozás krónikus fájdalomban*. Doktori disszertáció

Kököneyi, Gy. (2009). *Érzelemszabályozás*. SE I. Gyermekgyógyászati Klinika – előadás (2009. április 01.)

Krug, I., Bulik, C.M., Vall-Llovera, O.N., Granero, R., Agüera, Z., Villajero, C., Jiménez-Murcia, S., Fernández-Aranda, F. (2008). Anger expression in eating disorders: Clinical, psychopathological and personality correlates. *Psychiatry Research*, 161, 195-205.

Kulcsár, Zs. (1996). *Korai személyiségfejlődés*. Budapest: Akadémiai Kiadó

Lampard, A.M., Byrne, S.M., McLean, N., Fursland, A. (2011). Avoidance of affect in eating disorders. *Eating Behaviors*, 12, 90-93.

Lane, R.C. (2002). Anorexia, Masochism, Self-mutilation, and Autoerotism: The Spider Mother. *Psychoanalytic Review*, 89, 101-123.

Lang, P.J., Bradley, M.M., Cuthbert, B.N. (2005). *International affective picture system (IAPS): Affective ratings of pictures and instruction manual. Technical Report A-6*. Gainesville, FL: University of Florida

Lask, B., Bryant-Waugh, R. (2007). Overview of the eating disorders. In B. Lask, R. Bryant Waugh (Eds.), *Eating disorders in childhood and adolescence* (pp. 35-50). Hove, East Sussex: Routledge

Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer

Lukács L. (2008). A kognitív információfeldolgozás sajátosságainak újabb eredményei az evészavarok terén. In F. Túry, B. Pászthy (Eds.), *Evészavarok és testképzavarok* (pp. 211-222). Budapest: Pro Die

Lust I. (2002). A szavak mögötti zene - A kapcsolat, mint prevenció. *Serdülő- és gyermekpszichoterápia*, 2, 173-181.

Madden, S. (2004). „Anorexia nervosa“ – Still relevant in the twenty-first century? A review of William Gull’s anorexia nervosa. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9, 149-154.

Mazzag J., Pászthy B., Túry F. (2006). Az evészavarok transzgenerációs átörökítésének lehetőségei. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7, 269-286.

McGee, B.J., Hewitt, P.L., Sherry, S.B., Parkin, M., Flett, G.L. (2005): Perfectionistic self-presentation, body image, and eating disorder symptoms. *Body Image*, 2, 29-40.

Mischel, W. (1996). From good intentions to willpower. In P. Gollwitzer, J. Bargh (Eds), *The psychology of action* (pp. 197-218). New York: Guilford Press

Nandrino, J.L., Doba, K., Lesne, A., Christophe, V., Pezard, L. (2006). Autobiographical memory deficit in anorexia nervosa: Emotion regulation and effect of duration of illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 537-543.

Nicholls, D., Chater, R., Lask, B. (2000). Children into DSM don't go: A comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 317-324.

Oatley, K., Jenkins, J.M. (2001). *Érzelmeink*. Budapest: Osiris

Páli A., Pászthy B. (2008). Az immunrendszer működése anorexia nervosában. In F. Túry, B. Pászthy (Eds.), *Evészavarok és testképzavarok* (pp. 161-170). Budapest: Pro Die

Pászthy B. (2007). A gyermek- és serdülőkorban kezdődő anorexia nervosa pszichoszomatikus jellemzői és komplex terápiája. *Gyermekgyógyászat*, 58, 203-209.

Pászthy B., Major M. (2008). Gyermek- és serdülőkori evészavarok. In F. Túry, B. Pászthy (Eds.), *Evészavarok és testképzavarok* (pp. 25-40). Budapest: Pro Die

Pearlman, E. (2005). Terror of desire: The etiology of eating disorders from an attachment theory perspective. *Psychoanalytic Review*, 92, 223-236.

Polcz, A. (1999). *Világjáték. Dinamikus játékdinamika és játékterápia*. Budapest: Pont Kiadó

Probst, M., Vandereycken, W., Van Coppenholle, H., Vanderlinden, J., (1995). The Body Attitude Test for patients with an eating disorder: psychometric characteristics of a new questionnaire. *Eating Disorders*, 3, 133-144.

Quinton, S., Wagner, H.L. (2005). Alexithymia, ambivalence over emotional expression, and eating attitudes. *Personality and Individual Differences*, 38, 1163-1173.

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.

Rehavia-Hanauer, D. (2003). Identifying conflicts of anorexia nervosa as manifested in the art therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 30, 137-149.

Ritvo, S. (1984). The image and uses of the body in psychic conflict: With special reference to eating disorders in adolescence. *Psychoanalytic Study of the Child*, 39, 449-469.

Russel, T.A., Schmidt, U., Doherty, L., Young, V., Tchanturia, K. (2009). Aspects of social cognition in anorexia nervosa: Affective and cognitive theory of mind. *Psychiatry Research*, 168, 181-185.

Salbach-Andrae, A., Bohnekamp, 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.

- Salmon, C., Crawford, C., Dane, L., Zuberbier, O. (2008). Ancestral mechanisms in modern environments. Impact of competition and stressors on body image and dieting behavior. *Human Nature*, 19, 103-117.
- Selby, A.E., Anestis, M.D., Joiner, T.E. (2008). Understanding the relationship between emotional and behavioral dysregulation: Emotional cascades. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 593-611.
- Selvini-Palazzoli, M. (1974). *Self-starvation*. London: Chaucer
- Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.
- Sonnevend M., Pászthy B. (2008). Az evészavarok idegrendszeri háttere. In F. Túry, B. Pászthy (Eds.), *Evészavarok és testképzavarok* (pp. 183-193). Budapest: Pro Die
- Southam-Gerow, M.A., Kendall, P.C. (2002). Emotion regulation and understanding. Implications for child psychopathology and therapy. *Clinical Psychology Review*, 22, 189-222.
- Speranza, M., Loas, G., Wallier, J., Coscos M. (2007). Predictive value of alexithymia in patients with eating disorders: A 3-year prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 365-371.
- Stern, D.N. (1985). *A csecsemő személyközi világa*. Budapest: Animula
- Stewart, A. (2005). Disorders of eating control. In P.J. Graham (Ed.), *Cognitive behavior therapy for children and families* (pp. 359-384). Cambridge University Press
- Stingl, M., Bausch, S., Walter, B., Kagerer, S., Leichsenring, F., Leweke, F. (2008). Effects of inpatient psychotherapy on the stability of alexithymia characteristics. *Journal of Psychosomatic Research*, 65, 173-180.
- Szabó L., Pászthy B., Túry F. (2006), Az apák szerepe az evészavarok családdinamikájában. *Pszichoterápia*, 15, 406-415.
- Szabó P. (2000). Biológiai tényezők – a táplálékfelvétel szabályozása. In F. Túry, P. Szabó. (Eds.), *A táplálkozási magatartás zavarai* (pp. 155-170). Budapest: Medicina
- Sztanó F., Ress K., Pászthy B. (2007). Az evészavarok családi kockázati és protektív tényezői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 8, 49-61.
- Szumska I., Túry F., Szabó P. (2008). Az evészavarok epidemiológiájának újabb adatai. In F. Túry, B. Pászthy (Eds.), *Evészavarok és testképzavarok* (pp. 109-119). Budapest: Pro Die
- Taylor, G.J., Bagby, R.M., Parker, J.D.A. (1991). The alexithymia construct: A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32, 153-164.

Tekcan, A.I., Caglar Tas, A., Topcoughlu, V., Yücel, B. (2008). Memory bias in anorexia nervosa: Evidence from directed forgetting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 369-380.

Thompson, R.A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. In N. A. Fox (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. (Serial no. 240)

Thompson-Brenner, H., Eddy, K.T., Franko, D.L., Dorer, D.J., Vashchenko, M., Kass, A.E., Herzog, D.B. (2008). A personality classification system for eating disorders: a longitudinal study. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 551-560.

Tóth E. (2001). Biológiai és kulturális hatások az anorexia nervosa kialakulásában. *Pszichológia*, 21, 399-408.

Török Zs., Pászthy B. (2008). Az evészavarok és az internet. In F. Túry, B. Pászthy (Eds.), *Evészavarok és testképzavarok* (pp. 387-395). Budapest: Pro Die

Treat, T.A., Viken, R.J., Kruschke, J.K., McFall, R.M. (2010). Role of attention, memory, and covariation-detection processes in clinically significant eating-disorder symptoms. *Journal of Mathematical Psychology*, 54, 184-195.

Túry F. (2000a). Az evészavarok története. In F. Túry, P. Szabó. (Eds.), *A táplálkozási magatartás zavarai* (pp. 15-38). Budapest: Medicina

Túry F. (2000b). Az evészavarok etiopatogenezise. In F. Túry, P. Szabó. (Eds.), *A táplálkozási magatartás zavarai* (pp. 151-222). Budapest: Medicina

Túry F. (2000c). Az evészavarok terápiája. In F. Túry, P. Szabó. (Eds.), *A táplálkozási magatartás zavarai* (pp. 223-305). Budapest: Medicina

Túry F. (2000d). Az evészavarok prognózisa és prevenciója. In F. Túry, P. Szabó. (Eds.), *A táplálkozási magatartás zavarai* (pp. 311-318). Budapest: Medicina

Túry F. (2000e). Az evészavarok értékelésében alkalmazott legfontosabb tesztek. In F. Túry, P. Szabó. (Eds.), *A táplálkozási magatartás zavarai* (pp. 77-87). Budapest: Medicina

Túry F., Pászthy B. (2008). Az evészavarok családterápiája az újabb adatok fényében. In F. Túry, B. Pászthy (Eds.), *Evészavarok és testképzavarok* (pp. 437-449). Budapest: Pro Die

Túry F., Sáfrán Zs, Wildmann M., László Zs. (1997). Az Evési Zavar Kérdőív (Eating Disorder Inventory) hazai adaptációja. *Szenvedélybetegségek*, 5, 336-342.

Túry F., Szumska I. (2005). Az étkezési zavarok kognitív viselkedésterápiája. In K. Mórotz, F.D. Perczel (Eds.), *Kognitív viselkedésterápia* (pp. 499-526). Budapest: Medicina

Voland, E., Voland, R. (1988). Evolutionary biology and psychiatry: the case of anorexia nervosa. *Ethology and Sociobiology*, 10, 223-240.

Zackheim, L. (2007). Alexithymia: The expanding realm of research. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 345-347.

Zahn-Waxler, C., Crick, N.R., Shirliff, E.A., Woods, K.E. (2006). The origins and development of psychopathology in females and males. In D. Cicchetti, D.J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology 2nd edition* (pp. 76-138). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.

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 functionig? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 11, 38-42.



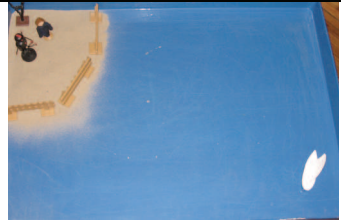












Zonnevijlle-Bender, M.J.S., van Goozen, S.H.M., Cohen-Kettenis, P.T., van Elburg, A., van Engeland, H. (2004). Emotional functioning in adolescent anorexia nervosa patients. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13, 28-34.

MELLÉKLETEK

- I. melléklet: Világjáték képek jegyzéke a vizsgálati szempontok szerint
- II. melléklet: A vizsgálatban használt tesztek (EDI)
- III. melléklet: A vizsgálatban használt tesztek (BAT)
- IV. melléklet: A vizsgálatban használt tesztek (TAS-20)
- V. melléklet: A vizsgálatban használt tesztek (DERS)
- VI. melléklet: A vizsgálatban használt IAPS képek jegyzéke
- VII. melléklet: Self-Assessment Manikin (SAM) nevű nem-verbális értékelési eljárás (Bradley, Lang, 1994), valamint egy képhez tartozó értékelő sor
- VIII. melléklet: Független mintás t-próba eredményei az EDI és a BAT tesztek alskáláin
- IX. melléklet: Független mintás t-próba eredményei a TAS-20 és a DERS tesztek faktorain
- X. melléklet: Korrelációs táblázatok – második vizsgálat
- XI. melléklet: Korrelációs táblázatok – második vizsgálat
- XII. melléklet: Korrelációs táblázatok – második vizsgálat
- XIII. melléklet: Korrelációs táblázatok – második vizsgálat
- XIV. melléklet: Független mintás t-próba eredményei az EDI és a BAT tesztek alskáláin az anyai mintában
- XV. melléklet: Független mintás t-próba eredményei a TAS-20 és a DERS tesztek faktorain az anyai mintában
- XVI. melléklet: Korrelációs táblázatok – harmadik vizsgálat
- XVII. melléklet: Korrelációs táblázatok – harmadik vizsgálat
- XVIII. melléklet: Korrelációs táblázatok – harmadik vizsgálat
- XIX. melléklet: Korrelációs táblázatok – harmadik vizsgálat

I. melléklet

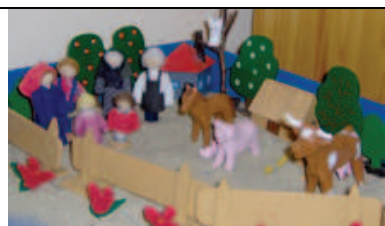
Világjáték képek jegyzéke a vizsgálati szempontok szerint

Kognitív beszűkülés		
		
Perfekcionizmus		
		
Érzelmi elárasztottság		
		
Hasítás – „többpólusú világ“		
		
Izoláció		
		

Diszfunkcionális családi működés megjelenítése



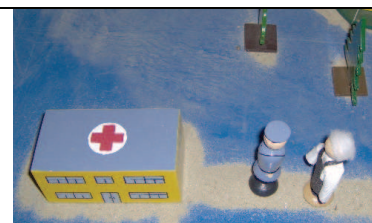
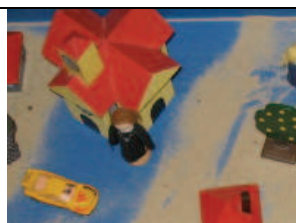
Orális szimbólumok



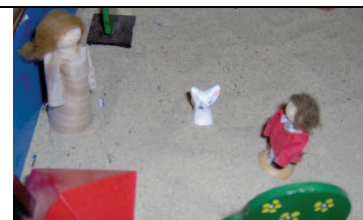
Agresszió és szexualitás szimbólumai



A büntudat szimbólumai



Önazonosítás



II. melléklet

EDI

Ez a kérdőív különböző véleményeket, érzéseket és viselkedéseket mér. A tételek némelyike ételekkel és evéssel kapcsolatos. Más tételek a saját magaddal kapcsolatos érzésekre vonatkoznak. Nincs jó vagy rossz válasz, próbáld meg tehát őszintén válaszolni. Az eredményeket szigorúan bizalmasan kezeljük. Olvasd el mindegyik tételt és jelöld kereszttel a megfelelő négyzetet. Kérjük, hogy minden kérdésre nagyon gondosan válaszolj. *Köszönjük!*

		<i>mindig</i>	<i>rend- szerint</i>	<i>gyak- ran</i>	<i>néha</i>	<i>ritkán</i>	<i>soha</i>
1.	Édességeket és szénhidrát tartalmú ételeket anélkül eszem, hogy idegességet éreznék.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Azt hiszem, a gyomrom túl nagy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Jó lenne, ha vissza tudnék térni a gyermekkor biztonságához.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Eszem, ha nyugtalan vagyok.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Teletömöm magam étellel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Szeretnék fiatalabb lenni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Diétázásra gondolok.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Megrémülök, ha érzelmeim túl erősek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Úgy gondolom, combjaim túl vastagok.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Hasznavehetetlen embernek érzem magam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Rendkívül bűnösnek érzem magam túlevés után.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Azt hiszem, a gyomrom éppen jó méretű.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Csak a kiemelkedő teljesítmény elég jó, megfelelő a családomban.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	A legboldogabb időszak az életben a gyermekkor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Ki tudom fejezni érzelmeimet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Rettenetesen félek a hízástól.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Megbízom másokban.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Egyedül érzem magam a világban.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Elégedett vagyok az alakommal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Általában úgy érzem, hogy a dolgokat ellenőrzés alatt tartom életemben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Zavarba ejt, hogy nem tudom, milyen érzelmet érzek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Inkább felnőtt lennék, mint gyermek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Könnyen kapcsolatba tudok kerülni másokkal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Szeretném, ha valaki más lennék.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Eltúlzom vagy felnagyítom a testsúly fontosságát.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Világosan meg tudom határozni, milyen érzelmet érzek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Elégedetlen vagyok magammal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Voltak falási rohamaim, amikor úgy éreztem, hogy nem tudom abbahagyni az evést.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Gyermekként nagyon erősen próbáltam elkerülni, hogy csalódást okozzam szüleimnek vagy tanárainknak.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		<i>mindig</i>	<i>rend- szerint</i>	<i>gyak- ran</i>	<i>néha</i>	<i>ritkán</i>	<i>soha</i>
30.	Vannak szoros kapcsolataim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	Tetszik a fenekem formája.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	Nagyon foglalkoztat a vágy, hogy soványabb legyek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	Nem tudom, mi zajlik bennem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	Nehezemre esik, hogy kimutassam érzelmeimet másoknak.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.	A felnőttkor elvárásai túl nagyok.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.	Gyűlölöm, ha különböző dolgokban nem a legjobb vagyok.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.	Biztonságot érzek saját magammal kapcsolatban.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.	Falásrohamokra (túlevésekre) gondolk.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39.	Boldog vagyok, hogy már nem vagyok gyermek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.	Nem tudom pontosan, hogy éhes vagyok-e vagy sem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.	Rossz véleményem van magamról.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42.	Úgy érzem, meg tudok felelni a velem kapcsolatos elvárásoknak.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43.	Szüleim kiemelkedőt vártak tőlem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44.	Aggódok, hogy érzéseim fölött elveszítem az uralmat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45.	Úgy gondolom, hogy a csípőm túl széles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46.	Mások előtt mérsékelten eszem, de teletömöm magam, ha elmennek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47.	Normális étkezés után is felfúvódottnak érezem magam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48.	Úgy érzem, az emberek gyerekkorukban a legboldogabbak.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49.	Ha hízom egy kg-ot, aggódok, hogy folytatódik a hízás.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50.	Úgy érzem, értékes személy vagyok.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51.	Ha zaklatott vagyok, nem tudom, hogy szomorú, rémült vagy dühös vagyok-e.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52.	Úgy érzem, hogy tökéletesen kell csinálnom a dolgokat vagy sehogysem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53.	Azt gondolom, meg kell próbálnom hányni, hogy fogyni tudjak.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54.	Az embereket bizonyos távolságra kell tartanom (kényelmetlen számomra, ha valaki túl közel próbál kerülni hozzám).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55.	Azt hiszem, combjaim éppen megfelelő méretűek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56.	Belül (érzelmileg) üresnek érzem magam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57.	Tudok személyes gondolatokról, érzésekről beszélni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58.	Az élet legszebb éveit azok, amikor az ember felnőtté válik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59.	Úgy gondolom, a fenekem túl nagy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60.	Vannak érzelmeim, melyeket nem tudok pontosan meghatározni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61.	Titokban eszem vagy iszom.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62.	Azt hiszem, csípőm éppen jó méretű.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63.	Igen magas céljaim vannak.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64.	Ha zaklatott vagyok, aggódok, hogy enni kezdek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. melléklet

BAT

Ez a kérdőív azt méri, hogy milyen kapcsolatban vagy saját testeddel. Jelöld kereszttel a megfelelő választ!

soha	mindig	rend- szerint	gyakran	néha	ritkán
1. Ha összehasonlítom a saját testemet a kortársaiméval, elégedetlen vagyok vele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A testem érzéketlen tárgynak tűnik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A csípőm túl szélesnek tűnik számomra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jól érzem magam a bőrömben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Nagyon vágyom arra, hogy vékonyabb legyek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Azt gondolom, hogy a melleim túl nagyok.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hajlamos vagyok elrejteni a testemet (pl. bő ruhákat hordok).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ha megnézem magam a tükörben, elégedetlen vagyok a testemmel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Könnyű számomra ellazítani a testemet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Azt gondolom, túl kövér vagyok.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tehernek érzem a testemet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Úgy tűnik nekem, mintha a testem nem is az enyém volna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Úgy érzem, mintha egyes testrészeim dagadtak lennének.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. A testem szorongást jelent számomra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. A testi megjelenésem nagyon fontos számomra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Olyan nagy a hasam, mintha terhes lennék.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Feszültséget érzek a testemben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Irigylem mások testi megjelenését.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Olyan dolgok történnek a testemben, melyek megijesztenek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Figyelem, hogy milyennek látszom a tükörben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. melléklet

TAS-20

Jelöld meg az ötfokú skálán, milyen mértékben értesz egyet vagy nem értesz egyet a következő mondatok tartalmával saját magadra vonatkoztatva!

- 1 – Határozottan nem értek egyet
- 2 – Nem értek egyet
- 3 – Egyet is értek, meg nem is
- 4 – Egyetértek
- 5 – Határozottan egyetértek

	1	2	3	4	5
1. Gyakran összezavarodom, milyen érzelmet is érzek.					
2. Nehezen találok megfelelő szót az érzéseimre.					
3. Vannak olyan testi érzeteim, amit még az orvosok sem értenek.					
4. Könnyen le tudom írni az érzéseimet.					
5. Jobban szeretem elemezni a problémákat, mint csak leírni őket.					
6. Mikor nyugtalan vagyok, nem tudom, hogy szomorú, ideges vagy mérges vagyok igazán.					
7. A testembe lévő érzések gyakran nyugtalanítanak.					
8. Jobban szeretem hagyni, hogy a dolgok csak úgy történjenek velem, mintsem igyekezzek megérteni, miért is változtak ilyen módon.					
9. Vannak olyan érzéseim, amiket nem tudok teljes mértékben azonosítani.					
10. Az érzelmek tudatosítása alapvető dolog.					
11. Számomra nehéz leírni, hogy érzek más emberekkel kapcsolatban.					
12. Gyakran mondják nekem, hogy fejezzem ki még jobban az érzéseimet.					
13. Nem tudom, mi megy végbe bennem.					
14. Gyakran nem tudom, miért vagyok mérges.					
15. Jobban szeretek másokkal a napi tevékenységeikről beszélgetni, mint az érzelmeikről.					
16. Szívesebben nézek könnyű szórakoztató műsorokat, mint pszichológiai drámát.					
17. Nehezen tárom fel a legbelsőbb érzelmeimet, még a közeli barátoknak is.					
18. Közel tudom magam érezni valakihez, még a néma pillanatokban is.					
19. Hasznosnak tartom az érzéseim vizsgálatát a személyes problémák megoldásában.					
20. Rejtett jelentések keresése elvonja a figyelmet a filmek és színházi darabok élvezetétől.					

V. melléklet

DERS

Kérjük, jelöld be, hogy az alábbi állítások milyen gyakran igazak Rád!

1. szinte soha (az esetek 0-10%-ában)
2. néha (az esetek 11-35%-ában)
3. kb. az esetek felében (az esetek 36-65%-ában)
4. legtöbbször (az esetek 66-90%-ában)
5. szinte mindig (az esetek 91-100%-ában)

	1	2	3	4	5
1. Tisztában vagyok az érzéseimmel.					
2. Odafigyelek arra, amit érzek.					
3. Az érzelmeimet nyomasztónak és irányíthatatlannak élem meg.					
4. Fogalmam sincs arról, hogyan érzek					
5. Nehezen tudok értelmet tulajdonítani az érzéseimnek.					
6. Figyelemmel vagyok az érzéseimre					
7. Pontosan tudom, hogy mit érzek.					
8. Törődöm azzal, hogy mit érzek.					
9. Össze vagyok zavarodva az érzéseimmel kapcsolatban.					
10. Amikor zaklatott vagyok, tudomásul veszem az érzéseimet.					
11. Amikor valami felzaklat, mérges leszek magamra, hogy így érzek.					
12. Amikor zaklatott vagyok, akkor kínosan érzem magam emiatt.					
13. Amikor zaklatott vagyok, nem tudom végezni a munkám.					
14. Amikor zaklatott vagyok, elveszítem az önuralmam.					
15. Amikor zaklatott vagyok, azt gondolom, hogy sokáig fog tartani ez az állapot.					
16. Amikor valami felzaklat, azt gondolom, hogy a végén nagyon lehangolt leszek.					
17. Amikor zaklatott vagyok, azt gondolom, hogy az érzelmeim megalapozottak és fontosak.					
18. Amikor valami felzaklat, nehezen tudok másra összpontosítani.					
19. Amikor felzaklat valami, úgy érzem, elveszítem a kontrollt.					
20. Attól, hogy zaklatott vagyok, még el tudom látni a feladataimat.					
21. Amikor zaklatott vagyok, szégyellem magam, hogy így érzek.					
22. Amikor zaklatott vagyok, tudom, hogy meg fogom találni a módját, hogy végül jobban érezzem magam.					
23. Amikor valami felzaklat, úgy érzem, mintha gyenge lennék.					
24. Amikor zaklatott vagyok, akkor is úgy érzem, hogy úrrá tudok lenni a viselkedésemen.					
25. Amikor felzaklat valami, lelkiismeret furdalásom van emiatt.					
26. Amikor zaklatott vagyok, nehezen tudok koncentrálni.					
27. Amikor zaklatott vagyok, nehezen tudok uralkodni magamon.					
28. Amikor zaklatott vagyok, azt gondolom, hogy semmit sem tehetek azért, hogy jobban érezzem magam.					
29. Amikor zaklatott vagyok, bosszankodom, hogy így érzek.					
30. Amikor zaklatott vagyok, akkor elkezdem nagyon rosszul érezni magam amiatt, hogy így érzek.					

31. Amikor zaklatott vagyok, úgy érzem, hogy csak annyit tudok tenni, hogy belesüppedek ebbe az állapotba.

32. Amikor zaklatott vagyok, elveszítem az irányításomat a viselkedésem felett.




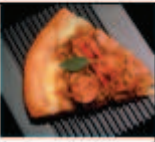




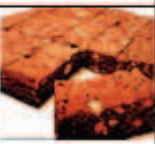




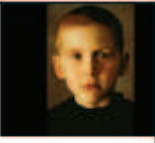






33. Amikor zaklatott vagyok, nehezen tudok bármi másra gondolni.

34. Ha felzaklat valami, időt szánok arra, hogy kitaláljam, hogyan is érzek valójában.

35. Ha felzaklat valami, hosszú ideig tart, míg újra jól érzem magam.

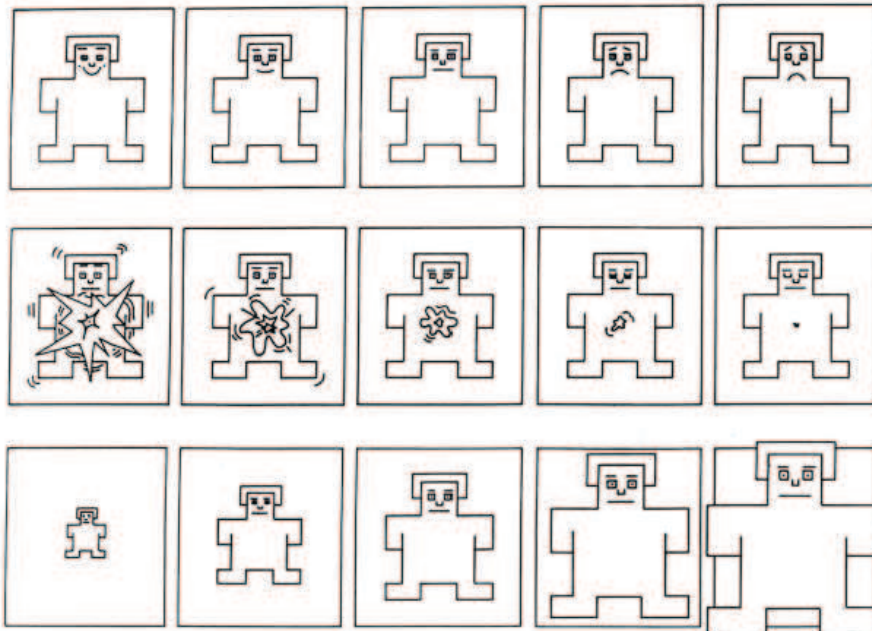
36. Amikor zaklatott vagyok, az érzelmeim nyomasztanak.

VI. melléklet
A vizsgálatban használt IAPS képek jegyzéke

Ételt ábrázoló képek jegyzéke					
					
Sorszám	7281	7285	7351	7352	7400
					
Sorszám	7460	7470	7475	7200	7260
Érzelmi arckifejezéseket ábrázoló képek jegyzéke					
					
Sorszám	2510	2071	2250	2280	2441
					
Sorszám	2100	2110	2190	2399	2005

VII. melléklet

Self-Assessment Manikin (SAM) nevű nem-verbális értékelési eljárás (Bradley, Lang, 1994), valamint egy képhez tartozó értékelő sor



VIII. melléklet

Független mintás t-próba eredményei az EDI és a BAT tesztek alszámain (n=32)

	Csoport	N	Átlag	STDV	t	df
Karcúság iránti készítés (EDI1)	AN	16	15.8750	7.03207	4.321**	30
	Kontroll	16	5.8750	6.02080		
Bulímia (EDI2)	AN	16	.3125	.70415	.000	30
	Kontroll	16	.3125	.87321		
Testtel való elégedetlenség (EDI3)	AN	16	17.1875	7.37761	2.544*	30
	Kontroll	16	11.0625	6.19106		
Elégtelenség érzése (EDI4)	AN	16	10.0625	5.90445	4.146**	30
	Kontroll	16	3.2500	2.88675		
Perfekcionizmus (EDI5)	AN	16	8.4375	4.30455	1.901	30
	Kontroll	16	5.4375	4.61835		
Interperszonális bizalmatlanság (EDI6)	AN	16	4.5625	2.52900	4.635**	30
	Kontroll	16	1.0625	1.65202		
Interceptív tudatosság (EDI7)	AN	16	7.6875	5.35062	2.410*	30
	Kontroll	16	3.7500	3.75056		
Félelem a felnőtté válástól (EDI8)	AN	16	3.8750	2.62996	-3.298**	30
	Kontroll	16	7.1875	3.03795		
BAT összpontszám	AN	16	55.8125	19.81319	3.175**	30
	Kontroll	16	37.0000	13.00256		
A testméret negatív értékelése (BAT1)	AN	16	16.7500	10.47855	1.480	30
	Kontroll	16	12.0625	7.11307		
A saját test ismeretének hiányos volta (BAT2)	AN	16	17.5625	6.73269	4.744**	30
	Kontroll	16	8.2500	4.04145		
Testtel való általános elégedetlenség (BAT3)	AN	16	13.4375	4.56024	3.129**	30
	Kontroll	16	8.8125	3.76331		

* p<0,05

** p<0,01

IX. melléklet

Független mintás t-próba eredményei a TAS-20 és a DERS tesztek faktorain (n=32)

	Csoport	N	Átlag	STDV	t	df
TAS-20	AN	16	64.500	4.0661	3.792**	30
	Kontroll	16	56.375	7.5443		
Az érzelmek azonosításának nehézségei (DIF)	AN	16	22.625	2.5527	3.790**	30
	Kontroll	16	17.250	5.0662		
Az érzelmek kifejezésének nehézségei (DDF)	AN	16	15.937	2.6700	2.932**	30
	Kontroll	16	13.000	2.9888		
Pragmatikus gondolkodás (EOT)	AN	16	26.000	2.3380	-.116	30
	Kontroll	16	26.125	3.6124		
DERS	AN	16	108.562	16.3338	4.644**	30
	Kontroll	16	82.625	15.2397		
Érzelmi reakciók elfogadhatatlansága (DERS1)	AN	16	17.187	4.8058	3.131**	30
	Kontroll	16	12.437	3.7052		
Nehézségek a célirányos viselkedés fenntartásában (DERS2)	AN	16	15.312	3.7007	.000	30
	Kontroll	16	15.312	3.5349		
Impulzuskontroll nehézségek (DERS3)	AN	16	16.562	3.7411	2.221*	30
	Kontroll	16	13.187	4.7919		
Érzelmi tudatosság hiánya (DERS4)	AN	16	20.250	5.8023	4.726**	30
	Kontroll	16	12.687	2.7010		
Érzelemszabályozó stratégiákhoz való csökkent hozzáférés (DERS5)	AN	16	23.687	5.9410	2.642*	30
	Kontroll	16	18.500	5.1380		
Érzelmi tisztaság hiánya (DERS6)	AN	16	15.562	3.6509	5.128**	30
	Kontroll	16	10.500	1.5055		

* p<0,05

** p<0,01

X. melléklet

		Correlations_AN					
		Valencia food	Valencia emotion	Arousal food	Arousal emotion	Kontroll food	Kontroll emotion
EDI1	Pearson	-.129	.116	-.013	-.170	-.102	-.181
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.633	.668	.962	.528	.708	.503
	N	16	16	16	16	16	16
EDI2	Pearson	.134	-.272	-.271	-.178	.336	.369
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.621	.308	.310	.510	.203	.159
	N	16	16	16	16	16	16
EDI3	Pearson	-.302	.467	.144	-.389	-.269	-.349
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.256	.068	.594	.136	.314	.186
	N	16	16	16	16	16	16
EDI4	Pearson	-.477	.268	.501*	-.071	-.590*	-.404
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.061	.315	.048	.795	.016	.121
	N	16	16	16	16	16	16
EDI5	Pearson	-.090	.254	-.060	-.060	-.214	.180
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.740	.343	.826	.826	.426	.505
	N	16	16	16	16	16	16
EDI6	Pearson	.036	-.275	.259	.424	-.115	-.249
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.895	.302	.332	.102	.672	.352
	N	16	16	16	16	16	16
EDI7	Pearson	-.043	.306	.171	-.022	-.150	-.516
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.876	.249	.526	.935	.578	.041*
	N	16	16	16	16	16	16
EDI8	Pearson	-.337	-.101	.185	.289	-.322	-.258
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.202	.709	.493	.278	.224	.334
	N	16	16	16	16	16	16
BAT	Pearson	-.568*	.007	.462	-.003	-.589*	-.455
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.022	.979	.071	.991	.016	.077
	N	16	16	16	16	16	16
BAT1	Pearson	-.506*	.132	.428	-.194	-.437	-.359
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.045	.625	.098	.471	.090	.172
	N	16	16	16	16	16	16
BAT2	Pearson	-.605*	-.328	.503*	.302	-.665**	-.391
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.013	.215	.047	.255	.005	.135
	N	16	16	16	16	16	16
BAT3	Pearson	-.390	.040	.246	.050	-.504*	-.482
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.135	.884	.359	.853	.047	.059
	N	16	16	16	16	16	16

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

XI. melléklet

		Correlations_kontroll					
		Valencia Food	Valencia Emotion	Arousal Food	Arousal Emotion	Kontroll Food	Kontroll Emotion
EDI1	Pearson	-.358	.130	.173	-.088	.102	.294
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.173	.633	.521	.746	.708	.269
	N	16	16	16	16	16	16
EDI2	Pearson	.040	-.287	.495	.425	-.109	-.270
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.882	.281	.051	.101	.689	.312
	N	16	16	16	16	16	16
EDI3	Pearson	.383	-.099	.067	.099	-.044	.037
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.143	.715	.806	.716	.872	.891
	N	16	16	16	16	16	16
EDI4	Pearson	-.316	-.251	-.120	.074	-.006	.105
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.234	.348	.659	.786	.983	.698
	N	16	16	16	16	16	16
EDI5	Pearson	-.308	-.068	-.035	-.046	.221	.170
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.246	.803	.897	.866	.411	.528
	N	16	16	16	16	16	16
EDI6	Pearson	-.300	-.089	.356	.214	.045	-.049
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.258	.743	.176	.426	.868	.856
	N	16	16	16	16	16	16
EDI7	Pearson	-.263	-.311	.322	.384	-.296	-.241
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.325	.242	.224	.142	.265	.369
	N	16	16	16	16	16	16
EDI8	Pearson	-.385	-.011	-.490	-.368	.295	.349
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.141	.967	.054	.161	.267	.186
	N	16	16	16	16	16	16
BAT	Pearson	-.068	.071	.479	.181	.004	.010
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.801	.795	.060	.504	.988	.970
	N	16	16	16	16	16	16
BAT1	Pearson	.062	.141	.306	.025	.108	.147
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.819	.602	.249	.926	.692	.587
	N	16	16	16	16	16	16
BAT2	Pearson	-.142	-.239	.372	.415	-.100	-.156
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.599	.373	.156	.110	.712	.564
	N	16	16	16	16	16	16
BAT3	Pearson	.006	.157	.498	.223	-.144	-.112
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.981	.562	.052	.407	.594	.680
	N	16	16	16	16	16	16

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

XII. melléklet

		Correlations_AN					
		Valencia Food	Valencia Emotion	Arousal Food	Arousal Emotion	Kontroll Food	Kontroll Emotion
TAS20	Pearson Correlation	-.065	.352	.232	.004	-.183	-.670**
	Sig. (2- tailed)	.812	.181	.388	.988	.499	.005
	N	16	16	16	16	16	16
TAS1	Pearson Correlation	-.056	.086	.091	.195	-.097	-.398
	Sig. (2- tailed)	.837	.752	.736	.470	.719	.127
	N	16	16	16	16	16	16
TAS2	Pearson Correlation	.160	.216	.084	.175	-.026	-.525*
	Sig. (2- tailed)	.553	.422	.758	.516	.924	.037
	N	16	16	16	16	16	16
TAS3	Pearson Correlation	-.215	.269	.221	-.375	-.181	-.141
	Sig. (2- tailed)	.423	.314	.410	.152	.503	.602
	N	16	16	16	16	16	16
DERS	Pearson Correlation	-.089	-.224	.225	.329	.027	-.093
	Sig. (2- tailed)	.742	.404	.402	.214	.920	.731
	N	16	16	16	16	16	16
DERS1	Pearson Correlation	-.251	-.117	.358	.094	-.152	-.208
	Sig. (2- tailed)	.349	.665	.174	.728	.574	.439
	N	16	16	16	16	16	16
DERS2	Pearson Correlation	.324	-.059	-.068	.395	.215	.279
	Sig. (2- tailed)	.220	.828	.803	.130	.423	.295
	N	16	16	16	16	16	16
DERS3	Pearson Correlation	-.040	-.006	.127	.512*	-.279	-.488*
	Sig. (2- tailed)	.883	.984	.639	.043	.295	.047
	N	16	16	16	16	16	16
DERS4	Pearson Correlation	-.018	-.065	-.086	-.157	.295	.022
	Sig. (2- tailed)	.948	.811	.753	.562	.267	.936
	N	16	16	16	16	16	16
DERS5	Pearson Correlation	-.264	-.495	.326	.475	-.172	.116
	Sig. (2- tailed)	.324	.051	.218	.063	.524	.669
	N	16	16	16	16	16	16
DERS6	Pearson Correlation	.099	.126	.080	-.102	.202	-.150
	Sig. (2- tailed)	.715	.641	.767	.708	.454	.579
	N	16	16	16	16	16	16

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

XIII. melléklet

		Correlations_kontroll					
		Valencia Food	Valencia Emotion	Arousal Food	Arousal Emotion	Kontroll Food	Kontroll Emotion
TAS20	Pearson Correlation	-.216	-.199	-.161	.105	-.266	-.079
	Sig. (2- tailed)	.421	.459	.551	.699	.319	.772
	N	16	16	16	16	16	16
TAS1	Pearson Correlation	-.268	-.175	-.150	.190	-.488	-.315
	Sig. (2- tailed)	.316	.517	.578	.482	.065	.235
	N	16	16	16	16	16	16
TAS2	Pearson Correlation	.254	-.433	-.091	.255	.149	-.139
	Sig. (2- tailed)	.343	.094	.737	.341	.581	.609
	N	16	16	16	16	16	16
TAS3	Pearson Correlation	-.287	.187	-.050	-.257	.005	.391
	Sig. (2- tailed)	.282	.487	.854	.336	.985	.134
	N	16	16	16	16	16	16
DERS	Pearson Correlation	-.278	-.112	-.204	-.001	.010	-.066
	Sig. (2- tailed)	.297	.680	.448	.997	.971	.808
	N	16	16	16	16	16	16
DERS1	Pearson Correlation	-.406	-.084	-.349	-.163	.114	-.022
	Sig. (2- tailed)	.119	.756	.185	.546	.675	.936
	N	16	16	16	16	16	16
DERS2	Pearson Correlation	-.430	-.071	.069	.030	.024	-.064
	Sig. (2- tailed)	.096	.794	.801	.913	.930	.813
	N	16	16	16	16	16	16
DERS3	Pearson Correlation	-.210	.104	-.081	-.069	-.089	-.020
	Sig. (2- tailed)	.435	.702	.765	.799	.742	.942
	N	16	16	16	16	16	16
DERS4	Pearson Correlation	.230	.040	-.400	-.289	.490	.280
	Sig. (2- tailed)	.392	.883	.125	.277	.054	.294
	N	16	16	16	16	16	16
DERS5	Pearson Correlation	-.125	-.406	-.075	.386	-.261	-.349
	Sig. (2- tailed)	.646	.119	.781	.140	.329	.185
	N	16	16	16	16	16	16
DERS6	Pearson Correlation	-.122	.224	-.138	-.254	.060	.290
	Sig. (2- tailed)	.651	.405	.609	.342	.827	.277
	N	16	16	16	16	16	16

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

XIV. melléklet

Független mintás t-próba eredményei az EDI és a BAT tesztek alszálaín az anyai mintában (n=28)

	Csoport	N	Átlag	STDV	t	df
Karcsúság iránti késztetés (EDI1)	AN	14	.2857	.61125	-2.280*	26
	Kontroll	14	2.0000	2.74563		
Bulímia (EDI2)	AN	14	.0714	.26726	-2.702*	26
	Kontroll	14	.6429	.74495		
Testtel való elégedetlenség (EDI3)	AN	14	2.2857	2.52460	-3.388**	26
	Kontroll	14	6.9286	4.46291		
Elégtelenség érzése (EDI4)	AN	14	2.4286	3.15532	-.790	26
	Kontroll	14	3.5000	3.97589		
Perfekcionizmus (EDI5)	AN	14	3.0000	2.25320	.510	26
	Kontroll	14	2.6429	1.33631		
Interperszonális bizalmatlanság (EDI6)	AN	14	3.5000	1.50640	1.167	26
	Kontroll	14	2.8571	1.40642		
Interoceptív tudatosság (EDI7)	AN	14	1.5000	1.99036	1.074	26
	Kontroll	14	.8571	1.02711		
Félelem a felnőtté válástól (EDI8)	AN	14	4.7857	4.64391	-.280	26
	Kontroll	14	5.2143	3.35533		
BAT összpontszám	AN	14	16.5000	10.60297	-2.391*	26
	Kontroll	14	25.3571	8.92367		
A testméret negatív értékelése (BAT1)	AN	14	3.3571	4.06878	-1.646	26
	Kontroll	14	6.0000	4.42023		
A saját test ismeretének hiányos volta (BAT2)	AN	14	5.2143	3.68320	-.914	26
	Kontroll	14	6.5000	3.75704		
Testtel való általános elégedetlenség (BAT3)	AN	14	5.0000	3.53009	-1.636	26
	Kontroll	14	7.0000	2.90887		

* p<0,05

** p<0,01

XV. melléklet

Független mintás t-próba eredményei a TAS-20 és a DERS tesztek faktorain az anyai mintában (n=28)

	Csoport	N	Átlag	STDV	t	df
TAS-20	AN	14	52.5714	7.84184	.542	26
	Kontroll	14	50.5000	11.95987		
Az érzelmek azonosításának nehézségei (DIF)	AN	14	14.3571	6.36828	.605	26
	Kontroll	14	13.0000	5.47723		
Az érzelmek kifejezésének nehézségei (DDF)	AN	14	13.3571	2.27384	.755	26
	Kontroll	14	12.5000	3.58951		
Pragmatikus gondolkodás (EOT)	AN	14	24.8571	3.59181	-.217	26
	Kontroll	14	25.2143	4.99505		
DERS	AN	14	106.7143	18.81255	3.222**	26
	Kontroll	14	85.7143	15.52382		
Érzelmi reakciók elfogadhatatlansága (DERS1)	AN	14	17.5714	5.93185	2.462*	26
	Kontroll	14	13.0000	3.61620		
Nehézségek a célirányos viselkedés fenntartásában (DERS2)	AN	14	16.2143	3.23867	.348	26
	Kontroll	14	15.7857	3.28583		
Impulzuskontroll nehézségek (DERS3)	AN	14	16.5000	3.65324	1.869	26
	Kontroll	14	13.5000	4.76768		
Érzelmi tudatosság hiánya (DERS4)	AN	14	18.2143	7.17022	2.559*	26
	Kontroll	14	13.0714	2.26900		
Érzelemszabályozó stratégiákhoz való csökkent hozzáférés (DERS5)	AN	14	22.5714	6.51288	1.557	26
	Kontroll	14	19.2143	4.75845		
Érzelmi tisztaság hiánya (DERS6)	AN	14	15.6429	3.60784	4.304**	26
	Kontroll	14	11.1429	1.51186		

* p<0,05

** p<0,01

XVI. melléklet

		Correlations_AN_anyak					
		Valencia food	Valencia emotion	Arousal food	Arousal emotion	Kontroll food	Kontroll emotion
EDI1	Pearson Correlation	-.081	.014	-.373	-.321	.500	.350
	Sig. (2- tailed)	.782	.961	.189	.263	.069	.220
	N	14	14	14	14	14	14
EDI2	Pearson Correlation	.667**	-.166	-.179	.233	.268	.159
	Sig. (2- tailed)	.009	.571	.541	.422	.354	.586
	N	14	14	14	14	14	14
EDI3	Pearson Correlation	.026	.020	-.295	-.102	.217	.111
	Sig. (2- tailed)	.929	.946	.306	.729	.456	.706
	N	14	14	14	14	14	14
EDI4	Pearson Correlation	.581*	-.117	-.258	.204	.408	.256
	Sig. (2- tailed)	.029	.691	.373	.485	.147	.377
	N	14	14	14	14	14	14
EDI5	Pearson Correlation	.383	-.115	-.430	-.146	.226	.172
	Sig. (2- tailed)	.177	.696	.125	.618	.438	.556
	N	14	14	14	14	14	14
EDI6	Pearson Correlation	.592*	-.247	-.201	-.091	.156	.154
	Sig. (2- tailed)	.026	.395	.491	.757	.593	.598
	N	14	14	14	14	14	14
EDI7	Pearson Correlation	.435	-.379	-.277	-.158	.320	.163
	Sig. (2- tailed)	.120	.182	.338	.590	.265	.577
	N	14	14	14	14	14	14
EDI8	Pearson Correlation	.345	.006	-.182	.149	.008	.036
	Sig. (2- tailed)	.226	.983	.532	.611	.978	.903
	N	14	14	14	14	14	14
BAT	Pearson Correlation	.013	.033	-.375	-.253	.478	.361
	Sig. (2- tailed)	.965	.910	.187	.383	.084	.204
	N	14	14	14	14	14	14
BAT1	Pearson Correlation	-.154	.207	-.315	-.265	.350	.313
	Sig. (2- tailed)	.600	.477	.272	.359	.220	.276
	N	14	14	14	14	14	14
BAT2	Pearson Correlation	.089	.009	-.229	-.123	.430	.265
	Sig. (2- tailed)	.762	.976	.431	.675	.125	.360
	N	14	14	14	14	14	14
BAT3	Pearson Correlation	.134	-.170	-.334	-.297	.287	.215
	Sig. (2- tailed)	.648	.562	.243	.302	.320	.460
	N	14	14	14	14	14	14

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

XVII. melléklet

		Correlations_kontroll_anyák					
		Valencia food	Valencia emotion	Arousal food	Arousal emotion	Kontroll food	Kontroll emotion
EDI1	Pearson	.044	.047	.046	.309	.000	-.162
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.880	.874	.876	.282	1.000	.580
	N	14	14	14	14	14	14
EDI2	Pearson	-.005	.061	-.094	.089	.156	-.274
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.986	.837	.748	.763	.595	.343
	N	14	14	14	14	14	14
EDI3	Pearson	-.166	.046	.187	.176	-.289	-.384
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.572	.876	.523	.547	.316	.175
	N	14	14	14	14	14	14
EDI4	Pearson	.396	-.087	-.330	.165	.243	-.109
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.161	.768	.249	.573	.403	.711
	N	14	14	14	14	14	14
EDI5	Pearson	-.153	-.025	-.313	-.234	.228	-.021
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.602	.931	.276	.422	.433	.944
	N	14	14	14	14	14	14
EDI6	Pearson	.438	-.187	-.429	-.543	.393	.491
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.117	.523	.126	.065	.164	.075
	N	14	14	14	14	14	14
EDI7	Pearson	.225	.235	-.332	.189	.320	-.223
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.440	.419	.246	.517	.265	.444
	N	14	14	14	14	14	14
EDI8	Pearson	-.081	.129	-.181	.241	.116	-.512
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.782	.660	.535	.406	.692	.061
	N	14	14	14	14	14	14
BAT	Pearson	.162	-.021	-.168	.323	.044	-.334
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.581	.944	.565	.260	.882	.243
	N	14	14	14	14	14	14
BAT1	Pearson	.086	.058	-.029	.441	-.125	-.362
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.770	.844	.923	.114	.671	.203
	N	14	14	14	14	14	14
BAT2	Pearson	.270	.100	-.324	.374	.208	-.238
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.351	.734	.258	.188	.476	.414
	N	14	14	14	14	14	14
BAT3	Pearson	.169	.054	-.319	.136	.149	-.384
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.562	.854	.266	.644	.611	.175
	N	14	14	14	14	14	14

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

XVIII. melléklet

		Correlations_AN_anyak					
		Valencia food	Valencia emotion	Arousal food	Arousal emotion	Kontroll food	Kontroll emotion
TAS20	Pearson	.439	.033	-.135	.194	.086	.062
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.117	.912	.644	.507	.769	.833
	N	14	14	14	14	14	14
TAS1	Pearson	.472	-.189	.018	.284	.175	.049
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.088	.518	.952	.326	.550	.868
	N	14	14	14	14	14	14
TAS2	Pearson	.173	.007	-.107	.097	.156	.101
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.554	.981	.715	.742	.595	.732
	N	14	14	14	14	14	14
TAS3	Pearson	.012	.401	-.259	-.142	-.221	-.015
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.969	.155	.370	.629	.449	.961
	N	14	14	14	14	14	14
DERS	Pearson	.291	-.615*	.237	.272	.421	.120
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.312	.019	.415	.346	.134	.682
	N	14	14	14	14	14	14
DERS1	Pearson	.324	-.500	.045	-.040	.282	.152
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.258	.068	.879	.891	.329	.603
	N	14	14	14	14	14	14
DERS2	Pearson	.035	.048	.021	.220	.541	.409
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.907	.870	.944	.450	.064	.146
	N	14	14	14	14	14	14
DERS3	Pearson	-.317	-.124	.772**	.802**	-.202	-.354
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.270	.672	.001	.001	.488	.214
	N	14	14	14	14	14	14
DERS4	Pearson	.172	-.442	.081	.132	.250	-.012
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.557	.113	.784	.652	.389	.968
	N	14	14	14	14	14	14
DERS5	Pearson	.305	-.487	.188	.145	.380	.104
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.288	.077	.520	.621	.181	.725
	N	14	14	14	14	14	14
DERS6	Pearson	.383	-.546*	-.140	-.047	.271	.205
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.177	.044	.634	.872	.349	.483
	N	14	14	14	14	14	14

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

XIX. melléklet

		Correlations_kontroll_anyak					
		Valencia food	Valencia emotion	Arousal food	Arousal emotion	Kontroll food	Kontroll emotion
TAS20	Pearson	.286	.413	-.441	-.047	.575	.180
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.322	.142	.115	.873	.081	.539
	N	14	14	14	14	14	14
TAS1	Pearson	.249	.279	-.414	-.072	.513	.077
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.391	.333	.141	.806	.061	.794
	N	14	14	14	14	14	14
TAS2	Pearson	.179	.270	-.485	.009	.439	-.046
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.541	.351	.078	.975	.116	.876
	N	14	14	14	14	14	14
TAS3	Pearson	.217	.496	-.268	-.099	.521	.314
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.456	.071	.354	.737	.056	.274
	N	14	14	14	14	14	14
DERS	Pearson	-.322	-.307	.338	.213	-.337	-.081
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.261	.286	.237	.464	.239	.782
	N	14	14	14	14	14	14
DERS1	Pearson	-.126	.019	-.053	.065	-.024	-.138
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.669	.948	.857	.825	.935	.639
	N	14	14	14	14	14	14
DERS2	Pearson	-.132	-.084	.115	.212	-.057	.040
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.652	.776	.697	.468	.847	.892
	N	14	14	14	14	14	14
DERS3	Pearson	-.248	-.391	.341	.083	-.263	.030
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.392	.166	.233	.778	.363	.920
	N	14	14	14	14	14	14
DERS4	Pearson	-.642	-.282	.386	.153	-.408	-.324
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.073	.329	.173	.601	.148	.258
	N	14	14	14	14	14	14
DERS5	Pearson	-.349	-.442	.579	.310	-.595	-.105
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.222	.113	.060	.282	.085	.721
	N	14	14	14	14	14	14
DERS6	Pearson	.125	.036	-.125	.110	.040	.131
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.670	.902	.671	.707	.893	.655
	N	14	14	14	14	14	14

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).