A testedzésfüggőség viselkedéstani és pszichológiai kontextusa

Doktori tézisek

Menczel Zsuzsanna

Semmelweis Egyetem
Patológiai Tudományok Doktori Iskola

Témavezető: Dr. Vingender István, Ph.D, főiskolai tanár

Hivatalos bírálók: Dr. Horváth Mónika, Ph.D, főiskolai tanár
Dr. Sipos Kornél, C.Sc, prof. emeritus

Szigorlati bizottság elnöke: Dr. Forgács Iván, Ph.D, prof. emeritus
Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Nagyné Dr. Baji Ildikó, Ph.D, főiskolai docens
Dr. Lénárd Kata, Ph.D, egyetemi adjunktus

Budapest
2016

Bevezetés

Az elmúlt évtizedekben számos kutatás foglalkozott a sport egészségvédő, megtartó, illetve betegség megelőző hatásával. A vizsgálatok kimutatták, hogy a rendszeres testedzés mind a testi, mind a pszichés jóllétre pozitív befolyással bír. Azonban minden olyan viselkedés, melyet a kontroll hiánya jellemez, káros befolyással bír a személy testi, lelki életére. A testedzésfüggőség (TEF) esetén túlzott mértékű sporttevékenység jellemzi a személyt, melynek során pszichés és/vagy fizikai egészsége sérül. A probléma negatív hatással lehet továbbá az egyén szociális életére, gazdasági helyzetére is. A testedzésfüggőség kutatása az elmúlt harminc évben indult meg, hivatalos diagnosztikai rendszerekben, mint DSM-V, még nem szerepel. Tüneti jellemzői alapján a viselkedéses függőségek kategóriájában kódolható.

A kutatások igazolták, hogy a testedzésfüggőség nem határozható meg elégségesen a viselkedéses jegyek figyelembevételével, vagyis a sportolás mennyisége (alkalom, intenzitás, gyakoriság) nem tesz különbséget a problémás, illetve a sportot elkötelezetten űző személyek között.

A kutatások szerint (Hausenblas és Symons Downs, 2002) hét fő dimenziót szükséges figyelembe vennünk a TEF azonosítása során:

- *Megvonás*: mely jelentkezhet a megvonásos tünetekben (pl. idegesség, kimerültség), vagy ugyanolyan mennyiségű edzés szükségszerűsége a tünetek enyhítése vagy elkerülése céljából.
- *Folytonosság, folytatás*: folytatódó sportolás, annak ellenére, hogy az fizikai vagy pszichés problémákat okoz vagy felerősíti azokat (pl. folytatódó futás csonttörés ellenére).
- *Tolerancia*: mely jelenti a megnövekedett testedzés mennyiségének szükségszerűségét, annak érdekében, hogy a személy elérje a kívánt hatást; vagy csökkent hatás, ha az edzés mennyisége nem változik.
- *Kontrollvesztés, kontrollhiány*: folyamatos vágy vagy sikertelen kísérletek az edzések csökkentésére, illetve kontrollálására.
- *Idő*: Az egyéb aktivitások megszervezésére fordított tetemes idő, hogy azok illeszkedjenek az edzési rutinhoz (pl. a vakáció, függ az edzéstől).
- *Konfliktus, elhanyagolás*: fontos szociális, foglalkozásbeli, valamint kikapcsolódáshoz kötődő aktivitások föladása vagy csökkentése az edzés miatt (pl. anyagi problémák a drága felszerelések, bérlet vásárlása miatt).
- *Szándék, visszaesés*: az edzés tovább tart, vagy intenzívebb, mint eredetileg tervezték.

A TEF szintjeinek elemzése során beszélhetünk elsődleges, illetve másodlagos testedzésfüggőségről is. Előbbinél nem áll fönn evés-, vagy egyéb pszichés zavar, míg a második esetben elsődlegesen evészavar azonosítható, vagyis a vékonyság elérése érdekében a személy repertoárjának része az edzés sztereotipizált mintázata.

A TEF vizsgálata mindössze 40 éve indult meg. Ez alatt egyre több kutatás és kérdőív született mérésére, azonosítására. Magyarországon a TEF azonosítására mindeddig kevés számú vizsgálat született. Normál populációs adatok szerint a népesség 0,3–05%-a azonosítható addiktív sportolóként (Paksi és mtsai, 2009). További kutatások, melyek felsőotatásban hallgatók között mérték fel a TEF-et 1-3%-os előfordulási arányokat találtak (Szabo és Griffiths, 2007). Verseny sportolók körében jóval magasabbak a mért adatok, pl triatlonozók körében, akár 20-50% is lehet (Youngman, 2007; Blaydon és Lindner, 2002). Rekreációs sportolók körében(pl fitnessz teremben edzők) ez az arány többnyire 6-30% között mozog (Costa és Oliva, 2012, Lejoyeux és mtsai, 2012).

Mivel a TEF szoros kapcsolatot mutat az evészavarok előfordulásával, a utatások a női túlsúlyt feltételezik, de a kutatások eddig nem támasztották alá ezt a feltételezést. Az életkor előrehaladtával a sportolási gyakoriság csökkenése figyelhető meg. Ez a jelenség a TEF-re is jellemző. Részben köszönhető ez az idősebb korosztály többirányú elkötelezettségeinek (család, munka), részben a fejlettebb megküzdési mechanizmusaiknak, kiegyensúlyotottabb önértékelésüknek. A kutatások szerint, a túlzott sporttevékenységgel jellemezhető személyekre jellemző az alacsony önértékelés, a perfekcionizmus, valamint a vonásszorongás és az izgalomkeresés.

A TEF-et magyarázó elméletek lényeges eleme, hogy az egyén az őt érő stresszre a mozgást hívja segédeszközként. Amennyiben az edzés hatékonyan csökkenti szorongását, ez egy jól működő megküzdési stratégiává válhat. Az egyén számára a mozgás egy egészséges megküzdési mechanizmus, mindaddig, míg nem válik kényszeres viselkedésformává. Amikorra felismerhetővé válik, hogy a tevékenység túlzásba fordult, a megvonásos tünetek kialakulása megnehezíti a változtatást. Így kialakul egy ördögi kör, ahol az edzésmennyiség csökkentése irritabilitással, alvászavarokkal, sóvárgással jár együtt, ami visszaeséshez vezet.

A TEF a viselkedéses függőségek csoportjába sorolható, így gyógyítása is azokkal a módszerekkel a leghatékonyabb, melyek az addikciók esetében is beváltak már, például a motivációs interjút és a kognitív-behavior terápia.

Célkitűzések-hipotézisek

Jelen dolgozat legfontosabb célkitűzése a *testedzésfüggőség jelenségének mélyebb megismerése*. Ezt azért is tartottuk kiemelkedően fontosnak, mivel egy eddig még kevéssé tanulmányozott területről van szó, mely a kor kulturális elvárásaiból következően igen aktuális problémának tekinthető. Kutatásunk egyik fókuszpontja továbbá, annak feltárása, hogy *mely rizikótényezők azonosíthatóak a túlzásba vitt sportolás hátterében*. Ezen tényezők segíthetnek továbbá megfelelő prevenciós programok kialakításában, amelyet úgy gondoljuk, már gyermekkorban foganatosítani kell, primer megelőzésként, de megkerülhetetlen a szekunder prevenció, valamint a rehabilitáció. Mivel a testedzésfüggőség a kor jellemző problémáinak, az evés- és testképzavaroknak sorába illeszthető, fontosnak tartottuk megvizsgálni, hogy a *testedzésfüggőségben is azonosítható-e a nők felülreprezentáltsága*. Ahogy az evészavarok esetében is felfedezhető az egyre fiatalabb életkor irányába történő eltolódás, fontosnak tartottuk megvizsgálni, hogy jelen esetben körülírható-e, *mely korosztály tekinthető különösen veszélyeztetettnek a testedzésfüggőség szempontjából*. A dolgozat, megpróbál párhuzamot vonni a túlzott sportolás, mint viselkedéses addikció és a rekreációs droghasználat között fellelhető közös jellemzők tekintetében.

Hipotézisek

Szociodemográfiai eloszlások

H1: Feltételezzük, hogy a nők körében magasabb lesz a testedzésfüggőség aránya.

H2: Úgy gondoljuk a testedzésfüggőség szempontjából a fiatalabb korcsoport veszélyeztetettebbnek tekinthető, mint az idősebb korosztály.

Testedzésfüggőség

H3: Feltételezzük, hogy a sportolási gyakoriság (heti alkalmak száma, óraszám) növekedésével a testedzésfüggőség kialakulásának valószínűsége is emelkedni fog.

H4: Feltételezzük, hogy nagyobb arányban fogunk találni egyedülállókat a testedzésfüggő csoportban, míg a családban, párkapcsolatban élők esetében ez az arány alacsonyabb lesz.

H5: Feltételezzük, hogy a magasabban kvalifikált személyek körében, melynek mutatójául az iskolázottság fokát vettük, a testedzésfüggőség megnövekedett előfordulási aránya mutatható ki.

H6: Feltételezzük, hogy a jobb anyagi helyzet, melynek mutatójaként a sportolásra költött pénzt használtuk, nagyobb arányban fog előfordulni a testedzésfüggőséggel jellemezhető személyek körében.

Sportolási jellemzők

H7: Feltételezzük, hogy a kardió típusú mozgásformákat, melyek dinamikus, sokszor hosszas kitartást igénylő aktivitások (minimum fél óra, ultrafutók esetén akár 24 óra vagy több nap), űző személyek inkább lesznek hajlamosak a testedzésfüggőségre.

H8: Feltételezzük, hogy a strukturált környezetben edzők alacsonyabb arányban jellemezhetőek testedzésfüggőséggel, mint azok a személyek, akik a nem-strukturált környezetben való edzést részesítik előnyben.

H9: Feltételezzük, hogy a csoportos mozgásformákban résztvevő sportolók magasabb testedzésfüggőségi szintet fognak mutatni, mint azok a személyek, akik önmagukban edzenek.

Droghasználat

H10: Feltételezzük, hogy a testedzésfüggőség szempontjából veszélyeztetettnek tekinthető csoport tagjai nagyobb arányban használnak olyan élvezeti szereket, mint a cigaretta, alkohol, és egyéb illegális szerek.

Külalakkal kapcsolatod elégedettség

H11: Feltételezzük, hogy azok a személyek, akik a testedzésfüggőség rizikó csoportjába tartoznak, elégedettebbek lesznek külalakjukkal. Ugyanitt feltételezzük, hogy a valós és vágyott súly különbségére alkotott diszkrepanciamutató alacsonyabb értékeket fog felvenni a testedzésfüggő csoportban.

Személyiség tényezők

H12: Feltételezzük, hogy az fiatalabb korcsoportba tartozó személyek önértékelése alacsonyabb lesz. Feltételezzük továbbá, hogy minél magasabb a testedzésfüggőség rizikója, annál alacsonyabb lesz az egyén önértékelése.

H13: Feltételezzük, hogy a nem addiktív mértékű sporttevékenységet folytatók kiegyensúlyozottabbak, nyugodtabbak személyes jól-létüket pozitívabban ítélik meg.

H14: Feltételezzük, hogy az idősebb korosztály alacsonyabb pontszámot fog elérni a szenzoros élménykeresési skálán, továbbá, hogy a testedzésfüggőség és a szenzoros élménykeresés attitűd között pozitív kapcsolat mutatható ki.

Módszerek

Kutatásunk kvantitatív módszerrel készült. Vizsgálatunkat budapesti fitnesztermet látogató személyek között (N=1743) végeztük. Az adatfelvétel 17 fitneszteremben zajlott le, több idősávban, összesen 143 alkalommal. A kérdőív kitöltése kb. 20-25 percet vett igénybe.

A nemek szerinti megoszlás szerint a résztvevők 58,6%-a nő, míg 41,4%-a férfi. A kérdőív kitöltőinek átlag életkora 31,7 év (szórás:8,49), a legfiatalabb 18, míg a legidősebb résztvevő 61 éves volt.

Az általunk összeállított kérdőív mind saját kérdéseket, mind már korábban kidolgozott teszteket tartalmazott. Ezeket az alábbi egységbe csoportosítottuk: szociodemográfiai adatok; sportolással, testedzéssel összefüggő kérdések, majd az edzéssel kapcsolatos skálák; pszichoaktív szerhasználatra vonatkozó információk; evéssel, külalakkal kapcsolatos vélekedéseket feltáró kérdőívek; a személyiség bizonyos aspektusait feltáró tesztek. Az edzési szokásokat a Testedzés Addikció Kérdőívvel (TAK) (Terry és mtsai, 2004) és a Testedzésfüggőség Skálával (EDS-HU) (Hausenblas és Symons Downs, 2002) mértük fel. Az evéssel, külalakkal kapcsolatos jellemzők mérésére a SCOFF kérdőívet (Morgan és mtsai, 1999), valamint az Evészavar Kérdőív Testi elégedetlenség alskáláját használtuk (Garner és mtsai,1983). A személyiségjegyekre vonatkozó kérdőívek a következők voltak: WHO Jól-lét Kérdőív (Beck, 1996); Rosenberg féle Önértékelési Skála (Rosenberg, 1965); Rövidített Szenzoros Élménykeresési Skála (Meyer és mtsai, 2012).

Eredmények

Vizsgálatunk középpontjában a testedzésfüggőség állt. Mintánkból összesen 302 főt (17,3%) zártunk ki, mivel ők feltételezhetően valamilyen evészavarban szenvednek, így az elsődleges testedzésfüggőség nem érvényes rájuk, ezért a továbbiakban 1439 fővel számoltunk. Mind két kérdőív esetében 3 csoportot alkottunk a túlzott sportolás megoszlásának vizsgálatára. Eszerint a rizikó csoportba a minta 7,9%-a (TAK), illetve 2,2%-a (EDS-HU) sorolható. A szimptómákat mutatók csoportjában az arány 76,9% és 69,3% volt, míg 15,2%, és 28,5% nem érintett a problémában.

Eredményeink szerint nem mutatható ki különbség jelen mintán a résztvevők nemét tekintve, így e hipotézisünk (H1) nem nyert alátámasztást (EAI: $u=251091,5$, $p=0,627$; EDS-HU: $u=253079,0$, $p=0,905$).

A fiatalabb korosztályt eredményeink szerint inkább veszélyezteti a testedzésfüggőség, mint az idősebbeket ($r_{S, EAI}=-0,064$, $p=0,016$; $r_{S, EDS-HU}=-0,177$, $p\leq0,001$) (H2).

Az iskolázottság mértéke védőfaktorként jelent meg kutatásunkban. A diplomások aránya 65,4%. Eredményeink szerint a magasabban kvalifikált személyek kisebb mértékben érnek el magas pontszámot a TEF skálán ($r_{S, EAI}=-0,094$, $p\leq0,001$; $r_{S, EDS-HU}=-0,148$, $p\leq0,001$) (H5).

Rákérdeztünk kitöltőink anyagi helyzetére is, mivel a sportolás költségei gyakran igen magasra rúghatnak. A TEF-re jellemző, hogy az egyén hajlamos több pénzt költeni

szenvedélyére, mint amit gazdasági helyzete lehetővé tenne. Ezen feltételezésünket adataink is alátámasztották (EAI: r_s =0,158, p≤0,001; EDS-HU: r_s =0,170, p≤0,000) (H6).

A sportolás mennyiségét tekintve elmondható, hogy a növekvő alkalmak, illetve mozgási órák számával párhuzamosan növekszik a TEF kialakulásának veszélye (alkalmak: EAI: r_s =0,213, p≤0,001; EDS-HU: r_s =0,269, p= p≤0,001; óraszám: EAI: r_s =0,177, p≤0,001; EDS-HU: r_s =0,292, p≤0,001) (H3).

A megkérdezettek több mint fele valamilyen kapcsolatban él (62,5%), míg az egyedülállók aránya 37,5%. A testedzésfüggőség tekintetében a párkapcsolatban élők között alacsonyabb mértékben fordult elő a túlzásba vitt edzés megjelenése, így feltételezhetjük, hogy a szociális kapcsolatok fontos védőfaktort jelentenek (u_{EDS-HU}=219379,0, p=0,011) (H4).

Nem csak a párkapcsolat, de a közösségben végzett mozgásformák is védőfaktorként tekinthetőek a TEF-el szemben. A megkérdezettek 62,4% szívesebben mozog társaságban, míg 37,5% inkább egymagában. Utóbbi csoport esetében magasabbnak bizonyult az addiktív testedzés megjelenésének valószínűsége is (EAI: u=236046,5, p=0,034; EDS-HU: u=223508,5, p≤0,001) (H9).

Mivel a testedzésfüggőség szoros kapcsolatot mutathat a testsúly megítélésével, így ezen adatokat is fontosnak tartottuk megmérni. A mintánk átlagos testtömeg indexe (BMI): 23,63 (SD:3,63), mely a normál kategóriát jelenti. Az általunk alkotott diszkrepanciamutató beszámol róla, hogy mennyire elégedettek a súlyukkal kitöltőink, akik e szerint 4,9 kg-tól szeretnének átlagosan megszabadulni (vagy gyarapodni). Eredményeink szerint a testsúly változtatására irányuló késztetés nincs összefüggésben a túlzott mértékű sportolással (EAI: r=-0,027, p=0,315; EDS-HU: r=-0,003, p=0,919), mely adat megerősíti, hogy egy az evészavaroktól független jelenséggel állunk szemben (H11). A testsúlyhoz kapcsolódó jelenség a külalakkal való elégedettség. Ennek mérése során feltételezéseinkkel ellentétes eredményre jutottunk, vagyis a megjelenésükkel elégedettebbek értek el magasabb pontszámot az EDS-HU skálán (r=0,092, p=0,001)

A droghasználat tekintetében feltételeztük, hogy a TEF rizikó csoportjában nagyobb valószínűséggel találunk kipróbálókat. Ezen adatokat alátámasztják a statisztikai számítások az amfetaminok, kokain, szteroidok és doppingszerek, alkohol és gyógyszerek együttes fogyasztása és nyugtatók/altatók esetén (H10). Az élvezeti szerek használatát párhuzamba állíthatjuk a TEF, mint impulzív viselkedésforma. Úgy gondoljuk ez a vonása elsősorban a fiatalabb korosztályt veszélyezteti, akik kevésbé rendelkeznek hatékony megküzdési mechanizmusokkal. Esetükben, mind a túlzásba vitt sportolás, mind a drog használat egy lehetséges, de egyben veszélyes alternatíva lehet.

Az önértékelés mértéke adataink szerint párhuzamosan növekszik a személyes jóllét megítélésével (r=0,407, p=0,000). Szintén emelkedik az önértékelés mértéke a külalakkal való

elégedettség mértékével (r=0,306, p=0,000). Ugyancsak együtt jár a növekvő testi elégedetlenség a jól-lét negatív megítélésével (r=0,200, p=0,000). Miután az életkort fontos faktornak értékeltük a testedzésfüggőség kialakulásának rizikója esetében, a személyiségjegyek vizsgálatakor is figyelembe vettük befolyásoló lehetőségét. A fiatalabb korosztály alacsonyabb pontszámot ért el az önértékelés skálán (u=229221,0, p=0,002). A TEF tekintetében azt találtuk, hogy a skála pontszámok növekedésével egyszerre csökken az önértékelés mértéke is (EDS-HU: r=-0,102, p≤0,001) (H12).

A szenzoros élménykeresés mértékét korábban nem vizsgálták a TEF tekintetében. a jelenség beszámol az egyén élmény- és kalandkeresési, unalomtűrési stílusáról, gátolatlanságának mértékéről. Az élménykeresési attitűd nagyobb arányban jellemzi a fiatalokat, ahogy ezt kutatásunk is alátámasztotta, minden alfaktor tekintetében ($t_é$=4,514; p=0,000; t_k=9,915; p=0,000; t_u=7,087; p=0,000; t_g=2,717; p=0,007) (H14). Szintén megerősítették a mérések azon feltételezésünket, miszerint a magasabb fokú TEF-el jellemezhetők valószínűbben jellemezhetőek magasabb arányú élménykereséssel is.

Saját publikációk jegyzéke

Az értekezés témájában megjelent publikációk jegyzéke

Könyvfejezet

Menczel Zs. A megedzett étvágy. In: Gyömbér N., Kovács K., Imre Tóvári Zs., Lénárt Á., Hevesi K., Menczel Zs. Fejben dől el. Sportpszichológia mindenkinek. Noran Libro, Budapest, 2012: 240-250.

Letorált folyóiratcikkek

1. Menczel Zs., Griffith M. D., Vingender I., Eisinger A., Farkas J., Magi A., Mervó B., Kökönyei Gy., Demetrovics Zs.. (2016) Exercise dependence in amateur competitor and non-competitor recreational exercisers. Int J of Mental Health & Addiction, pp. 1-8 (in press).
2. Menczel Zs, Kovács E., Eisinger A., Magi A., Vingender I., Demetrovics Zs. (2014). Exercise dependence among hungarian fitness center users: preliminary results. New Medicine. 18(3): 103-108.
3. Menczel Zs., Kovács E., Vingender I. (2011) A testedzésfüggőség: egy újabb viselkedéses addikció a modern evés- és testképzavarok sorában. Addiktológia Hungarica. 10(4): 301-317.
4. Liptai-Menczel Zs. (2010). A fitness-jelenség. Új ifjúsági szemle. 8.(3): 85-93.

Az értekezés témájától eltérő publikációk jegyzéke

1. Petke Zs., Csorba J., Mészáros J., Vingender I., Farkas J., Demetrovics Zs., Kovács Zs., Menczel Zs., Pataki Z., Simor P., Havasi A., Melles K., Márványkövi F., Rácz J. (2012). Bupenorphine/naloxone szubsztitúció alatt álló ópiátfüggők pszicoszociális tüneteinek változásai hathónapos terápia során. Neuropsychopharmacologia Hungarica. 14.(1): 7-17.
2. Petke Zs., Mészáros J., Vingender I., Demetrovics Zs., Farkas J., Kovács Zs., Menczel Zs., Havas A., Simor P., Rácz J. (2011). Early dropout after one month of Buprenorphine/Naloxon maintenance therapy. New Medicine. 15(2): 72-75.
3. Petke Zs., Csorba J., Mészáros J., Vingender I., Farkas J., Demetrovics Zs., Balázs H., Hoffman K., Kovács Zs., Menczel Zs., Pataki Z., Simor P., Havasi A., Melles K., Márványkövi F., Rácz J. (2011). Kezelésben maradásra ható tényezők vizsgálata metadon-

és buprenorphine/naloxone terápiában részesülő opiátfüggőknél. Addiktologia Hungarica. 10(1): 5-31.

4. Bollók S., Menczel Zs., Vingender I. (2010). Representations of the Social Body and Drog Use. New Medicine. 14(2): 54-62.
5. Kozma N., Menczel Zs., Pados Z., Tóth E. (2007). Ifjúságsegítő civilszervezetek iskolai beágyazódásának vizsgálata. Új ifjúsági szemle. 5(2): 83-94.