A kötődés szerepének vizsgálata evészavarokban
Komplex modellezés és terápiás implikációk

Doktori értekezés

Szalai Tamás Dömötör

Semmelweis Egyetem
Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola

Témavezető: Dr. Túry Ferenc, Ph.D., egyetemi tanár

Hivatalos bírálók: Dr. Jekkel Éva, Ph.D., egyetemi adjunktus
Dr. Láng András, Ph.D., egyetemi docens

Szigorlati bizottság elnöke: Dr. Pászthy Beáta, Ph.D., egyetemi docens
Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Forgács Attila, Ph.D., egyetemi docens
Dr. Török Szabolcs, Ph.D., egyetemi docens

Budapest
2018

Tartalomjegyzék

I. Bevezetés ... 10
I.1. A gyermek- és felnőttkori kötődés jelenségei ... 11
I.1.1. A gyermekkori kötődés alapfogalmai és jellemzői ... 11
I.1.2. A koragyermekkori kötődés fejlődése ... 13
I.1.3. Az idegenhelyzet-vizsgálat és a koragyermekkori kötődési stílusok ... 14
I.1.4. A felnőttkori kötődés ... 14
I.1.5. A kötődés vizsgálatának alapkérdései ... 16
I.1.5.1. A kötődési stílusok transzgenerációs transzmissziója ... 16
I.1.5.2. Az anya és a gyermek szerepe a kötődési alakulásában ... 17
I.1.5.3. A kötődési jellemzők stabilitása az életúton ... 17
I.1.5.4. A kötődés univerzális vagy kultúraspecifikus jellege ... 18
I.1.5.5. A kötődés normatív és adaptív megközelítése ... 18
I.1.5.6. Általános vagy személyspecifikus kötődés ... 19
I.1.5.7. A kötődés kategoriális és dimenzionális megközelítése ... 19
I.1.5.8. A kötődés pszichofiziológiai háttere ... 19
I.1.5.9. Nemi és életkori kérdések ... 19
I.2. A kötődés jelentősége a mentális egészségben ... 20
I.2.1. Kötődés, idegrendszeri fejlődés, intrapszichés és interperszonális készségek ... 20
I.2.2. Kötődés, énkép és személyiségfejlődés ... 21
1.2.3. Kötődés és önszabályozás ... 21
I.2.4. Kötődés, stresszérzékenység és szorongás ... 22
I.2.5. Kötődés, önértékelés és depresszió ... 22
I.2.6. Kötődés és pszichiátriai morbiditás ... 22
1.3. Az evészavarok epidemiológiája, diagnosztikája, komorbiditása és etiológiája ... 23
1.3.1. Az evészavarok epidemiológiája ... 23
I.3.2. Az értekezésben szereplő evészavarok diagnosztikája ... 24
I.3.2.1. Anorexia nervosa (AN) ... 24
I.3.2.2. Bulimia nervosa (BN) ... 24
I.3.2.3. Falászavar ... 24
I.3.2.4. Egyéb meghatározott evészavar ... 25

I.3.2.5. Egyéb nem meghatározott evészavar 25
I.3.2.6. Multiimpulzív evészavar 25
I.3.2.7. Érzelmi evés és kapcsolódó túlsúly 26
I.3.3. Az evészavarok spektrumszemlélete 26
I.3.4. A testképzavar jellemzői, az evés- és testképzavarok elkülönítése 27
I.3.5. Az evészavarok komorbid spektruma 28
I.3.6. Az evészavarok etiopatogenetikai modellje 28
I.3.7. Az evészavarok szelektív modelljei 29
I.3.7.1. Az evészavartól szenvedők személyiségjellemzői 29
I.3.7.2. Az evészavartól szenvedők családi jellemzői 30
I.4. A kötődési jellemzők és evészavarok kapcsolata 31
I.4.1. Szülői bánásmód evészavarokban 32
I.4.1.1. Az evészavartól szenvedők szüleinek kötődése, szülői bánásmód és tünetek 32
I.4.1.2. Az evészavartól szenvedő kötődésének szerepe a szülői bánásmódban . 33
I.4.2. A felnőtt kötődés általános jellemzői evészavarokban 33
I.4.3. Felnőtt kötődési stílusok evészavarokban 34
I.4.4. Az egyes evészavartípusok kötődési jellemzői 34
I.4.5. Kötődési jellemzők egyes tünettípusok, komorbid zavarok esetén 35
I.4.6. A kötődés és evészavarok kapcsolatának koncepciói 36
I.4.6.1. A kötődési jellemzők transzgenerációs transzmissziója 36
I.4.6.2. A kötődés mediátor szerepe a korai élmények és felnőttkori tünetek közt 37
I.4.6.3. A kötődés mint az intrapszichés és interperszonális élmények mediátora 37
I.4.6.4. A kötődési jellemzők és evészavartünetek közvetlen kapcsolata 37
I.4.6.5. A személyiségvonások mediáló hatása a kötődés és evészavarok között 37
I.4.6.6. A kötődési jellemzők moderátor szerepe 38
I.4.6.7. Kötődési jellemzők és az evészavarok fenntartó mechanizmusai 38
I.4.7. A kötődés és evészavarok pszichológiai közvetítőtényezői 38
I.4.7.1. Kötődés, énkép, önértékelés és evészavar 39
I.4.7.2. Kötődés és a testtel való elégedettség 40

I.4.7.3. A perfekcionizmus szerepe 40
I.4.7.4. A depresszió szerepe 40
I.4.7.5. A szorongás szerepe 40
I.4.7.6. Az érzelemszabályozás szerepe 41
I.4.7.7. Kötődés és információfeldolgozás 41
I.4.7.8. Szenzitív személyközi stílus 41
I.6.7.9. Alexithymia 42
I.4.7.10. Mentális koherencia és dezorganizáltság 42
I.4.7.11. Mentalizáció és reflektív készségek 42
I.4.7.12. A tudatos jelenét szerepe 42
I.4.7.13. Nárcisztikus sérülékenység és evészavartünetek 43
I.5. Alapvető összefüggések és kutatási kérdések az eddigi vizsgálatok alapján 43
II. Célkitűzések és hipotézisek 46
III. Módszerek 48
III.1. A kötődés mérésének vizsgálatot meghatározó kérdései 48
III.2. Vizsgálati eljárás 49
III.3. Etikai engedély 50
III.4. Vizsgálati személyek és a vizsgálatban résztvevő csoportok leírása 50
III.5. Mérőeszközök 53
III.6. Statisztikai elemzések 58
IV. Eredmények 60
IV.1. A vizsgálat alapváltozóinak együttjárásai 60
IV.2. Az evészavartól szenvedő és evészavartól mentes csoportok összehasonlítása 62
IV.2.1. Az evészavartól szenvedő és attól mentes csoportok alapjellemzői 62
IV.2.2. Az evészavartól szenvedő és attól mentes csoportok személyiségjellemzői 63
IV.2.3. Az evészavartól szenvedő és attól mentes csoportok kötődési jellemzői ... 65
IV.3. Az egyes evészavartípusok szülői bánásmód és a felnőtt kötődés jellemzői 67
IV.4. Az evészavarok prediktorai 73
IV.5. Kötődés és multiimpulzivitás – kötődés multiimpulzív evészavarokban 74
IV.6. A kötődési jellemzők és érzelmi evés kapcsolata, az érzelmi evés prediktorai. 76
IV.7. A kötődési jellemzők és purgálás kapcsolata 78

IV.8. A szülői bánásmód és az evészavartünetek kapcsolatának útelemzéses modellje 80
V. Megbeszélés 83
V.1. A vizsgálat alapváltozói együttjárásainak értelmezése 83
V.2. Az evészavartól szenvedő és evészavartól mentes csoportok összehasonlítása . 84
V.2.1. Az evészavartól szenvedők alapjellemzőinek magyarázatai 84
V.2.2. Az evészavartól szenvedő és attól mentes csoportok személyiségjellemzői − implikációk az evészavartól szenvedők személyiségével kapcsolatban 86
V.2.3. Kötődési stílusok az evészavartól szenvedő és attól mentes csoportokban . 86
V.2.4. Az evészavartól szenvedők felnőtt kötődési dimenziói, és azok magyarázatai 87
V.2.5. Implikációk az evészavartól szenvedők felnőtt kötődésével kapcsolatban.. 88
V.2.6. Az evészavartól szenvedők szülői bánásmódja, és annak magyarázatai..... 89
V.2.7. Implikációk az evészavartól szenvedők szülői bánásmódjával kapcsolatban 89
V.3. A szülői bánásmód és felnőtt kötődés jellemzői egyes evészavartípusokban 90
V.3.1. A felnőtt kötődés biztonságossága a hét vizsgálat csoportban 90
V.3.2. Felnőtt kötődési aggodalmaskodás és bizalmatlanság – implikációk a bulimiával kapcsolatban 90
V.3.3. A kötődés elkerülés dimenziója a jelen mintán 91
V.3.4. Anyai törődés és érzelmi evés 92
V.3.5. Az anyai túlvédés a hét vizsgált csoportban 92
V.3.6. Az apai törődés és túlvédés a hét vizsgált csoportban 92
V.3.7. Implikációk a remisszióban lévő személyekkel kapcsolatban 93
V.4. Az evészavarok prediktorai 94
V.4.1. Az életkor, a BMI és a vonásszorongás szerepe evészavarokban 94
V.4.2. Implikációk – a szorongás kezelésének szerepe evészavarokban 95
V.4.3. A bizonytalan kötődés mint az evészavarok prediktora 95
V.4.4. Implikációk – a kötődési biztonságosság szerepe az evészavarok ellátásában 96
V.5. A multiimpulzív evészavartól szenvedők jellemzői 97
V.5.1. A multiimpulzivitás gyakorisága evészavarokban 97

V.5.2. Multiimpulzivitás, életkor, evészavartünetek és vonásszorongás 97
V.5.3. A multiimpulzív evészavartól szenvedők kötődési jellemzői 98
V.5.4. A kötődés és multiimpulzivitás kapcsolatának magyarázatai 98
V.5.5. Implikációk a multiimpulzív evészavarokkal kapcsolatban..... 99
V.6. A túlsúlytól és érzelmi evéstől szenvedők kötődési jellemzői..... 100
V.6.1. A kötődési jellemzők, szülői bánásmód és érzelmi evés 100
V.6.2. Kötődési aggodalmaskodás, érzelemszabályozás és érzelmi evés..... 101
V.6.3. Az érzelmi evés, a testtömegindex és a depresszió kapcsolata 101
V.6.4. Implikációk az érzelmi evéssel kapcsolatban..... 102
V.7. A purgáló evészavartól szenvedők jellemzői..... 102
V.7.1. A purgáló evészavartól szenvedők kötődési jellemzői..... 103
V.7.2. A diszfunkcionális kötődés és purgálás kapcsolatának magyarázatai 103
V.7.3. Implikációk a purgálással kapcsolatban 104
V.8. A kötődés és az evészavartünetek kapcsolatának útelemzéses modellje..... 104
V.8.1. Az apai bánásmód és neuroticizmus 104
V.8.2. Apai törődés és depresszió 105
V.8.3. A neuroticizmus, depresszió és testtel való elégedetlenség kapcsolata 105
V.8.4. A testtel való elégedetlenség, depresszió, életkor és BMI kapcsolata 105
V.8.5. A depresszió, testtel való elégedetlenség és evészavartünetek kapcsolata 106
V.8.6. A szülői bánásmód dimenzióinak kapcsolata..... 106
V.8.7. Az apai bánásmód és evészavartünetek kapcsolatának közvetett útvonalai 106
V.8.8. Implikációk az útelemzéssel és az apai bánásmód szerepével kapcsolatban 108
VI. Következtetések..... 110
VI.1. A hipotézisek vizsgálata 110
VI.2. A vizsgálat jelentősége 111
VI.3. A vizsgálat és az eredmények értelmezésének korlátai..... 112
VI.4. Terápiás implikációk 114
VI.4.1. A kötődéssel folytatott munka helye az evészavarok ellátásában 114
VI.4.2. A kötődési jellemzők szerepe a diagnosztikában és esetmodellekben 115
VI.4.3. Kötődés és terápiás kapcsolat evészavarokban..... 115

VI.4.4. Az evészavarok pszichoterápiájában alkalmazható kötődési intervenciók116
VI.5. A dolgozat tézisei és a kapcsolódó következtetések 117
VII. Összefoglalás 121
VIII. Summary 122
IX. Irodalomjegyzék 123
X. Saját publikációk jegyzéke 153
XI. Köszönetnyilvánítás 154

Táblázatok jegyzéke

1. táblázat. Testképzavar, restriktív vagy impulzív jelleg a vizsgált evészavarokban ... 27
2. táblázat. A vizsgálatban szereplő csoportok ... 53
3. táblázat. Az alapváltozók és evészavartüneteket mérő változók együttjárásai ... 61
4. táblázat. Az evészavartól szenvedő és evészavartól mentes csoportok alapváltozóinak és tüneti jellemzőinek összehasonlítása ... 63
5. táblázat. Az evészavartól szenvedő és evészavartól mentes csoportok személyiségjellemzőinek, depresszió- és szorongásszintjének összehasonlítása ... 64
6. táblázat. Az evészavartól szenvedő és az evészavartól mentes csoportok kötődési jellemzőinek összehasonlítása ... 66
7. táblázat. Az evészavarok prediktorai ... 73
8. táblázat. A multiimpulzív és a klasszikus evészavartól szenvedők összehasonlítása 75
9. táblázat. Az érzelmi evés prediktorai ... 77
10. táblázat. A purgáló és a nem purgáló evészavartól szenvedők összehasonlítása ... 79
11. táblázat. Egyes evészavarokban ajánlott, bizonyított hatékonyságú módszerek ... 114

Ábrák jegyzéke

1. ábra. A kötődés szerepe mentális egészségben 21
2. ábra. A kötődés és evészavarok kapcsolatának pszichológiai közvetítőtényezői 39
3. ábra. A felnőtt kötődési stílusok előfordulási gyakorisága (%) az evészavartól szenvedő és az evészavartól mentes csoportokban..... 65
4. ábra. A felnőtt kötődés biztonságossága a hét vizsgált csoportban..... 67
5. ábra. A felnőtt kötődés bizalmatlansága a hét vizsgált csoportban 68
6. ábra. A felnőtt kötődés aggodalmaskodás dimenziója a hét vizsgált csoportban..... 69
7. ábra. A felnőtt kötődés elkerülés dimenziója a hét vizsgált csoportban..... 69
8. ábra. Az anyai törődés mértéke a hét vizsgált csoportban..... 70
9. ábra. Az apai törődés mértéke a hét vizsgált csoportban..... 71
10. ábra. Az anyai túlvédés mértéke a hét vizsgált csoportban 72
11. ábra. Az apai túlvédés mértéke a hét vizsgált csoportban 72
12. ábra. Az anyai és apai bánásmód és az evészavartünetek súlyosságának kapcsolatáról alkotott végső útelemzéses modell 82

Rövidítések jegyzéke

AAI: Adult Attachment Interview – Felnőtt Kötődési Interjú

AN: anorexia nervosa

BN: bulimia nervosa

BFI-44: Big Five Inventory 44 – Big Five 44 Tételes Személyiségvonás Kérdőív

BMI: body mass index – testtömegindex

BNO-10: Betegségek nemzetközi osztályozása 10. kiadás

EBSS: Eating Behavior Severity Scale – Evészavartünetek Súlyossági Skálája

CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depresszió Kérdőív

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EDI: Eating Disorder Inventory – Evési Zavar Kérdőív

PBI: Parental Bonding Instrument – Szülői Bánásmód Kérdőív

RSQ: Relationship Scales Questionnaire – Kapcsolati Skálák Kérdőív

STAI: State-Trait Anxiety Inventory – Spielberger Vonás- és Állapotszorongás Skála

TFEQR-21: Three-Factor Eating Questionnaire – Háromfaktoros Evési Kérdőív

I. Bevezetés

"Attachment characterizes human beings from the cradle to the grave."
(Bowlby, 1977, 129. o.)

Az evészavarok a modern társadalom és a fiatalkor egyik leggyakoribb, mortalitási rátájukat tekintve legsúlyosabb pszichiátriai zavarai (Arcelus és mtsai, 2011; Crow és mtsai, 2009). Kialakulásuk komoly egészségi krízis, amely az életminőséget és az interperszonális funkcionálást is negatívan érinti (Bulik, 2014). Legfontosabb jellemzőik a zavart evési magatartás, az evésre beszűkültség, a testtömeggel, testalakkal kapcsolatos aggodalmak, az önértékelés, érzelemszabályozás és interakciók zavarai (Fairburn és mtsai, 2003). Az evészavarokat krónikus lefolyásuk, testi szövődményeik és magas komorbiditásuk is súlyosbítja. Az érintettek egynegyede kronicizálódik, a relapszus magas arányú (Steinhausen, 2002). Óriási ezért a nyomás e komplex etiológiájú zavarok újabb korrelátumainak feltárására, és a rizikófaktorokat integráló, többváltozós modellek alkotására a teljesebb megértés és az intervenciók optimalizálása érdekében (Stice és mtsai, 2011).

Az evészavarok legfontosabb prediszponáló, precipitáló és fenntartó tényezői közé tartoznak a családi és személyiségműködés diszfunkciói (Túry és Pászthy, 2008). A gyermekkori, később a felnőtt kötődés jellemzői hozzájárulhatnak e diszfunkciókhoz, illetve közvetíthetik is ezek kapcsolatát (Dozier és mtsai, 2008). A kötődéselmélet a személyiségműködés, az interperszonális kapcsolatok, az adaptáció, és a mentális zavarok pszichológiai, fiziológiai, rendszerszintű vizsgálati lehetőségét nyújtja (Cassidy és Shaver, 1999). Ennek talaján a kötődési jellemzők vizsgálata az evészavarkutatás fontos implikációkkal bíró területévé nőtte ki magát (Tasca és Balfour, 2014).

A témában született több száz nemzetközi publikáció megválaszolatlan kutatási és terápiás kérdéseket hagyott nyitva; az ezek vizsgálata mentén levont következtetések integrálhatóak az evészavarok ellátásába. Hazánkban alig néhány vonatkozó vizsgálatot találunk (Bóna és mtsai, 2013; Csabai és mtsai, 2014; Djuroska és mtsai, 2008, 2009; Nagy és Szekcső, 2014). Nem született több evészavartípust egybefogó, modelleket alkotó kötődésvizsgálat. Célom ezért a szülői bánásmód és felnőtt kötődés jellemzőinek

vizsgálata egyes evészavartípusokban, és komplex modellek alkotása − az evészavarok kötődésszempontú ellátásának optimalizálása érdekében.

Dolgozatom a kötődéselmélet alapkérdései után tárgyalja annak jelentőségét a mentális egészségben, majd összegzi a vizsgált evészavarok diagnosztikáját. Ismertetem az egyes evészavarok kötődési jellemzőit, majd a kötődés és evészavarok kapcsolatának potenciális közvetítőmechanizmusait, amelyek vizsgálatom alapját is szolgáltatják. A keresztmetszeti online kérdőíves vizsgálatban az egyes evészavarokban érintettek kötődési jellemzőit hasonlítom össze. Tesztelem a diszfunkcionális kötődés predikciós értékét evészavarokra, majd a kötődési jellemzők és speciális tünetek – mint az érzelmi evés, multiimpulzivitás, purgálás – összefüggését vizsgálom. A szülői bánásmód és evészavartünetek kapcsolatát útelemzéssel írom le. Az eredmények értelmezése után kitérek azok gyakorlati implikációira és a vizsgálat korlátaira. Végül összefoglalom az evészavarok ellátásában alkalmazható kötődési intervenciókat és a dolgozat téziseit.

I.1. A gyermek- és felnőttkori kötődés jelenségei

I.1.1. A gyermekkori kötődés alapfogalmai és jellemzői

A *koragyermekkori kötődés* a csecsemő és gondozója közötti elsődleges érzelmi kötelék (Ainsworth, 1989). Filogenetikusan programozott hajlam arra, hogy a csecsemő egy gondozóval kapcsolatot építsen ki (Grossman és Grossman, 2006). Fenomenológiai szinten meghatározott személyekkel való testi és érzelmi kapcsolatot jelent (Hrubý és mtsai, 2011). A *kötődéselmélet* Bowlby (1969, 1977, 1988, 2005) munkásságán nyugszik. Eszerint a gyermekkori kötődés egy evolúciós jelentőségű, veleszületett, ösztönalapú motivációs-viselkedéses rendszer, aminek célja a csecsemő biztonságának és biztonságérzetének megteremtése.

A kötődéselmélet egyik kulcsfogalma, egyben a kötődés stabil jellemzője a *kötődési viselkedés,* tehát az anyával való érzelmi kapcsolat és testi kontaktus igénye (Hrubý és mtsai, 2011). A kötődés meghatározó funkciója a gyermek és a gondozó közötti közelségszabályozás, így a kötődési viselkedést a közelségkeresés jellemzi (Ainsworth, 1989). Ennek adaptív, veleszületett viselkedéselemei az újszülött sírása, szociális mosolya és kapaszkodási reflexe. A veszélyhelyzet, fájdalom vagy szorongás aktivizálják a kötődési viselkedést, ez az anya gondoskodását hívja (Vankó, 2012).

A gyermek biztonságélményét tehát a *kötődési tárgyak* – az anya, később pedig a szignifikáns mások – elérhetősége, ráhangolódása biztosítja (Bowlby, 1977, 1988). A *szignifikáns mások* arra vonatkozik, hogy a gyermek permanens kötődést kizárólag néhány meghatározó személlyel, az anyával, az apával, nagyszülőkkel, testvérekkel alakít ki (Hrubý és mtsai, 2011). A gyermek kötődési- és az anya *gondozói viselkedése* szimultán, egymást kiegészítve működnek interakciójukban (Bowlby, 1977, 1988). A kötődési és a komplementer minőségű gondozói rendszerek együttesét *érzelmi rendszernek* is nevezik (Harry és Harlow, 1971).

A *kötődés négy alapfunkciója* (Peterson és Seligman, 2004):

1. A kötődési személy közelségének keresése és az érintkezés fenntartása.
2. A kötődési személy megnyugtatást, biztonságos menedéket jelent.
3. A hirtelen vagy túl hosszú elválás szeparációs szorongást hív.
4. A kötődés biztonságos bázist teremt az explorációhoz.

Tehát az egészséges fejlődés érdekében a kötődés mellett az exploráció is fontos: az a képesség, hogy a gyermek gondozója jelenlétében függetlenül felfedezze a külső valóságot (Grossman és Grossman, 2006). A *kötődés-exploráció egyensúlyi elmélete* alapján amikor a kötődési rendszer aktív, az explorációs rendszer kevésbé. Az exploráció aktivizálódásával pedig a kötődési viselkedés csökken (van Ijzendoorn és Sagi-Schwartz, 2008). A *kötődési rendszer* ez által biztosítja a túlélést és a biztonságos explorációt (Bowlby, 2005). Ilyen értelemben egy szabályozórendszerről beszélhetünk (Csóka és Lázár, 2013).

Az elsődleges gondozóval eközben megélt korai kötődési interakciók kondicionálják az *belső munkamodell* (Internal Working Model; IWM; Bowlby, 1977) kialakulását (Hrubý és mtsai, 2011). Ez a korai tapasztalatok reprezentációit, a csecsemő magáról és a kötődési személyről alkotott kép diádikus egységét tartalmazza (Vankó, 2012). Ezáltal az énről és a másokról alkotott vélekedések alapját képzi; az implicit kapcsolati tudás, a preverbális, prereflektív szelftapasztalás alapjául szolgál (Bowlby, 2005).

A meghatározó kötődési interakciók *sémákként* tárolódnak az asszociatív emlékezeti hálózatban (Hrubý és mtsai, 2011). E tapasztalati sémák, kötődési jellemzők kiterjedhetnek az apára, a nagyszülőkre, a testvérekre és később az intim partnerre (Buist és mtsai, 2002). Hozzájárulnak kötődési személyekkel megélt érzelmekhez, a társas helyzetek észleléséhez, alakításához (Beeney, 2015). A kötődés tehát hatást

gyakorol az intrapszichés élmények szervezésére és az interperszonális információfeldolgozásra (Hrubý és mtsai, 2011).

Minél precízebben reprezentálja a belső munkamodell a gyermek viselkedésmintáját és a kötődési személytől érkező válaszokat, annál adekvátabb predikciókat tesz lehetővé, így a gyermek annál jobban adaptálódik a kapcsolati valósághoz (Bowlby, 1988). Tehát a belső munkamodell mintát szolgáltat a társas interakciók számára; és a kapcsolati dinamikák prototípusává válhat az életúton (Fraley, 2002; Pinquart és mtsai, 2013). A kötődési jellemzők tehát interperszonális helyzetekben a viselkedésvezérlés aktív alapjává is válnak (Tasca és mtsai, 2011).

I.1.2. A koragyermekkori kötődés fejlődése

A kötődés kialakítási képességének szenzitív periódusa nagyjából három éves korig tart (Vankó, 2012). A csecsemő én-tudatával párhuzamosan alakul gyermekkori kötődés, fejlődésének *négy fázisa* elkülöníthető (Bowlby, 2005; Cole és Cole, 2006):

1. A *differenciálatlan kötődés* 0-3 hónapos korig tart. A csecsemő preferálja az emberi arcot, szinte minden társas ingerre reagál, a gondozók közt nem tesz különbséget.
2. A *megkülönböztetés fázisa* 3-7 hónapos korig tart. A csecsemő preferálja a gondviselőit, interakciós igénye aktív, a szeparációra sír, a visszatérésre mosolyog.
3. Az *aktív kötődés korszaka* 7-8 hónaptól három éves korig tart. Ezt a gondozóval való aktív kontaktuskeresés jellemzi. E korszak feladata az eltávolodás-újraközeledés gyakorlása. Egyéves korra a gyermek anticipációkat tesz a kötődési személlyel kapcsolatban; másfél éves kortól a másodlagos gondozóhoz is kötődik.
4. A *partnerség szakasza* 3 éves kortól kezdődik. Kialakul a tárgykonstancia, tehát a másikról alkotott belső reprezentáció. A verbális és kognitív fejlődés lehetővé teszi a *mentalizációt*, tehát a viselkedés intencionális, mentális állapotok formájában történő értelmezését (Fonagy és Bateman, 2008, 4. o.), az én és a másik mentális állapota közötti kapcsolat megértését (Frith és Frith, 2006; Jewell és mtsai, 2016). A mentalizáció teszi lehetővé az adekvát társas viselkedéstervezést. Ezt a gyermek a kötődés kontextusában sajátítja el (Claydon és mtsai, 2016; Nolte és mtsai, 2011).

I.1.3. Az idegenhelyzet-vizsgálat és a koragyermekkori kötődési stílusok

A vizsgálat szempontjából kiemelt a kötődés tipologizálása. A gyermekkori kötődés esetén ennek legismertebb példája Ainsworth (1989) *idegenhelyzet-vizsgálata*. Ez a csecsemő és gondozója kötődését osztályozza az exploráció, a szeparáció, az idegenek és az újraegyesülés szempontjából. A nyolcfázisos kísérletben három plusz egy *kötődési stílust* különböztettek meg (Main és Solomon, 1990):

1. *Biztonságos kötődés*: a gyermek szabadon explorál. Ha az anya jelen van, érdekli az idegen, ha nincs, nem érdeklődik iránta. Az anya távozására szeparációs szorongással válaszol, de visszatértekor megnyugtatható. A gyermeknek megvan a tudása arról, hogy az anya elérhető, saját magába és környezetébe vetett bizalom, kapcsolatukat stabilitás jellemzi (Ainsworth és Bell, 1970).
2. *Szorongó-elkerülő kötődés*: a gyermek enyhe választ mutat a szeparációra és a szülő visszatérésére, de fiziológiás szinten szorongás tapasztalható. A gondozó és az idegen között kevésbé differenciál, rezisztens lehet. Hátterében az önállóság elvárását feltételezik. Mivel szükségletei kevésbé teljesülnek, elkerüléssel válaszol (Ainsworth és Bell, 1970).
3. *Szorongó-ambivalens kötődés*: a gyermek fél az idegenektől, szeparációra extrém tiltakozó, bánatos. Újraegyesüléskor erős közelséget keres, szorong, ugyanakkor dühös, viselkedése ambivalens. A szeparációt túlkövetéssel próbálja elkerülni; ez alkalmazkodási zavarokhoz vezethet. Hátterében a szülői viselkedés inkongruenciáját vetették fel (Grossman és Grossman, 2006).
4. *Dezorganizált kötődés*: A gyermek interperszonális reprezentációi inkongruensek. Kötődési viselkedése széttöredezett, erős szorongás és elkerülés jellemzi. Az érintettek gyakran traumatizáltak, szüleik depresszióval, addikcióval, személyiségzavarral küzdhetnek (Newman és Mares, 2007).

I.1.4. A felnőttkori kötődés

A felnőtt kötődés meghatározásakor szintén Bowlby (1969, 1977) elmélete tekinthető kiindulópontnak (Csóka és Lázár, 2013). Bár az életkor előrehaladtával a jelentős események, fejlődési krízisek formálhatják a belső munkamodellt (Fraley, 2002; Waters és mtsai, 2000), a kötődés erőteljesen kondicionálódott stratégiái felnőttkorban is megjelenhetnek a szignifikáns másokkal való kapcsolatokban (Hrubý és mtsai, 2011).

Kutatási szempontból a felnőtt kötődés vizsgálatának két iránya különböztethető meg (Csóka és Lázár, 2013). Az egyik szerint a felnőtt kötődés a gyermekkori kapcsolataink felnőttkori reprezentációi mentén írható le (Main és mtsai, 2005). Ez lehetséges a koragyermekkori élmények elbeszélései vagy a gyermekkorban tapasztalt szülői bánásmód kérdőíves feltárása mentén (Hesse, 2008; Tóth és Gervai, 1999). A másik irány szerint a felnőtt kötődés a felnőttkori intim kapcsolatokban megélt érzelmek alapján jellemezhető (Hazan és Shaver, 1987).

A kötődési jellemzők viszonylagos élethosszi kontinuitására (Pinquart és mtsai, 2013) alapozva elsőként Hazan és Shaver (1987) vizsgálták a felnőtt párkapcsolatokat, mint kötődési folyamatot. Felnőttkorra az elsődleges kötődési tárgy szerepét fokozatosan a párkapcsolat veszi át. A felnőtt kötődés a gyermekkorihoz hasonló motivációs rendszer: a pár a biztonság alapjául szolgál, szeparációra szorongás jelenhet meg, a közelségkeresés és az exploráció központi jellemzők (Vankó, 2012).

Vizsgálati szinten a felnőtt kötődés egyrészről a személy magáról és másokról alkotott képe, tehát kognitív konstruktumok, másrészről a szorongás és elkerülés érzelmi-viselkedéses dimenziói mentén írható le (Bartholomew és Horowitz, 1991; Brennan és mtsai, 1998; Vankó, 2012). A kötődés *elkerülés* dimenziója az autonómia iránti igénnyel, a függőségtől való félelemmel és az önfeltárás ellenzésével jellemezhető. A kötődés *szorongás* dimenzióját az elhagyástól, elutasítástól való félelem, a kötődési személy távollétére mutatott aggodalom jellemzi (Wei és mtsai, 2005). E két dimenzió kombinációi mentén a felnőtt kötődés leírására Bartholomew és Horowitz (1991) *négy kategóriás modellje* alkalmazható:

1. A *biztonságos felnőtt kötődés* alacsony kapcsolati szorongással és elkerüléssel, az énről és a másikról kialakított pozitív képpel jellemezhető (Sable, 2008). Ez pozitív önértékelést, a kötődési személyhez való hozzáférést, a társas helyzetek megfelelő kiértékelését és a stabil partnerkapcsolat kialakítási képességét tükrözi (Grossman és Grossman, 2006). A biztonságosan kötődők a kapcsolati élmények érzelmi és kognitív aspektusait adaptívan integrálják, a másik perspektíváját és saját érzéseiket egyeztetve koherens elbeszélést alkotnak (Hesse, 2008).
2. Az *aggodalmaskodó felnőtt kötődés* alacsony elkerüléssel és magas szorongással, az énről alkotott negatív, és a másikról alkotott pozitív képpel jellemezhető (Sable, 2008). Közelség és megerősítés iránti igényük magas, szeparációra erős

szorongással reagálnak, ez dependenciát eredményezhet (Vankó, 2012). Narratíváik nem elég integráltak, feldolgozatlan sérelmekről, elárasztó érzésekről, haragról, szorongásról árulkodnak, ambivalensek (Hesse, 2008).

3. Az *elkerülő felnőtt kötődést* alacsony szorongás és magas elkerülés jellemzi, az énkép pozitív, a másikról alkotott negatív (Sable, 2008). A függetlenség meghatározó számukra, az intimitás jelentőségét bagatellizálhatják, bizalmatlanok, kötődési stresszre elkerüléssel reagálnak (Vankó, 2012). Narratíváikban idealizálják vagy leértékelik a kapcsolatokat, leírásaik általában sematikusak (Hesse, 2008).
4. A *felnőttkori bizalmatlan kötődést* magas elkerülés és szorongás, az énről és a másikról alkotott negatív koncepció jellemzi (Sable, 2008). Nagymértékben ambivalensek, nem bíznak szerethetőségükben és a kötődési személyben sem (Vankó, 2012). Ez interperszonális és érzelemszabályozási zavarokhoz vezethet (Mikulincer és Shaver, 2012). Kötődési reprezentációik dezorganizáltak, narratíváik inkoherensek, gyakori elemük a traumatizáltság (Hesse, 2008).

A felnőtt kötődési jellemzők szintén az interperszonális információfeldolgozás, érzelem- és viselkedésvezérlés alapjául szolgálnak; így kapcsolatot mutatnak a táras funkcionálással és a mentális egészséggel is (Dykas és Cassidy, 2011; Lenkiewitz és mtsai, 2016). Dolgozatom célja ezért felnőtt populáción vizsgálni a kötődési jellemzők összefüggéseit a mentális egészség egy kiemelt területével. A felnőtt kötődés két kutatási irányának megfelelően a felidézett szülői bánásmód mellett a felnőtt kötődés négydimenziós modelljének vizsgálatára kerül sor.

I.1.5. A kötődés vizsgálatának alapkérdései

Az operacionalizálni kívánt változókat és a vizsgálati elrendezést is meghatározzák a Bowlby (1977, 1988) és Ainsworth (1970, 1989) teóriáival kapcsolatos kutatási kérdések − ezeket az alábbiakban ismertetem.

I.1.5.1. A kötődési stílusok transzgenerációs transzmissziója

Alapvető kérdés, hogy a szülő kötődése illetve a gondozói viselkedés milyen prediktív értékkel bír a gyermek kötődésére. Az édesanyák bizonytalan kötődési stílusa esetén 75%-ban gyermekük kötődése is bizonytalan (Fonagy és mtsai, 1991). A szülői kötődés 49%-ban magyarázza a gyermek kötődési stílusát, magas hatásméret mutató mellett

(Raval és mtsai, 2001; van Ijzendroorn, 1995). Ez a kötődési stílusok viszonylagos transzgenerációs stabilitására utal.

I.1.5.2. Az anya és a gyermek szerepe a kötődési alakulásában

A kötődési jellemzők alakulásában kulcskérdés az anyai viselkedés és a gyermek temperamentumának súlya. A *szenzitivitás hipotézis* alapján a gyermek az anyai reszponzivitás fényében képes biztonságos kötődésre (Bowlby, 1977). Tehát az anya és gyermeke kötődésének kapcsolatát az anya fogékonysága, kongruenciája közvetíti (van Ijzendoorn, 1995). A *temperamentum hipotézis* ezzel szemben a gyermek biológiailag meghatározott, viszonylag változatlan vonásainak, tehát temperamentumának a szülői viselkedést „előhívó" természetét emelik ki (Raval és mtsai, 2001).

Az *interakciós hipotézis* az anyai reszponzivitás és gyermeki temperamentum kölcsönhatását hangsúlyozza (Trevarthen és Aitken, 2001). Mivel a gyermek temperamentumvonásainak erős a genetikai meghatározottsága (Whittle és mtsai, 2006), az anya pedig a korai környezetet alapvető eleme, e hipotézisben részben a gén-környezet interakcióról beszélünk. E hipotézist támogatja, hogy a D4 dopaminrecpetor rövid alléljával rendelkező gyermekek anyjuk zavart kommunikációja mellett váltak dezorganizált kötődésűekké. A hosszú alléllal rendelkezők azonban diszfunkcionális anyai viselkedés nélkül is dezorganizálttá váltak (Gervai és mtsai, 2007). A kötődés és a pszichés zavarok kapcsolatát tehát érdemes a szülői bánásmód és a személy jellemzőinek interakciójában vizsgálni. Ezért a dolgozatban is az interakciós hipotézis fényében célom vizsgálni, értelmezni a változók kapcsolatát.

I.1.5.3. A kötődési jellemzők stabilitása az életúton

Vita tárgya a belső munkamodellek stabilitása az életúton. A felnőtt kötődési stílus a „teljes kötődéstörténet" eredménye. A korai élmények felnőtt kötődést alakító hatására több elmélet született (Fraley, 2002). A *revizionista perspektíva* szerint a belső munkamodellek nyitottak az alakulásra (Vankó, 2012). A kötődés az új kapcsolati tapasztalatok fényében változhat; a felnőtt kötődés egybevághat, és el is térhet a koraitól (Fraley, 2002). Megkülönböztethetünk „szerzett" és „élethosszi" biztonságos kötődőket; illetve a későbbi traumatizáció is megtörheti a korai biztonságos kötődést (Main és mtsai, 2005).

A *prototípuselmélet* szerint a korai élmények reprezentációi fennmaradnak az életúton, a későbbi kapcsolatok prototípusaként szolgálva (Pinquart és mtsai, 2013). A gyermekkori kötődés hat a párkapcsolati kötődésre (Grossman és Grossman, 2006). A korai és felnőtt kötődési stílus között akár 78%-os az együttjárás (Fraley, 2002; Main és mtsai, 2005). E tartósság részben az eltérő információfeldolgozásban rejlik. A biztonságos kötődésűek kapcsolati élményeiket pozitív séma alapján dolgozzák fel. A bizonytalan kötődésűek kétféleképpen dolgozzák fel a társas élményeiket: ha az élmény fájdalomhoz vezethet, defenzíven kizárják a további feldolgozásból. Ha az élmény nem vezetne fájdalomhoz, akkor azt a negatív tapasztalataikkal kongruens séma szerint dolgozzák fel (Dykas és Cassidy, 2011).

I.1.5.4. A kötődés univerzális vagy kultúraspecifikus jellege

Kérdéses a kötődés univerzális vagy kultúraspecifikus jellege, mivel a vizsgálatok jórészt nyugati kultúrákban zajlottak (van Ijzendoorn és Sagi-Schwartz, 2008). Nyugati kultúrákban a csecsemők egy gondozóhoz próbáltak kötődni. Minden kötődési stílus megjelent, és a biztonságos kötődés volt a predomináns − ez az univerzalizmus mellett szól (van Ijzendoorn és Kronenberg, 1998; van Ijzendoorn és Sagi-Schwartz, 2008). A kultúraspecifikusságot támogatja, hogy egyes országokkal a nyugati kötődési koncepciók nehezen egyeztethetőek össze, a kötődési stílusok gyakorisága országok közt eltérhet (Mesman és mtsai, 2016). Hazánkban a nyugati mintáknál ritkább, 31,4%-os arányú a biztonságos, 37,9% az elkerülő, 10,3% az aggodalmaskodó és 20,4% a bizalmatlan kötődés aránya (Csóka és Lázár, 2013).

I.1.5.5. A kötődés normatív és adaptív megközelítése

Vita a kötődési stílusok normatív vagy adaptív jellege. A biztonságos kötődés több vizsgálat szerint a leggyakoribb stílus. A pszichés egészség szempontjából protektív, és fiziológiai értemben is normális (Maunder és Hunter, 2008; van Ijzendoorn és Sagi-Schwartz, 2008). Ezt nevezik *normativitás hipotézisnek* (Mesman és mtsai, 2016). Ezzel szemben több szerző a *kötődés adaptív jellegét* hangsúlyozza (Bowlby, 1969; Schmitt, 2005). Eszerint a különböző kötődési stílusok az eltérő környezethez alkalmazkodás és megfelelő válaszadás szolgálatában állnak. Az *ökológiai megközelítés* alapján az utódgondozás is erőforrások függvényében alakul. A biztonságos kötődés

kiegyensúlyozott, erőforrásteli környezetben adaptív. A bizonytalan stílusok a mielőbbi ivarérettséget támogatva kiszámíthatatlan környezetben adaptívak (Chisholm és mtsai, 2005). Az alkalmazkodás szempontjából tehát a biztonságos kötődés nem az egyetlen „normális” stílus.

I.1.5.6. Általános vagy személyspecifikus kötődés

Kérdéses, hogy egy általános kötődési stílussal rendelkezünk-e, vagy különböző személyek irányában eltérhetnek-e a kötődési jellemzői. Egyes eredmények a kötődési stílusok személyközi stabilitására utalnak (Beeney, 2015; Pinquart és mtsai, 2013). A két szülővel való biztonságosság mértéke összefügg (Fox és mtsai, 1991). Más vizsgálatok eltérő kötődést találtak az anya és az apa irányában (Main és Weston, 1981; Milevsky és mtsai, 2007).

I.1.5.7. A kötődés kategoriális és dimenzionális megközelítése

Vizsgálati szempontból meghatározó a kötődés dimenzionális vagy kategoriális megközelítése (Fraley és Spieker, 2003). Utóbbit alkalmazza a gyermek- és felnőtt kötődési stílusokba sorolás (Ainsworth, 1989; Bartholomew és Horowitz, 1991). Ez kevésbé jeleníti meg a kötődési jellemzők egyéni különbségeit – amely lehetséges a dimenzionális megközelítéssel (Csóka és Lázár, 2013). Például a biztonságosság foka leírható a teljesen biztonságos és teljesen bizonytalan kontinuumán (Fraley és Spieker, 2003). A dimenzionális leírás a kategorizáció alapját is szolgálhatja (Sable, 2008).

I.1.5.8. A kötődés pszichofiziológiai háttere

A kötődéselmélet ernyője alá sorolható nagyszámú konstruktum (Cassidy és Shaver, 1999) miatt hangsúlyos, hogy a kötődési és gondozói rendszereket, ezek interakciójának neurobiológiai alapjait agyi képalkotó eljárások is megerősítették (Buchheim és mtsai, 2006; Lenzi és mtsai, 2015; Ranote és mtsai, 2004). A kötődés tehát idegrendszeri struktúrák fejlődésében és interakcióiban is megragadható (Hrubý és mtsai, 2011).

I.1.5.9. Nemi és életkori kérdések

A kötődés *nemi eltérésének* kérdésében számos egyéni és kultúraközi különbség található, de a fiatal férfiak kötődése gyakran elkerülőbb (Schmitt, 2005).

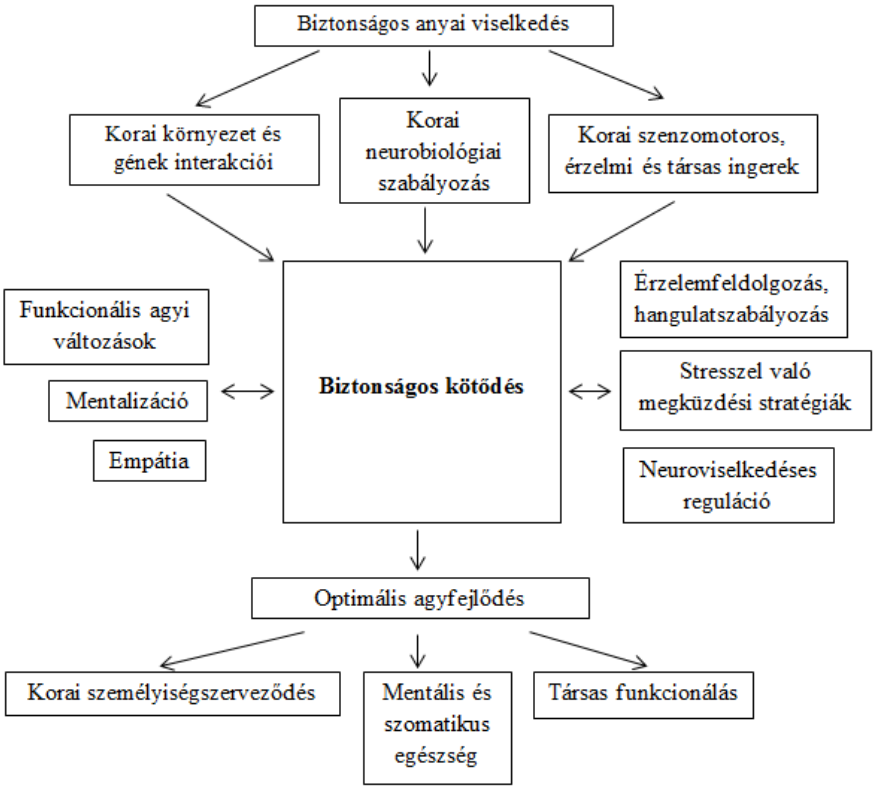
Serdülőkorban a szülőkről való érzelmi leválás, a barátságok, párkapcsolatok indulása mellett a serdülő és a kötődési személy neme is alakíthatja a kötődést (Hámori és Horváth, 2017). Az *életkor* szintén befolyásolhatja alakulását: korral a kötődési szorongás és elkerülés mértéke is csökkenhet. A növekvő kor tehát normalizáló hatással bírhat (Chopik és mtsai, 2013). Ezért a vizsgálatokban fontos kontrollálni a kort, a nemet, és elkülöníteni a szülő is felnőtt kötődést (Buist és mtsai, 2002). Ezt az anyai és apai bánásmód, a felnőtt kötődési stílusok, dimenziók és a személyiségjellemzők egyidejű vizsgálata által integrálom a dolgozatba.

I.2. A kötődés jelentősége a mentális egészségben

I.2.1. Kötődés, idegrendszeri fejlődés, intrapszichés és interperszonális készségek

A kötődés fő funkciói az információfeldolgozás, az érzelemreguláció, az alkalmazkodás és a komfort nyújtása, elérése közeli kapcsolatokban (Hill és mtsai, 2003). A *kötődés kompetenciahipotézise* (Shaffer és mtsai, 2009) alapján jellemzői befolyásolják az énről alkotott tudást, az önbizalmat, a szociabilitást, a kooperativitást, a barátságosságot, az empátiát és a függetlenséget. Hatnak a kitartásra, a pozitív és negatív affektusok valószínűségére, a frusztrációs toleranciára, az impulzuskontrollra, valamint az alkalmazkodás érzelmi, kognitív és társas vonatkozásaira.

Ezek talaján a kötődés meghatározó az optimális pszichés fejlődés és az adaptáció szempontjából (Grossman és Grossman, 2006). A biztonságos kötődés a mentális egészség és a stabil, koherens személyiségszerveződés egyik fő protektív faktora (Ciechanowsky és mtsai, 2003; Oliviera és Costa, 2009). A kötődés mentális egészségben betöltött szerepét a következőképpen konceptualizálható (Hrubý és munkatársai, 2011, 56. o.): a kötődés az anyai viselkedés mellett gén-környezet interakciók és a korai neurobiológiai szabályozás függvényében alakul, és kölcsönhatásban áll a központi idegrendszer fejlődésével. Kihat a személyiségfejlődés, az önszabályozás, a társas funkciók és a mentális egészség több aspektusára (1. ábra) − ezeket röviden ismertetem.



1. ábra. *A kötődés szerepe mentális egészségben*

Megjegyzés: Hrubý és munkatársai (2011, 56. oldal) munkájának fordítása.

I.2.2. Kötődés, énkép és személyiségfejlődés

Az énkép és a személyiség érése összefonódik a korai kötődési tapasztalatokkal (Amianto és mtsai, 2016b; Lenkiewicz és mtsai, 2016). A felnőtt kötődési jellemzők konzisztens kapcsolatot mutatnak a személyiségvonásokkal – ez a kötődési és személyiségjellemzők részben átfedő természetéből is fakadhat (Noftle és Shaver, 2006; Surcinelli és mtsai, 2010). A biztonságos kötődés pozitív, az aggodalmaskodás és az elkerülés negatív kapcsolatban áll az érzelmi stabilitással, a barátságossággal és extraverzióval (Noftle és Shaver, 2006). A bizonytalan kötődés az *énkép és személyiségszerveződés* zavarai mellett hozzájárulhat a testi szelf elfogadhatóságával kapcsolatos félelmekhez (Amianto és mtsai, 2016a,b; Cash és mtsai, 2004).

1.2.3. Kötődés és önszabályozás

A gondozóval való interakciók szoros kapcsolatot mutatnak az önszabályozási képességgel (Bóna és mtsai, 2013). Az anya-gyermek összehangolódás hat az arousalre, megalapozza a fiziológiás, érzelmi, figyelmi és viselkedésszabályozást (Crittenden,

2000; Schore, 2001). Tehát a kötődési interakciók az önszabályozás alapjául szolgáló mintákat alakítanak ki (Hrubý és mtsai, 2011). A biztonságosan kötődők adaptívabban szabályozzák érzéseiket (Mikulincer és Shaver, 2012). Minél kevésbé biztonságos a kötődés, annál inadekvátabbak az interperszonális reprezentációk, ez megnehezíti az információfeldolgozást, alkalmazkodást és önmegnyugtatást (Bowlby, 1969). Tehát a kötődés és mentális egészség kulcsfontosságú közvetítőeleme *az önszabályozás*, így *az érzelmi stabilitás* mértéke (Münch és mtsai, 2016; Noftle és Shaver, 2006).

I.2.4. Kötődés, stresszérzékenység és szorongás

A kötődés önszbályozásra kifejtett hatása révén eltolódhat a stresszreakciót szabályozó rendszer egyensúlya, növekedhet a fiziológiás stresszérzékenység (Lázár, 2009). A bizonytalan kötődésű gyermekek erősebben szoronganak, hajlamosabbak a szorongásos zavarokra (Muris és mtsai, 2000). A kötődési szorongás felnőttkorra emelkedett szorongásszinttel jár együtt (Scott és mtsai, 2009). Tehát a kötődés és mentális egészség másik közvetítőeleme a *vonásszorongás* szintje (Oliviera és Costa, 2009).

I.2.5. Kötődés, önértékelés és depresszió

A bizonytalan kötődés hozzájárul az alacsonyabb önértékeléshez (Lee és Hankin, 2009). Az pedig részben közös genetikai talajon kölcsönös kapcsolatban áll a depresszióval (Neiss és mtsai, 2009; Sowislo és Orth, 2013). A bizonytalan kötődés a negatív énkép és diszfunkcionális attitűdök által is fokozhatja a depresszió szintjét (Sund és WichstrØm, 2002; Surcinelli és mtsai, 2010). Tehát a kötődés a *depresszió* szintje által is befolyásolhatja a mentális egészséget (Tasca és mtsai, 2009b).

I.2.6. Kötődés és pszichiátriai morbiditás

A kötődés szerepét a *mentális egészségben* a diatézis-stressz modell keretében is értelmezhetjük (Currier és Mann, 2008). Egyes sérülékenységi faktorok miatt a személy szenzitizálódhat meghatározott környezeti behatásokra (Ellis és mtsai, 2011). Ugyanígy a diszfunkcionális kötődés is neurobiológiai és környezeti tényezőkkel interakcióban, abnormális fejlődési átmenetek által fokozhatja a pszichiátriai zavarok valószínűségét (Lenkiewicz és mtsai, 2016; Mikulincer és Shaver, 2012). *„Kötődésalapú mentális reprezentációk közvetíthetik a gyermekkori élmények és a későbbi pszichopatológiai*

tünetek kapcsolatát" (Unoka, 2007, 27. o). A diszfunkcionális kötődés a pszichiátriai zavarok rizikófaktora; köztük kapcsolatot mutat evészavarokkal (Dakanalis és mtsai, 2014; Gander és mtsai, 2015). Ezek magyarázata és ellátása hiányos maradna a kötődés vizsgálata nélkül (Surcinelli és mtsai, 2010; Tasca, 2018).

Ezen összefüggésnek talaján célom a kötődés szerepének vizsgálata evészavarokban. A vizsgálat során kontrollálom a kötődés és mentális egészség leírt közvetítőváltozóit, így a személyiségvonásokat, az érzelmi instabilitás, a depresszió és a szorongás tényezőit. A továbbiakban ismertetem a vizsgált evészavarokat, azok kötődési jellemzőit, valamint a diszfunkcionális kötődés és az evészavarok kapcsolatának koncepcióit, mediáló tényezőit (I.3-I.4. fejezetek).

1.3. Az evészavarok epidemiológiája, diagnosztikája, komorbiditása és etiológiája

Az evészavar megnevezés egy heterogén pszichiátriai betegségcsoportot jelöl. Közös jellemzőjük a maladaptív evési magatartás, az evésre, testalakra, testtömegre szűkültség (Fairburn és mtsai, 2003). Az intrapszichés és interperszonális diszfunkciók mellett súlyos testi szövődményekkel, magas komorbiditással, és gyakran krónikus lefolyással terheltek. Prevalenciájukat, morbiditási, mortalitási és relapszus rátájukat figyelembe véve a leggyakoribb, és legsúlyosabb pszichiátriai zavarok (Hay és mtsai, 2014).

1.3.1. Az evészavarok epidemiológiája

Hazánkban az anorexia nervosa (AN) élettartam-prevalenciája fiatal nők esetén 1%, a bulimia nervosáé (BN) 1-3% (Szumska, 2004). Nemzetközileg nők körében 20 éves korig 0,6% az AN, 1,6% a BN, 1% a falászavar prevalenciája. Míg az AN és a BN a férfiak alig 0,5%-át érintik, a falászavar prevalenciája hasonló a férfiak (2,5%) és a nők (3,5%) körében (Hay és mtsai, 2014; Keski-Rahkonen és mtsai, 2007). Nyolc éves követéssel a serdülőkorúak akár 12%-a tapasztal evészavart. Az evészavarok szubklinikai formái még gyakoribbak (Stice és mtsai, 2009).

A kezelés révén az érintettek alig 50%-a válik tünetmentessé (Steinhausen, 2002). Ötéves követéssel 67%-uk szubklinikai maradványtüneteket mutat. A relapszus átlagosan 25-30%, BN-ban 41%, falászavarban 33% (Keski-Rakhonen és mtsai, 2007; Stice és mtsai, 2009). Az érintettek 20-25%-a kronicizálódik (Steinhausen, 2002). Tíz

év alatt az AN-tól szenvedők 8-9,6%-a, 20 év alatt pedig minden ötödik AN-tól és a BN-tól szenvedők 3,9%-a belehal a szövődményekbe (Arcelus és mtsai, 2011).

Emiatt kiemelten fontos e zavarok új rizikótényezőinek feltárása, és a terápiájukat támogató modellek alkotása (Stice, 2002). Mivel a dolgozat célja a kötődés és egyes evészavartípusok kapcsolatának feltárása, bemutatom a vizsgált evészavarok diagnosztikáját, és a kötődés potenciális szerepét komplex etiológiájukban.

I.3.2. Az értekezésben szereplő evészavarok diagnosztikája

I.3.2.1. Anorexia nervosa (AN)

Az AN három DSM-5 (APA, 2013) kritériuma a jelentősen alacsony testtömeg, a testsúlygyarapodástól való félelmen, és a testképzavar. A DSM-5 (APA, 2013) szerint 18,5 alatti, a BNO-10 alapján 17,5 alatti testtömegindex (body mass index; BMI) jelöl kóros soványságot. A vizsgálatban az utóbbi értéket alkalmaztam kritikus pontként. A tünetek súlyossága, a személyiségjellemzők és a pszichopatológiai kép is meghatározó, ha az érintett purgálással is küzd (Claes és mtsai, 2010; Edler és mtsai, 2007); így ezt a vizsgálatban is megkülönböztettem. *Falás/tisztulás típusú* (a továbbiakban purgáló) *anorexiát* jelöl, ha falásrohamok vagy öntisztító viselkedések − önhánytatás, hashajtó, diuretikum, használat − jelentkeztek. *Restriktív típust* jelöl, ha nem jelentkezett falásroham vagy öntisztító viselkedések. *Remissziót jelöl*, ha anorexiás periódus után az alacsony testtömeg, testképzavar, súlyfóbia sem teljesül (APA, 2013).

I.3.2.2. Bulimia nervosa (BN)

A BN DSM-5 (APA, 2013) kritériuma, hogy a személy három hónapon át, legalább heti egyszer falási epizódokat tapasztal; ezekben elveszti a kontrollt és túleszik. Az önértékelést a testalak, testsúly túlzottan befolyásolja, ezért kompenzátoros viselkedéseket − önhánytatást, hashajtókat, diuretikumokat, koplalást vagy túlzott testmozgást − alkalmaz.

I.3.2.3. Falászavar

Falászavar esetén a három hónapon át legalább hetente egyszer jelentkező falási epizódokhoz nem kapcsolódik kompenzátoros viselkedés illetve testképzavar. Jóllehet, a testkép kognitív-affektív komponense fokozott (Ahrberg és mtsai, 2011; APA, 2013).

I.3.2.4. Egyéb meghatározott evészavar

E diagnózis akkor adható, ha atípusos, kevert vagy szubklinikai szintű evészavar áll fenn. Leggyakoribb példái az atípusos AN, BN vagy falászavar, a purgáló zavar és az éjszakai evészavar (APA, 2013).

I.3.2.5. Egyéb nem meghatározott evészavar

E diagnózis azon atípusos, kevert vagy szubklinikai evészavarokra alkalmazható, amikor nincs elég információ a konkrét diagnózishoz (APA, 2013). E vizsgálatban a pszichiáter szakorvosok és klinikai szakpszichológusok az egyéb meghatározott és nem meghatározott evészavartól szenvedőket közös *„egyéb evészavar”* csoportba sorolták.

I.3.2.6. Multiimpulzív evészavar

A pszichopatológiai kép, a kötődési és személyiségjellemzők szempontjából is elkülönülnek a „multiimpulzív” evészavarformák (Myers és mtsai, 2006). Az impulzivitás *„kevéssé átgondolt, akár kockázattal járó, a helyzetnek nem megfelelő, gyakran nem kívánt következményekhez vezető viselkedés”* (Evenden, 1999, 348. o.) A BN és a purgáló AN tüneteiben központi az impulzuskontroll-zavar (Lobera, 2011). Ennek szempontjából elkülöníthetők „uniimpulzív” („klasszikus”) és „multiimpulzív” evészavarformák (Myers és mtsai, 2006). Előbbiben a falás-purgálás az egyedüli impulzív tünet, míg a multiimpulzív formákban a falás-purgálás egyéb impulzív érzelmi és viselkedéses jellemzőkkel társul (Lobera, 2011). A multiimpulzivitást elsőként Lacey és Evans (1986) írták le BN-ban:

1. Legalább egy jelenséggel társul a következők közül: alkohol vagy drogabúzus, túladagolás, önkárosítás, szexuális gátlástalanság, bolti lopás.
2. Mindegyik viselkedésforma a kontrollvesztés érzésével társul.
3. E viselkedésformák fluktuálhatnak, felcserélődhetnek és impulzívak.
4. A személy depressziót, intenzív dühöt él meg.

E jellemzők purgáló AN-val is társulhatnak (Myers és mtsai, 2006). A *multiimpulzív evészavarok* kritériuma az evészavardiagnózis mellett minimum három tünet az alábbiakból (Fichter és mtsai, 1994; Myers és mtsai, 2006): 1. öngyilkossági kísérlet; 2. önsértés; 3. lopás; 4. alkoholfogyasztás vagy dependencia; 5. droghasználat vagy dependencia; 6. promiszkuitás.

Az impulzuskontroll-zavar gyakran borderline személyiségzavar talaján jelenik meg (Túry és Szabó, 2000). A borderline személyiségzavartól szenvedők 15-34%-a mutat evészavartüneteket (Zanarini és mtsai, 2004). A BN-ban érintetteknek pedig akár 16-80%-a multiimpulzív (Lobera, 2011; Zanarini, 2004). Ennek ellenére a kutatások ritkán érintik e csoportot, különösen a kötődésüket (Pace és mtsai, 2016) – így a multiimpulzív személyek kötődésének feltárása kiemelt célom.

I.3.2.7. Érzelmi evés és kapcsolódó túlsúly

Az evészavarok kontinuumhipotézise magában foglalja az elhízást (Van der Ham és mtsai, 1997). Kialakulását genetikai, endokrin és környezeti interakciók (de Castro és Plunkett, 2002), a kapcsolódó evést pedig metabolikus, kognitív és érzelmi drive-ok idegrendszeri integrációja határozza meg (Shin és mtsai, 2010). Ez felhívja a figyelmet az evést meghatározó három kognitív és affektív dimenzióra (Karlsson és mtsai, 2000):

1. A *kognitív korlátozás* a testtömeg, testalak érdekében tett tudatos evéskorlátozás.
2. A *kontrollálatlan evés* az egyén hajlama az evés feletti kontrollvesztésre.
3. Az *érzelmi evés* a személy hajlama, hogy erős hangulati állapotok esetén, mint a depresszió, magány, üresség, szorongás, öröm, túlegyen (Czeglédi és Urbán, 2010).

Az érzelmi evéstől szenvedők intenzív érzéseikre önmegnyugtatásul esznek. Tehát az érzelmi evés maladaptív érzelemszabályozási kísérlet (Masheb és Grilo, 2006). Nem pszichiátriai súlyosságú evészavar, de kapcsolatban áll az evés feletti kontrollvesztéssel, a magasabb kalóriabevitellel, az elhízással, a falászavarral, a diétázással és kompenzálással (Masheb és Grilo, 2006; Nguyen Michel és mtsai, 2007; Turner és mtsai, 2010). Mivel kötődésük szinte feltáratlan (Hernandez-Hons és Wooley, 2011), a vizsgálat külön célját képezi az érzelmi evésben érintettek kötődésének feltárása.

I.3.3. Az evészavarok spektrumszemlélete

Az evészavarok tüneti és súlyosság szerinti jellemzői részben elkülönülnek, részben összefüggnek. Az *evészavarok spektrumszemlélete* ezért a kategoriális diagnózisok helyett a dimenzionális megközelítést hangsúlyozza (Túry, 2009). Eszerint az egyes evészavarok kognitív, affektív, viselkedéses jellemzői elhelyezhetők a több pszichiátriai zavart felölelő *kompulzív-impulzív spektrum* mentén (Hollander és mtsai, 1997). Ez a

kényszeres vonásokkal jellemezhető restriktív AN-tól, a purgáló AN-án, BN-án, falászavaron át a multiimpulzív evészavarok felé halad (Van der Ham és mtsai, 1997).

Az evészavar restriktív vagy impulzív jellege a tüntetek intenzitásával, a beteg kötődési és személyiségjellemzőivel is összefügghet (Cassin és Ranson, 2005; Illing és mtsai, 2010). A dolgozat egyik célja ezért – a diagnosztikai kategóriák szintjén túl − a kötődés és a restriktív illetve impulzív evészavartünetek kapcsolatának vizsgálata.

I.3.4. A testképzavar jellemzői, az evés- és testképzavarok elkülönítése

A *testtel való elégedetlenség szintén* központi jelentőségű evészavarokban − ezért ennek szerepét szintén tesztelnem. A testtel való elégedetlenség ugyanakkor nem azonos a testélmény összetett zavaraként definiálható testképzavarral (Tiggemann, 2004). A *testképzavar* jellemzői (Tiggemann, 2004; Túry és Szabó, 2000): 1. A testalak vagy testrészek torzult észlelése. 2. Szelektív figyelem a saját testre. 3. Negatív testélmény. 4. Elégedetlenség a testalakkal, testtömeggel vagy egyes testrészekkel. 5. Karcsúságideál, súlyfóbia. 6. Perfekcionista testideál. 7. A testalak, tömeg megváltoztatásának vágya. Az evés- és testképzavarok szorosan összefüggnek. Azonban több evészavart nem, vagy részlegesen jellemez testképzavar (APA, 2013). Az értekezésben szereplő evészavarok testképzavar tüneteit, restriktív-impulzív jellegét az 1. táblázatban különítem el.

1. táblázat. *Testképzavar, restriktív vagy impulzív jelleg a vizsgált evészavarokban*

Evés- vagy testképzavar neve		**Evészavar**	**Testképzavar**	**Restriktív vagy impulzív jelleg**
Anorexia nervosa	restriktív	igen	van	restriktív
	purgáló	igen	van	impulzív
Bulimia nervosa		igen	van	impulzív
Falászavar		igen	van/részleges/nincs	impulzív
Egyéb evészavar		kevert/szubklinikai	típustól függően	típustól függően
Multiimpulzív formák		igen	típustól függően	multiimpulzív
Érzelmi evés		szubklinikai	nincs	impulzív

Megjegyzés: APA (2013), Hay és munkatársai (2014) és Van der Ham és munkatársai (1997) alapján.

I.3.5. Az evészavarok komorbid spektruma

A diagnózison túl figyelembe veendő az evészavarok magas, akár 97%-os pszichiátriai komorbiditása (Blinder és mtsai, 2006; Svensson és mtsai, 2013). A leggyakoribb komorbid zavar a major depresszió; pontprevalenciája 50%, életprevalenciája AN-ban 50%, BN-ban 75% (Hudson és mtsai, 2007; Szumska, 2004). A fekvőbetegek akár 94%-a küzd depresszióval (Blinder és mtsai, 2006). Az öngyilkossági kockázat fokozott (Szumska, 2004). A BN-tól és purgáló AN-tól szenvedők 27-30%-a kísérel meg öngyilkosságot, 4-5%-uk be is fejezi azt (Coros és mtsai, 2002; Crow és mtsai, 2009).

Az érintettek fele aktuálisan, életük során kétharmaduk tapasztal szorongásos zavart. Az AN-tól szenvedőknél 15-ször valószínűbb a kényszeresség, mint az átlagpopulációban (Anderluh és mtsai, 2003). Az étellel, testtel lekötöttség és gondolkodásuk is hordoz kényszeres jegyeket (Szumska, 2004). Az evészavarok és személyiségzavarok között akár 58%-os a komorbiditás (Cassin és Ranson, 2005). A leggyakoribb az elkerülő, a dependens, a kényszeres és a borderline (Bornstein, 2001). BN-ban és az impulzív tünetek esetén elsősorban a borderline, restriktív AN-ban az elkerülő személyiségzavar gyakori (Cassin és Ranson, 2005). A komorbiditás a zavarok háttérben álló személyiség hasonlóságaiból is fakadhat (Szumska, 2004; Unoka, 2007). E komorbid jellemzők miatt fontos a depresszió, a szorongás és a személyiség szerepe a tünetekben – ezeket a vizsgálatban is kontrolláltam.

I.3.6. Az evészavarok etiopatogenetikai modellje

Mivel a dolgozat célja a kötődés szerepének vizsgálata evészavarokban, összegzem a kötődési jellemzők kapcsolódását az evészavarok etiológiai tényezőihez. Az evészavarok komplex pszichoszomatikus zavarok. Megértésükben elengedhetetlen a biopszichoszociális megközelítés és a rendszerszemélet. Etiológiájuk egymást kölcsönösen befolyásoló tényezők cirkuláris interakcióján alapul. *Multifaktoriális patogenetikai modellje* etiológiai tényezőiket három csoportba sorolja (Túry, 2009):

1. *Prediszponáló tényezők*: evészavarra hajlamosíthatnak egyéni biológiai és genetikai adottságok; a premorbid elhízás; pszichológiai tényezők, mint az alacsony önértékelés; családi tényezők, mint a kommunikáció és családstruktúra; szociokulturális nyomás a karcsúságideál. Általános rizikófaktoraik a nem, a kor, az abúzus, a gasztrointesztinális és pszichiátriai zavarok (Jacobi és mtsai, 2004).

2. *Precipitáló tényezők*: az evészavart kiválthatják a diétázáshoz és fogyáshoz vezető stresszorok, életciklusváltások, konfliktusok. A beteg ezekre válaszul testedzésbe, diétázásba kezdhet az önkontroll élmények növelésre.
3. *Fenntartó tényezők*: az evészavart részben saját hatásai tartják fenn; így az éhezés fiziológiai és kognitív következményei, a negatív hangulat és az interakciós zavarok (Fairburn és mtsai, 2003; Stice és mtsai, 2009).

Az I.4.6. és az I.4.7. fejezetekben látható, hogy a kötődési jellemzők az evészavarok prediszponáló (pl. énkép), precipitáló (pl. társas változások) és fenntartó tényezőivel (pl. hangulatszabályozás) egyaránt összefüggghetnek (Tasca és Balfour, 2014).

I.3.7. Az evészavarok szelektív modelljei

Az evészavarok megértésére szelektív modelleket is leírtak, ezek a biológiai, a szociokulturális, a személyiség, a családi, a pszichodinamikus, a kognitív-viselkedéses, a hangulatzavar és a viselkedéses függőség hipotézisek (Túry és Pászthy, 2008). Ezek olyan tényezőkre világítanak rá, amelyek egymással interakcióban részt vehetnek a zavar kialakulásában és fenntartásában; így az intervenciók kulcspontjai lehetnek (Tasca és Balfour, 2014). A továbbiakban az evészavarok személyiségjellemzőit és családdinamikai megközelítését ismertetem, mivel a kötődés szerepe evészavarokban ezek kölcsönhatásában értelmezhető.

I.3.7.1. Az evészavartól szenvedők személyiségjellemzői

A személyiségjellemzők szerepet játszhatnak az evészavarok kialakulásában és fennmaradásában (Cassin és von Ranson, 2005). Az alacsony önértékelés központi fenntartó tényező, kapcsolatot mutat a tünetek intenzitásával (Fairburn és mtsai, 2003). Rizikótényezők még a perfekcionizmus, a negatív affektivitás, az érzelmi instabilitás, az alacsony interoceptív tudatosság, a gyenge önirányítottság és kooperáció, az obszesszív-kompulzív és az ártalomkerülő jegyek (Bardone-Cone és mtsai, 2007; Cassin és von Ranson, 2005; Krizbai 2011; Lilenfeld és mtsai, 2006).

Az egyes evészavarok ugyanakkor heterogének a személyiségvonásaikban − többek közt a kompulzív-impulzív spektrum (Túry, 2009). AN-ban rigiditás és alacsony újdonságkeresés, BN-ban erős impulzivitás és újdonságkeresés jellemző (Cassin és von Ranson, 2005). Az evészavartól szenvedők három személyiség-prototípusba sorolhatóak

a Big Five (Costa és McCrae, 1992) modell alapján (Claes és mtsai, 2006): 1. Reziliens, jól funkcionáló személyek, erős klinikai eltérések nélkül. 2. Alulszabályozott, magas neuroticizmussal, alacsony barátságossággal és lelkiismeretességgel jellemezhető; illetve 3. túlkontrollált, zárkózott, beszűkült betegek, magas neuroticizmussal és lelkiismeretességgel rendelkező személyek. Az első csoport bír a legenyhébb tünetekkel, az alulkontrolláltak több impulzív, a túlkontrolláltak restriktív tüneteket mutattak. Tehát a különböző evészavaroktól szenvedők személyisége eltérhet. Központi vonásaik viszont az alacsony önértékelés és a perfekcionizmus, míg az *érzelmi instabilitás* foka elkülönítheti őket – így utóbbi szerepét e vizsgálatban is tesztelem.

I.3.7.2. Az evészavartól szenvedők családi jellemzői

A családi struktúra és kommunikáció meghatározó evészavarokban. Az AN családi jellemzői az összemosottság, túlvédés, merevség és konfliktuskerülés, a gyermeket bevonhatják a szülők konfliktusába (Minuchin és mtsai, 2009). A BN családjellemzői az érzelmek viharos kifejezése, a gyermeket érő traumák, az anyák érzelemszabályozási problémái (Claydon és mtsai, 2016; Pilecki, 2009). Falászavarban alacsonyabb szülői fogékonyságról, hangulatzavarról, és kritikus megjegyzésekről számoltak be (Tetzlaff és Hilbert, 2014). A túlzó kontroll, kommunikációs zárlatok, alacsonyabb reszponzivitás és kohézió egyéb evészavarokban is megfigyelhető (Latzer és mtsai, 2002).

A családi ambivalenciát a gyermek is internalizálja. Az anyák a felszínen odaadóak, de sértődékenyek, és kevésbé reszponzívak. Az apák a felszínen sikeresek, erősek, de gyakran alacsony az önértékelésük, és perifériás helyet foglalnak el a családban (Dévald (1993). A családi valóságkép törékeny, a kapcsolatok konfliktusosak, a kommunikációs folyamatok összezavaróak. Az érintettek gyakran félnek attól, hogy szüleik kapcsolatában negatív változás következik be (Dallos és Denford, 2008).

A család rigiditása, szétkapcsoltsága vagy összemosottsága kapcsolatban áll az evési diszfunkciókkal (Laghi és mtsai, 2016). A családtagok kritikussága, erőszakossága, túlvédése, szégyenkeltése súlyosabb, a reszponzív, autonómiára sarkalló szülői attitűd csökkent tünetekkel korrelál (Kenny és Hart, 1992; Treasure és mtsai, 2008). A már kialakult evészavarra adott reakciók szintén súlyosbíthatják a tüneteket. A családrendszer jellemzői tehát hajlamosító és fenntartó tényezővé is válhatnak (Lilenfeld és mtsai, 1998). Ugyanakkor a család oki tényezőként való megjelenítése a

kezelés csapdája. A családtagok a legfontosabb erőforrást jelentik a változásban (Bulik, 2014). Az evészavar szintén visszahat a családtagok kapcsolataira, kötődésére − e változások három csoportba sorolhatók (Svensson és mtsai, 2013):

1. *Szociális törés*: a család az evészavarra centrál, az evés körüli konfliktusok állandósulnak. A házastársi kapcsolat feszültté válik. A zavar elvonja a testvérekről a figyelmet, ez neheztelést vált ki az érintettel szemben. A család izolálódhat.
2. *Érzelmi hatások*: az érintettel szemben gyakori az aggodalom és harag megjelenése. A szülők élményei a tehetetlenség, a bűntudat és hibázástól való félelem.
3. *Megküzdés*: problémamegoldást segíti a család rugalmassága, a gyógyulásba vetett hit, a betegség externalizálása „a dráma távol tartásával". Az egység, a kritikamentesség, a szülők egymást támogatása és felelősségvállalása, és az elszigeteltség csökkentése támogatják a gyógyulást.

Tehát a család és személyiségjellemzők szerepe központi az evészavarokban (Túry és Pászthy, 2008). A kötődés teszi lehetővé a személyközi információfeldolgozást, az adaptációt és a komfort elérését a közeli kapcsolatokban. E funkciók egyéni és családi szinten is megfigyelhetők. A közös reprezentációk, kogníciók, érzelemfeldolgozási módok és viselkedéselemek talaján az egyéni és családi jellemzők dinamikus kölcsönhatásban állnak – a családrendszer ökológiáját szolgálva. A kötődés tehát az intrapszichés élmények és az interperszonális valóság közötti közvetítőrendszerként funkcionál (Hill és mtsai, 2003). Ez felveti a szülői bánásmód, a felnőtt kötődés és az evészavarok szerves kapcsolatát.

I.4. A kötődési jellemzők és evészavarok kapcsolata

Az elmúlt két évtizedben több mint 340 nemzetközi publikáció született a kötődés és az evészavarok kapcsolatáról. Hazánkban azonban alig néhány, egy-két betegcsoportra, vagy rizikócsoportra fókuszáló, komplex modelleket nélkülöző vizsgálatot találunk (Bóna és mtsai, 2013; Csabai és mtsai, 2014; Djuroska és mtsai, 2008, 2009; Nagy és Szekcső, 2014). Az eddigi vizsgálatok alapján a diszfunkcionális kötődés a pszichopatológiai tünetek általános rizikófaktora; köztük a kötődés zavarai összefüggésben állnak az evészavarok emelkedett rizikójával (Illing és mtsai, 2010; Láng és Nagy, 2013). A vizsgált minták és az egyes evészavartípusok heterogenitása miatt azonban az eredmények azonban gyakran ellentmondásosak (Gander és mtsai,

2015), így rengeteg kérdés vár megválaszolásra. Ezeket az evészavartól szenvedők szülői bánásmódja, felnőtt kötődési stílusai, dimenziói, és az egyes tünettípusok kötődési jellemzői alapján összegzem.

I.4.1. Szülői bánásmód evészavarokban

A nemzetközi szakirodalomban *parental bonding*ként ismert fogalmat itthon *szülői bánásmód*ként használják. Az evészavartól szenvedők gyakran észlelnek alacsonyabb fokú szülői törődést, támogatást és fokozott túlvédést (Behar, 2012; Caglar-Nazali és mtsai, 2014; Kuipers és mtsai, 2016; Troisi és mtsai, 2005). Az észlelt – így a vizsgálatokban feltárt − szülői bánásmódot a szülő kötődése, gondozói viselkedése és az érintett fiatal saját kötődési dilemmái is befolyásolják.

I.4.1.1. Az evészavartól szenvedők szüleinek kötődése, szülői bánásmód és tünetek

Az evészavartól szenvedők anyái gyakran megoldatlan veszteségekkel küzdenek, kötődésük bizonytalanabb, ambivalensebb (Behar, 2012; Gander és mtsai, 2015; Tereno és mtsai, 2008). Az AN-tól szenvedők anyáinak kötődése elkerülő, nehezen dekódolják gyermekük érzelmi szükségleteit, nem tudják őket megnyugtatni, így frusztrációt élhetnek át (Djuroska és mtsai, 2008). A BN-tól szenvedők anyáinak kötődése ambivalensebb, aggodalmaskodóbb az egészséges személyekénél (Behar, 2012; Tereno és mtsai, 2008). A szülői bánásmód több módon kapcsolódhat a tünetekhez:

1. Az alacsonyabb törődés és a magasabb túlvédés kapcsolatban áll a *BMI-vel* (Cooper és Young, 2016). Az alacsonyabb törődés gyakori az obezitás és a falászavar hátterében, és differenciálhat az elhízott és nem elhízott személyek közt (Amianto és mtsai, 2016a).
2. A negatívabb szülői bánásmód, az apák negligáló illetve túlvédő magatartása összefügg *a hangulatzavarokkal és a testtel való elégedetlenséggel* − az evészavarok fontos rizikótényezőivel (Horesh és mtsai, 2015; Stice és mtsai, 2011).
3. A szülői bánásmód minősége befolyásolhatja a magas kalóriájú ételek fogyasztását, *maladaptív evési magatartásokhoz, attitűdökhöz vezethet*, illetve moderálhatja az evészavar rizikótényezői és a zavar kialakulása közötti kapcsolatot (Faber és Dubé, 2015; Hardit és Hannum, 2012; Horesh és mtsai, 2015; Milan és Acker, 2014).

I.4.1.2. Az evészavartól szenvedő kötődésének szerepe a szülői bánásmódban

Az evészavartól szenvedő kötődésének két aspektusa releváns a szülői bánásmód alakításában – vizsgálati és klinikai szempontból is:

1. Az érintettek más pszichiátriai zavaroknál erősebben keresik a szüleik közelségét. A tünetek megjelenése után a szülőkapcsolat gyakran szorosabbá válik (Orzolek-Kronner, 2002). A tünetek befolyásolják a szülő-gyermek távolságot; a kötődés minősége pedig mediálhatja a gondozói viselkedés és a tünetek kapcsolatát (Claydon és mtsai, 2016). Tehát a tünetek szülői törődést hívva *kapcsolati szabályozóeszközként* funkcionálhatnak (Behar, 2012).
2. Feltehetően a szeparáció-individuációs konfliktus talaján az evészavartól szenvedők szülői kötődésében elkerülés és ambivalencia is explorálható (Behar, 2012; Djuroska és mtsai, 2008). Közelségigényük mellett autonómiatörekvésük is erős, kényszeresen magukra támaszkodnak. E két tendencia intenzíven váltakozhat: kötődésük magában hordozza a *push-pull dilemmát* (Lazter és mtsai, 2002; Orzolek-Kronner, 2002; Ward és mtsai, 2000). A zavar hátterében tehát erőteljes kötődési dinamika tapasztalható. Erről a tünetek az evés és testkép irányába mozdítják figyelmet (Latzer és mtsai, 2002). E törekvések a beszámolókat is befolyásolhatják; így fontos a szülői bánásmód és az érintett felnőtt kötődésének egyidejű vizsgálata.

I.4.2. A felnőtt kötődés általános jellemzői evészavarokban

Az alacsony autonómiatámogatás, negatív gyermekkori élmények, intrapszichés és interakciós konfliktusok talaján az evészavarban szenvedők felnőtt kötődése általánosan bizonytalan és diszfunkcionális (Caglar-Nazali és mtsai, 2014; Gander és mtsai, 2015). Szinte minden érintettnél kimutathatóak kötődési konfliktusok (Ward és mtsai, 2000).

A kötődés bizonytalansága összefügg a testtel való elégedetlenség fokával, és több evészavartünettel (Elgin és Pritchard, 2006; Ringer és Crittenden, 2007). A kötődési aggodalmaskodás mértéke megkülönböztetheti az evészavartól szenvedőket az egészséges személyektől (Friedberg és Lyddon, 1996). Minél erőteljesebb az evészavar, annál bizonytalanabb a kötődés, illetve fordítva: az evészavar súlyossága is függhet a kötődés bizonytalanságától (Becker és mtsai, 1987; Broberg és mtsai, 2001; O'Shaughnessy és Dallos, 2009).

Bár fejlődéslélektani alapon a diszfunkcionális kötődés az evészavarok rizikófaktorának tekinthető (Stice és mtsai, 2011), az evészavartünetek részben magyarázzák a kötődés bizonytalanságát (Bronwstone és mtsai, 2013). Tehát az evészavar is negatívan befolyásolhatja a kötődést, illetve annak észlelését. Érdemes ezért két- vagy többirányú interakciókban gondolkozni a vizsgált változók közt.

Továbbá hangsúlyos, hogy az evészavartól szenvedők és klinikai kontrollszemélyek kötődése is eltér az egészségesekétől, a betegcsoportoké azonban nem különbözött jelentősen Orzolek-Kronner (2002). Ez a diszfunkcionális kötődés *általános rizikószerepét* sugallja pszichiátriai zavarokban, így evészavarokban is (Amianto és mtsai, 2016a; Dozier és mtsai, 2008; Lenkiewitz és mtsai, 2016). Ezt differenciálja az *egyes evészavartípusok kötődési stílusainak, jellemzőinek* áttekintése.

I.4.3. Felnőtt kötődési stílusok evészavarokban

A kötődési stílusok összefüggnek az evészavarok rizikójával: a normális evési attitűdű fiatalok biztonságos, a magas kockázatú lányok szorongó-ambivalens, a magas kockázatú fiúk szorongó-elkerülő kötődésűek (Nagy és Szekcső, 2014). Ez a bizonytalan kötődési stílusok és az evészavarok összefüggését sugallja, és a két nem esetén eltérő kötődési jellemzőket feltételezhet a maladaptív evési magatartások hátterében. Evészavarral diagnosztizált személyek közt 80% feletti a bizonytalan kötődési stílusok gyakorisága (Münch és mtsai, 2016; O'Shaughnessy és Dallos, 2009; Troisi és mtsai, 2005; Zachrisson és Skårderud, 2010). Barone és Giuducci (2009) vizsgálatában az evészavartól szenvedők mindössze 10%-a volt biztonságos, 47% elkerülő, 17% aggodalmaskodó, 26% pedig dezorganizált kötődésű. Ugyanakkor a kötődési stílusok predominanciája eltérhet diagnosztikai csoportokra bontva.

I.4.4. Az egyes evészavartípusok kötődési jellemzői

Az AN-tól és BN-tól szenvedők kötődését az egészséges személyekénél magasabb szorongás és elkerülés jellemzi (Latzer és mtsai, 2002); ám kötődésük különbözhet az ambivalencia és az elkerülés mértékében (Ringer és Crittenden, 2007).

AN-ban az elkerülő kötődési stílus a predomináns, a bizalmatlan kötődés szintén gyakori (Gander és mtsai, 2015; Zachrisson és Skårderud, 2010). A kapcsolati közelség feszültséget, szorongást jelenthet, a szeretet átélése sérülhet (Kövesdi és mtsai, 2014).

Ennek hátterében a veszteségek előli elzárkózás és az érzelmi deaktiváció feltételezhető (Delvecchio és mtsai, 2014; Zarchrisson és Kulbotten, 2006).

BN-ban az aggodalmaskodó kötődés a predomináns. Kapcsolataikat bizalmatlanság, megerősítés iránti igény és a tárgyelvesztésétől való félelem jellemzi. Kötődésük bizonytalansága kapcsolatot mutat a tüneteik intenzitásával (Becker és mtsai, 1987; Elgin és Pritchard, 2006; Ringer és Crittenden, 2007; Zachrisson és Skårderud, 2010).

A kötődés a *falászavar esetén* is bizonytalan (Tetzlaff és Hilbert, 2014). Az egyes evészavarok és kötődési stílusok specifikus kapcsolatára vonatkozó eredmények azonban inkonzisztensek (Gander és mtsai, 2015). A feltárt kötődési jellemzők nagyban függhetnek a tünetek típusától, és az azok hátterében álló általános pszichiátriai és személyiségjellemzőktől. Egyes szublikinikai szintű, de jelentős maladaptív evési magatartásokban érintett csoportok, mint az érzelmi evéstől szenvedők, kötődése alig feltárt (Hernandez-Hons és Wooley, 2011).

I.4.5. Kötődési jellemzők egyes tünettípusok, komorbid zavarok esetén

Egyes kutatások, így saját vizsgálataim is, a kötődés szorongás dimenzióját (Suldo és Sandberg, 2000; Szalai és Czeglédi, 2015, 2017; Troisi és mtsai, 2005); mások az elkerülést hozták összefüggésbe az evészavartünetekkel (Eggert és mtsai, 2007; Latzer és mtsai, 2002). A vizsgálatok közti eltérések eredhetnek az eltérő mérőeszközök használatából, az összehasonlító csoport hiányából, az alacsony elemszámokból, a diagnosztikailag kombinált mintákból és az evészavartípusok heterogén jellemzőiből is (Illing és mtsai, 2010).

Az eltérő tünettípusok hátterében különböző személyiségszerveződés, szabályozási zavarok, és kötődési jellemzők állhatnak (Claes és mtsai, 2006; Díaz-Marsá és mtsai, 2000). Például a purgáló AN-tól szenvedők erősebb elkerüléssel és magasabb szorongással jellemezhetőek, mint a BN-ban és a restriktív AN-ban érintettek (Illing és mtsai, 2010). Feltételezhető, hogy a kötődés erősebb kapcsolatban áll a tüneti jellemzőkkel, így azok restriktív-impulzív jellegével, mint a diagnózis típusával. Ezért az egyes evészavar- és tünettípusokat a vizsgálatban megkülönböztetve kezelem. A *purgáló és restriktív betegek* kötődésének összehasonlítása alig feltárt terület. O'Shaughnessy és Dallos (2009) alapján pedig a *tünetek intenzitása* áll elsődleges kapcsolatban a kötődés jellemzőivel − ezek tehát tisztázandó területek.

A kötődési jellemzők továbbá nagyban függhetnek az érintett *háttérszemélyiségétől, komorbid jellemzőitől* is: az evészavar mellett hangulatzavarral, személyiségzavarral is küzdő egyének kötődése extrém diszfunkcionális, általában bizalmatlan (Díaz-Marsá és mtsai, 2000; Gander és mtsai, 2015; Myers és mtsai, 2006). Kiemelt célom ezért az olyan, gyakran személyiségzavarral és erős hangulatzavarral küzdő betegcsoportok vizsgálata, mint a multiimpulzív személyek (Lobera, 2011; Pace és mtsai, 2016).

I.4.6. A kötődés és evészavarok kapcsolatának koncepciói

Dolgozatom közvetlen célja a kötődési jellemzők és az evészavarok *pszichológiai összefüggéseinek* vizsgálata. Az objektivitás érdekében ugyanakkor megemlítendő, hogy e kapcsolat neuromediátorok, így neurotranszmitterek, hormonok szintjén is magyarázható (Hrubý és mtsai, 2011).

Bizonytalan kötődésben megváltozhat a dopamin-, a szerotonin- és neuropeptid-expresszió (Steele és Siever, 2010). A gyermekkori traumatikus élmények összefüggnek a felnőttkori alacsonyabb szerotoninszinttel (Steiger, 2004). Az pedig szerepet játszhat az étvágyban, az evészavarokban, és a komorbid szorongásos, hangulat- és impulzuskontroll-zavarokban is (Kaye, 2008; Leibowitz, 1990; Steiger, 2004). A kötődésben és gondozói viselkedésben is kulcsfontosságú oxytocin szintén szerepet játszhat az evészavarokban (Monteleone és mtsai, 2016).

A kötődést és evészavartüneteket mérő pszichometriai eszközökkel direkt és indirekt kapcsolatot is kimutattak e változók közt (Tasca és mtsai, 2009b). Az eddigi modellek meghatározhatják a vizsgálati elrendezést, és befolyásolják a kimutatott összefüggéseket is. Ezért összegzem a kötődés és evészavartünetek kapcsolatának koncepcióit.

I.4.6.1. A kötődési jellemzők transzgenerációs transzmissziója

A kötődés és evészavarok kapcsolatának egyik koncepciója a kötődéssel összefüggő mentális állapotok transzgenerációs átadásán alapul (Tasca és Balfour, 2014). Több AN-tól szenvedő anyja megoldatlan veszteséggel küzd, és ugyanúgy elkerülő kötődésű, mint gyermekük. A dezorganizált mentális állapotokat, idealizációt-devalvációt, alacsony reflektivitást a lányok eltanulhatják anyjuktól, ez hozzájárulhat tüneteikhez (Ward és mtsai, 2001). Transzgenerációs mechanizmusok fennállhatnak a nagyszülők és unokáik közt is (Canetti és mtsai, 2008). E mechanizmusokat vizsgálatom nem érinti.

I.4.6.2. A kötődés mediátor szerepe a korai élmények és felnőttkori tünetek közt

A gyermekkori abúzus és traumatizáció az evészavartól szenvedők egyharmadát érintik (Preti és mtsai, 2006). Ezek direkt kapcsolatot is mutatnak, illetve a felnőtt kötődési szorongás és elkerülés mediálásával fejthetik ki hatásukat a tünetekre (Tasca és mtsai, 2013; Tasca és Balfour, 2014) – e dimenziókat a vizsgálat során kontrollálom.

I.4.6.3. A kötődés mint az intrapszichés és interperszonális élmények mediátora

A családi és személyiségjellemzők az evészavarok fő prediszponáló, precipitáló és fenntartó tényezői közé tartoznak (Túry és Pászthy, 2008). A kötődési jellemzők hozzájárulhatnak az egyéni és kapcsolati diszfunkciókhoz, illetve közvetíthetik ezek kapcsolatát (Dozier és mtsai, 2008; Hill és mtsai, 2003).

I.4.6.4. A kötődési jellemzők és evészavartünetek közvetlen kapcsolata

Egyes kötődési jellemzők, így *a biztonságosság alacsonyabb, és az aggodalmaskodás magasabb foka* közvetlenül is kapcsolódhat a tünetekhez (Illing és mtsai, 2010; Keating és mtsai, 2014; Orzolek-Kronner, 2002; Szalai és Czeglédi, 2015, 2017; Tasca és mtsai, 2013) – így ezek szerepét az evészavarok prediktoraként vizsgálom.

I.4.6.5. A személyiségvonások mediáló hatása a kötődés és evészavarok között

A kötődési jellemzők befolyásolják a személyiségvonások, személyiségzavarok kialakulását, azok pedig szerepet játszhatnak az evészavarokban (Cassin és von Ranson, 2005; Steele és Siever, 2010). Restriktív AN-ban a kényszeres, perfekcionista személyiségjegyek és az elkerülő személyiségzavar, purgáló AN-ban és BN-ban a neuroticizmus, impulzivitás és a borderline személyiségzavar kapcsolódik a tünetekhez (Díaz-Marsá és mtsai, 2000). Az extraverzió és a neuroticizmus mértéke pedig mediálhat a kötődés és evészavarok közt (Münch és mtsai, 2016). Tehát a kötődés az evészavart dinamizáló személyiség fejlődéslélektani kulcstényezőjeként is tekinthető (Gander és mtsai, 2015). Ezért a minta személyiségvonásait, azok közvetítőszerepét szintén tesztelem.

I.4.6.6. A kötődési jellemzők moderátor szerepe

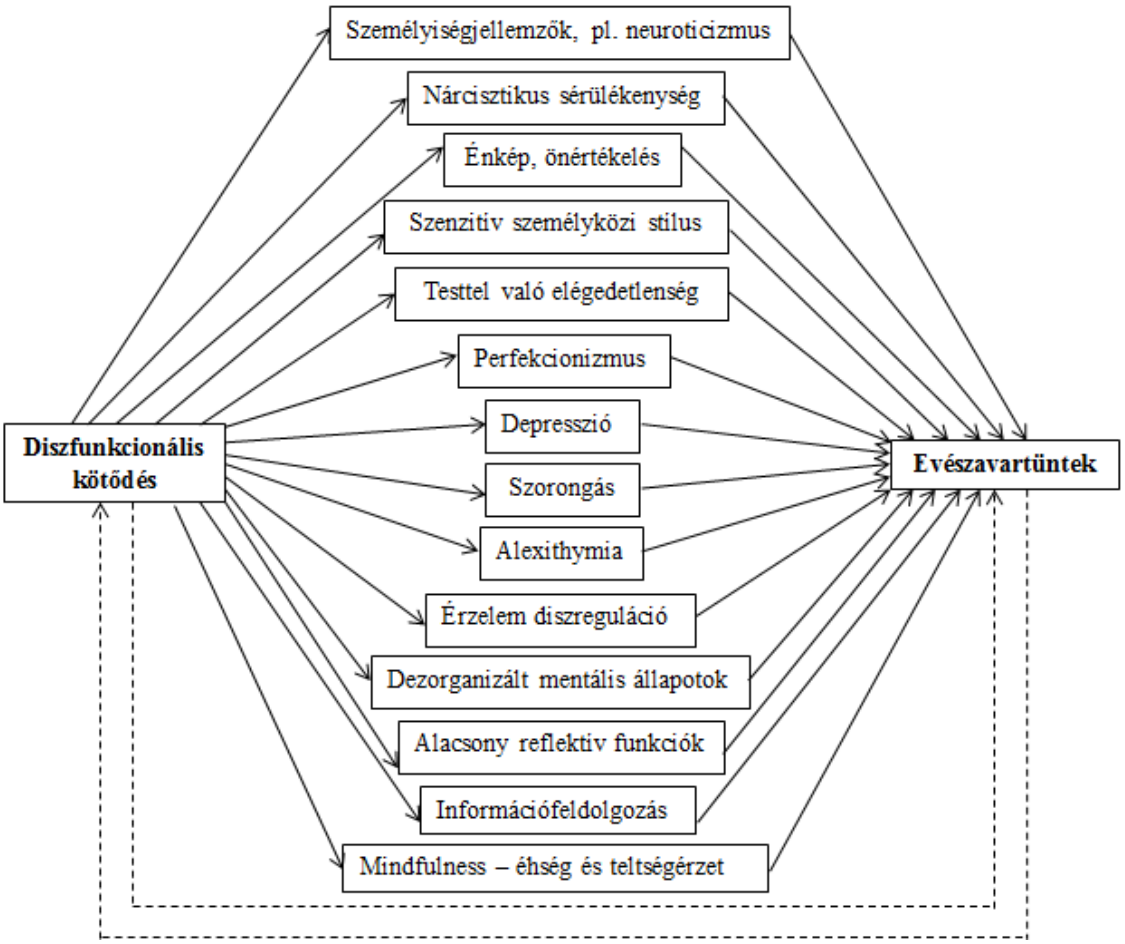
A bizonytalan kötődés − a szülőkapcsolaton való aggodalmaskodás által – fokozza a diszfunkcionális evési attitűdöket és magatartásokat. E hatás nem jelentkezik a biztonságos kötődésűek közt; vagyis a kötődés minősége moderálhatja az evészavarok rizikótényezői és a diszfunkcionális evés közti kapcsolatot (Milan és Acker, 2014).

I.4.6.7. Kötődési jellemzők és az evészavarok fenntartó mechanizmusai

Az evészavarok transzdiagnosztikus fenntartó tényezői az alacsony önértékelés, a perfekcionizmust, a hangulat intolerancia és a személyközi nehézségek (Fairburn és mtsai, 2003). A bizonytalan kötődés negatívan befolyásolja az önértékelést evészavarokban (Demidenko és mtsai, 2010; Gander és mtsai, 2015). A bizonytalan kötődésű hozzájárulhat a perfekcionizmushoz (Dakanalis és mtsai, 2014). Továbbá rontja az érzelemszabályozást: az elkerülés az érzelmek deaktivációjával, az aggodalmaskodás az érzelmek alulszabályozásával függ össze (Mikulincer és mtsai, 2003). A bizonytalan belső munkamodell pedig hozzájárul az interperszonális konfliktusokhoz (Tasca és Balfour, 2014). Tehát a kötődési jellemzők kapcsolódhatnak a tünetfenntartó mechanizmusokhoz is.

I.4.7. A kötődés és evészavarok pszichológiai közvetítőtényezői

A dolgozat elsődleges célja szempontjából kulcsfontosságú a kötődés és evészavarok pszichológiai közvetítőtényezőinek összefoglalása. Több útelemzéses vizsgálat világított rá e kapcsolat komplexitására és számos mediátor változójára. Az útelemzés előnye, hogy a függő és a független változók kapcsolatának vizsgálata során egyszerre képes figyelembe venni a potenciális háttér és mediátor változókat is. Szakirodalmi vizsgálatom alapján a diszfunkcionális kötődés és evészavartünetek kapcsolatát akár 13 pszichológiai közvetítőtényező mediálhatja (2. ábra).



2. ábra. *A kötődés és evészavarok kapcsolatának pszichológiai közvetítőtényezői*

Megjegyzés: saját ábra Dakanalis és munkatársai (2014); Demidenko és munkatársai (2010); De Paoli és munkatársai (2017a,b); Keating és munkatársai (2013); Koskina és Giovizolias (2010); Kupiers és munkatársai (2016); Stice (2011); Tasca és munkatársai (2009b, 2011); Tasca és Balfour (2014); Ty és Francis (2013) alapján.

I.4.7.1. Kötődés, énkép, önértékelés és evészavar

A kötődés és evészavarok kapcsolatát mediálhatja az énkép és az önértékelés (Amianto és mtsai, 2016b). A bizonytalan kötődést negatív énkép és kevésbé differenciált identitás jellemezheti evészavarok esetén is (Demidenko és mtsai, 2010; Skowron és Dendy, 2004). A pszichológiai szelf hiányosságait proxy mechanizmusként a testkép kompenzálhatja (Caglar-Nazali és mtsai, 2014). Az önértékelés és „testértékelés" összemosódása miatt az evészavar a szelf zavaraként is felfogható (Amianto és mtsai, 2016b; Stein és Corte, 2003).

I.4.7.2. Kötődés és a testtel való elégedettség

A bizonytalan kötődés az életkor és BMI-re kontrollja mellett is negatívan befolyásolja a testtel való elégedettséget, az evészavartünetek egyik fő fenntartóját (Keating és mtsai, 2013; Lev-Ari és mtsai, 2014; Stice és Shaw, 2002; Szalai és mtsai, 2017). A testtel való elégedetlenség ezért a kötődés és evészavarok kapcsolatának egyik mediátora lehet (Abbate-Daga és mtsai, 2010; Koskina és Giovazolias, 2010).

I.4.7.3. A perfekcionizmus szerepe

A bizonytalan, szorongó vagy elkerülő kötődés − a valakihez tartozás és a szégyen ellensúlyozásának közvetítésével − hozzájárul a perfekcionizmus kialakulásához (Chen és mtsai, 2015; Dakanalis és mtsai, 2014). A perfekcionizmus erősítheti a depressziót és az evészavartüneteket (Chen és mtsai, 2015; Wei és mtsai, 2004); így mediálhat a kötődés és evészavarok közt (Boone, 2013; Dakanalis és mtsai, 2014).

I.4.7.4. A depresszió szerepe

A bizonytalan kötődés az alacsonyabb önértékelés és a diszfunkcionális attitűdök közvetítésével a depresszió egyik prediktora (Lee és Hankin, 2009; Roberts és mtsai, 1996). A depresszió rontja testtel való elégedettséget, és háromszorosára emeli az evészavarok valószínűségét (McCabe és Ricciardelli, 2001, 2004; Olivardia és mtsai, 2004; Stice és mtsai, 2011). Továbbá mediálhat a kötődés, a testtel való elégedetlenség és az evészavartünetek között is (Goossens és mtsai, 2017; Tasca és mtsai, 2009b).

I.4.7.5. A szorongás szerepe

A bizonytalan kötődés a stresszérzékenység által emelheti a szorongásszintet (Maunder és Hunter, 2008). A bizonytalan kötődés mediálhat a gyermekkori traumatizáció és a felnőttkori szorongás között, és a magasabb serdülőkori társas szorongás prediktora (Bifulco és mtsai, 2006; Brumariu és Kerns, 2008; Muris és mtsai, 2000). A szorongás megelőzi az evészavart és növeli kockázatát (Bulik és mtsai, 1997; Stice és mtsai, 2011) – ezért a vonásszorongás közvetítőszerepe feltételezhető.

I.4.7.6. Az érzelemszabályozás szerepe

A kötődés és evészavarok kapcsolatát meghatározhatja az érzelemszabályozás minősége (Van Durme és mtsai, 2015). A csecsemőkori kötődés egyik célja az arousal- és érzelemszabályozás (Crittenden, 2000). Ez genetikai és temperamentum jellemzők mellett a korai gondozói interakciók során bontakozik ki (Eisenberg és mtsai, 2010). A különböző kötődési stílusok eltérő szorongáscsökkentő stratégiákhoz vezetnek (Mikulincer és Shaver, 2012).). Az elkerülő kötődésű személyek distressz esetén nagyobb valószínűséggel deaktiválják érzéseiket, míg az aggodalmaskodók érzelmi és viselkedéselemek hiperaktivációjával válaszolhatnak (Mikulincer és Shaver, 2012). A bizonytalan kötődésűek magasabb autonóm idegrendszeri reaktivitást mutatnak, míg a biztonságos kötődésű evészavartól szenvedők gyorsabb lecsengésű, enyhébb pszichofiziológiai válaszokkal reagálnak a kihívásokra (Dias és mtsai, 2011). E kötődésalapú stratégiák hozzájárulnak az érzelemdiszregulációhoz, amely központi jelentőségű a diszfunkcionális érzelemszabályozási stratégiáknak is tekinthető tünetekben (Overton és mtsai, 2005; Ty és Francis, 2013).

I.4.7.7. Kötődés és információfeldolgozás

A különböző kötődési stílusok eltérő információfeldolgozással járnak (Crittenden 2000; Láng és Nagy, 2013): 1. A biztonságosan kötődők képesek integrálni a testből és a környezetből érkező információt. 2. Az elkerülők figyelmen kívül hagyják a testükből származó információkat, akárcsak AN-ban (Túry és Szabó, 2000). 3. Az aggodalmaskodók a környezetből érkező információt negligálják (Jewell és mtsai, 2016). 4. A dezorganizált kötődésűek nem tudják koherensen feldolgozni az információkat. Ez hozzájárulhat a koherencia, mentalizáció és viselkedéstervezés diszfunkcióihoz evészavarokban (Claydon és mtsai, 2016).

I.4.7.8. Szenzitív személyközi stílus

A bizonytalan kötődés több maladaptív séma kialakulásához járulhat hozzá. Ezek fokozhatják az érzelmi deprivációt, a visszautasítás és a negatív tapasztalatokhoz hasonló szituációk iránti kiélezettséget (De Paoli és mtsai, 2017a,b; Mikulincer és mtsai, 2003). A társas szenzitivitás kapcsolatban áll a büntetés iránti érzékenységgel, a BN és falástünetekkel (Keating és mtsai, 2016). Ezért a szenzitív interperszonális stílus

három vonása − a társas visszautasítás, a megjelenés miatti visszautasítás és a társas hierarchiában elfoglalt pozíció iránti érzékenység – is mediálhatja a kötődés és az evészavartünetek kapcsolatát (De Paoli és mtsai, 2017a; Tasca és mtsai, 2011).

I.6.7.9. Alexithymia

Az alexithymia – az érzelmek felismerésének, leírásának és feldolgozásának zavara – szintén közvetítheti a kötődés és evészavarok kapcsolatát (Keating és mtsai, 2013; Speranza és mtsai, 2005). Az elkerülő kötődés az érzelmek deaktivációja által az alexithymia varianciájának felét magyarázza evészavarokban (Keating és mtsai, 2013). Az pedig kapcsolatban áll érzelemdiszregulációjukkal, impulzivitásukkal és tüneteikkel is (Caglar-Nazalai és mtsai, 2014; Mathiesen és mtsai, 2015; Speranza és mtsai, 2005).

I.4.7.10. Mentális koherencia és dezorganizáltság

A kedvezőtlen gyermekkori élmények negatív hatást gyakorolhatnak a mentális koherenciára (Bakermans-Kranenburg és Ijzendoorn, 2009). Kötődési élményekkel kapcsolatos alacsonyabb koherencia mutatható ki AN-ban, BN-ban és falászavarban (Barone és Guiducci, 2009). Ez csökkenti az érintettek képességét, hogy felismerjék a tünetek helyét és funkcióját életükben (Tasca és Balfour, 2014).

I.4.7.11. Mentalizáció és reflektív készségek

A túlélés elsődlegessége miatt a kötődési viselkedésért felelős agyterületek aktivációja gátolja a mentalizációt (Insel, 2003). Mivel biztonságos kötődésben a szülő elérhető, a kötődés inaktiválódik, és a mentalizáció aktív marad; bizonytalan kötődésben viszont a túlzó kötődés miatt a mentalizáció sérül (Láng és Nagy, 2013). A bizonytalan kötődés kapcsolatban áll az AN-tól szenvedők hiányos társas kognitív és affektív elmeteóriájával. Ezért a kötődés és evészavarok kapcsolatát a mentalizáció és reflektív készségek hiányosságai is közvetíthetik (Jewell és mtsai, 2016; Kupiers és mtsai, 2016).

I.4.7.12. A tudatos jelenét szerepe

A mindfulness, tehát a tudatos jelenlét képessége szintén magyarázhatja a kötődés és evészavarok kapcsolatát. A bizonytalan kötődésű személyek kevésbé képesek tudatosan megélni, elfogadni a jelent. Ez az éhség- teltségérzet sérült felismeréséhez, és a testi

szelf szegényesebb elfogadásához vezet, növelve az evészavarok rizikóját (Gander és mtsai, 2015; Pepping és mtsai, 2015).

I.4.7.13. Nárcisztikus sérülékenység és evészavartünetek

A bizonytalan kötődés nárcisztikus sebezhetőséghez vezethet (de Vito, 2013). A kötődési szorongás a nárcisztikus sérülékenység, a kötődési elkerülés pedig a grandióz nárcisztikusság mediálásával kapcsolatban áll a diétázással és a BN tünetekkel. E tényezők közül a vizsgálatban a szülői bánásmód, a felnőtt kötődés és az egyes evészavartípusok, tünetek kapcsolatának feltárására nyílt lehetőség. A dolgozat egyik fő célja e közvetítőváltozók (pl. személyiségjellemzők, depresszió, szorongás, testtel való elégedetlenség) integrálásával vizsgálni a kötődés és evészavartünetek kapcsolatát az eddig megválaszolatlan kutatási kérdések fényében.

I.5. Alapvető összefüggések és kutatási kérdések az eddigi vizsgálatok alapján

Az eddigi eredmények alapján a kötődési jellemzők és evészavarok kapcsolatáról nyolc összefüggéscsoport, és több azokhoz kapcsolódó vizsgálati kérdés körvonalazható:

1. Kötődési stílusok tekintetében az evészavartól szenvedők 80-90%-a bizonytalan, az átlagpopuláció 30-58%-ban a biztonságos kötődésű (Bakermans-Kranenburg és van Ijzendoorn, 2009; Barone és Giuducci, 2009; Münch és mtsai, 2016). A kötődési stílusok kimutatott gyakorisága azonban a minták heterogenitása miatt eltérő (Illing és mtsai, 2010). Kérdés, hogy egy minden felnőtt evészavart összefogó mintán milyen a kötődési stílusok gyakorisága az evészavarban nem érintettekhez képest?
2. Kötődési jellemzők tekintetében az evészavartól szenvedők alacsonyabb fokú szülői törődést és magasabb fokú túlvédést élnek meg (Amianto és mtsai, 2016a; Caglar-Nazali és mtsai, 2014; Horesh és mtsai, 2015). Felnőtt kötődésük gyakori jellemzői az alacsony biztonságosság, a magas aggodalmaskodás, bizalmatlanság és elkerülés (Elgin és Pritchard, 2006; Gander és mtsai, 2015; Ringer és Crittenden, 2007). A bizonytalanság és az aggodalmaskodás foka megkülönböztetheti az evészavartól szenvedőket az egészséges személyektől (Friedberg és Lyddon, 1996). Gyakori személyiségjellemzőik a neuroticizmus és az introverzió; a leggyakoribb komorbid zavaraik a depresszió és a szorongás (Blinder és mtsai, 2006; Cassin és von Ranson,

2005; Hay és mtsai, 2014). Kérdés, hogy e vonások hazai mintán is elkülönítik-e az evészavartól szenvedőket?

3. A kötődési jellemzők különböző evészavarokkal való specifikus kapcsolatára vonatkozó eredmények inkonzisztensek (Gander és mtsai, 2015). Hazánkban a falászavartól, az egyéb evészavartól, az érzelmi evéstől, a purgáló és multiimpulzív tünetektől szenvedők, valamint a remisszióban lévő személyek kötődési jellemzői is feltáratlanok. Nemzetközileg sem találunk vizsgálatot, amely egyszerre ötnél több evészavartípus anyai, apai és felnőtt kötődését párhuzamosan teszteli. Kérdés ezért, hogy milyenek e csoportok kötődési jellemzői? Illetve, hogy szülői bánásmódjuk és felnőtt kötődésük elkülönítheti-e egyes evészavartípusokat?
4. A kötődés biztonságosságának alacsonyabb foka összefügg az evészavarok rizikójával; a kapcsolat mértéke azonban eltér az egyes vizsgálatok közt (O'Shaughnessy és Dallos, 2009; Zachrisson és Skårderud, 2010). Az alacsonyabb életkor és BMI, a magasabb fokú depresszió és szorongás szintén összefügg az evészavarok rizikójával (Stice és mtsai, 2011). Ezért kérdés, hogy a bizonytalanabb kötődés az életkor, a BMI, a depresszió és a szorongás kontrollja mellett is bejósolja-e az evészavarokat? Ha igen, milyen mértékben?
5. Egyes eredmények alapján feltételezhető, hogy a kötődés vonásai erősebb kapcsolatban állnak a tüneti jellemzőkkel, azok intenzitásával, restriktív vagy impulzív jellegével (O'Shaughnessy és Dallos, 2009). Kérdés, hogy a kötődés mely vonása, melyik tünettípus esetén játszik szerepet (Ward és mtsai, 2000). A magas aggodalmaskodás és a bizalmatlanság hozzájárulnak az impulzivitáshoz, és a multiimpulzív tünetek gyakori hátteréül szolgáló borderline személyiségzavarhoz (Fossati és mtsai, 2005, 2009; Steele és Siever, 2010). A borderline személyiségzavarral és evészavarral is küzdő személyeket alacsonyabb szülői törődés jellemezheti (Lobera, 2011; Pace és mtsai, 2016). Ennek ellenére a kötődés és multiimpulzivitás kapcsolata szinte feltáratlan (Pace, 2016; Szalai, 2017). Kérdés, hogy a kötődésük elkülönítheti-e a multiimpulzív evészavartól szenvedőket?
6. Az aggodalmaskodó kötődés hozzájárul az érzelmek alulszabályozásához és maladaptív eszközökkel való kezeléséhez, mint amilyen az étel az érzelmi evés esetén (Macht, 2008; Ty és Francis, 2013). A kevésbé elfogadó szülői bánásmód összefügg a kalóriabevitellel (Faber és Dubé, 2015). Az érzelmi evés, magasabb

BMI és mellett olykor kötődési motívumok is feltárhatóak (Hernandez-Hons és Wooley, 2011; Masheb és Grilo, 2006). Ennek ellenére a kötődés és az érzelmi evés kapcsolata hazánkban feltáratlan. Kérdés, hogy a bizonytalan kötődés bejósolhatja-e az érzelmi evésre való hajlamot a BMI és a depresszió kontrollja mellett?

7. A purgáló AN-tól szenvedőket erősebb kötődési aggodalmaskodás jellemzi, mint a BN-tól, illetve erősebb elkerülés, mint a restriktív AN-tól és a BN-tól szenvedőket (Illing és mtsai, 2010). A purgáló személyek szülői kötődése diszfunkcionálisabb, mint a restriktíveké (Di Pentima és mtsai, 1998). Terápiás relevanciájú kérdés, hogy kötődés jellemzők elkülöníthetik-e a purgáló és a restriktív evészavarformákat?
8. Kevés integratív modell született a kötődés és evészavarok kapcsolatának specifikus közvetítőmechanizmusairól (Zachrisson és Skårderud, 2010). Új modell tesztelése esetén a következő potenciális összefüggések körvonalazhatók: az alacsonyabb szülői törődés és a fokozott túlvédés direkt és indirekt kapcsolatot is mutathat az evészavartünetekkel. Összefüggnek a hangulatzavarokkal, a testtel való elégedetlenséggel és a BMI-vel is (Cooper és Young, 2016; Faber és Dubé, 2015; Horesh és mtsai, 2015; Milan és Acker, 2014). A kötődési diszfunkciók csökkenthetik az érzelemszabályozási készséget, növelhetik a negatív hangulatok gyakoriságát és intenzitását; ez fokozza az evészavar kockázatát (Muris és mtsai, 2000; Nolte és mtsai, 2011; Stice és mtsai, 2011). A testtel való elégedetlenség szintén összefügg a szülői bánásmóddal, és hozzájárul az evészavarokhoz (Cash és mtsai, 2004; Szalai és mtsai, 2017).

   E tényezőket nem integrálták egy modellbe. Kérdés, hogy a szülői bánásmód és az evészavartünetek kapcsolatát közvetítheti-e a neuroticizmus személyiségvonása, a testtel való elégedetlenség és a depresszió szintje? Az evészavarkutatások gyakori torzítása a változók szelektivitásában rejlik: a multikauzális etiológia ellenére egy tényező kerül a középpontba, a többi hangsúlyozása nélkül (Polivy és Herman, 2002). Ezt kívánom ellensúlyozni a multikauzális gondolkodás, a többváltozós elemzések és a modellalkotás révén. Mivel a kötődés különböző vonásai eltérő útvonalakon kapcsolódhatnak egyes tünetekhez (Dakanalis és mtsai, 2016), vizsgálatomat is a kötődés több dimenziója mentén, különböző evészavarokkal és tünettípusokkal összefüggésben végeztem.

II. Célkitűzések és hipotézisek

A kötődési stílusok és dimenziók szoros összefüggése miatt az előző, I.5. fejezet első két összefüggéscsoportját egy célkitűzés keretein belül vizsgáltam. A vizsgálat ezért összesen hét célkitűzésessel rendelkezett. Célkitűzéseim és a kapcsolódó hipotézisek a következőek voltak:

1. Az evészavartól szenvedő (AN, BN, falászavar és egyéb evészavar diagnózisú személyek együtt) és az attól mentes csoportok összehasonlítása – a felnőtt kötődési stílusaik, szülői bánásmód és felnőtt kötődési dimenzióik, illetve egyéb jellemzőik tekintetében. Feltételeztem, hogy az evészavartól szenvedőket a biztonságos kötődés alacsonyabb és a bizonytalan stílusok magasabb gyakorisága, illetve alacsonyabb fokú kötődési biztonságosság, magasabb aggodalmaskodás, alacsonyabb szülői törődés, magasabb fokú túlvédés, introverzió, neuroticizmus, depresszió és vonásszorongás jellemzi, mint az evészavartól mentes személyeket.
2. Az egyes evészavartípusok, tehát az AN-tól, a BN-tól, a falászavartól, az egyéb evészavartól, a túlsúlytól és érzelmi evéstől szenvedő, a remisszióban lévő illetve az evészavartól mentes személyek szülői bánásmód és felnőtt kötődés jellemzőinek összehasonlítása. Feltételeztem, hogy mindegyik evészavarban érintett csoportot (AN, BN, falászavar, egyéb evészavar, túlsúlyos érzelmi evés, remisszióban lévő betegek) diszfunkcionálisabb szülői bánásmód és felnőtt kötődés jellemzi, mint az evészavartól mentes személyeket.
3. Az evészavarok prediktorainak, és a kötődés predikciós értékének tesztelése. Feltételeztem, hogy a kötődés biztonságosságának alacsonyabb foka, az alacsonyabb életkor és BMI, a magasabb vonásszorongás és depresszió az evészavarok prediktorai.
4. A multiimpulzív és klasszikus evészavar csoportok kötődésének összehasonlítása. Feltételeztem, hogy a multiimpulzív evészavartól szenvedőket alacsonyabb kötődési biztonságosság, erősebb aggodalmaskodás, bizalmatlanság és alacsonyabb szülői törődés jellemzi, mint a klasszikus evészavarban érintetteket.
5. Az érzelmi evés prediktorainak tesztelése. Feltételeztem, hogy a magasabb kötődési aggodalmaskodás és az alacsonyabb szülői törődés a BMI és a depresszió kontrollja mellett is bejósolja az érzelmi evésre való hajlamot.

6. A purgáló evészavartól szenvedők és a nem purgáló személyek kötődési jellemzőinek összehasonlítása. Feltételeztem, hogy a purgáló evészavartól szenvedőket magasabb kötődési elkerülés és aggodalmaskodás, illetve alacsonyabb szülői törődés jellemzi, mint a purgáló tüneteket nem mutató személyeket.
7. A szülői bánásmód és az evészavartünetek kapcsolatának útelemzéses vizsgálata. Feltételeztem, hogy az alacsonyabb szülői törődés és a magasabb túlvédés kapcsolatot mutat az evészavartünetek intenzitásával – a magasabb szintű neuroticizmus, a depresszió és a testtel való elégedetlenség mediálásával.

III. Módszerek

III.1. A kötődés mérésének vizsgálatot meghatározó kérdései

A vizsgálati módszert, így a kapott eredményeket is meghatározzák a kötődés mérésének lehetőségei. A *gyermekkori kötődés mérésekor* a belső munkamodellt tesztelik. Ilyen a csecsemő és gondozója interakciójának megfigyelésén, tematizált kódolásán alapuló idegenhelyzet-vizsgálat (Ainsworth és Bell, 1970). A mérés szeparációt illusztráló képeken, történet-kiegészítésen, szerepjátékon alapuló kvalitatív eszközökkel is történhet (Dweyr, 2005). Ezek a gyermekként megélt, *aktuális szülő-gyermek kötődést* tárják fel (Mancia, 2006).

Felnőtt mintával dolgozva a gyermekkori kötődés becslésének eszköze a szülő-gyermek kapcsolat felnőttként való jellemzése – ez az ún. *felidézett kötődés*. A gyermekkori kötődés ilyen, kvantitatív elemzését teszi lehetővé az első 16 életévben megélt anya- illetve apakapcsolatot a törődés és túlvédés dimenziói mentén jellemző Szülői Bánásmód Kérdőív (PBI; Parker és mtsai, 1979).

A *felnőtt kötődést* a leggyakrabban önbeszámoló kérdőívekkel mérik, de kötődési interjúkkal és projektív eszközökkel is feltárható (George és West, 2001; Griffin és Bartholomew, 1994; Hesse és mtsai, 2008). Az első felnőtt kötődési kérdőívet Hazan és Shaver (1987) alkotta a gyermekek kötődési stílusai mentén, az intim kapcsolatok önjellemzése céljából (Valkó, 2012). A felnőtt kötődés kvantitatív vizsgálatára használt leggyakoribb kérdőívek a következőek (Ravitz és mtsai, 2010):

A *Kapcsolati Skálák Kérdőív* (RSQ; Griffin és Bartholomew, 1994) a felnőtt kötődés négyfaktoros modelljét reprezentálja. Kategoriális mérésre is alkalmas, de elsősorban dimenzionális eszköz (Csóka és mtsai, 2007). A *Felnőtt Kötődési Stílusok* kérdőív (AAS; Collins és Read, 1990) a kötődés háromfaktoros modelljét reprezentálva a biztonságosság, az elkerülés és az aggodalmaskodás dimenzióit írja le. Az *Experience in Close Relationships* (ECR; Brennan és mtsai, 1998) kérdőív a szorongás és elkerülés dimenzióit méri fel.

Több vizsgálat hangsúlyozza a kvalitatív módszerek, így a *Felnőtt Kötődési Interjú* (AAI; Hesse, 2008) előnyeit. A 18 kérdésből álló, félig strukturált interjúmódszer célja a szülő kötődési reprezentációinak felmérése, és a csecsemő-szülő kötődésének előrejelzése, a szülő gyermekkori élményeinek narratívái mentén. A tartalmat, a

narratíva koherenciáját, és az együttműködést is osztályozzák. A felnőtt kötődés kvalitatív mérőeszköze továbbá a kötődéssel kapcsolatos projektív képeket alkalmazó *Adult Attachment Projective*, amely szintén négy kötődési stílust azonosít (George és West, 2001). A statisztikai elemezhetőség, a kiértékeléshez szükséges idő és előképzettség szempontjából azonban a kérdőíves eszközök előnyösek (Vankó, 2012).

A kötődés *kategoriális vagy dimenzionális* módon is operacionalizálható (Fraley és Spieker, 2003). Ez meghatározza a mérési módszert; a vizsgált változó jellege pedig a mérőeszköz sajátosságaiból is adódhat. A kötődés megfigyelése (Ainsworth, 1969) és az AAI (Hesse, 2008) kategóriákba sorolja a személyt. Projektív eszközökkel (George és West, 2001) dimenzionális leírás adható, ezek alapján stílusokba sorolható a személy. Egyes kérdőívek, például a Kapcsolati Skálák Kérdőív (Griffin és Bartholomew, 1994) szintén alkalmas dimenzionális és kategoriális mérésre is. Ám a mérés megbízhatósága végett a kérdőívek dimenzionális használata adekvátabb (Roisman és mtsai, 2007).

Mivel keresztmetszeti, kvantitatív vizsgálatot terveztem felnőtt mintán, a felidézett gyermekkori kötődés, illetve az aktuális felnőttkori kötődés dimenzionális és kategoriális mérésre alkalmas mérőeszközök alkalmazása volt indokolt.

III.2. Vizsgálati eljárás

A keresztmetszeti elrendezésű vizsgálat egy online kérdőívcsomagon alapult. Ez a szociodemográfiai és antropometriai adatok mellett a mentális egészségre és a betegségtörténetére vonatkozó kéréseket, valamint nyolc standardizált és kettő diagnosztikai kritériumok mentén szerkesztett kérdőívet tartalmazott. Az adatgyűjtés 2015 áprilisa és 2017 áprilisa között zajlott.

Az evészavartól szenvedő résztvevők bevonása a vizsgálatba szakértői mintavétellel történt. Az *evészavar csoport* tagjait a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének Pszichoszomatikus Szakrendelőjébe, illetve az I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika Gyermekpszichiátriai rendelésére jelentkező kliensek alkották. A pszichiáter szakorvosokkal és klinikai szakpszichológusokkal folytatott DSM-5 (APA, 2013) első interjú alapján evészavarral diagnosztizált személyek részére a szakemberek felajánlották a vizsgálatban való részvételt, és a hozzájárulásukat adó személyeknek elküldték a kérdőívcsomag elérhetőségét. A diagnózisok hitelessége és az anonimitás megőrzése céljából minden résztvevő egy orvos kódot és egy betegkódot kapott. Ezek

alapján a személyazonosság feltárása nélkül ellenőrizhettem a szakember által megadott diagnózist. Az *összehasonlító csoportban* kényelmi mintavételt alkalmaztam. E csoport egyetemi levelezőlistákon (kettő budapesti és egy vidéki egyetem) illetve szociális média felületeken (pl. Facebook) kapta meg a kérdőív linkjét.

Az online, kényelmi mintavétel miatt az összehasonlító csoport visszautasítási aránya nem ismert. Az evészavar csoport esetében a szakemberektől kapott kódoló lapok adatai és az online kérdőívekben megadott betegkódok száma alapján kikövetkeztethető a visszautasítási arány. Egyes szakemberek esetén az invitált résztvevők mindössze 10%-a, és az összes szakemberre vonatkoztatva az invitáltak kevesebb, mint 50%-a töltötte ki a kérdőívcsomagot. A becsült válaszelutasítási arány tehát magas volt. Mivel az online rendszer csak teljesen kitöltött oldalakkal engedte továbblépni a résztvevőket, csak azon személyek kérdőívei voltak érvénytelenek, akik kitöltés közben megszakították a folyamatot. Összesen 27 válaszadó szakította meg a kérdőívkitöltést, és 283 fejezte be azt, tehát az érvényes kitöltések aránya 91,3% volt.

III.3. Etikai engedély

A vizsgálat a Magyar Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottságának etikai engedélyével (56922/2015/EKU) történt. A vizsgálatban való részvétel önkéntes és anonim volt; semmilyen formában nem került kompenzálásra. A kérdőívek kitöltése előtt minden résztvevő, fiatalkorúak esetén a személy szülei is írásos, tájékozott beleegyezést adtak a részvételhez. A vizsgálat a Helsinki Deklarációban foglalt embereken végzett kutatási alapelveknek, és a felelős bizottságok etikai elvárásainak megfelelően történt. Az adatbázis kérésre szabadon elérhető.

III.4. Vizsgálati személyek és a vizsgálatban résztvevő csoportok leírása

Összesen 283 érvényes válaszadóból mindössze 20 férfi töltötte ki a kérdőívcsomagot, köztük 15 evészavartól mentes, egy AN, egy egyéb evészavar diagnózisú és három érzelmi evéstől szenvedő. Mivel a nem az evészavarok és a kötődés szempontjából is meghatározó (Buist és mtsai, 2002; Frisén és mtsai, 2013), alacsony mintaelemszámuk miatt a férfiak adatait töröltem a torzító hatások megelőzése érdekében. Ugyanezt tettem egy BMI adat nélküli falászavartól szenvedő, és négy evészavar diagnózissal nem rendelkező, 17,5 alatti BMI-vel élő, súlyosan alultáplált (WHO, 1993) kitöltő adataival.

Az elemzések tárgyát képző minta 258 női válaszadóból állt. A minta életkorátlaga 31,6 év (SD = 11,35 év; 13-67 év); átlagos testtömegindexük 23,3 (SD = 6,59; 12,7-44,8) volt. A WHO (2000) kritériumai alapján a minta 24,4 %-a volt alultáplált (BMI < 18,5), 45,0%-a normális testtömegű (BMI = 18,5-24,9), 16,7 %-a túlsúlyos (BMI = 25,0-29,9), 14,0 %-a pedig elhízott (BMI ≥ 30). A válaszadók 63,2%-a Budapesten, 32,2%-uk városban, 4,7%-uk faluban vagy községben élt. Iskolai végzettség tekintetében 12,4%-uk alapfokú, 25,2%-uk középfokú, 56,2%-uk felsőfokú, 6,2%-uk posztgraduális végzettséggel rendelkezett. A válaszadók 26,4%-a volt házas, 18,2%-uk élt párkapcsolatban, 5%-uk elvált, 1,2%-uk özvegy, 49%-uk egyedülálló volt. A mintát két alapvető, és két egyéb, tehát összesen négy csoportra osztottam:

1. **Evészavar csoport:** összesen 95 fő (36,8%), átlagéletkoruk 25,5 év (SD = 8,63 év; terjedelem: 13-53 év), testtömegindex-átlaguk pedig 19,8 (SD = 5,37; terjedelem: 12,7-42,5) volt. Beválogatási kritériumaik a következőek voltak: 1. Pszichiáter szakorvos vagy klinikai szakpszichológus által a DSM-5 (APA, 2013) alapján diagnosztizált AN, BN, falászavar vagy egyéb evészavar. 2. Az evészavar csoportba soroltam azon résztvevőket is, akik a vizsgálatba kerülés előtt kaptak evészavar diagnózist, de testtömegindexük a kérdőívkitöltés időpontjában is 17,5 alatti, tehát a BNO-10 (WHO, 1993) alapján AN-ra jellemző mértékben alacsony volt. 3. Azon korábbi evészavar diagnózissal rendelkező kitöltőket, akik az Evési Zavar Kérdőív (Garner és mtsai, 1983) Bulimia alskáláján legalább 14 pontot értek el, tehát a kitöltés időpontjában jelentős BN tüneteik voltak. 4. Továbbá azokat, akik a korábbi evészavar diagnózis mellett a kitöltéskor jelentős falászavartüneteket mutattak a DSM-5 (APA, 2013) falászavar tünetleltár alapján: legalább heti rendszerességű falásrohamuk volt, mely során elvesztették az evés feletti kontrollt, és jóval nagyobb mennyiségű ételt ettek, mint más ennyi idő alatt. Ez Stice és munkatársaihoz (2000) hasonlóan 3 pontos cut-off pontszámot jelentett a skálán. Az evészavar csoport a diagnózisok alapján négy alcsoportra oszlott:
   a. 44 fő **AN** (a teljes minta 17,1%-a, a csoport 46,3%-a);
   b. 23 fő **BN** (a teljes minta 8,9%-a, a csoport 24,2%-a);
   c. 11 fő **falászavar** (a teljes minta 4,3%-a, a csoport 11,6%-a);
   d. 17 fő **egyéb evészavar** (a teljes minta 6,6%-a, az evészavar csoport 17,9%-a).

2. **Evészavartól mentes csoport:** összesen 117 fő (45,3%), átlagéletkoruk 34,9 év (SD = 11,14 év; terjedelem: 20-67 év), testtömegindex-átlaguk 24,3 (SD = 5,59; terjedelem: 17,7-44,8) volt. Beválogatási kritériumai a következők voltak: 1. Nem lehetett jelenlegi vagy korábbi evészavar diagnózis. 2. Nem kezelték evészavar miatt. 3. A testtömegindexe legalább 17,5. 4. Az Evési Zavar Kérdőív (Garner és mtsai, 1983) Bulimia alskáláján maximum 13 pont. 5. Kizártam azon túlsúlyos (BMI ≥ 25,0) személyeket, akik a Háromfaktoros Evési Kérdőív (Tholin és mtsai, 2005) Érzelmi Evés Skáláján legalább három pontot értek el.
3. **Túlsúlytól és érzelmi evéstől szenvedők:** összesen 28 fő (10,9%), átlagéletkoruk 38,4 év (SD = 12,46 év; terjedelem: 19-61 év), testtömegindex-átlaguk 32,5 (SD = 5,65; terjedelem: 25,7-44,3) volt. E csoport kötődési jellemzőinek vizsgálata nemzetközileg ritka, hazánkban feltáratlan (Hernandez-Hons és Woolley, 2012). Mivel az érzelmi evés a magasabb kalóriabevitellel, növekvő túlsúllyal és kompenzátoros viselkedésekkel is kapcsolatban áll (Nguyen-Michel és mtsai, 2007; Turner és mtsai, 2010), az evészavartól szenvedő és az attól mentes személyektől is megkülönböztettem e csoportot. Túlsúlytól és érzelmi evéstől szenvedőnek (a továbbiakban *túlsúlyos érzelmi evő*) osztályoztam azokat a jelenlegi vagy korábbi evészavar diagnózissal nem rendelkező, túlsúlytól szenvedő (BMI ≥ 25) személyeket, akik a Háromfaktoros Evési Kérdőív (Tholin és mtsai, 2005) Érzelmi Evés Skáláján legalább három pontot értek el – tehát legalább három érzelmi evés tünet *többnyire igaz* volt rájuk.
4. **Remisszióban lévő személyek:** összesen 18 fő (7,0%), átlagéletkoruk 31,8 év (SD = 9,03 év; terjedelem: 24-59 év), testtömegindex-átlaguk 20,4 (SD = 3,05; terjedelem: 18,0-27,6) volt. A vonatkozó vizsgálatok ritkasága és fontos klinikai relevanciája miatt kis mintaelemszámuk ellenére megkülönböztetve elemeztem a korábban evészavartól szenvedő, jelenleg remisszióban lévő személyek jellemzőit. Beválogatási kritériumaik a következők voltak: 1. A múltban evészavarral diagnosztizáltak és kezelték. 2. A BMI-je a kitöltéskor már legalább 17,5 feletti volt. 3. Nem mutatott falászavartüneteket a DSM-5 (APA, 2013) tünetleltár alapján. 4. Maximum 13 pontot ért el az Evési Zavar Kérdőív (Garner és mtsai, 1983) Bulimia alskáláján. A vizsgálatban résztvevő csoportokat a 2. táblázat fogalja össze.

2. táblázat. *A vizsgálatban szereplő csoportok*

Csoport		**Fő** (%*)	**Átlagéletkor** (SD)	**BMI átlag** (SD)
Teljes minta		258 (100%)	31,6 (11,35)	23,3 (6,59)
Evészavar alcsoportok:	Összesen	95 (36,8%)	25,5 (8,63)	19,8 (5,37)
	AN	44 (17,1%)	23,3 (7,72)	16,3 (1,38)
	BN	23 (8,9%)	28,0 (7,84)	21,6 (2,63)
	Falászavar	11 (4,3%)	28,6 (8,77)	24,9 (2,71)
	Egyéb evészavar	17 (6,6%)	25,9 (10,81)	23,1 (7,61)
Evészavartól mentes		117 (45,3%)	34,9 (11,14)	24,3 (5,59)
Túlsúlyos érzelmi evő		28 (10,9%)	38,4 (12,46)	32,5 (5,65)
Remisszióban lévő személy		18 (7,0%)	31,8 (9,03)	20,4 (3,05)

Megjegyzés: * = Az adott alcsoport a teljes minta hány százalékát képzi.

III.5. Mérőeszközök

Szociodemográfiai és antropometriai adatok. Adatokat gyűjtöttem a nemre, életkorra, lakóhelyre, végzettségre, családi állapotra, testmagasságra (cm) és testtömegre (kg) vonatkozóan. A testtömegindexet az utóbbiak alapján kalkuláltam. Az életkor és a testtömegindex normális eloszlást mutatott a jelen mintán.

Kórelőzményekkel és mentális egészséggel összefüggő adatok. A következő evészavarral, kezelési előzményekkel és mentális egészséggel kapcsolatos adatokra kérdeztem rá: 1. Milyennek tartja magát: nagyon sovány, kicsit sovány, normális, kicsit kövér, nagyon kövér (Németh, 2011)? 2. Kezelték-e korábban evészavar miatt? 3. Ha igen, milyen diagnózissal? 4. Jelenleg kezelik-e evészavarral? 5. Ha jelenleg is kezelik, mióta tart evészavara? 6. Evészavara miatt fekvőbetegként vagy járóbetegként részesült-e ellátásban? 7. Volt-e, vagy van-e bármilyen egyéb diagnosztizált mentális zavara?

Evési Zavar Kérdőív (Eating Disorder Inventory; EDI; Garner és mtsai, 1983; magyar verzió: Túry és mtsai, 1997). Az EDI a klasszikus evészavarok leggyakrabban alkalmazott multidimenzionális mérőeszköze, az AN és a BN jelenlétét, és az AN fő pszichológiai jellemzőit méri fel, 64 tétel segítségével. A válaszadók hatfokú Likert-skálán jelölhetik 1 (*soha*) és 6 (*mindig*) között, hogy az adott érzés, viselkedés mennyire jellemzi őket. A fordított tételek megfordítása, a tételek újrakódolása és a válaszértékek összeadása után a tételek 8 alskálába sorolhatóak. A magasabb skálapontszámok

patológiásabb attitűdöket tükröznek. Az AN és a BN diagnózisa szempontjából jelentős három alskálát alkalmaztam: 1. A *Karcsúság iránti késztetés* alskála a diétázással való túlzott foglalkozást, a testsúly miatti aggodalmaskodást, a súlygyarapodástól való félelmet és a karcsúság iránti vágyat méri. 2. A *Bulimia* alskála a kontrollálatlan evésre és az önhánytatásra való hajlamot méri. 3. A *Testtel való elégedetlenség* alskála az egyes testrészekkel való elégedetlenséget, azok kövérnek észlelését, megváltoztatási vágyát tükrözi. A kóros ponthatár a Karcsúság iránti késztetés esetén 14 pont, a Bulimia esetén 14 pont, a Testtel való elégedetlenség esetén pedig 21 pont. A mintán a Karcsúság iránti késztetés Cronbach-α együtthatója 0,91, a Bulimia 0,92, a Testtel való elégedettség 0,92 volt. Egyik alskála sem mutatott normális eloszlást (Karcsúság iránti késztetés: ferdeség 0,198, csúcsosság -1,397; Bulimia: ferdeség 1,356, csúcsosság 0,376; Testtel való elégedettség: ferdeség 0,188, csúcsosság -1,195).

Evészavartünetek Súlyossági Skálája (Eating Behavior Severity Scale; EBSS; Yager és mtsai, 1987; magyar verzió: Túry és Szabó, 2000). Az EBSS egy 7 tételes, az AN és a BN legfontosabb tüneteinek gyakoriságát felmérő, önjellemző tünetleltár. A kitöltő hétfokú Likert-skálán 0 (*soha*) és 6 (*naponta többször*) között pontozza, hogy az elmúlt három hónap során milyen gyakorisággal voltak rá jellemzőek falásrohamok, a hashajtó, vizelethajtó, étvágycsökkentő használata, diétázás, hányás vagy önhánytatás, és a testedzés a testsúly, illetve az alak miatt. A magasabb pontszámok súlyosabb tüneteket tükröznek; de kóros pontértéket nem határoztak meg. Mivel a falászavar és a BN kritériumai a heti egy falás, illetve a heti egy falás és egy kompenzátoros viselkedés (APA, 2013), az EBSS-en is ez (minimum 3 pont egy-egy tételhez tartozóan) érdemel figyelmet. A purgálás feltételeként szintén legalább heti egy purgáló magatartást (önhánytatás, hashajtó, vízhajtóhasználat) határoztam meg (Demeter és mtsai, 2015). A skála belső megbízhatósága a tételek heterogenitása miatt közepes (Yager és mtsai, 1987). E vizsgálatban a Cronbach-α együttható 0,64 volt. A skála nem mutatott normális eloszlást (ferdeség 0,615, csúcsosság -0,280).

Falászavartünetek. A falázasvartüneteket a DSM-5 (APA, 2013) kritériumai alapján, a kézikönyvben szereplő pontos megfogalmazás szerinti kilenc eldöntendő kérdéssel mértem fel. A válaszadónak *igen* (1 pont) vagy *nem* (0 pont) opcióval jelölnie kellett, hogy az elmúlt 3 hónap során legalább heti egyszer jellemző volt-e rá falásroham? Nagyobb mennyiségű ételt evett-e meg, mint más ennyi idő alatt? Elvesztette-e az evés

feletti kontrollt? A falásra jellemző volt-e nagy mennyiségű étel gyors megevése egyedül, kényelmetlen teltségérzetig, utána bűntudat? A kompenzáló viselkedés kizáró kritérium volt. Stice és munkatársai (2000) ugyanezen kérdéseket alkalmazták, ezekből hármat használtak kritériumként: 1. a túl nagy adag étel elfogyasztását, 2. a kontrollvesztést, és 3. a gyakorisági kritériumokat. Így 96%-os specificitást, és 93%-os pontosságot értek el. Emiatt ugyanezeket a kritériumokat, és ezek mentén három pontot határoztam meg cut-off pontként. A tünetleltár Cronbach-α együtthatója 0,96 volt. Nem mutatott normális eloszlást (ferdeség: 0,666, csúcsosság: -1,377).

Háromfaktoros Evési Kérdőív – 21 tételes verzió (Three-Factor Eating Questionnaire – Revised 21-items; TFEQ-R21; Tholin és mtsai, 2005; magyar verzió: Czeglédi és Urbán, 2010). A TFEQ-R21 a Stunkard és Messick (1985) által szerkesztet 51 tételes kérdőívből került kialakításra Tholin és munkatársai (2005) által. A 21 tételes önjellemző eszköz három skálát tartalmaz: a *Kontrollálatlan evés*, a *Kognitív korlátozás* és az *Érzelmi evés* skálát. A vizsgálatban csak az Érzelmi evés skálát alkalmaztam. Ez a személy arra való hajlamát méri fel, hogy kedvezőtlen kedélyállapotok − szorongás, szomorúság, feszültség, magányosság, idegesség, levertség − esetén túlegyen. A skála 6 tételt tartalmaz. A kitöltő négyfokú Likert-skálán jelöli 1 (*teljes mértékben igaz*) és 4 (*egyáltalán nem igaz*) között, hogy az adott érzés esetén mennyire jellemző rá túlevés. A tételek megfordítása után a magasabb pontszámok az érzelmi evésre való erősebb hajlamot tükröznek. A skálaképzés során az egyes tételekre adott válaszok pontszámait átlagoltam. Az *érzelmi evés feltételeként* három pontot (a válasz mindegyik tétel esetében legalább a *többnyire igaz*) határoztam meg. A kérdőív pszichometriai mutatói kiválóak (Karlsson és mtsai, 2000). Cronbach-α együtthatója a jelen vizsgálatban 0,95 volt. Nem mutatott normális eloszlást (ferdeség: 0,298, csúcsosság: -1,073).

Kapcsolati Skálák Kérdőív (Relationship Scales Questionnaire; RSQ; Griffin és Bartholomew, 1994; magyar verzió: Csóka és mtsai, 2007; Demetrovics, 2007). Az RSQ a felnőtt kötődés legelterjedtebb önjellemző mérőeszköze (Ravitz és mtsai, 2010). Bowlby (1977) elméletéből kiindulva egyesíti Hazan és Shaver (1987), Bartholomew és Horowitz (1991), Collins és Read (1990) kötődési koncepcióit. Az általános irányultságot méri fel a közeli kapcsolatokban, a felnőtt kötődés négykategóriás modelljét reprezentálva (Csóka és mtsai, 2007). A 30 tételből öt-öt tartozik a *Biztonságos* (alacsony elkerülés és szorongás) és az *Elkerülő* (alacsony szorongás,

magas elkerülés), négy-négy tétel az *Aggodalmaskodó* (magas szorongás, alacsony elkerülés) és a *Bizalmatlan kötődés* (magas szorongás és elkerülés) skálákhoz. A maradék 12 tétel a háromfaktoros koncepcióhoz kapcsolódik; ezeket nem elemeztem. A kitöltő ötfokú Likert-skálán jelölheti 1 (*nem jellemző*) és 5 (*nagyon jellemző*) között, hogy az adott állítás mennyire jellemzi közeli kapcsolatait. A skálák értéke a tételek pontszámainak átlagolásával számolható ki. A magasabb pontszámok erősebb biztonságosságot, elkerülést, aggodalmaskodást illetve bizalmatlanságot jelölnek. Az RSQ elsősorban dimenzionális, a kötődési tendenciák követését célzó eszköz (Csóka és mtsai, 2007). Skáláit ezért a kötődési stílusok felmérésének kivételével folytonos változókként használtam. Kötődési stílusokba a skálapontszámok standardizálása után, a legmagasabb standard pontszám alapján sorolható a kitöltő (Griffin és Bartholomew, 1994). Reliabilitási mutatói általánosan alacsonyak, azonban számos pszichoszomatikus vizsgálatban használták eredményesen, így több szerző szerint nagy gyakorlati értékkel bír (Ciechanowski és mtsai, 2002; Demetrovics, 2007; Ravitz és mtsai, 2010). A Bizalmatlan kötődés Cronbach-α együtthatója 0,71, az Aggodalmaskodó 0,50, az Elkerülő 0,72, a Biztonságos csak 0,33 volt, így az utóbbinál itemszelekciót hajtottam végre. A 10. tétel („Nekem megfelel, hogy másoktól függök.”) törlésével a Cronbach-α 0,44-re nőtt; e négytételes Biztonságos kötődés skálát alkalmaztam. A Biztonságosság (ferdeség 0,116, csúcsosság -0,775), a Bizalmatlanság (ferdeség -0,185, csúcsosság -0,851) és az Aggodalmaskodás skálák (ferdeség 0,001, csúcsosság -0,481) is normális eloszlást mutatottak, az Elkerülés (ferdeség -0,727, csúcsosság 0,446) azonban nem.

Szülői Bánásmód Kérdőív (Parental Bonding Instrument; PBI; Parker és mtsai, 1979; magyar verzió: Tóth és Gervai, 1999). A PBI egy önjellemző kérdőív, amely ugyanazzal a 25-25 tétellel méri az első 16 életévben tapasztalt anyai és apai bánásmód minőségét. A kitöltő négyfokú Likert-skálán jelölheti 0 (*egyáltalán nem jellemző*) és 3 (*nagyon jellemző*) közt, hogy az egyes szülői viselkedések mennyire voltak jellemzőek akkoriban. A magasabb pontszámok a szülői bánásmód erősebb intenzitását jelzik. A kérdőív magyar változata három dimenziót mér: a Törődés, a Túlvédés és a Korlátozás mértékét. Az eredeti PBI azonban csak az előbbi két bipoláris skálát azonosította; így én is ezeket elemeztem. A *Törődés skála* két végpontja a megfelelő törődés és a közömbösség; a *Túlvédés* dimenziója a túlvédés és az autonómia közt húzódik. A kérdőív jó pszichometriai mutatókkal bír, és evészavar-kutatásokban is alkalmazták (Di

Pimenta és mtsai, 1998). Az *Anyai törődés* skála Cronbach-α együtthatója 0,95, az *Apai törődése* 0,95, az *Anyai túlvédése* 0,91, az *Apai túlvédése* pedig 0,90 volt. Az apai törődés (ferdeség -0,306, csúcsosság -1,058) és anyai túlvédés (ferdeség 0,482, csúcsosság -0,676) normális eloszlást mutatott, az anyai törődés (ferdeség -0,795, csúcsosság -0,209) és az apai túlvédés (ferdeség 0,577, csúcsosság -0,399) skálák nem.

Big Five 44 Tételes Személyiségvonás Kérdőív (Big Five Inventory 44; BFI−44; John és mtsai, 1991; magyar verzió: Rózsa és mtsai, 2006). A BFI−44 a Big Five elméleten (Costa és MCrae, 1992) alapuló, öt fő személyiségvonást mérő önjellemző kérdőív. Az *Extraverzió* (8 tétel) faktor azt méri fel, hogy a személy mennyire érdeklődik a társas interakciók iránt, mennyire aktív a hozzáállása a kapcsolatokhoz. A *Barátságosság* (9 tétel) a törődés, érzelmi támogatás, segítőkészség vonásait; a *Lelkiismeretesség* (9 tétel) a rend szeretetét, a teljesítményre törekvést és becsületességet méri fel. A *Neuroticizmus* (8 tétel) a negatív érzelmi állapotok gyakoriságát és intenzitását; a *Nyitottság* (10 tétel) pedig a tapasztalatokra, művészetekre való nyitottságot azonosítja. A kitöltőnek ötfokozatú Likert-skálán 1 (*egyáltalán nem értek egyet*) és 5 (*teljesen egyetértek*) között kell megítélnie, hogy az adott vonás milyen mértékben jellemző rá. A kérdőív megfelelő validitással és reliabilitással bír (John és mtsai, 1991). Az Extraverzió Cronbach-α együtthatója 0,83, a Barátságosságé 0,69, a Neuroticizmusé 0,90, a Lelkiismeretességé 0,77, a Nyitottságé 0,78 volt. Minden skála normális eloszlást mutatott (Extraverzió: ferdeség -0,017, csúcsosság -0,631; Barátságosság: ferdeség -0,467, csúcsosság -0,056; Neuroticizmus: ferdeség -0,332, csúcsosság -0,763; Lelkiismeretesség: ferdeség -0,281, csúcsosság -0,222: Nyitottság: ferdeség -0,564, csúcsosság 0,121).

CES-D Depresszió Kérdőív (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; CES-D; Radloff, 1977; magyar verzió: Demetrovics, 2007). A CES-D egy 20 tételes önjellemző kérdőív, amely a depresszió kilenc tünetcsoportjának aktuális szintjét méri (Demetrovics, 2007). A válaszadónak négyfokú Likert-skálán kell jelölnie 0 (*ritkán, vagy soha / kevesebb, mint egy nap*) és 3 (*nagyon gyakran, vagy mindig / 5-7 nap*) közt, hogy az elmúlt héten mennyire tartja magára jellemzőnek a tüneteket. A pontszámok összeadhatók, a magasabb értékek a fokozottabb szintű depressziót jelölnek. A CES−D magas reliabilitással bír (Demetrovics és mtsai, 2007). E vizsgálatban a Cronbach-α együtthatója 0,94 volt; normális eloszlást mutatott (ferdeség 0,372; csúcsosság -0,809).

Spielberger Vonás- és Állapotszorongás Skála (State-Trait Anxiety Inventory; STAI; Spielberger, és mtsai, 1970; magyar verzió: Sipos és mtsai, 1998). A STAI a szorongás mérésének leggyakoribb önjellemző mérőeszköze. Két 20-20 tételes skála segítségével azonosítja vonás- és az állapotszorongást. A bizonytalan kötődés és szorongásra való hajlam összefüggése (Maunder és Hunter, 2008) miatt a *vonásszorongást*, tehát az aggodalom, diszkomfort általános hajlamát mértem. A válaszadók négyfokú Likert-skálán 1 (*soha*) és 4 (*mindig*) között jellemezhetik, hogy a megállapítások mennyire jellemzik őket. A magasabb pontszámok a szorongásra való erősebb hajlamot jeleznek. Pszichometriai mutatói jók (Spielberger és Sydeman, 1994). Cronbach-α együtthatója 0,95 volt; normális eloszlást mutatott (ferdeség -0,134; csúcsosság -0,734).

Multiimpulzív tünetek. A multiimpulzivitás mértékét egy 11 tételes, önjellemző tünetleltárral mértem. Ez a Lacey és Evans (1986) szerinti jellemzőket tartalmazta: az alkohol- és drogfogyasztást, túladagolást, önsértést, bolti lopást, dühöt, depresszív hangulati epizódokat, promiszkuitást és kontrollvesztést. A kitöltők ötfokú Likert-skálán értékelhették 1 (*egyáltalán nem jellemző*) és 5 (*nagyon jellemző*) között, hogy az adott érzés vagy viselkedés milyen mértékben jellemző rájuk. Egy vonás teljesüléséhez minimum 4 pontot (*inkább jellemző*) vártam el. A tételeket ez alapján dichotomizáltam: a 0-tól 3-ig terjedő értékeket 0 pontra, a 4-es és 5-ös értékeket 1 pontra számoltam át. A skálaképzés a 11 dichotóm tétel összeadásával történt. A magasabb skálapontszám így többfajta impulzív tünetet jelzett. A *klasszikus* és *multiimpulzív evészavar alcsoportokat* az evészavar csoportból (n = 95 fő) e kérdőív segítségével képeztem. A *multiimpulzív evészavar* feltételeként Fichter és munkatársai (1999), és Myers és munkatársai (2006) alapján az evészavar diagnózis mellett legalább 3 impulzív tünetet (minimum 3 pontot) határoztam meg. E csoportba 27 fő (az evészavartól szenvedők 29,3%-a) került. A *klasszikus evészavar* kritériuma az evészavar mellett legfeljebb kettő impulzív tünet volt, ez 68 főt érintett (az evészavar csoport 70,7%-a). A skála Cronbach-α együtthatója 0,83 volt. Eloszlása nem volt normális e mintán (ferdeség 1,591; csúcsosság 2,300).

III.6. Statisztikai elemzések

A változók normalitásának ellenőrzésére hisztogramokat alkalmaztam (szimmetrikusság és egycsúcsúság tekintetében). A skálák belső megbízhatóságának becslésére Cronbach-α együtthatókat számítottam. Az együttjárásokat a kétváltozós elemzések során

Pearson-féle korrelációs és Spearman-féle rangkorrelációs elemzéssel teszteltem. A korrelációs együtthatók értelmezése Cohen (1988) definícióján alapult: 0,3 alatt gyenge, 0,3-0,5 között közepes, 0,5 felett erős kapcsolatot jelöl. Két csoport (pl. evészavartól szenvedő és attól mentes csoport) folytonos változók mentén történő összehasonlítására független mintás t-próbát, a változók normális eloszlásának sérülésekor Mann-Whitney-féle U-tesztet alkalmaztam. A hatásméret mutatók becslése Cohen-d-vel történt; 0,20 körüli érték kis, a 0,50 körül közepes, a 0,80 körüli érték nagy hatásméretre utal (Cohen, 1988). A kötődési stílusok gyakorisága az egyes csoportokban χ^2-próbával került összehasonlításra (hatásméret-mutatóként Cramer-féle V-értéket számítottam).

A folytonos változók esetén kettőnél több csoportot egyszempontos varianciaanalízissel (ANOVA), a változók eloszlásának sérülésekor Kruskal-Wallis-próbával hasonlítottam össze. Normális eloszlású változók esetén a szóráshomogenitás sérülésekor robusztus Welch-próbát alkalmaztam. Az életkor potenciális hatását normális eloszlás esetén többszempontos varianciaanalízissel, a szóráshomogenitás sérülése estén kétszempontos sztochasztikus varianciaanalízissel kontrolláltam. Több csoport átlagának összehasonlítása után (a hét csoport kötődésének feltárása esetén) páronkénti összehasonlításos utóelemzéseket végeztem. A páronkénti összehasonlítások Bonferroni-korrekcióval történtek; ha a szóráshomogenitás nem sérült, LSD próbát, ha a szóráshomogenitás sérült, Games-Howell próbát alkalmaztam. A dichotóm változók (pl. evészavartól szenvedő vagy sem) prediktorait hierarchikus bináris logisztikus regresszió elemzéssel, enter módszerrel vizsgáltam. A folytonos változók prediktorait (pl. érzelmi evésre való hajlam) lineáris regresszió elemzéssel, enter módszerrel teszteltem. A többváltozós elemzések során kontrolláltam az életkort és testtömegindexet.

A szülői bánásmód jellemzői és az evészavartünetek súlyosságának kapcsolatát útelemzés (structural equation modeling; SEM) segítségével vizsgáltam, a normalitás megsértésére kevésbé érzékeny MLR robusztus becslési módszerrel. A modellilleszkedés jóságának becslésére relatív (CFI, TLI) és abszolút (χ^2, RMSEA, SRMR) illeszkedési mutatókat alkalmaztam (Hooper és mtsai, 2008). Az elemzéseket az IBM SPSS 23.0 (IBM Corporation, 2015), a ROPstat (Vargha és mtsai, 2015) és az MPLUS 7.11 (Muthén és Muthén, 1998-2007) statisztikai elemzőcsomagok segítségével végeztem.

IV. Eredmények

E fejezetben először vizsgálat alapváltozóinak együtt járásait, majd *a vizsgálat céljainak megfelelően* az evészavartól szenvedő és attól mentes csoport kötődési és egyéb mért jellemzőinek eltéréseit mutatom be. Ezt differenciálva ismertetem az egyes evészavartípusok kötődési jellemzőit. Az evészavarok prediktorainak tesztelése után a speciális csoportok, így a multiimpulzivitástól, az érzelmi evéstől illetve a purgálástól küzdő személyek jellemzői következnek. Az eredményeket a szülői bánásmód és evészavartünetek kapcsolatának útelemzéses modellje zárja.

IV.1. A vizsgálat alapváltozóinak együttjárásai

Az alapelemzések részeként teszteltem a vizsgálat alapváltozóinak (a kor, a BMI, a szülői bánásmód és a felnőtt kötődési jellemzőinek) együttjárását az evészavartüneteket mérő változókkal.

A Pearson-féle korrelációs elemzés eredményei szerint a magasabb életkor szignifikánsan, statisztikailag közepes mértékben együttjárt a növekvő BMI-vel, és kismértékben a kötődés biztonságosságával. A Spearman-féle rangkorrelációs elemzés alapján az életkor szignifikáns, statisztikailag kismértékű, negatív korrelációt mutatott az anyai törődés mértékével és a karcsúság iránti késztetéssel, illetve pozitívat az érzelmi evés és az impulzív tünetek intenzitásával. A magasabb BMI szignifikáns, statisztikailag kismértékű korrelációt mutatott a testtel való elégedetlenséggel és a BN tünetekkel, illetve közepes mértékben együttjárt a fokozott érzelmi evéssel.

A kötődés biztonságosságának alacsonyabb foka szignifikánsan, statisztikailag közepes mértékben együttjárt az összes evészavartünetet mérő változóval, kivéve az érzelmi evést, amellyel kismértékben korrelált. A kötődési aggodalmaskodás és bizalmatlanság magasabb foka kis-, illetve közepes mértékben együttjárt az evészavartünetek intenzitásával. Az anyai és apai törődés alacsonyabb foka szignifikáns, statisztikailag kismértékű korrelációt mutatott az evészavartüneteket mérő változókkal. Az apai túlvédés kismértékben együttjárt a karcsúság iránti késztetéssel, az érzelmi evéssel, a bulimiás és impulzív tünetekkel; az anyai túlvédés viszont nem korrelált az evészavartünetekkel (3. táblázat).

3. táblázat. *Az alapváltozók és evészavartüneteket mérő változók együttjárásai*

Változó	Kor	BMI	EDI Karcs	EDI Test	EDI BN	EBSS tünet	TFEQ Érzel	Impulzív tünetek
Kor	–	0,48***	*-0,18***	*-0,12*	*-0,02*	*-0,07*	*-0,15**	*-0,14**
BMI	–	–	*-0,05*	*0,20***	*0,23****	*0,03*	*0,41****	*-0,03*
RSQ Bizt	0,16**	0,07	*-0,49****	*-0,41****	*-0,37****	*-0,38****	*-0,20***	*-0,32****
RSQ Agg	-0,01	0,02	*0,30****	*0,26****	*0,29****	*0,21***	*0,28****	*0,28****
RSQ Elk	*-0,02*	*0,04*	*0,17***	*0,12**	*0,16**	*0,14**	*0,08*	*0,10*
RSQ Biza	-0,09	-0,04	*0,35****	*0,31****	*0,33****	*0,25***	*0,21***	*0,38***
Anya Törőd	*-0,20***	*-0,10*	*-0,17***	*-0,13**	*-0,28****	*-0,17***	*-0,29****	*-0,19***
Apa Törőd	0,03	-0,05	*-0,20***	*-0,14**	*-0,24****	*-0,10*	*-0,24****	*-0,25****
Anya Túlv	0,01	0,01	*0,06*	*0,04*	*0,06*	*0,01*	*0,01*	*0,06*
Apa Túlv	*-0,02*	*-0,15**	*0,13**	*0,09*	*0,19***	*0,14**	*0,19***	*0,20***

Megjegyzés: n = 258 fő. A normál szedésű számok a Pearson-féle korrelációs együtthatókat, a dőlt számok a Spearman-féle rangkorrelációs együtthatókat jelzik. * p <0,05. ** p <0,01. *** p <0,001. Függőleges tengely sorrendben: Kapcsolati Skálák Kérdőív Biztonságosság, Aggodalmaskodás, Elkerülés, Bizalmatlanság skálák. Szülői Bánásmód Kérdőív Anyai törődés, Apai törődés, Anyai túlvédés, Apai túlvédés skálák. Vízszintes tengely sorrendben: Evési Zavar Kérdőív Karcsúság iránti késztetés, Testtel való elégedetlenség, Bulimia skálák. Evészavartünetek Súlyossági Skálája, legalább heti gyakoriságú evészavartünetek száma. Háromfaktoros Evési Kérdőív Érzelmi evés skála.

IV.2. Az evészavartól szenvedő és evészavartól mentes csoportok összehasonlítása

Ebben az alfejezetben a 95 AN, BN, falászavar és egyéb evészavar diagnózisú (APA, 2013) személyből álló evészavar csoport és a 117 fős evészavartól mentes csoport jellemzői kerültek összehasonlításra.

IV.2.1. Az evészavartól szenvedő és attól mentes csoportok alapjellemzői

A független mintás t-próba eredményei szerint az evészavar csoport átlagéletkora szignifikánsan, statisztikailag nagymértékben alacsonyabb volt az evészavartól mentes személyekénél. Ezért azokban az esetekben, ahol az életkor szignifikáns együttjárást mutatott a mért változóval (3. táblázat), a két összehasonlítása során kontrolláltam az életkort. Normális eloszlású változók esetében (RSQ Biztonságosság, BFI Neuroticizmus, CES-D Depresszió és STAI Vonásszorongás) kétszempontos varianciaanalízist alkalmaztam, ebben az életkor kovariáns változóként szerepelt. Nem normális eloszlású változók (PBI Anyai törődés, EDI Karcsúság iránti késztetés, TFEQ-R21 Érzelmi evés és Impulzív tünetek) esetében kétszempontos sztochasztikus varianciaanalízist alkalmaztam. Itt a mediánfelezéssel dichotomizált (28 éves korig, vagy 29 éves kortól) életkor szerepelt kovariáns változóként – így az evészavar és az életkor hatását, illetve ezek interakcióját is kontrolláltam.

Az életkorra kontrollált kétszempontos varianciaanalízis alapján az evészavartól szenvedők BMI-átlaga szintén szignifikánsan, statisztikailag nagymértékben alacsonyabb volt, mint az evészavartól mentes csoporté. A χ^2-próba eredményei szerint szignifikáns, statisztikailag közepes mértékű különbség mutatkozott a két csoport BMI kategóriái (WHO, 2000) között. Az evészavartól szenvedők gyakrabban voltak alultápláltak vagy normális testtömegűek; a túlsúly és az elhízás aránya alacsonyabb volt körükben. Az összes mért evészavartünet intenzitása szignifikánsan magasabb volt az evészavar csoportban, mint az attól mentes személyek között. A Mann-Whitney-féle U-próba eredményei alapján a testtel való elégedetlenség, a bulimiás tünetek és az EBSS evészavartünetek nagymértékben súlyosabbak voltak az evészavartól szenvedők közt. Az életkorra kontrollált kétszempontos sztochasztikus varianciaanalízis alapján a karcsúság iránti késztetés és az érzelmi evés szignifikánsan, statisztikailag nagymértékben, az impulzív tünetek pedig szignifikánsan, statisztikailag közepes mértékben voltak intenzívebbek az evészavar csoportban (4. táblázat).

4. táblázat. *Az evészavartól szenvedő és evészavartól mentes csoportok alapváltozóinak és tüneti jellemzőinek összehasonlítása*

Változó		**Evészavartól mentes (*n* = 117)**	**Evészavar (*n* = 95)**	**Csoportok összehasonlítása**
Korátlag (SD)		34,9 (11,14)	25,5 (8,63)	t(210) = 6,922*** (Cohen-d = 0,94)
BMI átlag (SD)		23,3 (5,59)	19,8 (5,37)	F(1) = 13,000** (Cohen-d = 0,84)
BMI kategória (WHO, 2000) N (%)	alultáplált	8 (6,8%)	48 (50,5%)	χ2(3)=55,516*** (Cramer-V = 0,512)
	normális	69 (59,0%)	38 (40,0%)	
	túlsúlyos	24 (20,5%)	5 (5,3%)	
	elhízott	16 (13,7%)	4 (4,2%)	
EDI Karcsúság iránti késztetés átlag (SD)		5,3 (6,27)	12,5 (6,23)	F(1) = 66,447*** (Cohen-d = 1,17)
EDI Testtel való elégedetlenség átlag (SD)		8,6 (7,89)	14,2 (7,42)	Z = 5,124*** (Cohen-d = 0,74)
EDI Bulimia átlag (SD)		2,1 (3,89)	5,4 (5,87)	Z = 4,544*** (Cohen-d = 0,68)
EBSS Evészavartünetek súlyossága átlag (SD)		6,2 (5,36)	10,7 (6,85)	Z = 5,244*** (Cohen d = 0,75)
TFEQ-R21 Érzelmi evés átlag		2,0 (0,77)	2,3 (1,07)	F(1) = 9,851** (Cohen d = 0,75)
Impulzív tünetek átlag (SD)		1,0 (1,52)	2,0 (2,2)	F(1) = 13,955** (Cohen-d = 0,57)

Megjegyzés: * p <0,05. ** p <0,01. *** p <0,001. Az evészavar csoport AN, BN, falászavar és egyéb evészavar diagnózisú személyekből állt. EDI: Evési Zavar Kérdőív. EBSS: Evészavartünetek Súlyossági Skálája. TFEQ-R21: Háromfaktoros Evési Kérdőív Érzelmi Evés skála.

IV.2.2. Az evészavartól szenvedő és attól mentes csoportok személyiségjellemzői

A független mintás t-próba alapján az evészavartól szenvedő személyeket szignifikánsan alacsonyabb extraverzió, barátságosság és nyitottság, és az életkorra

kontrollált kétszempontos varianciaanalízis alapján magasabb fokú neuroticizmus jellemezte, mint az evészavartól mentes csoportot. A hatásméret-mutatók a neuroticizmus esetében nagymértékű, a másik három vonás esetében közepes mértékű különbséget jeleztek. Az életkorra kontrollált kétszempontos varianciaanalízis alapján depresszió és vonásszorongás szintje szignifikánsan, statisztikailag nagymértékben magasabb volt az evészavar csoportban. Az életkorra kontrollált kétszempontos sztochasztikus varianciaanalízis impulzív tünetek gyakorisága szintén szignifikánsan és statisztikailag nagymértékben magasabb volt a körükben (5. táblázat).

5. táblázat. *Az evészavartól szenvedő és evészavartól mentes csoportok személyiségjellemzőinek, depresszió- és szorongásszintjének összehasonlítása*

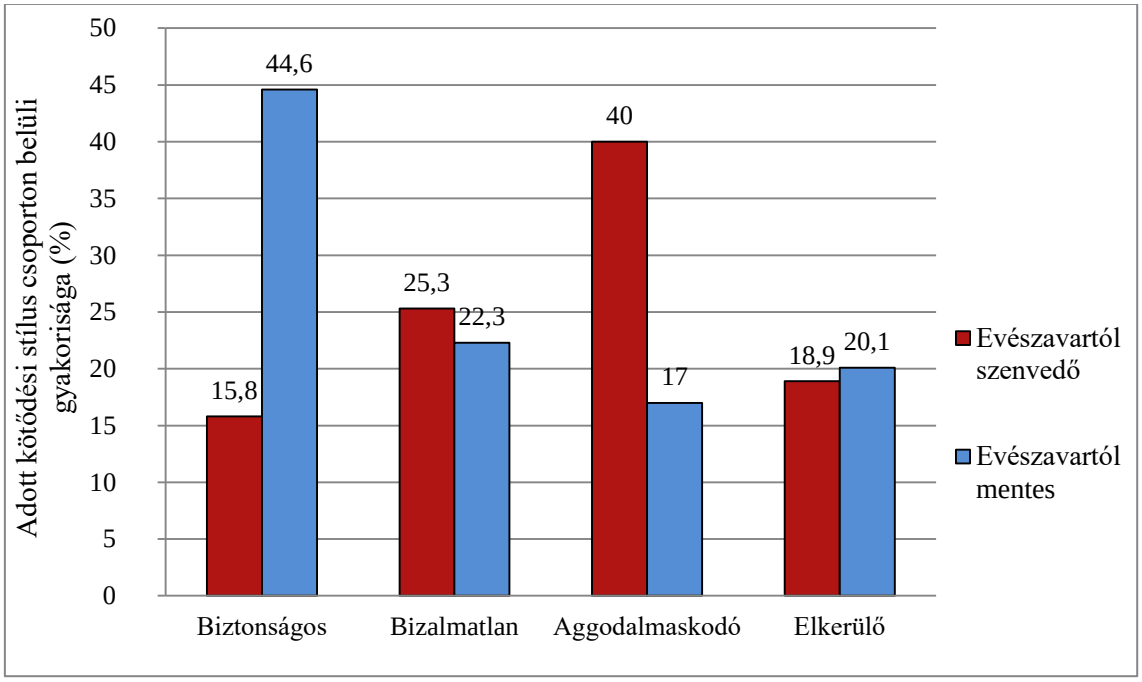
Változó	**Evészavartól mentes (*n* = 117)**	**Evészavartól szenvedő (*n* = 95)**	**Csoportok összehasonlítása**
BFI Extraverzió átlag (SD)	27,4 (6,36)	23,4 (5,57)	t(210) = 4,895*** (Cohen-d = 0,68)
BFI Barátságosság átlag (SD)	33,3 (4,63)	31,4 (5,09)	t(210) = 2,815** (Cohen-d = 0,39)
BFI Neuroticizmus átlag (SD)	24,0 (7,00)	30,1 (5,63)	F(1) = 32,971*** (Cohen-d = 0,96)
BFI Lelkiismeretesség átlag (SD)	32,7 (5,18)	32,2 (5,89)	t(210) = 0,728 (Cohen-d = 0,1)
BFI Nyitottság átlag (SD)	38,4 (5,05)	36,3 (6,68)	t(171) = 2,526* (Cohen-d = 0,36)
CES-D Depresszió átlag (SD)	16,1 (12,67)	26,8 (11,90)	F(1) = 27,704*** (Cohen-d = 0,87)
STAI Vonásszorongás átlag (SD)	44,1 (10,51)	55,6 (9,07)	F(1) = 50,865*** (Cohen-d = 1,1)

Megjegyzés: * p <0,05. ** p <0,01. *** p <0,001. Az evészavar csoport AN, BN, falászavar és egyéb evészavar diagnózisú személyekből állt. BFI: Big Five Személyiségkérdőív. CES-D Depresszió Kérdőív. STAI: Spielberger Vonásszorongás Skála.

IV.2.3. Az evészavartól szenvedő és attól mentes csoportok kötődési jellemzői

A kötődési jellemzők közül először a *felnőtt kötődési stílusok* gyakoriságát teszteltem. Az evészavartól szenvedők és attól mentes csoportokban összesen (*n* = 212 fő) 30,7% (65 fő) volt a biztonságos, 23,1% (49 fő) a bizalmatlan, 26,9% (57 fő) az aggodalmaskodó és 19,3% (41 fő) elkerülő kötődési stílus gyakorisága. A χ^2-próba alapján a kötődési stílusok gyakorisága szignifikánsan eltért az evészavartól szenvedő és az attól mentes csoportokban ($\chi^2(3) = 23{,}783$; Cramer-V = 0,335; $p < 0{,}001$).

Az *evészavartól mentes személyek* (*n* = 112 fő) 44,6%-a (50 fő) volt biztonságos, 22,3%-a (25 fő) bizalmatlan, 17,0%-a (19 fő) aggodalmaskodó, 20,1%-a (23 fő) pedig elkerülő kötődési stílusú. Az *evészavartól szenvedők* (*n* = 95 fő) mindössze 15,8%-a (15 fő) volt biztonságos kötődésű, 25,3%-a (24 fő) bizalmatlan, 40,0%-a (38 fő) aggodalmaskodó, 18,9%-a (18 fő) pedig elkerülő kötődési stílusú. Tehát a biztonságos kötődési stílus az evészavartól mentes, az aggodalmaskodó pedig az evészavartól szenvedő csoportban volt jelentősen gyakoribb (3. ábra).



3. ábra. *A felnőtt kötődési stílusok előfordulási gyakorisága (%) az evészavartól szenvedő és az evészavartól mentes csoportokban*

Megjegyzés: n evészavartól szenvedő = 95; *n* evészavartól mentes = 117. A kötődési stílusok százalékos gyakorisága az adott csoporton belül, a Kapcsolati Skálák Kérdőív alapján. Az evészavar csoport AN, BN, falászavar és egyéb evészavar diagnózisú személyekből állt.

Ezután *a szülői bánásmód és a felnőtt kötődés dimenzióit* hasonlítottam össze a két csoport közt. Az életkorra kontrollált kétszempontos varianciaanalízis alapján a felnőtt kötődés biztonságossága szignifikánsan, statisztikailag nagymértékben alacsonyabb volt az evészavartól szenvedők esetén. A független mintás t-próba, illetve a Mann-Whitney-féle U-próba eredményei alapján az evészavartól szenvedőket szignifikánsan, statisztikailag közepes mértékben magasabb fokú kötődési aggodalmaskodás és bizalmatlanság jellemezte. A felnőtt kötődési elkerülés, valamint az anyai és apai törődés és túlvédés mértéke sem tért el a két csoport között (6. táblázat).

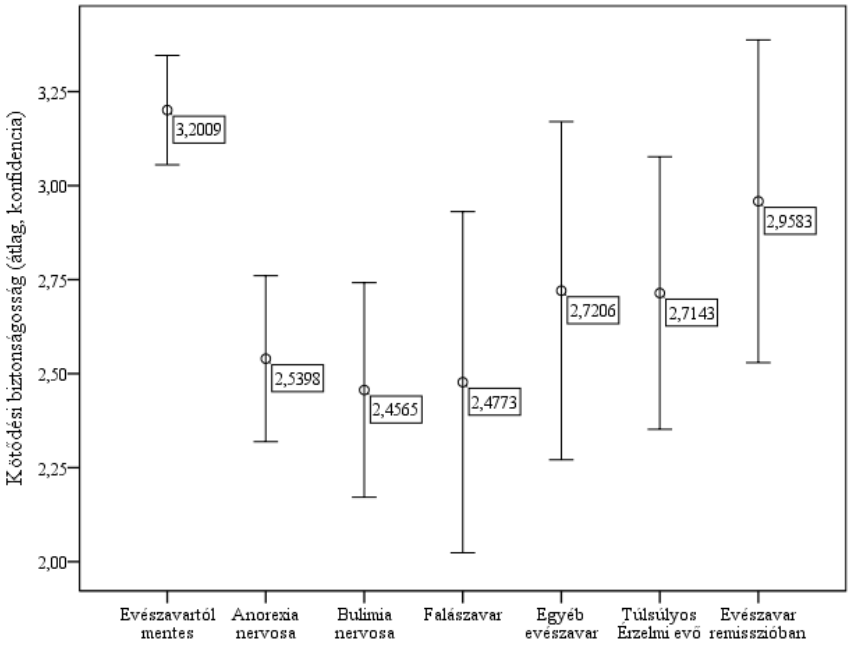
6. táblázat. *Az evészavartól szenvedő és az evészavartól mentes csoportok kötődési jellemzőinek összehasonlítása*

Változó	**Evészavartól mentes (*n* = 117)**	**Evészavar (*n* = 95)**	**Csoportok összehasonlítása**
RSQ Biztonságosság átlag (SD)	3,2 (0,79)	2,5 (0,73)	F(1) = 32,933*** (Cohen-d = 0,86)
RSQ Elkerülés átlag (SD)	3,4 (0,76)	3,5 (0,72)	Z = 1,062 (Cohen-d = 0,15)
RSQ Aggodalmaskodás átlag (SD)	3,1 (0,68)	3,4 (0,90)	t(172) = -3,092** (Cohen-d = 0,44)
RSQ Bizalmatlanság átlag (SD)	3,0 (1,00)	3,3 (0,93)	t(210) = -3,105** (Cohen-d = 0,43)
PBI Anyai törődés átlag (SD)	25,3 (8,87)	24,5 (9,61)	F(1) = 1,905 (Cohen-d = 0,09)
PBI Apai törődés átlag (SD)	19,9 (9,97)	18,4 (10,17)	t(199) = 1,085 (Cohen-d = 0,15)
PBI Anyai túlvédés átlag (SD)	14,7 (7,64)	15,2 (9,21)	t(182) = -1,298 (Cohen-d = 0,18)
PBI Apai túlvédés átlag (SD)	12,4 (7,96)	13,2 (9,36)	Z = 0,213 (Cohen-d = 0,08)

Megjegyzés: * p <0,05. ** p <0,01. *** p <0,001. Az evészavar csoport AN, BN, falászavar és egyéb evészavar diagnózisú személyekből állt. RSQ: Kapcsolati Skálák Kérdőív. PBI: Szülői Bánásmód Kérdőív.

IV.3. Az egyes evészavartípusok szülői bánásmód és a felnőtt kötődés jellemzői

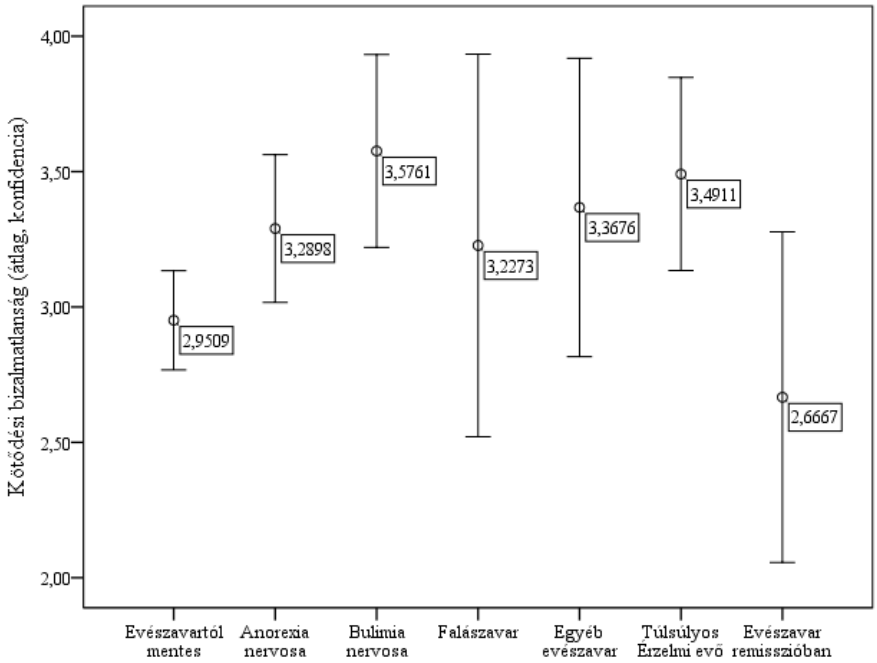
Az elemzések következő lépéseként az evészavar csoportot *diagnózisok szerinti alcsoportokra* bontottam. Majd összehasonlítottam a különböző evészavartípusok (evészavartól mentes [*n* = 117], AN [*n* = 44], BN [*n* = 23], falászavar [*n* = 11], egyéb evészavar diagnózisú [*n* = 17], túlsúlyos érzelmi evő [*n* = 28] és remisszióban lévő személyek [*n* = 18]) kötődését. Az egyszempontos varianciaanalízis eredménye szerint a hét alcsoport szignifikánsan különbözött a *felnőtt kötődés biztonságosságának* mértékében (F = 6,427; df = 6; p < 0,001). Ezután Bonferroni-korrekció mellett páronkénti összehasonlítást végeztem a csoportátlagok közt. Az evészavartól mentes csoport kötődése az AN (átlagok közti különbség: 0,66; p < 0,001), a BN (átlagok közti különbség: 0,74; p < 0,001), a falászavar (átlagok közti különbség: 072; p = 0,004), az egyéb evészavar (átlagok közti különbség: 0,48; p = 0,021), és a túlsúlyos érzelmi evő csoportokénál (átlagok közti különbség: 0,49; p = 0,004) is szignifikánsan biztonságosabb volt. Azonban a remisszióban lévő személyekétől nem különbözött (átlagok közti különbség: 0,24; p = 0,229). Az AN, a BN, a falászavar, az egyéb evészavar és az érzelmi evéstől szenvedő csoportok biztonságossága nem tért el egymástól. A BN csoport kötődése a remisszióban lévő személyekénél is szignifikánsan (átlagok közti különbség: 0,50; p = 0,046) bizonytalanabb volt (4. ábra).



4. ábra. *A felnőtt kötődés biztonságossága a hét vizsgált csoportban*

Megjegyzés: Kapcsolati Skálák Kérdőív Biztonságosság skála. Az ábra a csoportátlagok 95%-os megbízhatósági intervallumát mutatja.

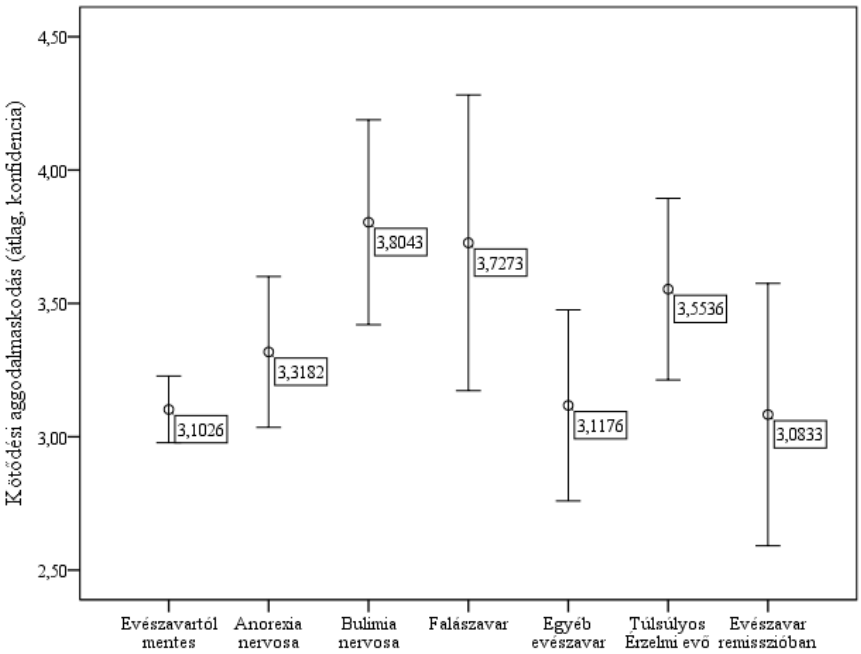
Az egyszempontos varianciaanalízis eredménye alapján a *felnőtt kötődési bizalmatlanság* mértéke szintén szignifikánsan különbözött a hét alcsoport közt (F = 3,090; df = 6; p = 0,006). Az átlagok Bonferroni-korrekció mellett végzett páronkénti összehasonlítása alapján a bizalmatlanság szignifikánsan (átlagok közti különbség: 0,63; p = 0,041) magasabb volt a BN-tól szenvedők, mint az evészavartól mentes személyek esetében (5. ábra).



5. ábra. *A felnőtt kötődés bizalmatlansága a hét vizsgált csoportban*

Megjegyzés: Kapcsolati Skálák Kérdőív Bizalmatlanság skála. Az ábra a csoportátlagok 95%-os megbízhatósági intervallumát mutatja.

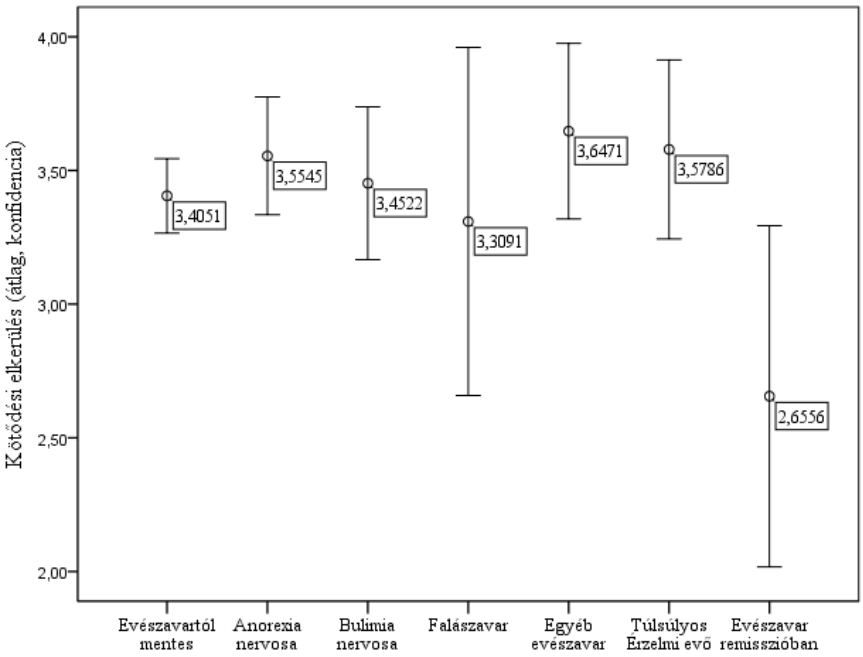
A Welch-próba eredményei alapján a *felnőtt kötődési aggodalmaskodás* foka szignifikánsan eltért a hét alcsoport közt (F = 3,570; df = 6; p = 0,005). Az átlagok Bonferroni-korrekció mellett végzett páronkénti összehasonlítása alapján a BN-tól szenvedők egyedüli betegcsoportként szignifikánsan (átlagok közti különbség: 0,70; p = 0,003) aggodalmaskodóbban kötődtek az evészavartól mentes személyeknél (6. ábra).



6. ábra. *A felnőtt kötődés aggodalmaskodás dimenziója a hét vizsgált csoportban*

Megjegyzés: Kapcsolati Skálák Kérdőív Aggodalmaskodás skála. Az ábra a csoportátlagok 95%-os megbízhatósági intervallumát mutatja.

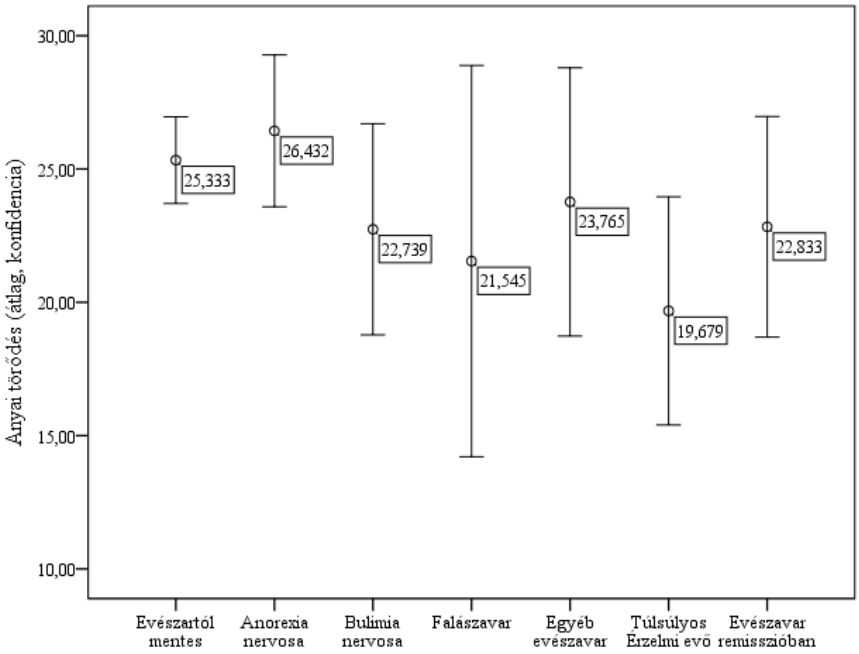
A Kruskal-Wallis-próba eredménye alapján a *felnőtt kötődési elkerülés* mértéke nem különbözött szignifikánsan (χ^2 = 8,978; df = 6; p = 0,175) a hét alcsoport közt (7. ábra).



7. ábra. *A felnőtt kötődés elkerülés dimenziója a hét vizsgált csoportban*

Megjegyzés: Kapcsolati Skálák Kérdőív Elkerülés skála. Az ábra a csoportátlagok 95%-os megbízhatósági intervallumát mutatja.

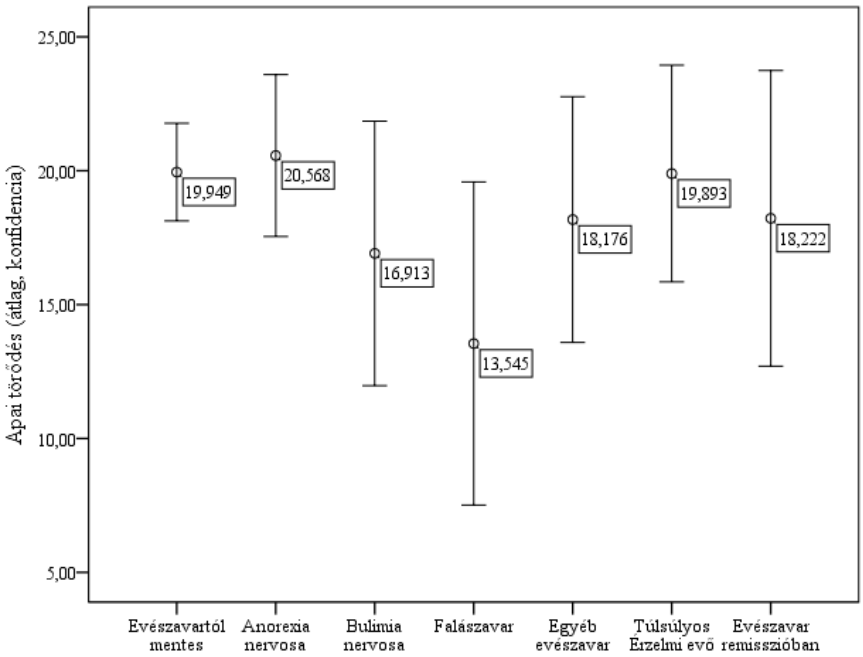
A Kruskal-Wallis-próba eredménye szerint az *anyai törődés* mértéke szignifikánsan (χ = 12,711; df = 6; p = 0,048) különbözött a hét alcsoport közt. A rangátlagok Bonferroni-korrekció mellett végzett páronkénti összehasonlítása alapján a túlsúlyos érzelmi evő csoport anyai törődése szignifikánsan (átlagok közti különbség: 5,65; p = 0,004) alacsonyabb volt az evészavartól mentes személyekénél (8. ábra).



8. ábra. *Az anyai törődés mértéke a hét vizsgált csoportban*

Megjegyzés: Szülői Bánásmód Kérdőív Anyai törődés skála. Az ábra a csoportátlagok 95%-os megbízhatósági intervallumát mutatja.

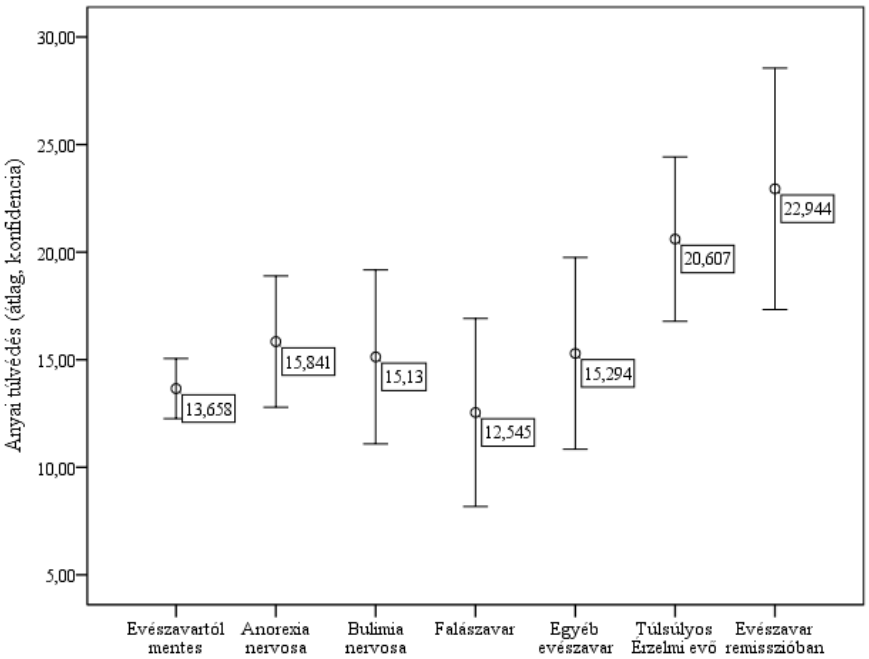
Az egyszempontos varianciaanalízis eredménye alapján az *apai törődés* mértéke nem különbözött szignifikánsan (F = 1,084; df = 6; p = 0,372) a hét alcsoport közt (9. ábra).



9. ábra. *Az apai törődés mértéke a hét vizsgált csoportban*

Megjegyzés: Szülői Bánásmód Kérdőív Apai törődés skála. Az ábra a csoportátlagok 95%-os megbízhatósági intervallumát mutatja.

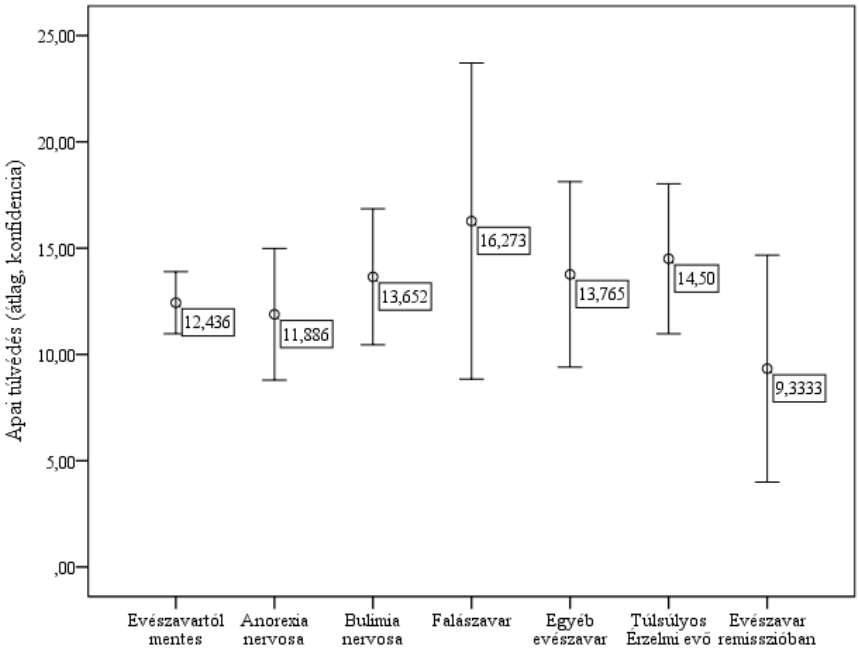
A Welch-próba eredménye alapján az *anyai túlvédés* szintje szignifikánsan különbözött a hét alcsoport közt (F = 3,695; df = 6; p = 0,004). Az átlagok Bonferroni-korrekció mellett végzett páronkénti összehasonlítása alapján a túlsúlyos érzelmi evő csoport (átlagok közti különbség: 6,95; p = 0,005), és a remisszióban lévő személyek anyai túlvédése szignifikánsan (átlagok közti különbség: 9,29; p = 0,001) magasabb volt az evészavartól mentes személyekénél. A remisszióban lévő személyek anyai túlvédése a falászavartól szenvedőkénél is szignifikánsan (átlagok közti különbség: 10,40; p = 0,047) magasabb volt (10. ábra).



10. ábra. *Az anyai túlvédés mértéke a hét vizsgált csoportban*

Megjegyzés: Szülői Bánásmód Kérdőív Anyai túlvédés skála. Az ábra a csoportátlagok 95%-os megbízhatósági intervallumát mutatja.

A Kruskal-Wallis-próba eredménye alapján az *apai túlvédés* nem különbözött szignifikánsan (χ^2 = 8,518; df = 6; p = 0,203) a hét alcsoport között (11. ábra).



11. ábra. *Az apai túlvédés mértéke a hét vizsgált csoportban*

Megjegyzés: Szülői Bánásmód Kérdőív Apai túlvédés skála. Az ábra a csoportátlagok 95%-os megbízhatósági intervallumát mutatja.

IV.4. Az evészavarok prediktorai

A 95 evészavarral diagnosztizált résztvevőre vonatkoztatva a teszteltem az evészavarok prediktorait, hierarchikus bináris logisztikus regresszió elemzéssel, enter módszerrel. A modellbe csak azokat a változókat emeltem be, amelyek a kétváltozós elemzések (4., 5., 6. táblázat) során szignifikáns eltérést mutattak az evészavartól szenvedő és az attól mentes csoport között.

Az *első modellben* kizárólag a kötődési jellemzők – a biztonságosság, aggodalmaskodás és bizalmatlanság dimenzióinak – összefüggését vizsgáltam az evészavarokkal. Ezek közül a kötődés biztonságosságának alacsonyabb foka függött össze szignifikánsan az evészavarok megemelkedett rizikójával (OR = 0,37; p < 0,001). A modell a variancia 20,9%-át magyarázta. A *második modellben* kontrolláltam az életkort, a BMI-t, a szorongás és a depresszió szintjét is. A kötődési biztonságosság alacsonyabb foka emellett is az evészavarok szignifikáns prediktora maradt (OR = 0,48; p = 0,020). Annak bizonyult a fiatalabb életkor, az alacsonyabb BMI és a magasabb vonásszorongás is. A második modell a variancia 50,9%-át magyarázta (7. táblázat).

7. táblázat. *Az evészavarok prediktorai*

		[a]Evészavar		
	Prediktor	OR [95% CI]	Wald t	R^2
1. modell	Biztonságosság (RSQ)	0,37 [0,22;0,61]	15,362***	0,209
	Aggodalmaskodás (RSQ)	1,20 [0,80;1,80]	0,774	
	Bizalmatlanság (RSQ)	1,03 [0,72;1,49]	0,030	
2. modell	Biztonságosság (RSQ)	0,48 [0,25;0,89]	5,409*	0,509
	Aggodalmaskodás (RSQ)	0,81 [0,52;1,27]	0,818	
	Bizalmatlanság (RSQ)	0,85 [0,51;1,418]	0,419	
	Kor	0,92 [0,88;0,96]	15,197***	
	BMI	0,89 [0,83;0,96]	8,432**	
	Vonásszorongás (STAI)	1,11 [1,04;1,17]	11,701**	
	Depresszió (CES-D)	0,98 [0,93;1,02]	1,065	

Megjegyzés: [a]AN, BN, falászavar és egyéb evészavar: *n* = 95; evészavartól mentes: *n* = 117; *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001; OR: esélyhányados; 95% CI: 95%-os megbízhatósági intervallum; R^2: megmagyarázott variancia (Nagelkerke R^2). RSQ:

Kapcsolati Skálák Kérdőív. CES-D Depresszió Kérdőív. STAI: Spielberger Vonásszorongás Skála.

IV.5. Kötődés és multiimpulzivitás – kötődés multiimpulzív evészavarokban

A Spearman-féle rangkorrelációs elemzés eredményei szerint a kötődési biztonságosság közepes mértékben negatívan (r_s = -0,32; p < 0,001), a bizalmatlanság közepes mértében pozitívan (r_s = 0,38; p < 0,001), az aggodalmaskodás pedig kismértékben pozitívan (r_s = 0,28; p < 0,001) korrelált a multiimpulzív tünetek intenzitásával. Az apai törődés (r_s = -0,25; p < 0,001), és az anyai törődés (r_s = -0,19; p = 0,003) kismértékben negatívan, az apai túlvédés kismértékben pozitívan (r_s = 0,20; p = 0,002) korreált a multiimpulzivitás fokával. Az alacsonyabb életkor kismértékű, szignifikáns (r_s = -0,14; p = 0,026), míg a magasabb szintű depresszió (r_s = 0,62; p < 0,001) és a vonásszorongás (r_s = 0,60; p < 0,001) nagymértékű, szignifikáns korrelációt mutatott a multiimpulzív tünetek intenzitásával.

A multiimpulzivitás feltételeként Lacey és Evans (1986) 11 kritériumából legalább három multiimpulzív tünet jelenlétét határoztam Fichter és munkatársai (1999), illetve Myers és munkatársai (2006) alapján. E kritériumok mellett a teljes minta (*n* = 258) 20,5%-a (*n* = 53) volt multiimpulzivitással jellemezhető. A χ^2-próba eredménye alapján a multiimpulzivitás szignifikánsan gyakoribb volt az evészavartól szenvedők (*n* = 95), mint az attól mentes (*n* = 112) csoportban ($\chi^2(1)$ = 9,021; p = 0,003; Cramer-V = 0,207). Az evészavartól mentes személyek 12,0%-a (13 fő), az evészavartól szenvedők 28,4%-a (27 fő), alcsoportokra bontva az AN csoport 18,2%-a, a BN csoport 47,8%-a, a falászavar 36,4%-a és az egyéb evészavar csoport 23,5%-a volt multiimpulzív.

A multiimpulzív (*n* = 27) és a „klasszikus" (*n* = 68) evészavar csoportokat összehasonlítva a független mintás t-próba eredményei alapján szignifikánsan, statisztikailag közepes mértéken magasabb vonásszorongás, és szignifikánsan, statisztikailag közepes mértékben súlyosabb evészavartünetek jellemezték a multiimpulzív evészavartól szenvedőket. A független mintás t-próba, illetve a Mann-Whitney-féle U-próba eredményei szerint a kötődési jellemzők közül csak a szülői bánásmód két dimenziója tért el a két csoport között: az anyai törődés és az apai törődés mértéke szignifikánsan, statisztikailag közepes mértékben alacsonyabb volt a multiimpulzív, mint a klasszikus evészavartól szenvedők körében (8. táblázat).

8. táblázat. *A multiimpulzív és a klasszikus evészavartól szenvedők összehasonlítása*

Változó átlag (SD)	**Klasszikus evészavar (*n* = 68)**	**Multiimpulzív evészavar (*n* = 27)**	**Csoportok összehasonlítása**
Kor átlag	25,1 (6,54)	25,7 (9,37)	t(93) = 0,301 (Cohen-d = 0,07)
BMI átlag	19,6 (5,97)	20,3 (3,48)	t(93) -0,541 (Cohen-d = 0,12)
RSQ Biztonságosság	2,65 (0,63)	2,50 (0,76)	t(93) = -0,872 (Cohen-d = 0,20)
RSQ Elkerülés	3,5 (0,73)	3,7 (0,68)	Z = 1,463 (Cohen-d = 0,34)
RSQ Aggodalmaskodás	3,4 (0,94)	3,5 (0,80)	t(93) = -0,296 (Cohen-d = 0,07)
RSQ Bizalmatlanság	3,3 (0,90)	3,6 (0,99)	t(93) = -1,264 (Cohen-d = 0,29)
PBI Anyai törődés	25,9 (9,61)	20,9 (8,81)	Z = -2,710** (Cohen-d = 0,54)
PBI Apai törődés	20,1 (9,81)	14,4 (10,07)	t(93) = 2,529* (Cohen-d = 0,58)
PBI Anyai túlvédés	15,1 (9,00)	15,5 (9,90)	t(93) = -0,194 (Cohen-d = 0,04)
PBI Apai túlvédés	12,3 (9,01)	15,3 (10,03)	Z = 1,396 (Cohen-d = 0,32)
EBSS Evészavartünetek	9,8 (6,9)	13,2 (6,2)	Z = 2,373* (Cohen-d = 0,51)
Multiimpulzív tünetek	0,8 (0,84)	5,0 (1,74)	Z = 7,765*** (Cohen-d = 3,58)
CES-D Depresszió	25,6 (12,11)	29,9 (10,98)	t(93) = -1,571 (Cohen-d = 0,36)
STAI Vonásszorongás	54,1 (9,57)	59,4 (6,40)	t(71) = -3,125** (Cohen-d = 0,61)

Megjegyzés: *p <0,05; **p <0,01; ***p <0,001. Mindkét csoport AN, BN, falászavar és egyéb evészavar diagnózisú személyekből állt, a klasszikus evészavar csoport maximum kettő, a multiimpulzív minimum három impulzív tünetet mutatott Lacey és Evans (1986) alapján. RSQ: Kapcsolati Skálák Kérdőív. PBI: Szülői Bánásmód Kérdőív. CES-D Depresszió Kérdőív. STAI: Spielberger Vonásszorongás Skála.

IV.6. A kötődési jellemzők és érzelmi evés kapcsolata, az érzelmi evés prediktorai

Az érzelmi evés magyarázó változóit a teljes mintán (n = 258) teszteltem lineáris regresszió elemzés segítségével, enter módszerrel. Az érzelmi evésre való fokozott hajlam (TFEQ-R21 pontszám ≥ 3) előfordulási gyakorisága 27,5% (n = 71) volt.

A regressziós modellt megelőzte a mért változók közötti *korrelációelemzés*. A Spearman-féle rangkorreláció elemzés eredményei alapján a felnőtt kötődési jellemzők közül a biztonságosság alacsonyabb (r_s = -0,20; p = 0,001), illetve a bizalmatlanság (r_s = 0,21; p = 0,001) és az aggodalmaskodás (r_s = 0,28; p < 0,001) magasabb foka kismértékben, szignifikánsan korreláltak az érzelmi evés fokozott mértékével. A szülői bánásmód jellemzői közül az anyai (r_s = -0,29; p < 0,001), és az apai törődés (r_s = -0,24; p < 0,001) alacsonyabb foka, valamint a magasabb apai túlvédés (r_s = 0,19; p = 0,002) kismértékű szignifikáns korrelációt mutatott az érzelmi evéssel. Az idősebb életkor kismértékű (r_s = 0,15; p = 0,014), a magasabb BMI (r_s = 0,41; p < 0,001), a vonásszorongás (r_s = 0,38; p < 0,001) és depresszió (r_s = 0,41; p < 0,001) pedig közepes mértékű, szignifikáns együttjárást mutatott az érzelmi evésre való fokozott hajlammal.

A regressziós modellbe csak azon változók kerültek, amelyek a korrelációelemzés alapján szignifikáns összefüggést mutattak az érzelmi evés mértékével. Az *első modellben* kizárólag a kötődési jellemzők predikciós értékét teszteltem az érzelmi evésre. Ezek közül a felnőtt kötődési aggodalmaskodás magasabb foka, és az anyai törődés alacsonyabb foka bizonyultak az érzelmi evés szignifikáns prediktorának. A kötődési jellemzők az érzelmi evés varianciájának 18,0%-át magyarázták.

A *második modellben* a kor, BMI és a depresszió mértékét is kontrolláltam. Mivel a depresszió és a vonásszorongás magas korrelációt (r = 0,85; p < 0,001) mutattak, a multikollinearitásból fakadó torzító hatás kiküszöbölése érdekében csak az egyiket emelhettem be a modellbe. A depresszió választásának oka, hogy tünete lehet a megváltozott evés, a fogyás vagy a súlygyarapodás (APA, 2013), illetve az érzelmi

evéstől szenvedők negatív hangulatok esetén hajlamosak a túlevésre (Tholin és mtsai, 2005). A felnőtt kötődési aggodalmaskodás magasabb, és az anyai törődés alacsonyabb foka e változók kontrollja mellett is az érzelmi evés prediktorai maradtak. A magasabb BMI, és a depresszió magasabb szintje ugyancsak szignifikánsan növelték az érzelmi evésre való fokozott hajlam esélyét. A második modell az érzelmi evés varianciájának 29,4%-át magyarázta (9. táblázat).

9. táblázat. *Az érzelmi evés prediktorai*

		Érzelmi evés[a]			
	Prediktor	OR [95%CI]	t	p	R^2
1. modell	Biztonságosság (RSQ)	1,14 [0,73;1,79]	0,340	0,560	0,180
	Bizalmatlanság (RSQ)	1,27 [0,88;1,83]	1,596	0,207	
	Aggodalmaskodás (RSQ)	2,00 [1,32;302]	10,873	0,001**	
	Anyai törődés (PBI)	0,95 [0,92;0,99]	7,608	0,006**	
	Apai törődés (PBI)	0,99 [0,96;1,03]	0,095	0,758	
	Apai túlvédés (PBI)	1,03 [0,99;1,06]	1,963	0,161	
2. modell	Biztonságosság (RSQ)	1,51 [0,91;2,52]	2,492	0,114	0,294
	Bizalmatlanság (RSQ)	1,16 [0,77;1,75]	0,508	0,476	
	Aggodalmaskodás (RSQ)	1,61 [1,02;2,53]	4,163	0,041*	
	Anyai törődés (PBI)	0,96 [0,92;0,99]	5,601	0,018*	
	Apai törődés (PBI)	1,00 [0,96;1,03]	0,031	0,859	
	Apai túlvédés (PBI)	1,02 [0,98;1,06]	0,922	0,337	
	Kor	0,99 [0,96;1,02]	0,479	0,489	
	BMI	1,10 [1,05;1,16]	14,647	<0,001***	
	Depresszió (CES-D)	1,05 [1,02;1,09]	9,778	0,002**	

Megjegyzés: n = 258. [a]A TFEQ−R21 Érzelmi evés skálája alapján. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; OR = esélyhányados; R^2 = megmagyarázott variancia (Nagelkerke R^2). RSQ: Kapcsolati Skálák Kérdőív. PBI: Szülői Bánásmód Kérdőív. CES-D Depresszió Kérdőív.

IV.7. A kötődési jellemzők és purgálás kapcsolata

A purgáló tüneteket az Evészavartünetek Súlyossági Skálájával (Yager és mtsai, 1987) mértem. A purgálás feltételeként a DSM-5 (APA, 2013) alapján legalább egy, minimum heti gyakoriságú purgáló tünetet határoztam meg, beleértve a hashajtó vagy vizelethajtó használatát, a hányást vagy az önhánytatást. Az evészavarral diagnosztizált személyek 37,9%-a (36 fő) mutatott legalább egy, minimum heti gyakoriságú purgáló tünetet – belőlük képeztem a *purgáló evészavartól szenvedők* csoportját.

A purgálás aránya szignifikánsan magasabb, 52,3%-os gyakoriságú volt az aggodalmaskodó kötődésű, mint az egyéb felnőtt kötődési stílussal élő evészavartól szenvedők esetén ($\chi^2(3) = 12{,}779$; $p = 0{,}005$; Cramer-V = 0,229). A purgáló és a nem purgáló csoportokat összehasonlítva mindössze három változó mentén mutatkozott eltérés. A független mintás t-próba eredményei alapján a purgáló evészavartól szenvedőket szignifikánsan, statisztikailag közepes mértékben magasabb kötődési aggodalmaskodás, és szignifikánsan, statisztikailag közepes mértékben alacsonyabb apai törődés jellemezte. A Mann-Whitney-féle U-próba eredményei szerint az anyai törődés foka szintén szignifikánsan, hatásméret mutatóját tekintve közepes mértékben alacsonyabb volt a purgáló evészavartól szenvedők, mint purgáló tüneteket nem mutató csoport esetén (10. táblázat).

10. táblázat. *A purgáló és a nem purgáló evészavartól szenvedők összehasonlítása*

Változó átlag (SD)	**Purgáló evészavar[a] (*n* = 36)**	**Nem purgáló[b] (*n* = 59)**	**Csoportok összehasonlítása**
Kor átlag	26,0 (7,46)	25,3 (9,33)	t(93) = 0,382 (Cohen-d = 0,08)
BMI átlag	19,6 (3,31)	19,9 (6,33)	t(91) -0,234 (Cohen-d = 0,04)
RSQ Biztonságosság	2,5 (0,60)	2,6 (0,78)	t(88) = -0,111 (Cohen-d = 0,02)
RSQ Elkerülés	3,6 (0,72)	3,5 (0,73)	Z = 0,254 (Cohen-d = 0,1)
RSQ Aggodalmaskodás	3,7 (0,88)	3,3 (0,87)	t(93) = 2,265* (Cohen-d = 0,48)
RSQ Bizalmatlanság	3,5 (0,93)	3,3 (0,92)	t(93) = 0,932 (Cohen-d = 0,2)
PBI Anyai törődés	20,5 (10,19)	26,9 (8,42)	Z = -2,996** (Cohen-d = 0,72)
PBI Apai törődés	14,7 (10,69)	20,7 (9,18)	t(93) = -2,940** (Cohen-d = 0,63)
PBI Anyai túlvédés	14,8 (9,99)	15,4 (8,79)	t(93) = -0,316 (Cohen-d = 0,07)
PBI Apai túlvédés	15,6 (11,03)	11,7 (7,91)	Z = 1,525 (Cohen-d = 0,43)
CES-D Depresszió	29,1 (10,47)	25,4 (12,56)	t(93) = 1,486 (Cohen-d = 0,32)
STAI Vonásszorongás	57,4 (7,47)	54,6 (9,84)	t(71) = 1,469 (Cohen-d = 0,31)

Megjegyzés: *p <0,05. **p <0,01. Mindkét csoport AN, BN, falászavar illetve egyéb evészavar diagnózisú személyekből állt. [a]A purgáló csoport emellett minimum heti egy purgáló tünetet mutatott. [b]A nem purgáló csoport emellett egyetlen purgáló tünetet sem mutatott. RSQ: Kapcsolati Skálák Kérdőív. PBI: Szülői Bánásmód Kérdőív. CES-D Depresszió Kérdőív. STAI: Spielberger Vonássszorongás Skála.

IV.8. A szülői bánásmód és az evészavartünetek kapcsolatának útelemzéses modellje

Bár a vizsgálat keresztmetszeti volt, a felnőtt résztvevők esetén a retrospektív jelleg, a fiatalkorú résztvevők esetében pedig a szülőkötődés aktualitása miatt a szülői bánásmód és az evészavartünetek számának komplex kapcsolatát teszteltem útelemzéssel.

A kimeneti változót az Evészavartünetek Súlyossági Skálájából (EBSS; Yager és mtsai, 1987) képeztem. Mivel a bulimia és a falászavar DSM-5 (APA, 2013) kritériuma a heti egy falás, illetve a heti egy falás és az egy kompenzátoros viselkedés, az EBSS tételeit dichotomizáltam aszerint, hogy a résztvevő mutatja-e az adott evészavartünetet legalább heti gyakorisággal (minimum 3 pont egy-egy tételhez tartozóan). A legalább heti egyszeri gyakoriságú tüneteket összeadtam (terjedelem 0-6), így képeztem az *evészavartünetek száma* változót. A magasabb pontszám tehát több, minimum heti gyakoriságú tünetet jelölt. Az evészavartünetek átlaga a teljes mintán (n = 258 fő) 1,6 volt (SD = 1,36). A válaszadók 28,7%-a nem mutatott egy heti gyakoriságú tünetet sem, 22,5%-uk egy, 26%-uk kettő, 12,8%-uk három, 7,8%-uk négy, 1,9%-uk öt, 0,4%-uk hat különböző, legalább heti gyakoriságú tünetet mutatott.

A teljes mintán folytatott útelemzés alapját képző teoretikus modell építése során figyelembe vettem, hogy az alacsony szülői törődés és a fokozott túlvédés direkt és indirekt kapcsolatot is mutathat az evészavartünetekkel, hangulatzavarokkal és a testtel való elégedetlenséggel (Amianto és mtsai, 2016a; Cooper és Young, 2016; Horesh és mtsai, 2015; Milan és Acker, 2014; Tasca és mtsai, 2011). A bizonytalan kötődés összefügg a fokozott neuroticizmussal és a negatív hangulatok magasabb gyakoriságával (Münch és mtsai, 2016; Van Durme és mtsai, 2015). A depresszió pedig, akárcsak a testtel való elégedetlenség, közvetítheti a diszfunkcionális kötődés és az evészavartünetek kapcsolatát (Goossens és mtsai, 2017; Tasca és mtsai, 2009b).

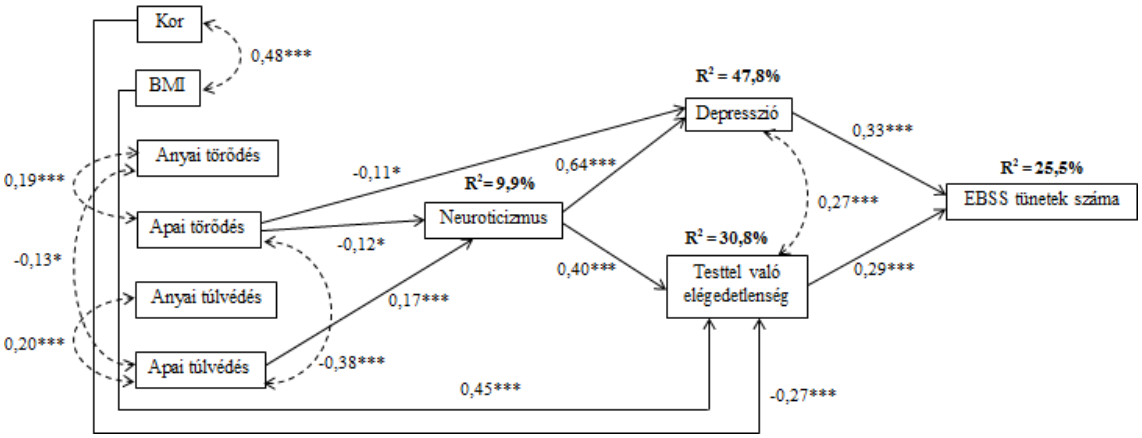
Emiatt az útelemzés során teljesen szaturált modellt alkottam, tehát olyat, amelyik az összes lehetséges kapcsolatot – a szülői bánásmód, a neuroticizmus, a depresszió és a testtel való elégedetlenség potenciális összefüggéseit is – tartalmazza. Az elemzés során az életkort és a BMI-t kontrolláltam. Az útelemzés eredményei alapján a végső modellben mutatkozó szignifikáns kapcsolatok az alábbiak szerint foglalhatóak össze.

A *közvetlen utak tekintetében* az alacsonyabb fokú apai törődés kapcsolatot mutatott a neuroticizmus magasabb fokával, valamint a depresszió magasabb szintjével. Az

erősebb apai túlvédés szintén kapcsolatban állt a neuroticizmus magasabb fokával. A neuroticizmus foka a depresszió magasabb szintjével, és a testtel való fokozott elégedetlenséggel is pozitív irányú kapcsolatban állt. Az alacsonyabb életkor és a magasabb BMI közvetlen kapcsolatban álltak a testtel való elégedetlenséggel. A magasabb szintű depresszió és a testtel való fokozott elégedetlenség egyaránt kapcsolatot mutatott az EBSS-en mért heti szintű evészavartünetek számával. Szignifikáns pozitív irányú együttjárást mutatott a kor és a BMI, az anyai és apai törődés foka, az anyai és apai túlvédés foka, valamint a depresszió szintje és a testtel való elégedetlenség mértéke. Az apai törődés és az anyai túlvédés, illetve az anyai törődés és az apai túlvédés negatív irányú együttjárást mutattak.

A *közvetett utak tekintetében* a kor és az evészavartünetek számának (β = -0,08; p = 0,002), illetve a BMI és az evészavartünetek számának (β = 0,13; p < 0,001) kapcsolatait egyaránt szignifikáns mértékben mediálta a testtel való elégedetlenség mértéke. Az alacsonyabb fokú apai törődés és az EBSS evészavartünetek magasabb száma három útvonalon keresztül mutatott közvetett kapcsolatot: 1. a depresszió szintjének tendencia-szintű mediálásával (β = -0,04; p = 0,067). 2. A neuroticizmus személyiségvonásának, és ezen keresztül a depresszió szintjének tendenciaszintű mediálásával (β = -0,03; p = 0,075); 3. A neuroticizmus, és ezen keresztül a testtel való elégedetlenség mértéknek tendenciaszintű mediálásával (β = -0,01; p = 0,088). Az apai túlvédés magasabb szintje és az EBSS evészavartünetek magasabb száma pedig két útvonalon keresztül mutatott közvetett kapcsolatot: 1. Szignifikáns mediációs hatás mutatkozott a neuroticizmus vonásán keresztül a depresszió magasabb szintjén át (β = 0,04; p = 0,039). 2. A neuroticizmus személyiségvonásán, a testtel való elégedetlenség magasabb fokán keresztül szintén szignifikáns mediációs hatás mutatkozott az apai túlvédés és az evészavartünetek magasabb száma között (β = 0,02; p = 0,030).

A modell a neuroticizmus személyiségvonás varianciájának 9,9%-át, a depresszió varianciájának 47,8%-át, a testtel való elégedetlenség varianciájának 30,8%-át, és az EBSS-en mért, minimum heti gyakoriságú evészavartünetek száma varianciájának pedig 25,5%-át magyarázta. Mivel szaturált modellről van szó, az illeszkedési mutatók tökéletesek voltak ($\chi2$ (30) = 373,41; p < 0,001; CFI = 1,000; TLI = 1,000; RMSEA = 0,000; RMSEA CI90: 0,000—0,000; SRMR = 0,000) (12. ábra).



12. ábra. *Az anyai és apai bánásmód és az evészavartünetek súlyosságának kapcsolatáról alkotott végső útelemzéses modell*

Megjegyzés: n = 258. A modell csak a szignifikáns (p < 0,05) kapcsolatokat tartalmazza. A nyilak a regressziós együtthatókat jelzik; a dupla nyílban végződő szaggatott vonalak a kovarianciákat jelölik. R^2: megmagyarázott variancia. $^{+}$ p < 0,10. * p < 0,05. ** p < 0,01. *** p < 0,001. Az anyai és apai törődés és túlvédés a Szülői Bánásmód Kérdőívvel, a neuroticizmus a Big Five Személyiségkérdőívvel, a depresszió a CES-D Depresszió kérdőívvel, a testtel való elégedetlenség az Evési Zavar Kérdőívvel, az evészavartünetek száma az Evészavartünetek Súlyossági Skáláján lett mérve.

V. Megbeszélés

A diszkusszióban az eredmények fejezet sorrendjének megfelelően tárgyalom az egyes részeredményeket. Az adott evészavar- illetve tünettípus feltárt kötődési jellemzőit a következőek szerint értelmezem: 1. összevetés más, korábbi eredményekkel; 2. a vizsgálati eredmény magyarázati lehetőségei; 3. gyakorlati implikációk.

V.1. A vizsgálat alapváltozói együttjárásainak értelmezése

A teljes mintán végzett korrelációelemzés alapján a vizsgálat alapváltozói kis- és közepes mértékű együttjárásokat mutattak. Az *életkor* az evidenciákkal egybecsengően közepes mértékben együttjárt a növekvő BMI-vel (Frisén és mtsai, 2013; Mäkinen és mtsai, 2012). Az alacsonyabb életkor más vizsgálatokkal egybehangzóan, kismértékben együttjárt a karcsúság iránti késztetéssel (Gravener és mtsai, 2008). Ezt magarázhatja, hogy e vonás az AN és a BN alapjellemzője (Túry és mtsai, 1997); az ő életkoruk pedig a mintaátlagnál alacsonyabb volt. Fiatalkorban a megjelenés jelentősége magasabb, a testtel kapcsolatos kritikusság erősebb (Bucchianeri és mtsai, 2013).

Ahogy más vizsgálatokban is, magasabb *BMI* kismértékben együttjárt a testtel való elégedetlenséggel (Mäkinen és mtsai, 2012). Közepes mértékű együttjárását az érzelmi evéssel támogatja, hogy a túlsúlyos személyek hajlamosabbak negatív érzéseik esetén túlenni, az pedig a magasabb kalóriabevitel miatt túlsúlyt okozhat (Geliebter és Aversa, 2003; Turner és mtsai, 2010). Közepes mértékű együttjárását a bulimiás tünetekkel magyarázhatja, hogy a kompenzálás célja testsúlycsökkentés (APA, 2013).

A *kötődést mérő változók* közül a kismértékű korreláció ellenére hangsúlyos, hogy az idősebb életkor a kötődés biztonságosságának magasabb fokával járt együtt. A kötődési szorongás különösen fiatal nőknél erős; mértéke életkorral enyhül, akárcsak az elkerülésé − így fokozódhat a biztonságosság. Ennek hátterében a személyiségfejlődés, a kontrollfolyamatok érése állhat (Chopik és mtsai, 2013). Ezért az életkorral egyes követéses vizsgálatokban nőtt a „szerzett" biztonságos kötődésűek aránya (Main és mtsai, 2005; Waters és mtsai, 2000). Az észlelt anyai törődés mértéke ezzel szemben kismértékű negatív együttjárást mutatott a növekvő életkorral. Ez a szülőkről való leválással, az individuáció folyamatával és a horizontális kapcsolatok erősödésével is magyarázható (Mattanah és mtsai, 2004).

Az alacsonyabb kötődési biztonságosság közepes mértékben együttjárt minden evészavartünetet mérő változóval, az aggodalmaskodás a karcsúság iránti késztetéssel, a bizalmatlanság pedig ezek mellett a testtel való elégedetlenséggel, a BN és az impulzív tünetekkel is. Az anyai és apai törődés alacsonyabb foka szintén kismértékben együttjárt az evészavartünetekkel. A kis korrelációs együtthatók miatt nem interpretálandó, ugyanakkor az útelemzéssel egybecsengő eredmény, hogy az anyai túlvédés nem, a magasabb apai túlvédés azonban kismértékben együttjárt több evészavartünettel.

A kötődési és tüneti jellemzők együttjárásait módszertanilag magyarázhatja, hogy mindkettőt félig evészavarral diagnosztizált mintán mértem. Szakmailag támogatja, hogy a kötődés e vonásai negatív hatást fejthetnek ki az önértékelésre, a testtel való elégedettségre, a hangulatra, a frusztrációs toleranciára és az érzelemszabályozásra is (Caglar-Nazali és mtsai, 2014; Dakanalis és mtsai, 2014; Fossati és mtsai, 2005; Koskina és Giovazolias, 2010; Van Durme és mtsai, 2015). Ezek talaján a diszfunkcionális kötődési jellemzők más vizsgálatok alapján is összefüggnek több evészavartünet súlyosságával (Horesh és mtsai, 2015; O'Shaughnessy és Dallos, 2009). S az evészavar is hozzájárulhat a kötődés bizonytalanságához (Bronwstone és mtsai, 2013; Dakanalis és mtsai, 2014). A korrelcióelemzés eredményei ezért a korábbi evidenciákkal összhangban a kötődési jellemzők és az evészavartünetek kismértékű, egyéb potenciális háttérváltozókkal is támogatott, kölcsönös kapcsolatát sugallják.

V.2. Az evészavartól szenvedő és evészavartól mentes csoportok összehasonlítása

V.2.1. Az evészavartól szenvedők alapjellemzőinek magyarázatai

Az evészavar csoport *átlagéletkora* (9,4 évvel) alacsonyabb volt az evészavartól mentes személyekénél. Ez az összehasonlító csoportban alkalmazott kényelmi mintavételből eredhet. E csoport tagjait csak evészavar szempontjából szűrtem, életkor alapján nem szelektáltam. Az evészavar csoport fiatalabb korát szakmailag támogathatja a tünetek serdülő- vagy fiatal felnőttkori, gyakran még korábbra tolódó kezdete (Rø és mtsai, 2012). A fiatalabb kor az evészavarok rizikótényezője (Stice és mtsai, 2011). Bár az életkori hatást kontrolláltam, és a két csoport életkori spektruma túlnyomó részt átfedett (evészavar csoport: 13-53 év; evészavartól mentes csoport: 20-67 év), a korkülönbség szerepe szem előtt tartandó a két csoport között kimutatott eltérések interpretálásakor.

Az evészavar csoport *BMI*-je nagymértékben alacsonyabb volt, gyakrabban voltak alultápláltak vagy normális testtömegűek. Ezt magyarázza, hogy az alultápláltság az AN kritériuma (APA, 2013). A BN-tól szenvedők testtömege általában normális, ám a kompenzáció miatt csökkenhet (Stice, 2001). A falászavar kapcsolatban áll növekvő testtömeggel (Hudson és mtsai, 2007), de arányuk e mintán alacsony volt. Az alacsony testtömeg az evészavarok rizikófaktora és eredménye is lehet (Stice és mtsai, 2011).

Az evészavar csoportban az életkorra kontrollált karcsúság iránti késztetés, a testtel való elégedetlenség, a bulimiás tünetek, a falásrohamok, a hashajtó, a vizelethajtó vagy étvágycsökkentők használata, a diétázás, az önhánytatás és a testedzés is nagymértékben intenzívebb volt. Ezek a klasszikus evészavarok általános tüneti jellemzői (APA, 2013; Túry és mtsai, 1997). Mivel az összehasonlító csoportot evészavar szempontjából szűrtem, e különbség a minavételből fakad. Az életkorra kontrollált *érzelmi evés* szintén nagymértékben magasabb volt az evészavar csoportban. Ezt magyarázhatja, hogy az érzelmi evés is maladaptív evési magatartás, amely az evés feletti kontrollvesztéssel és több evészavartünettel is kapcsolatban áll, evészavarokra prediszponálhat (Masheb és Grilo, 2006; Nguyen Michel és mtsai, 2007; Turner és mtsai, 2010).

Az evészavar csoport életkori kontroll mellett is közepesen erősebb *impulzív tüneteit* magyarázhatja, hogy a multiimpulzív személyek aránya két és félszer magasabb volt közöttük, mint az evészavartól mentes csoportban. Szakmailag támogathatja, hogy az instabil, impulzív személyiség több evészavartünet alapjául szolgálhat (Dawe és Loxton, 2004). Az impulzivitás hozzájárul a faláshoz, a purgáláshoz, és növeli az evészavarok kockázatát (Wonderlich és mtsai, 2004).

Az eredményekkel összhangban a *depresszió szintje* a legtöbb evészavar esetén magasabb az átlagpopulációénál (Stice és mtsai, 2002). Közös genetikai háttértényezők talaján a betegek felét érintheti major depresszió (van Ijzendoorn és mtsai, 2000). Ez hozzájárul a tünetek kialakulásához, fennmaradásához; és fordítva: az evészavar is erősítheti a depressziót (Stice és mtsai, 2011). Az evészavar csoport magasabb *vonásszorong*ását magyarázhatja a szorongás és az evészavar részben közös genetikai háttere (Silberg és Bulik, 2005). Az evészavartól szenvedők az átlagszemélyeknél szorongóbbak (Minnick és mtsai, 2017). A szorongás növelheti az evészavar rizikóját, az pedig tovább erősítheti a szorongást (Wu, 2008). Mivel az impulzivitás, a szorongás és a depresszió is hozzájárulhat a tünetekhez, az evészavar pedig tovább erősítheti

ezeket, e tényezők intervenciós pontokat jelenthetnek (Stice és mtsai, 2011; Wonderlich és mtsai, 2004).

V.2.2. Az evészavartól szenvedő és attól mentes csoportok személyiségjellemzői − implikációk az evészavartól szenvedők személyiségével kapcsolatban

Az evészavar csoportban, csakúgy, mint a legtöbb pszichiátriai zavar esetén, magasabb neuroticizmus, alacsonyabb extraverzió, barátságosság és nyitottság mutatkozott, mint az egészséges személyek esetén (Malouff és mtsai, 2005). Magas ártalomkerülésük és alacsony kooperációjuk az introverzió irányába hathat (Krizbai, 2011). Az alacsonyabb barátságosságot, fokozott neuroticizmust más vizsgálatok is megerősítették körükben (Ghaderi és Scott 2000; Münch és mtsai, 2016). Jóllehet, a különböző evészavarok mögött eltérő személyiségkép állhat; az összetett csoportról nem vonhatók általános következtetések (Illing és mtsai, 2010).

Az evészavartól szenvedők személyiségvonásai egyrészt a diagnózistól és a tünetek típusától függően is alakulhatnak, másrészt a funkcionális színvonal szempontjából eltérő személyiségklasztereket különböztethetünk meg (Claes és mtsai, 2006). Az alulszabályozott (impulzív) és a túlkontrollált (restriktív) betegeket is magas neuroticizmus, de előbbieket alacsony barátságosság és lelkiismeretesség, utóbbiakat magas lelkiismeretesség és alacsony nyitottság jellemzi (Bollen és Wojciechowski, 2004). Tehát diagnosztikai kategóriákon belül különbözhet a személyiség, eltérő tünetekre prediszponálva; illetve különböző evészavarokkal küzdők személyisége is lehet hasonló (Claes és mtsai, 2006). Mivel a személyiségvonások az evészavar kialakulásában és fennmaradásában is szerepet játszanak, a diagnózisalkotáskor fontos a személyiségjegyek vonásalapú leírása. Ez támogathatja a személyreszabott intervencióválasztást (Tasca és mtsai, 2009a). Dolgozatomnak nem volt közvetlen célja a személyiségvizsgálat, azonban a minta klaszteranalízissel tovább elemezhető e téren.

V.2.3. Kötődési stílusok az evészavartól szenvedő és attól mentes csoportokban

Az *evészavartól mentes csoport* 44,6%-a volt biztonságos, 22,3%-a bizalmatlan, 17,0%-a aggodalmaskodó és 20,1%-a elkerülő kötődési stílusú. Tízezer egészséges személy kötődését vizsgálva szintén a biztonságos kötődés predominanciáját (58%), az elkerülő (23%) és az aggodalmaskodó kötődés (19%) a jelen mintához hasonló arányát tárták fel

(Bakermans-Kranenburg és van Ijzendoorn, 2009). Hazai mintán a bizalmatlan kötődés hasonló, az elkerülő magasabb, a biztonságos és az aggodalmaskodó kötődés alacsonyabb aránya mutatkozott (Csóka és Lázár, 2013).

Az *evészavar csoportban* 15,8% volt a biztonságos, 25,3% a bizalmatlan, 40,0% az aggodalmaskodó és 18,9% az elkerülő kötődési stílus gyakorisága; tehát a biztonságos kötődés jelentősen ritkább, az aggodalmaskodó gyakoribb volt körükben. Általános klinikai mintán az aggodalmaskodó kötődés hasonló (37%-os) arányát, és a bizonytalan stílusok predominanciáját mutatták ki. Ez a bizonytalan kötődés általánosságát sugallja pszichiátriai zavarokban (Bakermans-Kranenburg és van Ijzendoorn, 2009). Evészavartól szenvedők közt szintén a bizonytalan stílusok magas, 80-96%-os gyakorisága tükröződik (Dakanalis és mtsai, 2014; Troisi és mtsai, 2005). Münch és munkatársai (2016) alapján evészavartól szenvedők közt szinte azonos, 13,2%-os a biztonságos, Barone és Giuducci (2009) alapján 10% volt a biztonságos, 47% az elkerülő, 17% az aggodalmaskodó és 26% a bizalmatlan kötődési stílus gyakorisága.

Váratlan az elkerülő stílus más vizsgálatoknál alacsonyabb (18,9% vs. 37 %) aránya (Bakermans-Kranenburg és van Ijzendoorn, 2009). Az eredményt támogathatja, hogy a férfiakat kiszűrtem a mintából, és az ő kötődésük gyakran elkerülőbb (Schmitt, 2005). Az elkerülő stílus főképp restriktív AN-ban predomináns (Ringer és Crittenden, 2007; Zachrisson és Skårderud, 2010). E mintán viszont az AN csoport 27,5%-a purgáló, tehát impulzív volt. Az ő személyiségük alulszabályozottabb, kötődésük aggodalmaskodóbb a restriktív betegekénél (Di Pementa és mtsai, 1998; Díaz-Marsá és mtsai, 2000). Ezzel egybecsengőn az AN csoportban is gyakori, 43%-os volt az aggodalmaskodó kötődés.

V.2.4. Az evészavartól szenvedők felnőtt kötődési dimenziói, és azok magyarázatai

Dimenzionálisan mérve ugyanezen vonások kapcsolódtak az evészavarokhoz e mintán. Az evészavar csoport kötődése nagymértékben biztonságosabb és közepes mértékben aggodalmaskodóbb volt az evészavartól mentes csoporténál, az életkor kontrollja mellett is. Az életkori kontroll ellenére az evészavartól mentes csoport magasabb átlagéletkora módszertanilag támogathatja az eredményt: a kötődés szorongás vonása enyhülhet, a biztonságosság nőhet az életkorral (Chopik és mtsai, 2013).

A bizonytalanság és az aggodalmaskodás magasabb foka más vizsgálatok alapján is kapcsolatot mutat az evészavarokkal (Boone és mtsai, 2013; Daniel és mtsai, 2016). E

vonások és az evészavarok kapcsolatát több tényező magyarázhatja: a negatív énkép, az érzések alulszabályozása, a gyengébb mentalizációs készség, a hiányos információfeldolgozás, és külső megjelenés miatti visszautasítás iránti érzékenység (Amianto és mtsai, 2016a; Crittenden, 2000; De Paoli és mtsai, 2017b; Láng és Nagy, 2013; Van Durme és mtsai, 2015). E tényezők fokozzák az evészavar rizikóját, és tünetfenntartóként is funkcionálnak (Fairburn és mtsai, 2003; Tasca és mtsai, 2011).

V.2.5. Implikációk az evészavartól szenvedők felnőtt kötődésével kapcsolatban

A diagnosztikailag kevert csoportból nem vonhatók általános következtetések (Gander és mtsai, 2015). A feltárt kötődési jellemzők függhetnek a diagnosztikai csoportok mintán belüli arányától, a tünetek típusától, súlyosságától, az azokat megalapozó személyiségtől és funkcionális színvonaltól is (Illing és mtsai, 2010; Münch és mtsai, 2016; O'Shaughnessy és Dallos, 2009). Emiatt lehetséges, hogy egyes vizsgálatok az aggodalmaskodás, mások az elkerülés kapcsolatát mutatták ki az evészavarokkal (Eggert és mtsai, 2007; Latzer és mtsai, 2002; Troisi és mtsai, 2005). Ez alapján feltételezhető, hogy a kötődési jellemzők nem az evészavarokkal, mint pszichiátriai betegségcsoporttal, vagy a diagnózis típusával, hanem *a tünetek jellegével és a beteg személyiségjellemzőivel* állhatnak specifikus kapcsolatban.

Az evészavartól szenvedők *személyiség-prototípusaiban* (Claes és mtsai, 2006) gondolkodva a feltételezhető, hogy a *biztonságos kötődés* a reziliens, viszonylag jól funkcionáló érintetteket jellemezhette. Az elkerülő kötődés az érzelmek deaktivációja által hozzájárul a diétázáshoz és a restrikcióhoz (Wei és mtsai, 2005). Restriktív AN-ban a kényszeres személyiségjegyek mellett az elkerülés alapozza meg a tüneteket (Díaz-Marsá és mtsai, 2000). Tehát *elkerülő kötődés* feltehetően a túlkontrollált, lelkiismeretes érintetteket jellemezhette, főleg a restriktív tünetekhez kapcsolódva. Az aggodalmaskodó kötődés ezzel szemben az érzelmek alulszabályozásához járul hozzá, az alulszabályozott, kevésbé barátságos személyiségű evészavartól szenvedők jellemzőjéhez (Claes és mtsai, 2006; Van Durme és mtsai, 2015). E jegyek purgáló AN-ban, BN-ban és multiimpulzív esetekben alapozzák meg a tüneteket (Díaz-Marsá és mtsai, 2000; Myers és mtsai, 2006). *Aggodalmaskodó kötődés* ezért az aluszabályozott, érzelmileg instabil érintetteknél kapcsolódhatott az impulzív tünetekhez. A minta kötődési és személyiségjellemzőinek klaszterelemzése új vizsgálatot ösztönöz.

V.2.6. Az evészavartól szenvedők szülői bánásmódja, és annak magyarázatai

Az evészavarban szenvedők a PBI-vel végzett több mint 25 vizsgálat alapján alacsonyabb szülői törődést és magasabb túlvédést élnek meg (Caglar-Nazali és mtsai, 2014; Swanson és mtsai, 2010; Ward és mtsai, 2000). E vizsgálatban azonban a szülői törődés és túlvédés mértéke nem különítette el őket az evészavartól mentes személyektől. Jóllehet, az alacsonyabb fokú anyai és apai törődés és a magasabb apai túlvédés is kismértékben együttjárt az evészavartünetek intenzitásával.

Ez a szülői törődés és túlvédés objektív szintje helyett feltehetően az evészavartól szenvedők szülői bánásmóddal kapcsolatos *elvárásaira*, egészséges személyektől eltérő *észlelésére* hívja fel a figyelmet. Míg az AN-tól szenvedők anyái úgy gondolják, jól felismerik saját és környezetük érzéseit, lányaik erős anyai alexithymiát élnek meg (Pace és mtsai, 2016). Ez az érintett érzelmi igényei iránti fogékonyság észlelésének gyerek-szülő közötti különbségeire hívja fel a figyelmet, ami magyarázhatja szülői törődés és túlvédés észlelésének gyermek és szülő köztit eltérését, és a visszautasítás iránti érzékenység által hozzájárulhat a tünetekhez (De Paoli és mtsai, 2017a).

V.2.7. Implikációk az evészavartól szenvedők szülői bánásmódjával kapcsolatban

Az eredmények több vizsgálattal egybecsengően a szülői bánásmód és egyes evészavartünetek kismértékű kapcsolatát támogatták (Horesh és mtsai, 2015; Pace és mtsai, 2016). Ugyanitt a beszámolók szubjektivitása is hangsúlyozandó (Gander és mtsai, 2015). Azok a szeretet mellett negligálásáról, a szülői iránti haragról, és a közelség követeléséről is árulkodnak (Barone és Guiducci, 2009; Ringer és Crittenden, 2007); ez *ambivalenciát* feltételez a szülők irányában. Az evészavartól szenvedők fokozott figyelmet igényelnek szüleiktől, és szorongással reagálnak a törődés csökkenésére (Latzer és mtsai, 2002; Orzolek-Kronner, 2002; Rhodes és Kroger, 1992). Ugyanakkor a tünetek fokozódhatnak a túlvédésre, határátlépésekre (Túry, 2009). Tehát a tünetek szabályozhatják a kapcsolati távolságot.

Mindez a szülői bánásmód és az érintett elvárásainak *interakcióját* sugallja. Gyakori, hogy a szülők a törődés más csatornáit alkalmazzák, mint amelyekre az evészavartól szenvedő érzékeny: például a fizikai szükségletek szintjén túlvédők, de nehezen detektálják határait, igényeit, hangulatait. Emiatt kiemelten fontos *a nyújtott és az észlelt törődés* különbségeinek, valamint a vélt és a fiatal által várt szükségletek

tisztázása. Az ambivalencia externalizálása, az autonómia és érzelmi fogékonyság fejlesztése intervenciós pontokat jelenthetnek a szülőkapcsolattal folytatott munka során (Gander és mtsai, 2015; Kenny és Hart, 1992).

V.3. A szülői bánásmód és felnőtt kötődés jellemzői egyes evészavartípusokban

V.3.1. A felnőtt kötődés biztonságossága a hét vizsgálat csoportban

Más evidenciákkal egybecsengően, az AN, a BN, a falászavar, az egyéb evészavar és a túlsúlyos érzelmi evő alcsoportok is alacsonyabb kötődési biztonságosságot mutattak, mint az evészavartól mentes személyek (Abbate-Daga és mtsai, 2010; Caglar-Nazali és mtsai, 2014; Troisi és mtsai, 2005; Tasca és mtsai, 2011, 2013). Míg egyes vizsgálatok a kötődési jellemzők és az evészavartípus közti specifikus kapcsolatot feltételeznek (pl. Kuipers és mtsai, 2017), a legtöbb eredmény alapján a bizonytalanság foka nem differenciál a diagnózisok közt, hanem az a tünetek jellegével, súlyosságával függ össze (Broberg és mtsai, 2001; Pace és mtsai, 2016). Saját eredményeim is ezt támogatják.

Az eredmények alapján megkülönböztetett figyelmet érdemelhet két alcsoport: 1. A *BN-tól szenvedők* kötődése pedig a remisszióban lévő betegekénél is jelentősen bizonytalanabb volt (V.3.2. fejezet). 2. S terápiás implikációkkal bírhat, hogy a *remisszióban lévő személyek* kötődése az evészavartól mentes csoporthoz hasonlóan biztonságos volt (V.3.7. fejezet).

V.3.2. Felnőtt kötődési aggodalmaskodás és bizalmatlanság – implikációk a bulimiával kapcsolatban

A kötődési bizalmatlanság és az aggodalmaskodás mértéke szintén egyedül a BN-tól szenvedők esetén volt magasabb, mint az evészavartól mentes személyek között. Az aggodalmaskodó kötődés predominanciáját, illetve a bizalmatlan kötődés magas arányát BN-ban több vizsgálat igazolta (Barone és Giuducci, 2009; Ringer és Crittenden, 2007). A BN jellemzője a társas bizalmatlanság (Kövesdi és mtsai, 2014). Az aggodalmaskodás mértéke együttjár a tünetek súlyosságával, és elkülönítheti a BN-tól szenvedőket a többi evészavartípustól is (Abbate-Daga és mtsai, 2010; Friedberg és Lyddon, 1996; Suldo és Sanberg, 2000).

Ezt magyarázhatja, hogy a BN-tól szenvedők más evészavarban érintetteknél több bántalmazásról számolnak be, ami hozzájárulhat fokozottan bizonytalan kötődésükhöz

(Ringer és Crittenden, 2007; Schmidt és mtsai, 2003). Aggodalmaskodó kötődésben és BN-ban is erős a visszautasítás iránti szenzitivitás, az érzések alulszabályozottak, a reflektív funkciók polarizáltak, az eseményeket negatívabban értékelhetik (Bóna és mtsai, 2013; De Paoli és mtsai, 2017a; Hrubý és mtsai, 2011). A kötődési bizalmatlanság a csökkent frusztrációs tolerancia és a magasabb érzelmi reaktivitás révén kapcsolatot mutat a bulimiás tünetekkel, a komorbid személyiségzavarokkal és hangulatzavarokkal is (Dias és mtsai, 2011; Elfhah és Morey, 2008; Fossati és mtsai, 2005; Gander és mtsai, 2015; Myers és mtsai, 2006). Tehát a diszfunkcionális kötődés és a BN kapcsolata az érzelemszabályozás, a mentalizáció, a személyiség és a komorbid jellemzők szintjén is megvalósulhat.

A kötődési bizalmatlanság és aggodalmaskodás tünetreleváns aspektusai ezért feltehetően intervenciós pontokat jelenhetnek a BN-tól szenvedők számára. Ilyenek az énről és másokról alkotott kép, a kapcsolatokkal való lekötöttség, a visszautasítás iránti érzékenység, a szenzitív és bizalmatlan interperszonális stílus, a hiperintenzív érzelmi reakciók és a reflektivitás elfogultságának ellensúlyozása (De Paoli és mtsai, 2017a; Pedersen és mtsai, 2012; Tasca és mtsai, 2011). Bár a kötődés biztonságosabbá válása csökkent depresszióval és falástünetekkel kapcsolódik BN-ban (Keating és mtsai, 2014; Maxwell és mtsai, 2014, 2017), e fókuszpontok ellenőrzésére intervenció alapú, kontrollált vizsgálatok szükségesek.

V.3.3. A kötődés elkerülés dimenziója a jelen mintán

Több vizsgálat hangsúlyozza a kötődési elkerülés kapcsolatát az evészavarokkal (Eggert és mtsai, 2007; Zachrisson és Skårderud, 2010). Az elkerülés alapjellemzője az érzések hasítása, ennek eredménye lehet az extrém diétázás és a restrikció is (Di Pementa és mtsai, 1998; Wei és mtsai, 2005). Az elkerülés mértéke azonban nem különbözött a hét alcsoport közt. Ezt magyarázhatja, hogy a férfi résztvevőket szelektáltam, az ő kötődésük pedig gyakrabban elkerülő (Schmitt, 2005). Az impulzív betegek aránya magas, míg a restriktíveké alacsony lehetett a mintán. S más vizsgálati eredmények is találhatóak, amelyekben az elkerülés mértéke nem különítette el az AN-tól és BN-tól szenvedőket egymástól illetve az egészséges személyektől (Troisi és mtsai, 2005). Ez az egyes evészavartípusokkal való specifikus kapcsolat helyett a kötődési elkerülés és meghatározott tünetek, így a restriktív evészavarformák kapcsolatát sugallja.

V.3.4. Anyai törődés és érzelmi evés

Új eredmény, hogy az összes csoportból kizárólag a túlsúlyos érzelmi evéstől szenvedők éltek meg alacsonyabb anyai törődést az evészavartól mentes személyeknél. Ezt támogatja, hogy a nők érzelmi evésének legfontosabb előrejelzője az érzelmi támogatás hiánya (Laitinen és Sovio, 2002). A szülői elfogadás hiánya fokozhatja a magas kalóriatartalmú ételek fogyasztását és a diszfunkcionális evési magatartásokat. Negatív szülőkötődési élmények megelőzhetik a falásrohamokat (Amianto és mtsai, 2016a; Faber és Dubé, 2015; Milan és Acker, 2014). A hiányos anyai mentalizáció kapcsolatban áll lányuk érzelmi evésével (Keitel-Korndörfer és mtsai, 2016). A vádló anyai bánásmód negatív hatással bír evészavartól szenvedő lányuk kötődésére, impulzív és depresszív tüneteire is (Amianto és mtsai, 2015) – így az érzelmi evéstől szenvedők és anyjuk érzelemszabályozásának párhuzamos vizsgálata új kutatásokat ösztönözhet.

Arra, hogy az anyai törődés a többi csoport közt miért nem tért el, magyarázatot nyújthat, hogy a tünetekre feltehetően nem a törődés objektív foka, hanem annak észlelt jellemzői hatnak (Gander és mtsai, 2015). Mivel a korai bánásmód a személyiség-, és felnőtt kötődési jellemzőkön keresztül kapcsolódhat a tünetekhez, az érintett társas érzékenysége, érzelmi reaktivitása is szerepet játszhat az anyai törődés észlelésében (Amianto és mtsai, 2016a; Machado és mtsai, 2016; Tasca és mtsai, 2013).

V.3.5. Az anyai túlvédés a hét vizsgált csoportban

Az érzelmi evéstől szenvedők és a remisszióban lévő személyek magasabb anyai túlvédést élek meg, mint az evészavartól mentes csoport tagjai. A túlvédés hajlamosító, fenntartó és súlyosbító hatással is bírhat a tünetekre (Minuchin és mtsai, 2009). Ez megerősíti az evészavartól mentes csoport körében kimutatott alacsonyabb túlvédést. Azonban az evészavartól szenvedők közt a szeparációs szorongás is magasabb (Rhodes és Kroger, 1992). A túlvédés csökkent autonómiaérzetet provokálhat, de a szeparációs szorongására adott válasz is lehet. Ez a szülő és a fiatal *interakcióját* sugallja az észlelt bánásmód alakulásában. A remisszióban lévők kötődését a V.3.7. fejezet részletezi.

V.3.6. Az apai törődés és túlvédés a hét vizsgált csoportban

Bár az apai törődés és túlvédés mértéke sem különbözött a hét vizsgált alcsoport közt, mindkét apai bánásmód dimenzió kismértékű kapcsolatban állt több evészavartünettel.

Az apai túlvédés más vizsgálatokban is összefüggött az evészavartól szenvedők evés- és testképzavartüneteik erősségével (pl. Horesh és mtsai, 2015). Az eredmények alapján tehát apai bánásmód szintén nem az evészavartípusokkal, hanem egyes tünetek intenzitásával állhat szorosabb kapcsolatban (Pace és mtsai, 2016). Az apai bánásmód és az evészavartól szenvedők impulzív jellemzőinek vizsgálata fontos kutatási és intervenciós területet nyithat (V.5.3-V.5.5. fejezetek).

V.3.7. Implikációk a remisszióban lévő személyekkel kapcsolatban

Az alacsony csoportelemszám ellenére fontos eredmény, hogy a remisszióban lévő személyek kötődése az evészavartól mentes csoportéhoz hasonlóan *biztonságos* volt − az életkor kontrollja mellett is. Az eredmény több szinten magyarázható:

1. Elképzelhető, hogy a remisszióba jutó személyek eleve az evészavartól szenvedők jobban funkcionáló, reziliens klaszteréből kerültek ki (Claes és mtsai, 2006).
2. A kötődés biztonságosabbá válásával intervenció alapú vizsgálatok alapján is csökkentek az evészavartünetek (Illing és mtsai, 2010; Maxwell és mtsai, 2014, 2017; Tasca és mtsai, 2007a, 2013).
3. Fordítva: a terápiák során az evészavarból gyógyulással párhuzamosan több kötődéssel összefüggő terület, így az autonómia és a mentalizációs készség is fejlődik, és csökken a társas szenzitivitás (Kuipers és mtsai, 2017).
4. Az evészavar, mint kognitív tünetegyüttes (Fairburn és mtsai, 2003) befolyásolhatja a kötődés észlelését. Feltehető, hogy az érintettek a remissziós fázisban már a zavarhoz kapcsolódó kognitív torzításoktól függetlenül észlelhetik a kapcsolatokat. Tehát nem csak a kötődés alakulása befolyásolhatja a gyógyulást, hanem a gyógyulással is rendeződhet a kötődés észlelése.

A remisszióban lévő személyek emellett az evészavartól mentes és a falászavartól szenvedő csoportnál is magasabbnak észlelték az *anyai túlvédést*. Ezt támogatja, hogy az evészavar hat a családtagok kötődésére: fokozódhat az érintett iránti aggodalom, harag és kontroll. A beteg szenzitizálódhat e családi hatásokra (Svensson és mtsai, 2013). Ez növelheti a szülői túlvédést és a fiatal ez iránti szenzitivitását − a gyógyulás után is. A fennmaradó anyai túlvédés, az evésre fixáltság, a gyógyult családtag iránti aggodalom és kontroll ezért intervenciós fontos pontok lehetnek a családterápiás utógondozásban és a relapszusprevencióban.

Az eredmény a biztonságos kötődés és az autonómia protektív szerepét sugallja. A keresztmetszeti elrendezés nem teszi világossá, hogy a remisszióban lévő betegeknél eleve magasabb-volt a kötődési biztonságosság és az anyai túlvédés, e jellemzők a terápia hatására változtak pozitívban, vagy a gyógyulással párhuzamosan a kötődési jellemzők észlelése módosult. Ezért az „aktív" és a remisszióban lévő betegek kötődésének összehasonlító vizsgálatai jelentős, tisztázó implikációkkal bírhatnak.

V.4. Az evészavarok prediktorai

A felnőtt kötődés jellemzői közül egyedül az biztonságosság alacsony foka bizonyult az evészavarok prediktorának – csakúgy, mint a fiatalabb kor, az alacsonyabb BMI és a magasabb vonásszorongás. A felnőtt kötődés az evészavarok varianciájának egyötödét, a teljes modell varianciájuk felét magyarázta.

V.4.1. Az életkor, a BMI és a vonásszorongás szerepe evészavarokban

A *fiatalabb életkor* az evészavarok ismert rizikófaktora (Hudson és mtsai, 2007; Rø és mtsai, 2012). Az evészavar csoport átlagéletkora alacsonyabb volt, mint a teljes mintáé, így az összefüggés a mintavétellel is magyarázható. A fiatalabb kor hatása klinikai szempontból a testtel való elégedetlenséggel magyarázható. Evészavarokban az önértékelés és a test értékelése összemosott (Stein és Corte, 2003). A testtel való elégedetlenség négyszeresére növeli az rizikójukat (Stice és mtsai, 2001). Fiatalon a test jelentősége, így az elégedetlenség is fokozott; a megjelenés jelentősége viszont csökken az életkorral, ezért nő az önelfogadás (Bucchianeri és mtsai, 2013; Tiggemann, 2004).

Az *alacsonyabb BMI* az evidenciákkal összhangban (Hudson és mtsai, 2007) kapcsolatot mutatott az evészavarokkal. Az alacsony testtömeg az evészavar eredménye is, illetve hozzájárulhat az éhezési szindrómához, erősítve az evészavar kognitív tüneteit (Fairburn és mtsai, 2003) − kapcsolatuk tehát kétirányú. A BMI az evészavartünetek akár egyötödét magyarázza (Rø és mtsai, 2012).

A *magasabb vonásszorongás* predikciós értéke részben a szorongásos és evészavarok közös temperamentum- és személyiségvonásaiból eredhet (Minnick és mtsai, 2017; Silberg és Bulik, 2005; Szumska, 2004). A vonásszorongás növeli a betegek negatív ingerek iránti érzékenységét (Pearson és mtsai, 2017). A betegek 90%-ánál szorongásos zavar előzi meg az evészavart, 6-12-szeresére növelve az AN és a BN kockázatát. Az

evészavar szintén fokozza szorongást (Wu, 2008). A tünetek szorongáscsökkentő mechanizmusként is funkcionálhatnak (Bulik és mtsai, 1997). A keresztmetszeti elrendezés alapján nem lehet megmondani, hogy a vonásszorongás növelte-e az evészavarok rizikóját vagy fordítva. A kapcsolat valószínűleg reciprok jellegű, illetve közös genetikai és környezeti tényezőkből is fakadhat (Pallister és Waller, 2008). Részben közös genetikai tényezők befolyásolhatják a depresszióra, szorongásra, szeparációs szorongásra és evészavarokra való hajlamot (Silberg és Bulik, 2005). Az, hogy melyik zavar jelenik meg, környezeti hatások függvénye (Kendler és mtsai, 1992).

V.4.2. Implikációk – a szorongás kezelésének szerepe evészavarokban

Az evészavarkutatások egyik fő elfogultsága egyes rizikótényezők túlhangsúlyozásában rejlik, így a kimutatott prediktorok szerepe is csak egy cirkuláris okságon alapuló, multikauzális értelmezési keretben lehet objektív (Polivy és Herman, 2002; Túry, 2009). A *fiatalabb kor és az alacsonyabb BMI* ismert rizikótényezőkként (Hudson és mtsai, 2007; Rø és mtsai, 2012) fontosak lehetnek az evészavarok célzott prevenciójában.

Mivel a *vonásszorongás* az evészavarok prediktorának bizonyult, megelőzheti az evészavart, emeli kockázatát, az evészavar pedig szintén fokozza a szorongást (Kaye és mtsai, 2004; Wu, 2008), a szorongás kezelése kiemelt terápiás elem lehet. A szorongásos és evészavarüneteket *maladaptív kognitív sémák* is indíthatják. Ezek környezeti tényezőkkel interakcióban szorongásos, illetve evéssel és testtel kapcsolatos gondolatokat is kiválthatnak. A tünetek e gondolatokra adott maladaptív biztonsági viselkedéseknek is tekinthetőek. A maladaptív sémák, az ártalomkerülés-vezérelt attitűdök, a szorongást kiváltó környezeti tényezők, gondolatok és elkerülő stratégiák a szorongás intervenciós pontjait jelenthetik evészavarokban (Pallister és Waller, 2008).

V.4.3. A bizonytalan kötődés mint az evészavarok prediktora

Minél alacsonyabb volt a kötődés biztonságossága, annál valószínűbb volt az evészavar jelenléte. Ezt magyarázza, hogy a kötődés bizonytalansága fokozhatja az evészavarok rizikótényezői iránti fogékonyságot (Milan és Acker, 2014). Ezért minél bizonytalanabb a kötődés, annál erősebbek az evészavartünetek (Becker és mtsai, 1987; Broberg és mtsai, 2001). A kötődés biztonságosságának alacsonyabb foka prospektív vizsgálatok alapján is növeli az evészavarok rizikóját (Dakanalis és mtsai, 2014). Az összefüggést a

I.4.6-I.4.7. fejezetekben ismertetett tényezők is támogatják, magyarázhatják. Illing és munkatársai (2010) vizsgálatában a kötődés a tünetek varianciájának egyötödét magyarázta, az evészavartípus kontrollja mellett. E mintán a kötődés jellemzői az evészavarok varianciájának 16%-áért voltak felelősek. Treasure és Cardi (2017) ezért a testészlelés, érzelemszabályozás zavara, az interperszonális és családi diszfunkciók mellett az AN fő *pszichológiai elemeként* határozta meg a kötődés diszfunkcióit.

V.4.4. Implikációk – a kötődési biztonságosság szerepe az evészavarok ellátásában

A kötődési biztonságosság szerepével kapcsolatosan több tényezőt szükséges mérlegelni. Az evészavartól és egyéb pszichiátriai zavaroktól szenvedők kötődése eltér az egészséges személyekétől, de a betegcsoportok kötődése nem különbözik (Orzolek-Kronner, 2002). Tehát bizonytalan kötődés önmagában nem különíti el az evészavarokat, hanem *általános rizikófaktor* jelleggel bír. Kapcsolata az evészavarokkal feltehetően az *általános pszichiátriai jellemzők* szintjén valósul meg (Dakanalis és mtsai, 2014; Jacobi és mtsai, 2004; Zachrisson és Kulbotten, 2006).

A konkrét zavar kialakulásában szerepet játszanak neurobiológiai és fejlődési tényezőkkel való interakciók, és a *későbbi életesemények* is (Dozier és mtsai, 2008; Lenkiewicz és mtsai, 2016; Steele és Shiever, 2010). A kötődés fejlődése megelőzi az evészavar kialakulását, így fejlődéslélektanilag az evészavar rizikófaktorának tekinthető; ugyanakkor a zavar is negatívan befolyásolhatja a kötődést (Bronwstone és mtsai, 2013). Felvethető az olyan *közös háttérváltozók* problémája is, mint a szeparációs szorongás és az evészavarok mögötti részben közös genetikai tényezők, vagy a csökkent szerotoninszint, amely a bizonytalan kötődéshez és evészavarokhoz is hozzájárulhat (Silberg és Bulik, 2005; Steiger, 2004). Ezért a bizonytalan kötődés más tényezőkkel *kölcsönös, cirkuláris interakcióban álló, folyamatalapú* szerepe feltételezhető az evészavarok multifaktoriális etiológiájában (O'Kearney, 1995).

Mivel a biztonságosság fokozódása pozitív terápiás kimenetelt támogat, a biztonságos kötődés protektív szerepe feltételezhető evészavarokban (Folke és mtsai, 2016; Keating és mtsai, 2014; Maxwell és mtsai, 2014, 2017). A kötődést célzó intervenciók különösen hasznosak lehetnek a személyiségzavarral, érzelemszabályozási vagy kötődési diszfunkciókkal küzdő érintettek ellátásában (Myers és mtsai, 2006; Tasca, 2018).

A *kötődés biztonságosabbá válását támogathatja* az elfogadó, kliensközpontú folyamat, a fejlődéstörténet és az indulatáttétel elemzése (Thompson-Brenner, 2014). Az integrált információfeldolgozás, a mentalizáció és reflektív készségek, az érzelemfelismerési és -szabályozási készség fejlesztése (Fairburn és mtsai, 2003; Tasca és Balfour, 2014). Továbbá az érintett magáról és másokról kialakított képének módosítása, a megerősítéstől való függés, a társas visszautasítás, és a hierarchiában elfoglalt pozíció iránti érzékenység csökkentése (Amianto és mtsai, 2016b; De Paoli és mtsai, 2017a). Ezek tesztelésére újabb intervenció-alapú vizsgálatok szükségesek.

V.5. A multiimpulzív evészavartól szenvedők jellemzői

V.5.1. A multiimpulzivitás gyakorisága evészavarokban

A teljes evészavar csoport 28%-a, az AN 18%-a, a BN 48%-a, a falászavar 36%-a és az egyéb evészavar alcsoportok 24%-a merítette ki a multiimpulzivitás kritériumait. Az AN csoport kismértékű és a BN csoport közel 50%-os érintettségét megerősítheti, hogy Myers és munkatársai (2006) azonos kritériumok mellett a BN-tól szenvedők 44%-át osztályozták multiimpulzívként, de az a purgáló AN esetén is megjelent. A falászavar szintén impulzív (Túry, 2009) − ez magyarázhatja a multiimpulzivitás magas arányát körükben. A multiimpulzivitás 12,0%-os arányát az evészavartól mentes csoportban az önszelekciós torzítás (Betlehem, 2010) mellett a bizalmatlan kötődés 22,3%-os aránya is támogathatta. E stílus az impulzivitáshoz és a borderline személyiségzavarhoz, tehát több multiimpulzív háttértényezőhöz hozzájárul (Fossati és mtsai, 2005; Lobera, 2011).

V.5.2. Multiimpulzivitás, életkor, evészavartünetek és vonásszorongás

Az alacsonyabb életkor, a fokozott szorongás és depresszió együttjárt az impulzív tünetek intenzitásával. A multiimpulzív csoport magasabb vonásszorongással és erősebb evészavartünetekkel rendelkezett, mint a klasszikus evészavar csoport. Az alacsonyabb életkor és multiimpulzivitás kapcsolatát megerősíti, hogy az idegrendszer és a kontrollfolyamatok érésével 10-30 éves kor között az impulzivitás folyamatosan csökken (Steinberg és mtsai, 2008). A multiimpulzivitás és evészavartünetek kapcsolata adódhat a mintavételből is, illetve abból, hogy az EBSS (Yager és mtsai, 1987) nagyrészt impulzív tüneteket mér. Az összefüggés a tüneti jellemzők mellett az személyiségjellemzők szintjén is megvalósulhat.

Az impulzív tünetek mögött gyakori az alulszervezett személyiség (Díaz-Marsá és mtsai, 2000). A személyiségzavarral és evészavarral is küzdő érintettek erősebb tünetekkel rendelkeznek (Spindler és Milos, 2007). A súlyosabb pszichopatológiai kép hozzájárulhat a fokozott szorongáshoz és depresszióhoz is (Lobera, 2011; Myers és mtsai, 2006). A magas vonásszorongással élők magasabb amygdala aktivitással, negatívabb érzelmekkel reagálnak a fenyegető szituációkra (Byrne és Eysenck, 1995; Etkin és mtsai, 2004). Ez súlyosbíthatja a fájdalmas érzelmi élmények maladaptív elkerülési módjának is tekinthető impulzív tüneteket (Antai-Otong, 2016; De Paoli és mtsai, 2017a,b; Rorty és Yager, 1996).

V.5.3. A multiimpulzív evészavartól szenvedők kötődési jellemzői

A multiimpulzív evészavartól szenvedők kötődése szinte teljesen feltáratlan (Pearson és mtsai, 2017). A diszfunkcionális szülői bánásmód és felnőtt kötődés több vonása kismértékben együttjárt multiimpulzivitással. A magasabb vonásszorongás mellett csak az alacsonyabb szülői törődés alacsonyabb különítette el a multiimpulzív személyeket.

A kötődési aggodalmaskodás, bizalmatlanság csökkenti a frusztrációs toleranciát, ezért a diszfunkcionális kötődésű evészavartól szenvedők magasabb impulzivitással bírnak (Dias és mtsai, 2011; Fossati és mtsai, 2005, 2009). A szülői törődés alacsonyabb foka megkülönbözteti a multiimpulzív tünetnek számító önsértést, valamint a borderline személyiségzavarral élőket evészavarokban (Fujimori és mtsai, 2011; Pace és mtsai, 2016). A borderline személyiségzavarral és evészavarral élők szülő-gyerek konfliktusa pedig hozzájárulhat evészavartüneteikhez (Nishizono-Maher és mtsai, 1993).

V.5.4. A kötődés és multiimpulzivitás kapcsolatának magyarázatai

A szülői bánásmód és multiimpulzivitás kapcsolatának magyarázatát jelentheti az evés- és személyiségzavarok esetén egyaránt gyakori *korai traumatizáltság* (Corstorphine és mtsai, 2007). A traumatizációt szenvedők kötődése hozzájárulhat a dezorganizált viselkedéshez, impulzivitáshoz, és rontja a problémamegoldást (Beeney és mtsai, 2015; Dozier és mtsai, 2008; Fossati és mtsai, 2005). Ez által a traumatizáció hatását a későbbi evészavartünetekre a kötődés is közvetítheti (Tasca és mtsai, 2011).

A szülői bánásmód hatást gyakorolhat a *mentális koherenciára* (Fonagy és Bateman, 2008). Az aggodalmaskodó kötődők negligálják, a bizalmatlanul kötődők inkoherensen

dolgozzák fel a környezeti információkat (Crittenden, 2000). A kötődési viselkedés pedig gátolja *mentalizációs készséget* (Láng és Nagy, 2013). A kötődés hat az *identitásfejlődésre* (Demidenko és mtsai, 2010). A multiimpulzív személyek gyakran küzdenek identitásproblémákkal, ürességérzéssel, alacsony frusztrációs toleranciával (Fernández-Aranda és mtsai, 2006).

Ennek alapja, hogy az *önszabályozási készség* genetikai tényezők és korai interakciók során alakul (Eisenberg és mtsai, 2010). A kötődés és érzelemreguláció kapcsolata biológiai szinten is megerősítést nyert (Buchheim és mtsai, 2006). Korai élmények hatására megváltozhat *dopamin-, szerotonin- és neuropeptid-expresszió* (Steele és Shiver, 2010; Steiger, 2004; Unoka, 2007). Ez fokozza az impulzuskontroll-zavart, a háttérszemélyiséget és a tüneteket is dinamizálhatja (Kaye, 2008; Steiger, 2004; Van Durme és mtsai, 2015).

V.5.5. Implikációk a multiimpulzív evészavarokkal kapcsolatban

Az evészavarok ellátásának egyik kihívását a multiimpulzív személyek sikeres terápiája jelenti: különböznek az intervenciós lehetőségek, a terápiás prognózisuk rosszabb (Zanarini és mtsai, 2004). Az eredmények felhívják rá a figyelmet, hogy a multiimpulzivitás nem csupán BN és purgáló AN esetén, hanem falászavar és egyéb evészavarok esetén is jelentkezik. Ezért érdemes általánosan *multiimpulzív evészavarokról* beszélni (Myers és mtsai, 2006).

E csoportot az erősebb tünetek és a vonásszorongás mellett az alacsony anyai és apai törődés különítette el. A multiimpulzív evészavartól szenvedők diszfunkcionálisak a kapcsolatok, az énkép és az acting-out területén (Cayn és Pham-Scottez, 2016). Az impulzivitás az affektusfeldolgozás elkerülési útjaként jelenik meg; az acting-out a bizonytalanságélményt kompenzálhatja (Dupont és Coros, 2008). Ezért az egyéni kötődési és személyiségjellemzők feltárása segítheti a személyreszabott esetkonceptualizációkat és az intervencióválasztást (Tasca és mtsai, 2009a).

E kliensek számára *multimodális terápiás megközelítések* javasoltak, amelyek a dialektikus viselkedésterápia mellett hangsúlyt fektetnek az impulzív és önsértő viselkedésekre, és az azok mögött rejlő sürgető szükségletek, emóciók kezelésére (Antai-Otong, 2016; Cayn és Pham-Scottez, 2016). A frusztrációs tolerancia és a hangulatszabályozás fejlesztését támogathatja a rizikószituációk elkerülése, az elemző

figyelem fenntartása, az irracionális gondolatok korrekciója és a viselkedéses válaszok modulációja (Gross és John, 2003).

E kliensek szükségleteit érdemes a kötődési perspektívából is vizsgálni; mivel minél bizonytalanabb a személyiségzavarral és evészavarral is küzdő személy kötődése, annál hosszabb, intenzívebb a negatív hangulat a stresszor után. Az étellel és testtel kapcsolatos problémák leképezhetik az instabil, összeolvadás és elutasítás között fluktuáló tárgykapcsolatokat (Dupont és Coros, 2008). Ezért a társas stresszorokra adott adaptív válaszok fejlesztése intervenciós kulcspontot jelenthet (Pearson és mtsai, 2017).

A kötődés biztonságosabbá válása evészavarban és borderline személyiségzavarban is jobb prognózist ígér (Levy és mtsai, 2006; Maxwell és mtsai, 2014). A szülői bánásmód, különösen az apakapcsolat alakulása meghatározó a multiimpulzív egyének prognózisa szempontjából (Lobera, 2011). Ezért a megélt szülői törődés fejlesztése, az apák bevonása, és a lányukkal való kapcsolat facilitálása kiemelt szerephez juthat a multiimpulzív evészavarban érintettek családterápiái során. Az anyai és apai törődés fejlesztésének hatékonyságvizsgálata multiimpulzivitásban új kutatásokat ösztönözhet.

V.6. A túlsúlytól és érzelmi evéstől szenvedők kötődési jellemzői

Az érzelmi evésre való hajlam gyakorisága 28%, a túlsúlyos érzelmi evéstől szenvedők aránya 11% volt a mintán. Az érzelmi evés gyakorisága más, egészséges mintán is 22%-os volt (Nguyen-Michel és munkatársai, 2007). Ez az érzelmi evés fokozódó gyakoriságát feltételezi az átlagpopulációban. Az érzelmi evés gyakran eredményez súlygyarapodást, így a túlsúlyosak 39%-os aránya az érzelmi evő csoportban az irodalmi evidenciáknak megfelelő (Tholin és mtsai, 2005).

V.6.1. A kötődési jellemzők, szülői bánásmód és érzelmi evés

A felnőtt kötődés bizonytalansága, a fokozott aggodalmaskodás és bizalmatlanság, az alacsonyabb anyai és apai törődés, és a fokozott apai túlvédés is együttjárt az érzelmi evés intenzitásával; az alacsonyabb anyai törődés és a magasabb aggodalmaskodás pedig előrejelezte annak hajlamát, varianciája 18,0%-át magyarázva.

A bizonytalan szülőkötődés különösen a magasabb BMI-vel rendelkező lányok között fokozza a diszfunkcionális evési magatartások valószínűségét − a kapcsolaton való aggodalmaskodás közvetítésével (Milan és Acker, 2014). A kevésbé elfogadó

szülői bánásmód összefügg az elhízással és a falásrohamok gyakoriságával is (Amianto és mtsai, 2016a; Boone és mtsai, 2013). Ennek egy potenciális magyarázatát nyújtják az érzelmi etetés és a mentalizáció kérdései. Az anyák *mentalizációs hiányosságai* hatnak lányuk érzelmi evésére (Keitel-Korndörfer és mtsai, 2016). Az anyai aggodalmaskodás pedig az *érzelmi etetésen* keresztül fokozhatja a gyermek érzelmi túlevését (Hardman és mtsai, 2016). Az érzelmi etetés a közelség előidézésének, és az érzelemszabályozás maladaptív útjaként előrejelzi a fiatal érzelmi evésének mértékét (Tan és Holub, 2015).

Az *anyai bánásmód és az egyén jellemzőinek interakcióját* sugallja, hogy míg az alacsony anyai törődést megélő szorongó személyeknél a magasabb kortizolszint több evéssel járt együtt, a reziliens személyeknél a kortizolszint nem emelte a táplálékbevitelt (Machado és mtsai, 2016).

V.6.2. Kötődési aggodalmaskodás, érzelemszabályozás és érzelmi evés

Az érzelmi evés maladaptív érzelemszabályozási kísérlet (Masheb és Grilo, 2006). Ezért feltételezhető, hogy a kötődési aggodalmaskodás és érzelmi evés kapcsolata az érzelemszabályozás révén értelmezhető (Ty és Francis, 2013). Az érzelmek több szinten befolyásolhatják az evést: ilyen az érzelemalapú ételválasztás, az evés érzelmi elfojtása, a diszfunkcionális evéskontroll, az evés érzelmekkel kongruens modulációja, és az evés, mint maladaptív megküzdési stratégia (Macht, 2008). A kötődési aggodalmaskodás az érzelmi és viselkedéses hiperaktiváció által fokozza a külső érzelemszabályozási eszközök használatának valószínűségét, amilyen az étel és a túlevés is (Overton és mstai, 2005; Van Durme és mtsai, 2015). A kötődési aggodalmaskodás emiatt a harag, szorongás, depresszió indukálta fokozott érzelmi evéssel kapcsolódik (Hardman és mtsai, 2016; Taube-Schiff és mtsai, 2015).

V.6.3. Az érzelmi evés, a testtömegindex és a depresszió kapcsolata

A magasabb depresszió és BMI szintén előrejelezte az érzelmi evésre való hajlamot. A túlsúlyos személyek hajlamosabbak negatív érzések esetén túlenni; illetve az érzelmi evés egyik következménye az elhízás (Geliebter és Aversa, 2003; Masheb és Grilo, 2006). Ez az *emelkedett BMI* és az érzelmi evés szoros, kétirányú kapcsolatát támogatja (Keitel-Korndörfer és mtsai, 2016; Taube-Schiff és mtsai, 2015). A *depresszió* és az érzelmi evés kapcsolatát támogatja, hogy a major depresszió egyik alaptünete az étvágy

csökkenése vagy növekedése (APA, 2013). Az érzelmi evésre hajlamosak lényegesen többet esznek szomorú élmények után (Van Strien és mtsai, 2013). Az érzelmi evés gyakran áthatóbb hangulatzavart jelez (Gianini és mtsai, 2013).

V.6.4. Implikációk az érzelmi evéssel kapcsolatban

Az alacsony anyai törődés, a magas aggodalmaskodás, depresszió és BMI az érzelmi evés varianciájának 29,4%-át magyarázta. E tényezők részben jelentenek kulcsot az érzelmi evés megértéséhez; annak hajlama akár 60%-ban genetikai eredetű (Tholin és mtsai, 2005). Az érzelmi evés összefügg a falásrohamokkal, BN-val, és hajlamosíthat az elhízásra; intervenciója ezért az evészavarok prevenciójának fontos területe (Masheb és Grilo, 2006; Pinaquy és mtsai, 2003; Van Strien és mtsai, 2013).

Hátterében több kötődési téma is kimutatható: a kapcsolat története, a megélt elfogadás mértéke, a maladaptív megküzdés a bizonytalan kötődéssel, az ambivalens kötődési élményeken rágódódás. Ezért az érzelmi evés hátterében részben a kötődéssel kapcsolatos maladaptív megküzdés feltételezhető (Hernandez-Hons és Wooley, 2011). Eredményeim az anyai törődés és a kötődési aggodalmaskodás fókuszpontjaival egészítik ki e témákat.

Mivel a diszfunkcionális kötődés főképp az érzelemdiszreguláció révén kapcsolódhat az érzelmi evéssel (Taube-Schiff és mtsai, 2015), és hajlamát a depresszió is előrejelzi, a negatív hangulatokkal való megküzdési fejlesztése kiemelt terápiás cél (Goossens és mtsai, 2009). Kötődési szempontból a szülői érzelmi támogatás, a kötődési személyek elérhetősége, a tárgyvesztéstől való félelem, az ambivalencia, a harag és a depedencia kezelése lehet hangsúlyos (Kenny és Hart, 1992; Laitinen és Sovio, 2002). Míg a túlsúlyos személyek többet, az alultaláltak kevesebbet esznek hajlamosak negatív hangulataik esetén (Geliebter és Aversa, 2003). Ezért új vizsgálatokat ösztönöz annak feltárása, hogy az elkerülő kötődés az érzelmi deaktiváció által hozzájárulhat-e az alultáplált személyek restriktív evéséhez (Taube-Schiff és mtsai, 2015)?

V.7. A purgáló evészavartól szenvedők jellemzői

Az evészavar csoport 38%-a mutatott legalább heti egy purgáló tünetet. A BN-tól szenvedők 65%-a, az AN-ban érintetteknek akár fele purgáló (Gianini és mtsai, 2017).

Mivel az evészavar csoport 70,5%-a AN vagy BN diagnózisú személyekből állt, ez támogatja a purgáló betegek magas arányát.

V.7.1. A purgáló evészavartól szenvedők kötődési jellemzői

A purgálás magasabb, 52,3%-os gyakoriságú volt az aggodalmaskodó kötődés, mint az egyéb stílusok esetén. A purgáló evészavar csoportot magasabb aggodalmaskodás, alacsonyabb anyai és apai törődés jellemezte, mint a nem purgáló csoportot. A diszfunkcionális szülői bánásmód és purgálás kapcsolatát támogatja, hogy a BN-tól szenvedők gyengébben kapcsolódnak szüleikkel. A purgáló AN-tól szenvedők negatívabbnak élik meg az anyakapcsolatot, és többen szenvednek apjuktól abúzust, mint a restriktív AN-ban érintettek (Di Pentima és mtsai, 1998; Pawłowska és Masiak, 2007; Rommel és mtsai, 2013). Bántalmazottak között kétszer gyakoribb a purgálás – amelynek célja az érzelmi fájdalom csillapítása lehet (Rorty és Yager, 1996).

A purgáló evészavartól szenvedők alacsony szülői törődése szegényesebb személyiségszerveződésükkel, súlyosabb interperszonális konfliktusaikkal és evészavartüneteikkel is kapcsolatot mutat (Amianto és mtsai, 2015; Behar és mtsai, 2005; Claydon és mtsai, 2016). Illing és munkatársai (2010) szintén erősebb aggodalmaskodást mutattak ki purgáló, mint restriktív AN esetén.

V.7.2. A diszfunkcionális kötődés és purgálás kapcsolatának magyarázatai

Az aggodalmaskodó kötődés és a purgáló tünetek kapcsolatát − a V.6.2. fejezetben leírt módon – magyarázhatja az érzelmek alulszabályozása, amely növeli az impulzív tünetek valószínűségét, mint a purgálás is (Fossati és mtsai, 2009; Van Durme és mtsai, 2015). A tartós hangulatszabályozási jellemzők a korai szuboptimális környezetre adott stratégiák: az aggodalmaskodás a konfliktusos környezettel szembeni válaszként értelmezhető (Wei és mtsai, 2005). Tehát az *érzelmi reaktivitás* foka fontos magyarázó változó (Tasca és mtsai, 2009b).

Az alacsonyabb szülői törődés és purgálás magyarázatát nyújthatja az *alexithymia* (Caglar-Nazali és mtsai, 2014; Kuipers és mtsai, 2016): az anyai törődés pozitív, az anyai túlvédés negatív befolyással bír az érzelmek tudatosságára purgáló AN-ban (Rommel és mtsai, 2013). Az érzelemfelismerési és -kifejezés nehézségei kapcsolatot mutatnak az impulzív tünetekkel (Mathiesen és mtsai, 2015; Speranza és mtsai, 2005).

Hangsúlyozandó azonban, hogy a kötődés minősége más tényezőkkel kapcsolódva, *additív módon* hathat a purgáló tünetekre (Rothschild-Yakar és mtsai, 2010): a jobb mentalizációs készség a szegényes szülőkapcsolat ellenére is ritkább purgáláshoz kapcsolódik. Ez a mások intrapszichés állapotainak leképzésére, a saját élményvilággal való összefüggésének megértésére, és az érzelmek megmunkálásának szerepére hívja fel a figyelmet a purgálásban (Frith és Frith, 2006).

V.7.3. Implikációk a purgálással kapcsolatban

A purgáló evészavarok rosszabb prognózisúak, és súlyosabb pszichopatológiai tünetekkel járnak, mint a restriktív formák (Pawłowska és Masiak, 2007; Solmi és mtsai, 2014). A mért változók mentén egyedül az alacsonyabb szülői törődés és a fokozott aggodalmaskodás kötődési vonásai különítették el a purgáló evészavar csoportot. Az érintettek tehát kötődési szempontból is különálló csoportot képezhetnek; a restriktív és impulzív típusokhoz eltérő kötődési jellemzők kapcsolódhatnak. Esetükben ezért tisztázandó lehet a kötődési élmények szerepe a tünetképzésben.

A purgáló evészavarformák kötődési intervencióit jelenthetik a közeli személyek érzelmi reszponzivitásának fokozása, az aggodalmaskodás csökkentése, a társas információfeldolgozás és az érzelemfelismerési készség fejlesztése (Crittenden, 2000; Rothschild-Yakar és mtsai, 2010; Ty és Francis, 2013; Wei és mtsai, 2005). A BN-tól szenvedők 30%-a többféle purgáló módszert is alkalmaz (Gianini és mtsai, 2017). Mivel multiimpulzív esetekben a dialektikus viselkedésterápia hatékony, és a purgálás impulzív tünet (Hay és mtsai, 2014; Rizvi és mtsai, 2013), e módszer eredményességét érdemes lenne vizsgálni a többféle purgáló módszert alkalmazó személyek esetén.

V.8. A kötődés és az evészavartünetek kapcsolatának útelemzéses modellje

Felnőttek esetén a retrospektív jelleg, a fiatalkorúak esetén a szülőkötődés aktualitása miatt a szülői bánásmód és az evészavartünetek kapcsolatát teszteltem útelemzéssel.

V.8.1. Az apai bánásmód és neuroticizmus

Közvetlen kapcsolatok tekintetében az alacsonyabb apai törődés és a magasabb apai túlvédés is kapcsolatban állt a fokozott neuroticizmussal. A kötődés más vizsgálatok alapján szintén szoros kapcsolatot mutat a személyiségjellemzőkkel, így az érzelmi

stabilitás fokával (Scott és mtsai, 2009; Surcinelli és mtsai, 2010). Hatezer gyermek-szülő páros metaanalízise alapján az alacsonyabb törődés és a túlzó kontroll magasabb fokú neuroticizmust jósol (Prinzie és mtsai, 2009). Ezt magyarázhatja, hogy a bizonytalan kötődésű evészavartól szenvedők fokozott idegrendszeri reaktivitást mutatnak, és nehezebben nyerik vissza egyensúlyukat (Dias és mtsai, 2011). Az érzelemszabályozás e zavara részben a szegényes apakapcsolattal is magyarázható (Gander és mtsai, 2015). Ugyanakkor az önszabályozást a genetikai adottságok, az idegrendszeri érzékenység, és az egyéni temperamentum is meghatározza (Bóna és mtsai, 2013; Eisenberg és mtsai, 2010). Ez támogatva a diszfunkcionális apai bánásmód a neuroticizmus varianciájának 10%-át magyarázta.

V.8.2. Apai törődés és depresszió

Az alacsonyabb apai törődés a magasabb szintű depresszióval is hozzájárult. A fokozott szülői túlvédés és alacsony törődés a korai sémák közvetítésével háromszorosára emeli a depresszió kockázatát (Harris és Curtin, 2002). A negatív apai bánásmód szorosan összefügg az evészavartól szenvedők depressziós tüneteivel (Horesh és mtsai, 2015).

V.8.3. A neuroticizmus, depresszió és testtel való elégedetlenség kapcsolata

A magasabb neuroticizmus a fokozott depresszióhoz és a testtel való elégedetlenséghez is hozzájárult. A neuroticizmus más vizsgálatokban is a testtel való elégedetlenség prediktorának bizonyult; s kapcsolatban állt a depresszió valószínűségével (Dalley és mtsai, 2009; Farmer és mtsai, 2002; Ty és Francis, 2013). A neuroticizmus és a depresszió genetikai korrelációja 0,5-0,7 (Fanous és mtsai, 2002) – e vizsgálatban a skálák együttjárása 0,64 volt. Kapcsolatukat pszichológiailag magyarázhatja, hogy az instabil személyek fokozottan reagálnak a negatív hangulatokra, hajlamosak a rágódásra, ez hozzájárul depressziós tüneteikhez (Roelofs és mtsai, 2008).

V.8.4. A testtel való elégedetlenség, depresszió, életkor és BMI kapcsolata

Korábbi eredményeinkhez hasonlóan (Szalai és mtsai, 2017) a depresszió és a testtel való elégedetlenség kölcsönös kapcsolatot mutattak. A depresszió csökkenti a pszichés és testi önelfogadást; így a testtel való elégedetlenség egyik legfontosabb prediktora (Abbate-Daga és mtsai, 2010; Olivardia és mtsai, 2004; Ricciardelli és McCabe 2001).

A testtel való elégedetlenség szintén fokozza a negatív hangulatokat (Stice és mtsai, 2002): azon nők, akik nem tartják magukat attraktívnak, nyolcszoros esélyt mutatnak depresszióra (Jackson és mtsai, 2014). Több vizsgálattal egybevágóan az idősebb kor és a növekvő BMI szintén kölcsönös kapcsolatban álltak, és mindkettő erős kapcsolatban állt a testtel való elégedetlenséggel (Bucchianeri és mtsai, 2013; Németh 2011).

V.8.5. A depresszió, testtel való elégedetlenség és evészavartünetek kapcsolata

A depresszió és a testtel való elégedetlenség hozzájárult az evészavartünetekhez. A testtel való elégedetlenség az evészavarok központi tünete, együttjár a falással és a kompenzáló módszerekkel (Ahrberg és mtsai, 2011; Sonnevil és mtsai, 2012) – az EBSS-en mért tünetekkel. A depresszió többszörösére növeli az evészavar kockázatát (Stice és mtsai, 2011). A negatív hangulatok hasítása restrikcióhoz, alulszabályozásuk az impulzív tünetekhez járulhat hozzá (Fossati és mtsai, 2005; Wei és mtsai, 2005).

V.8.6. A szülői bánásmód dimenzióinak kapcsolata

Tóth és Gervai (1999), és Turner és munkatársai (2005) eredményeivel egybevágóan az anyai és az apai törődés, illetve az anyai és az apai túlvédés foka kismértékű pozitív kapcsolatban állt egymással. Az apai törődés és túlvédés közepes mértékű, negatív, az anyai törődés és az apai túlvédés kismértékű, negatív kapcsolat mutatott. Ilyen alacsony korrelációs együtthatókból csak óvatos következtetések vonhatók, ugyanakkor ez a törődés és a túlvédés dimenzióinak viszonylag egységes megélését sugallják a családon belül. A törődés és a túlvédés nem csak pszichometriailag, hanem a megélés szintjén is eltérő konstruktumok lehetnek: a törődés a gyermekre hangolódó érzelmi gondoskodást, a túlvédés aggodalmat és kontrollvágyat takarhatja.

V.8.7. Az apai bánásmód és evészavartünetek kapcsolatának közvetett útvonalai

Közvetett utak tekintetében az alacsonyabb életkor és a magasabb BMI csak a testtel való elégedetlenség által emelte az evészavartüneteket. Előbbi változók hozzájárulnak a testtel való elégedetlenséghez (Frisén és mtsai, 2013). A magasabb BMI kizárólag a testtel való elégedetlenség, a fiatal kor pedig a megjelenés jelentősége és a testtel való elégedetlenség közvetítésével kapcsolódik az evészavartünetekhez (Bucchianeri és mtsai, 2013; Stice és Shaw, 2002).

Az *alacsonyabb apai törődés* három úton állt közvetett kapcsolatban az evészavartünetekkel: 1.) a depresszió mediálásával; 2.) a neuroticizmuson át a.) a depresszió, és b.) a testtel való elégedetlenség mediálásával. A *magasabb apai túlvédés* a neuroticizmuson keresztül 1.) a depresszió, és 2.) a testtel való elégedetlenség mediálásával állt kapcsolatban a tünetekkel. Az eredményt több összefüggés támogatja.

A magas túlvédés és az alacsony törődés − az ún. érzelemmentes kontroll − gyakori evészavarokban (Canetti és mtsai, 2008; Tereno és mtsai, 2008). A legtöbb vizsgálat az anyai bánásmód hatásait emeli ki (Claydon és mtsai, 2016; Pace és mtsai, 2016), és csak kis részük fókuszál az apákra (Gander és mtsai, 2015). Bár az evészavartól szenvedő és az attól mentes személyek egyes eredmények alapján inkább az *apai bánásmódban* különböznek (Johnson és mtsai, 2002; Rothschild-Yakar és munkatársai, 2010).

Az alacsonyabb apai törődés súlyosabb evészavartünetekkel és testtel való elégedetlenséggel, a fokozott túlvédés pedig kompulzív önmonitorozással áll kapcsolatban. Amianto és mtsai, 2015; Canetti és mtsai, 2008; De Panfilis és mtsai, 2003; Kenny és Hart, 1992; Pace és mtsai, 2016). A túlvédő, kevéssé törődő apák lányai erősebb depresszióval, restrikcióval és testalak miatti aggodalommal jellemezhetőek (Horesh és mtsai, 2015). Az érintettek részben kötődési problémáiktól fordulhatnak a magasabb kontrollt ígérő, evéssel és a testtel kapcsolatos változtatások felé (Gander és mtsai, 2015; Latzer és mtsai, 2002).

A *közvetett kapcsolatot* támogatja, hogy több sérülékenységi tényező mellett a szülői bánásmód és az érintett jellemzőinek *interakciója* felelős a tünetképzésért (Steiner és mtsai, 1999). Ezek, például a szeparációs szorongás AN-ban, vagy a szenzitivitás és instabilitás BN-ban, befolyásolják a gondozói magatartást (Prinzie és mtsai, 2009; Shoebridge és Gowers, 2000). Az eredmények a *neuroticizmus* személyiségvonásának szerepét állítják a középpontba. Ezt támogathatja, hogy az érzelmi instabilitás foka az evészavarok kompulzív-impulzív spektruma mentén; illetve az érzelmi evéssel, falásrohamokkal, purgáló tünetekkel is összefügg (Elfhag és Morey, 2008; Münch és mtsai, 2016; Van der Ham és mtsai, 1997). A neuroticizmus foka az evészavartól szenvedők jóllétének legfontosabb prediktora (Garcia és mtsai, 2017).

A *neuroticizmus közvetítőszerepét* alátámaszthatja, hogy a szülői törődés és kontroll mértéke összefügg az evészavartól szenvedők személyiségével (Amianto és mtsai, 2015). A stresszérzékenység és szegényesebb önszabályozás által kismértékű, robusztus

hatással az érzelmi instabilitás felé hat (Hrubý és mtsai, 2011; Nolte és mtsai, 2011; Prinzie és mtsai, 2009). Ezért neuroticizmus személyiségvonása – valamint az érzelmi reaktivitás vs. azok hasítása – közvetítheti a kötődés és evészavartünetek kapcsolatát (Münch és mtsai, 2016; Wei és mtsai, 2005).

A *neuroticizmus, testtel való elégedetlenség, evészavartünetek útvonalát* magyarázza, hogy a neuroticizmus bejósolja a testtel való elégedetlenséget (Dalley és mtsai, 2009). Az pedig az EBSS-en mért szinte összes tünetben meghatározó (Sonnevil és mtsai, 2012; Stice és Shaw, 2002; Yager és mtsai, 1987), és mediálhatja kötődés és evészavarok kapcsolatát (Abbate-Daga és mtsai, 2010; Koskina és Giovazolias, 2010).

A *neuroticizmus, depresszió, evészavartünetek útvonalat* magyarázza, hogy a neuroticizmus súlyosbíthatja a depressziót, az pedig emeli az evészavartünetek intenzitását (Fanous és mtsai, 2002; Roelofs és mtsai, 2008; Tasca és mtsai, 2009b). Tehát minél bizonytalanabb a kötődés, annál erősebb lehet az érzelmi instabilitás, és annál hosszabb intenzívebb a stresszor utáni negatív hangulat (Pearson és mtsai, 2017; Wei és mtsai, 2005). A negatív affektusok és a testtel való elégedetlenség korábbi evidenciák alapján is közvetíthetik a szülői bánásmód és evészavartünetek kapcsolatát (Goossens és mtsai, 2017; Tasca mtsai, 2006b).

V.8.8. Implikációk az ételemzéssel és az apai bánásmód szerepével kapcsolatban

A modell a depresszió varianciájának alig felét, a testtel való elégedetlenség egyharmadát, és az evészavartünetek varianciájának egynegyedét magyarázta – ezért csak óvatos implikációk tehetők. Más vizsgálatokkal összhangban az apai bánásmód közvetett kapcsolatot mutatott az evészavartünetekkel (Horesh és mtsai, 2015; Münch és mtsai, 2016; Prinzie és mtsai, 2009). Ezért az eredmények támogatják, hogy a diszfunkcionális bánásmód a diagnózis szempontjából a pszichopatológiai tünetek *nemspecifikus* rizikófaktora, varianciájuk kisebb részét magarázva (Ennis és mtsai, 2002). Bizonyos rizikótényezők közösek lehetnek más pszichiátriai zavarok és az evészavarok között; ilyen a diszfunkcionális szülői bánásmód is (Ennis és mtsai, 2002; Johnson és mtsai, 2002; Stice és mtsai, 2011; Troisi és mtsai, 2005).

Kiemelten fontos kötődési és személyiségjellemzők egyidejű vizsgálata, mivel utóbbiak mediálhatják a kötődési diszfunkciók és a későbbi zavarok kapcsolatát (Surcinelli és mtsai, 2010). A diszfunkcionális apai bánásmód is *egyéb jellemzőkkel*

kölcsönhatásban jelenthet rizikót az evészavartünetekre (Milan és Acker, 2014). A fejlődésszempontú pszichopatológia egyik fő szemléleti elve a *multifinalitás*, tehát, hogy egyazon hatásnak különböző kimenetelei lehetnek. Ez igaz lehet az apai bánásmód kapcsolataira is: hasonló bánásmód jellemzők eltérő útvonalakon különböző tünetekhez vezethetnek (Ciccheti és Doyle, 2016).

Az alacsonyabb apai törődés és a magasabb apai túlvédés is több, közvetett útvonalon kapcsolódhat az evészavartünetekhez. Ezért a multifinalitás elve, valamint a szülői bánásmód és egyén jellemzőinek interakciós szemlélete elengedhetetlen a tünetképzés magyarázatában (Ciccheti és Doyle, 2016; Trevarthen és Aitken, 2001). Az eredményekben több olyan tényező nyert megerősítést, amelyek transzdiagnosztikus szinten meghatározóak az evészavarokban: a szülőkapcsolat nehézségei, az érzelmi instabilitás, a negatív hangulatok és a testtel való elégedetlenség. Ezek általános intervenciós pontokként szolgálnak (Fairburn és mtsai, 2003).

Az eredmények támogatják, hogy az intervencióknak nem csupán az anyai, hanem az apai bánásmódra is hangsúlyt érdemes helyezniük (Horesh és mtsai, 2015). A terápiák tisztázandó kérdése lehet, hogy a megélt apai törődéshiány és a túlvédés a beteg érzelmi instabilitásával interakcióban fokozhatja-e a negatív hangulatokat, utóbbiak a testtel való elégedetlenséget, ezek pedig a tüneteket. Arra azonban nem kapunk magyarázatot, hogy az anyai bánásmód miért nem állt összefüggésben a neuroticizmussal. Jóllehet, a nem befolyásoló tényező a családi diszfunkciók és a maladaptív evési magatartások kapcsolatában (Laghi és mtsai, 2016). Az anyák és apák kötődési szerepe, és hatásuk a gyermek egészségére eltérő, és gyakran komplementer jellegű (Bretherton, 2010). Az anyai és apai bánásmód hatásának összehasonlítása az egyes evészavartünetek alakulásában további vizsgálatokat ösztönöz.

VI. Következtetések

VI.1. A hipotézisek vizsgálata

1. Feltételeztem, hogy az evészavartól szenvedőket (AN, BN, falászavar és egyéb evészavar együtt) a biztonságos kötődés alacsonyabb és a bizonytalan stílusok magasabb gyakorisága, illetve alacsonyabb kötődési biztonságosság, magasabb aggodalmaskodás, alacsonyabb szülői törődés, magasabb túlvédés, introverzió, neuroticizmus, depresszió és vonásszorongás jellemzi, mint az evészavartól mentes személyeket. Bár a biztonságos kötődés lényegesen ritkább, a bizonytalan stílusok közül csak az aggodalmaskodó kötődés volt gyakoribb esetükben. Kötődésük nagymértékben bizonytalanabb, közepes mértékben aggodalmaskodóbb; személyiségük közepes mértékben introvertáltabb, érzelmileg nagymértékben instabilabb volt; nagymértékben magasabb depresszió és vonásszorongás jellemezte őket. Azonban szülői törődésük, túlvédésük mértéke is hasonló volt az evészavartól mentes személyekéhez. Ezért az első hipotézis csak részben igazolódott.
2. Feltételeztem, hogy az AN, a BN, a falászavar, az egyéb evészavar, az érzelmi evő és a remisszióban lévő csoportokat is diszfunkcionálisabb szülői bánásmód és felnőtt kötődés jellemezi, mint az evészavartól mentes személyeket. Mindegyik csoport kötődése bizonytalanabb volt, kivéve a remisszióban lévőket. Az aggodalmaskodás és a bizalmatlanság csak BN-ban, az anyai túlvédés az érzelmi evő és a remisszióban lévő csoportokban volt magasabb. Az anyai törődés az csak érzelmi evő csoport esetén volt alacsonyabb az evészavartól mentes személyekénél. A kötődési elkerülés, az apai törődés és túlvédés mértéke nem különbözött a hét csoport közt. A második hipotézis tehát nem igazolódott.
3. Feltételeztem, hogy az alacsonyabb kötődési biztonságosság, életkor és BMI, illetve a magasabb vonásszorongás és depresszió az evészavarok prediktorai. E változók a depresszió kivételével bejósolták az evészavarokat, varianciájuk felét magyarázva. A harmadik hipotézis tehát a depresszióval való kapcsolat kivételével igazolódott.
4. Feltételeztem, hogy a multiimpulzív evészavartól szenvedőket alacsonyabb kötődési biztonságosság, erősebb aggodalmaskodás, bizalmatlanság és alacsonyabb szülői törődés jellemzi, mint a klasszikus evészavarokat. A multiimpulzív személyeket azonban a közepes mértékben alacsonyabb anyai és apai törődés, illetve a

nagymértékben magasabb vonásszorongás különítette el a klasszikus evészavartól szenvedőktől. A negyedik hipotézis tehát csak az eltérő szülői bánásmódra teljesült.

5. Feltételeztem, hogy a magasabb kötődési aggodalmaskodás és az alacsonyabb szülői törődés a BMI és depresszió kontrollja mellett is bejósolja az érzelmi evésre való hajlamot. E hipotézis teljes mértékben igazolódott.
6. Feltételeztem, hogy a purgáló evészavartól szenvedőket magasabb kötődési elkerülés és aggodalmaskodás, és alacsonyabb szülői törődés jellemzi, mint a nem purgálókat. A purgáló evészavartól szenvedőket közepes mértékben alacsonyabb anyai és apai törődés, és aggodalmaskodóbb kötődés jellemezte, de az elkerülés mértéke nem különbözött a nem purgáló csoporttól. E hipotézis részben igazolódott.
7. Feltételeztem, hogy az alacsonyabb szülői törődés és a magasabb túlvédés kapcsolatot mutat az evészavartünetekkel – a magasabb neuroticizmus, a depresszió és a testtel való elégedetlenség mediálásával. Az anyai bánásmód nem, az alacsonyabb apai törődés és a magasabb apai túlvédés azonban kapcsolatban állt az evészavartünetek magasabb számával, a feltételezett mediátorok eltérő útvonalain keresztül. A hetedik hipotézis tehát csak az apai bánásmód esetén igazolódott.

VI.2. A vizsgálat jelentősége

Ez az első hazai vizsgálat, amely egyszerre több mint három, és nemzetközi szinten is az első, amely ötnél több evészavartípus szülői bánásmódját és felnőtt kötődési jellemzőjét párhuzamosan mérte fel. A vizsgálat nem csak rizikócsoportokkal, hanem diagnosztizált személyekkel folyt. Olyan speciális evészavar alcsoportokat is elkülönítettem, amelyek kötődését hazánkban egyáltalán nem, és nemzetközi szinten is mindössze 2-3 kutatás vizsgálta. Ilyenek a túlsúlytól és érzelmi evéstől, a purgáló tünetektől, a multiimpulzív evészavartól szenvedők, és a remisszióban lévő személyek. A vizsgálat előnye, hogy nem csak egy heterogén evészavarcsoportot hasonlított össze az evészavartól mentes személyekkel, hanem az egyes evészavartípusok kötődését egymással vetette össze, valamint a diagnosztikai alcsoportokon túl egyes tünetek kötődési jellemzőit is feltárta.

A vizsgálat két- és többváltozós elemzéseket is alkalmazott a kötődés szerepének az evészavarok multifaktoriális etiológiájában elfoglalt helyének megértésére. Az interakcionista szemlélet alkalmazása a szülői bánásmód, a beteg személyisége, az

alaptünetek és az evészavartünetek kapcsolatának vonatkozásában javíthatta az objektivitást. A dolgozat magyarul először foglalta össze a kötődés és evészavarok kapcsolatának koncepcióit és pszichológiai közvetítőtényezőit. Részleteztem a kötődéssel folytatott munka szerepét az evészavarok ellátásában, beleértve a terápiaválasztást, a diagnosztikát, az esetmodelleket és a terápiás kapcsolatot, s összefoglaltam a bizonyított hatékonyságú kötődési intervenciókat. A vizsgálat által felvetett intervenciós pontokat az egyes evészavarok esetén az eredmények implikációk alfejezeteiben részleteztem, s röviden a dolgozatot záró tézisekhez kapcsoltam.

VI.3. A vizsgálat és az eredmények értelmezésének korlátai

Az eredmények értelmezésekor a vizsgálat korlátait is figyelembe kell venni. Az evészavar csoport szociodemográfiai és antropometriai adatait szakember mérte fel az első interjún, az evészavartól mentes csoport esetén azonban ezek önbevalláson alapultak. Ez ronthatja a kalkulált BMI adatok megbízhatóságát.

Az evészavartól szenvedő és attól mentes csoportok szociodemográfiai jellemzői nem voltak illesztettek. Átlagéletkoruk eltért; az életkori terjedelem nagyrészt, 20-53 éves kor közt átfedett, 13-19 év közt nem. Bár az életkori hatást az elemzések során kontrolláltam, annak potenciális szerepe szem előtt tartandó e két csoport összehasonlításakor. Jóllehet, az életkori eltérés nem érvényesül az egyes evészavartípusok kötődésének összehasonlítására, az evészavarok és az érzelmi evés prediktorainak tesztelésére, a multiimpulzív és a purgáló evészavarok jellemzőinek feltárására, illetve az útelemzés eredményeire sem. A kevert evészavar csoport alapján levonható óvatos következtetéseknél klinikai és vizsgálati szempontból is relevánsabb a különböző evészavartípusok jellemzőinek feltárása, összehasonlítása (Illing és mtsai, 2010; Orzolek-Kronner, 2002) – a vizsgálat bázisát ez alkotta.

Az evészavartól szenvedők bevonása szakértői mintavételen alapult; az evészavartól mentes csoportban alkalmazott kényelmi mintavétel azonban nem biztosítja a véletlenszerűséget, reprezentativitást. Az online adatgyűjtés, az internethasználók nem reprezentatív volta, és az önszelekciós elfogultság befolyásolhatta a minta tulajdonságait (Betlehem, 2010; Eysenbach és Wyatt, 2002). Az összehasonlító csoportban felülreprezentáltak lehettek a kötődés és evészavarok témáiban az átlagpopulációnál jobban érintettek. Jóllehet, az online adatgyűjtést kevésbé jellemzi a benyomáskeltés,

így a hagyományos pszichológiai kutatások hatékony alternatívája (Riva és mtsai, 2003). A kitöltés visszautasítási arányára vonatkozó adatok nem állnak rendelkezésre az evészavartól mentes csoportban. Az evészavar csoportban a betegkódok alapján egyes szakembereknél a részvételbe beleegyezők 10%-a, és az összes evészavartól szenvedő átlagosan kevesebb, mint 50%-a töltötte ki a kérdőívcsomagot. A minta mérete klinikai vizsgálatokhoz mérten megfelelő, de a BN, a falászavar és a remisszióban lévő csoportok elemszáma alacsony volt. Ez gyengítheti az általánosíthatóságot.

Az önbecslő beszámolók a tünetfelnagyítás vagy bagatellizálás révén eltérhetnek a szakember által felmért tünetektől (Tölgyes, 2007). A test és evés kontrolljának hangsúlya miatt a személy a diéta be nem tartását is falásnak ítélheti, ez a szubjektív falásrohamok magasabb számában reprezentálódhat (Niego és mtsai, 1997). Bár nem az objektív, hanem a szubjektív falásrohamok magyarázzák a testtel való lekötöttséget, szorongást, depressziót, és a kognitív tünetek nagy részét (Brownstone és mtsai, 2013).

Az RSQ a legelterjedtebb, longitudinális és pszichoszomatikus kutatásokban is alkalmazott, magas gyakorlati értékű felnőtt kötődési kérdőív (Ciechanowski és mtsai, 2002; Ravitz és mtsai, 2010). Skálái azonban más vizsgálatokhoz hasonlóan közepes reliabilitással bírtak (Demetrovics, 2007; Griffon és Bartholomew, 1994). A kötődés néhány aspektusa nem tudatos, ez egyes jellemzőket elfedhet, másokat kihangsúlyozhat (Steele és Siever, 2010). A szülői bánásmód retrospektív jellemzése az emlékezet rekonstruktív volta miatt felnőtt kötődési jellemzőket, élethosszi emléknyomokat, és a gyermekkorral kapcsolatos fantáziákat is tartalmazhatott (Katz, 1989; Mancia, 2006). Ezt ellensúlyozhatta az anyai, apai és felnőtt kötődés jellemzőinek megkülönböztetése.

A keresztmetszeti elrendezés nem teszi lehetővé az ok-okozati következtetések levonását. A hatások időrendiségére, irányára csak fejlődéslélektani ismeretek és longitudinális eredmények alapján lehet következtethetni. Az útelemzés nem tisztázhatja, hogy a neuroticizmus járul-e hozzá a depresszióhoz és a testtel való elégedetlenséghez, így az evészavartünetekhez, vagy az evészavar, esetleg más háttérváltozó okozza ezek súlyosbodását. Tehát a feltárt változók mediáló szerepe *hipotetikusan* támogatható. Klinikai vizsgálat nem történt, ezért a dolgozat terápiás implikációi az eddigi prospektív kutatások és az eredmények fényében tett óvatos következtetések. Ezek ellenőrzésére intervenció-alapú vizsgálatok szükségesek (Thompson–Brenner, 2014).

VI.4. Terápiás implikációk

VI.4.1. A kötődéssel folytatott munka helye az evészavarok ellátásában

Az evészavarok ellátása a lépcsőzetesség elve alapján a pszichoedukációtól, az önsegítésen, csoportterápián, egyéni és családterápián át a farmako- és pszichoterápia együttes alkalmazásán át a kórházi kezelésig terjed (Túry, 2012). A járó- és fekvőbeteg-ellátás közötti döntés a betegség súlyossági fokát jelző kritikus paraméterek függvénye. A tünetek heterogenitása miatt a guidelineok *életkor és evészavartípus* függvényében ajánlják a legjobb potenciállal bíró pszichoterápiás módszereket (11. táblázat).

A személyiségzavarral, érzelemfeldolgozási és kötődési diszfunkciókkal küzdő személyek számára tünetfókuszú eljárások kevésbé hatékonyak, mivel a *személyiségszerveződés, a funkcionális színvonal, az érzelem- és viselkedésszabályozás* meghatározó a tünetképzésben (Cassin és von Ranson, 2005; Myers és mtsai, 2006). E kliensek számára *multimodális pszichoterápia* lehet szükséges: az ajánlott módszer mellett specializált dinamikus vagy kötődési intervenciók lehetnek szükségesek (Antai-Otong és mtsai, 2016; Daniel és mtsai, 2016; Rowe, 2014; Tasca, 2018).

11. táblázat. *Egyes evészavarokban ajánlott, bizonyított hatékonyságú módszerek*

Evészavar diagnózis		**Ajánlott terápiás módszer**
Anorexia nervosa	fiatalkorúak	családterápia (strukturális, Maudsley, intenzív)
	felnőttek	kognitív-viselkedésterápia, családterápia
Bulimia nervosa		kognitív-viselkedésterápia, interperszonális pszichoterápia, farmakoterápia
Multiimpulzív bulimia		dialektikus viselkedésterápia
Falászavar		kognitív-viselkedésterápia, interperszonális terápia
Egyéb evészavar		evészavar alapformától függően ajánlott módszerek
Érzelmi evés		kognitív viselkedésterápia, stresszkezelő módszerek
Kötődési diszfunkciók, személyiségzavar		multimodális terápiák: diagnózis alapján bizonyított módszer + kötődési vagy dinamikus intervenciók

Megjegyzés: Cayn és Pham-Scottez (2016); Czeglédi (2007); Hay és munkatársai (2014); Murphy és munkatársai (2012); Myers és munkatársai (2006); Rizvi és munkatársai (2013); Rowe (2014), Túry és munkatársai (2012).

VI.4.2. A kötődési jellemzők szerepe a diagnosztikában és esetmodellekben

A kötődéselméletet évtizedek óta alkalmazzák személyreszabott pszichoterápiákban, mivel keretet szolgáltat az énről és másokról alkotott reprezentációk, az érzelemszabályozás és a mentalizáció megértéséhez (Fonagy és Bateman, 2008; Markin és Marmarosh, 2010; Mikulincer és Shaver, 2012). Emellett több, az evészavarokban hatékony módszer eszköztárát kapcsolja össze, mint a pszichodinamikus, a család- és a kognitív-viselkedésterápia (Zachrisson és Skårderud, 2010). A kötődési jellemzők a diagnosztika, az esetmodellek, a terápiás kapcsolat és az intervenciók szintjén is relevánsak – ezeket ebben a sorrendben ismertetem.

A megfelelő intervenciótervezéshez a *diagnosztikának* a DSM-5 (APA, 2013) kategóriák mellett fontos kitérnie a tünetek mögött álló személyiségvonások és funkcionális jellemzők leírására (Surcinelli és mtsai, 2010). Az *evészavartól szenvedők funkcionális színvonala* kötődésük alapján is klaszterezhető. A legenyhébb klasztert az ambivalenciától, traumáktól és súlyos depressziótól mentes elkerülő kötődők alkotják. A középsúlyos klaszter részben traumatizált, szorongó, ambivalens kötődésű. A legsúlyosabb megoldatlan traumákkal, depresszív tünetekkel, erősen szorongó, ambivalens vagy bizalmatlan kötődéssel él (Ringer és Crittenden, 2007).

Az *esetmodellek* készítését segíthetik az a kötődés és evészavarok kapcsolatának I.4.6. fejezetben összegzett koncepciói. Az intervenciótervezés során a I.4.7. fejezetben foglalt pszichológiai közvetítőtényezők szerepe mérlegelhető. Ezek közül vizsgálatom az apai bánásmód, a neuroticizmus, a depresszió és a testtel való elégedetlenség szerepét erősítette meg. Egy korábbi vizsgálatomban (Szalai, 2016) bemutattam, hogy e tényezők miképp integrálhatóak az evészavarok kognitív-viselkedésterápiás ellátásába.

VI.4.3. Kötődés és terápiás kapcsolat evészavarokban

A kötődési stílus, a szorongás és elkerülés mértéke meghatározó a terápiás szövetség és az áttételi viszonyok alakulásában (Tasca és mtsai, 2006a, 2007b). A biztonságos felnőtt kötődésű evészavartól szenvedők jobb terápiás szövetséget alakítanak ki (Folke és mtsai, 2016). Az aggodalmaskodás befolyásolhatja a kezelés végigvitelét, az elkerülés pedig a kiugrás prediktora purgáló AN-ban; restriktív AN-ban azonban nem (Tasca és mtsai, 2006a, 2013). A választás ajánlása és az önirányítottság támogatása csökkentheti a terápiából való kilépések arányát (Vandereycken és Vansteenkiste, 2009).

A szülői bánásmód szintén összefügg a terápiás kapcsolattal: AN-tól szenvedőknél az apai érzelmi támogatás és alacsony elutasítás, BN esetén az anyai érzelmi támogatás és alacsony elutasítás pozitív terápiás szövetséget támogat (Tereno és mtsai, 2008). A terapeuták érzései három klaszterbe sorolhatóak: 1. vidám, lelkes; 2. elárasztott, meghatott; 3. közömbös, unatkozó. A beteg kötődése meghatározza ezeket: elkerülő kötődés esetén a terapeuták közömbösebbek, unatkozók, aggodalmaskodó kötődés esetén elárasztottnak érezik magukat. A tünetek a vidám, lelkes viszontáttétel mellett csökkennek a leginkább (Daniel és mtsai, 2015).

VI.4.4. Az evészavarok pszichoterápiájában alkalmazható kötődési intervenciók

A terapeuta által nyújtott biztonság és autonómia facilitálja a belső munkamodell megismerését. A terápiás interakciók hozzájárulhatnak a kötődési élményekkel kapcsolatos adaptívabb érzésekhez, gondolatokhoz, stratégiákhoz (Rockwell, 2014). Mivel kötődési reprezentációk kamaszkortól hozzáférhetőek (Buist és mtsai, 2002), az azokkal folytatott munka lehetséges e célcsoportban. A kötődés fejlődése pozitívabb terápiás kimenetelt támogat evészavarokban (Illing és mtsai, 2010; Keating és mtsai, 2014, 2015; Marmarosh, 2014; Maxwell és mtsai, 2014, 2017; Rommel és mtsai, 2013; Tasca és mtsai, 2007a, 2013). Az eddigi vizsgálatok alapján az evészavarok pszichoterápiájában alkalmazható kötődési intervenciók négy csoportba sorolhatók:

1. *Az énkép fejlesztése*: az önelfogadás fejlesztése, az önkritika, a perfekcionizmus, az önértékelés és a „testértékelés" összemosottságának enyhítése (Amianto és mtsai, 2016b; Dakanalis és mtsai, 2014; Stein és Corte, 2003; Tasca és mtsai, 2011).
2. *A szenzitív személyközi stílus ellensúlyozása*: a kötődési élmények tünetprovokáló szerepének feltárása, a szeparáció-individuációs konfliktus és a társas érzékenység ellensúlyozása, az autonómia és a társas készségek fejlesztése (Illing és mtsai, 2010; Ringer és Crittenden, 2007; Tasca és mtsai, 2011).
3. *A mentalizáció és a reflektív készségek fejlesztése*: koherens, többszempontú narratíva a kötődési személyekről és élményekről, a tüneteknek szerepének megértése, a saját és a mások mentális állapotainak leképzésére való készség fejlesztése (Kupiers és mtsai, 2016; Tasca és Balfour, 2014).
4. *Az érzelemfelismerés és -szabályozás fejlesztése*: az érzelmi tudatosság és a frusztrációs tolerancia fejlesztése, a kötődési stílus szerepének megértése az érzelmi

válaszokban, az érzelmi deaktiváció vagy hiperaktiváció ellensúlyozása, a rizikószituációk tudatos szelektálása, a figyelem elterelése, a szokásos érzelmi-viselkedéses válaszok változtatása (Macht, 2008; Speranza, 2005; Tasca és mtsai, 2009b; Van Durme és mtsai, 2015). Az eredmények evészavar- és tünettípusok szerint cizellálják az eddigi intervenciókat. Ezeket az eredmények „implikáció" alfejezetei tartalmazzák, illetve összefoglalóan a dolgozat téziseihez köthetők.

VI.5. A dolgozat tézisei és a kapcsolódó következtetések

A vizsgálat hét célkitűzéséből egy – az evészavartól szenvedők kötődési stílusainak, illetve dimenzióinak feltárása – összetett volt. Három nem várt, releváns eredmény született: az evészavartól szenvedők személyiségvonásai, a BN-tól szenvedők, és a remisszióban lévő személyek kötődési jellemzői tekintetében. Ezek alapján a dolgozat tézisei, valamint az azok mentén levont következtetések 11 pontban összegezhetőek:

1. **Kötődési stílusok** tekintetében az evészavartól szenvedőket (AN, BN, falászavar és egyéb evészavar együtt) a biztonságos kötődés alacsonyabb, és az aggodalmaskodó kötődés magasabb aránya jellemezte, mint az evészavartól mentes személyeket. a.) Mivel minden evészavartípusban mind a négy felnőtt kötődés megjelent, a kötődési stílusok és az egyes evészavarok kapcsolata nem specifikus. b.) A kötődés jellemzői nem a diagnózissal, hanem a tünetek típusával, így restriktív-impulzív jellegével, súlyosságával, illetve az érintett személyiségjellemzőivel függhetnek össze.
2. **A felnőtt kötődés dimenziói** tekintetében a biztonságosság mértéke alacsonyabb, az aggodalmaskodás és a bizalmatlanság foka magasabb volt az evészavartól szenvedő (AN, BN, falászavar, egyéb evészavar együtt), mint az attól mentes csoportban. Alcsoportokra bontva csak az alacsonyabb kötődési biztonságosság különítette el az AN, a BN, a falászavar, az egyéb evészavar, az érzelmi evéstől szenvedő csoportokat az evészavartól mentes személyektől. Az evészavarban érintett csoportok e tekintetben nem különböztek egymástól. Az aggodalmaskodás és a bizalmatlanság csak a BN esetén volt magasabb az evészavartól szenvedő személyekénél. a.) Bár a bizonytalanság és az aggodalmaskodás az evészavartól szenvedők kötődésének megkülönböztető jellemzőinek tűnnek, az eredmények a minta összetételétől függően változhatnak. b.) Az evészavarokkal kapcsolatos általános konklúziók helyett az egyes alcsoportok kötődési jellemzőit érdemes vizsgálati és klinikai szinten is elkülöníteni.

3. **Az anyai és apai törődés illetve a túlvédés** mértéke nem különítette el az evészavartól szenvedő és az attól mentes csoportokat. Alcsoportokra bontva az érzelmi evéstől szenvedők anyai törődése alacsonyabb, anyai túlvédése magasabb; a remisszióban lévők anyai túlvédése szintén magasabb volt az evészavartól mentes csoporténál. A diszfunkcionális szülői bánásmód dimenziói több evészavartünet intenzitásával korreláltak. a.) Tehát a szülői törődés és túlvédés mértékére nem feltétlenül különíti el az evészavartól szenvedőket, de több tünettípussal összefügg, és egyes evészavar csoportokban diszfunkcionálisabb lehet. b.) A tünetképzésben feltehetően a szülői törődés és túlvédés észlelt jellemzőinek, és az érintett törődéssel, védelemmel kapcsolatos elvárásainak interakciója a meghatározó. c.) Ezek tisztázása intervenciós pontként szolgálhat a vonatkozó családterápiák során.
4. **Az evészavartól szenvedők személyisége** introvertáltabb, érzelmileg instabilabb, kevésbé barátságos és nyitott volt; magasabb depresszió és vonásszorongás jellemezte őket, mint az evészavartól mentes csoportot. Az apai bánásmód összefüggött a neuroticizmussal. a.) A kötődés relevanciája az evészavartól szenvedők személyiségének alakulásban longitudinális vizsgálatokat ösztönöz.
5. **Az evészavarok prediktorának** a kötődési jellemzők közül csak az alacsonyabb biztonságosság bizonyult. A diszfunkcionális kötődés az evészavarok varianciájának egyötödét magyarázta. A fiatalabb életkor, az alacsonyabb BMI és a magasabb vonásszorongás szintén emelte azok rizikóját. a.) Ez a kötődés bizonytalanságának részleges, általános rizikószerepét támogatja, amely más tényezőkkel additívan jelentkezik evészavarokban. b.) A kötődési biztonságosság fejlesztése, és a szorongás csökkentése alacsony testtömegindexű fiatalok esetén a célzott prevenció eszközeként szolgálhat − ezek értékét specializált programok ellenőrizhetik.
6. **A multiimpulzív evészavartól szenvedőket** az intenzívebb vonásszorongás és evészavartünetek mellett az anyai és apai törődés alacsonyabb foka különítette el a klasszikus evészavartól szenvedőktől. a.) Az alacsonyabb megélt szülői törődés tehát a multiimpulzív személyek megkülönböztető jegye lehet; ennek összefüggése az egyéni tünetképzéssel az esetmodellek során tisztázható. b.) A multiimpulzív egyének számára multimodális terápiás megközelítések javasoltak, amelyek a diagnózishoz ajánlott módszer mellett a szülői törődés fejlesztését és a szorongás csökkentését is célozzák.

7. **Az érzelmi evéstől szenvedők** kötődése bizonytalanabb, anyai törődésük alacsonyabb, anyai túlvédésük magasabb volt az evészavartól mentes csoportnál. A magasabb kötődési aggodalmaskodás és az alacsonyabb anyai törődés bejósolták az érzelmi evés hajlamát − a BMI és a depresszió kontrollja mellett. a.) A kötődési diszfunkciók szerepet játszhatnak az érzelmi evésben; ezért a társas stresszorokra panaszkodó érintettek kötődésének felmérése releváns lehet. b.) További hatékonyságvizsgálatok fényében az érzelmi evésben alkalmazott stresszkezelő módszerek fókuszát jelentheti a társas készségek fejlesztése, a kötődési személyek elérhetősége, és a kapcsolati aggodalmaskodás csökkentése.
8. **A purgáló evészavartól szenvedők** kizárólag a magasabb aggodalmaskodás és az alacsonyabb anyai, apai törődés kötődési dimenzióiban különböztek a nem purgáló személyektől. Aggodalmaskodó kötődés esetén magasabb volt a purgálás gyakorisága, mint az egyéb stílusok esetén. a.) Tehát a kötődési jellemzők elkülöníthetik a purgáló és a nem purgáló evészavartól szenvedő egyéneket. b) A szülőkapcsolatban megélt törődéshiány és a felnőtt intim kapcsolatokban megélt aggodalmaskodás szerepe a purgáló tünetek kialakulásában esetszinten mérlegelendő, illetve longitudinális vizsgálatokat ösztönöz.
9. **A BN-tól szenvedők** kötődése egyedüli csoportként aggodalmaskodóbb és bizalmatlanabb volt az evészavartól mentes, és bizonytalanabb a remisszióban lévő személyeknél. a.) Ez a kötődési diszfunkciók fokozott jelentőségét sugallja BN-ban. b.) Kötődési jellemzőik felmérése a diagnosztika és az intervencióválasztás releváns pontja lehet. c.) Egyes BN-tól szenvedők számára hangsúlyosak lehetnek a kötődési intervenciók, mint a kapcsolatokkal lekötöttség, a visszautasítás iránti szenzitivitás, az intenzív érzelmi reakciók és a reflektivitás elfogultságának ellensúlyozása; ezek ellenőrzése hazánkban is intervenció alapú vizsgálatok szükségesek.
10. **A remisszióban lévő személyek** kötődése az evészavartól mentes személyekéhez hasonló mértékben biztonságos, anyai túlvédésük magasabb volt. a.) Ez a kötődési biztonságosság fejlesztésének terápiás értékét, valamint az evészavarból gyógyult iránti anyai aggodalom és kontroll fixálódását feltételezi a tünetek után is. b.) Ezek a családterápiák és a relapszusprevenció kulcspontjai lehetnek. c.) A keresztmetszeti adatokból nem állapítható meg, hogy a remisszióba jutó személyek kötődése eleve biztonságosabb volt, terápiás hatásra változott, vagy a kötődés biztonságosabbá

válása járult-e hozzá a gyógyulásukhoz. d.) Ezért az aktív és a remisszióban lévő személyek kötődésének összehasonlító vizsgálatai fontos tisztázó értékkel bírhatnak.

11. **A szülői bánásmód** jellemzői közül az apai bánásmód állt közvetett kapcsolatban az evészavartünetek magasabb számával. Az alacsonyabb apai törődés a depresszió, illetve a neuroticizmuson keresztül a depresszió és a testtel való elégedetlenség; a magasabb apai túlvédés pedig a neuroticizmuson keresztül a depresszió és a testtel való elégedetlenség mediálásával. a.) A diszfunkcionális szülői bánásmód nemspecifikus rizikótényezőként különböző útvonalakon kapcsolódhat az evészavartünetekhez – mint a feltártak tényezőké is. b.) Ezek transzdiagnosztikus szinten meghatározóak az evészavarokban; ezért az apakapcsolat fejlesztése, az érzelmi instabilitás, a depresszió és a testtel való elégedetlenség csökkentése intervenciós pontokat jelenthetnek. c.) Az eredmények az apakapcsolat jelentősége mellett a szülői bánásmód indirekt hatását, és az érintett személyiségével való interakcióját hangsúlyozzák a tünetképzésben. d.) Az anyai és apai bánásmód egyes evészavartünetekre kifejtett hatásának összehasonlítása, és azok interakciója az evészavartól szenvedő funkcionális jellemzőivel új terápiás perspektívát nyújthat.

VII. Összefoglalás

A keresztmetszeti online kérdőíves vizsgálat célja a felnőttkori evészavarok és alig feltárt tünettípusok szülői bánásmódjának, felnőtt kötődésének feltárása, az evészavarok prediktorainak tesztelése, és a szülői bánásmód és evészavartünetek kapcsolatának útelemzése volt. Az evészavar csoportban szakértői, az evészavartól mentes csoportban kényelmi mintavétellel vizsgálat zajlott, 2015-2017 áprilisa közt zajlott, a következő eszközökkel: szociodemográfiai, antropometriai, kórelőzményi adatok, Evési Zavar Kérdőív, Evészavartünetek Súlyossági Skálája, Háromfaktoros Evési Kérdőív, Kapcsolati Skálák Kérdőív, Szülői Bánásmód Kérdőív, Big Five 44, CES-D Depresszió Kérdőív, Spielberger Vonásszorongás Skála, falászavar és multiimpulzív tünetleltár. A 258 nőből álló minta (életkorátlag: 31,6; BMI átlag: 23,3) négy csoportra oszlott: 1. evészavar csoport: 95 fő anorexia, bulimia, falászavar, egyéb evészavar diagnózissal; 2. evészavartól mentes csoport: 117 fő; 3. túlsúlyos érzelmi evők: 28 fő; és 4. remisszióban lévő személyek: 18 fő. Az evészavar csoportban ritkább volt a biztonságos (15,8%; 44,6%), gyakoribb az aggodalmaskodó kötődési stílus (40,0%; 17,0%), a bizonytalanság, aggodalmaskodás és bizalmatlanság foka pedig magasabb, mint az evészavartól mentes csoportban. A szülői törődés és túlvédés mértéke nem tért e csoportok közt, de összefüggött a purgálással, az impulzivitással, az érzelmi evéssel és az evészavartünetek számával. Az alacsonyabb kötődési biztonságosság, életkor, testtömegindex és a magasabb vonásszorongás az evészavarok prediktorának bizonyult, varianciájuk 50,9%-át magyarázva. A magasabb aggodalmaskodás és az alacsonyabb anyai törődés összefüggött az érzelmi evés hajlamával. A multiimpulzív személyeket az alacsonyabb szülői törődés és az erősebb szorongás; a purgáló csoportot az alacsonyabb szülői törődés és a magasabb aggodalmaskodás különítette el. A remisszióban lévők anyai túlvédése magasabb, kötődésük az evészavartól mentes csoporthoz hasonlóan biztonságos volt. Az apai törődés alacsonyabb és az apai túlvédés magasabb szintje a neuroticizmus, a depresszió és a testtel való elégedetlenség mediálásával kapcsolódott az evészavartünetekhez; az útelemzéses modell varianciájuk 25,5%-át magyarázta. Az eredmények az apakapcsolat mellett a diszfunkcionális kötődési jellemzők és meghatározott tünettípusok kapcsolatát támogatják. A szülői bánásmód jellemzői egyéb tényezőkkel interakcióban, eltérő útvonalakon különböző tünetekhez járulhatnak hozzá.

VIII. Summary

The aims of the cross-sectional online survey-based study were to compare parental bonding and adult attachment in adult eating disorders and their barely explored symptoms, to test their predictors, and investigate the relationship of parental bonding and eating disorder symptoms using path analysis. Expert sampling in the patient and the convenience sampling method in the comparison group was used, from April 2015 to April 2017. Measures included: sociodemographic, anthropometric, anamnestic data, the Eating Disorder Inventory, the Eating Behavior Severity Scale, the Three Factor Eating Questionnaire, the Relationship Scales Questionnaire, the Parental Bonding Instrument, the Big Five 44, the CES-D Depression Scale, the Spielberger Trait Anxiety Scale, a binge eating and a multi-impulsive symptom inventory. The sample consisted of 258 females (mean age: 31.6; mean BMI: 23.3), divided into 4 groups: 1. Eating disorder patients (N = 95): diagnosed with anorexia, bulimia, binge eating or other eating disorder; 2. those without an eating disorder (N = 95); 3. overweight emotional eaters (N = 28); 4. patients in remission (N = 95). Secure attachment was less (15.8%; 44.6%) and preoccupied was more frequent (40.0%; 17.0%) in eating disorder patients; their attachment was more insecure, more preoccupied, and more fearful than in the non-patient group. Levels of parental care and overprotection were not different between these groups; but they were related to purging, multi-impulsivity, emotional eating and to the number of symptoms. Lower attachment security, age, body mass index and higher trait anxiety were predictors of eating disorders, and explained 50.9% of their variance. Higher preoccupation and lower maternal care were related to emotional eating. Multi-impulsive patients were distinguished by lower parental care and higher anxiety, purging patients by lower parental care and higher preoccupation. Patients in remission had higher maternal overprotection, but their attachment security was similar to the non-patient group. Lower paternal care and higher paternal overprotection were related to eating disorder symptoms through the mediation of neuroticism, depression and body dissatisfaction. The path analysis explained 25.5% of eating disorder symptoms. Results emphasize paternal bonding and the relationship of dysfunctional attachment traits with certain types of symptoms. Parental bonding features interact with other factors, leading to different symptoms through diverse paths.

IX. Irodalomjegyzék

Abbate-Daga G, Gramaglia C, Amianto F, Marzola E, Fassino S. (2010) Attachment insecurity, personality, and body dissatisfaction in eating disorders. J Nerv Ment Dis, 198: 520−524.

Ahrberg M, Trojca D, Nasrawi N, Vocks S. (2011) Body image disturbance in binge eating disorder: a review. Eur Eat Disord Rev, 19: 375-381.

Ainsworth MS. (1989) Attachments beyond infancy. Am Psychol, 44: 709-716.

Ainsworth MS, Bell SM. (1970) Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. Child Dev, 41: 49-67.

American Psychiatric Association. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders fourth edition. DSM-4. American Psychiatric Association, Washington, 1994.

American Psychiatric Association. APA. DSM-5. Referencia-kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz. Oriold és Társai, Budapest, 2013.

Amianto F, Ercole R, Abbate Daga G, Fassino S. (2016a) Exploring parental bonding in BED and non-BED obesity compared with healthy controls: Clinical, personality and psychopathology correlates. Eur Eat Disord Rev, 24: 187-196.

Amianto F, Ercole R, Marzola E, Daga GA, Fassino S. (2015) Parents' personality clusters and eating disordered daughters' personality and psychopathology. Psychiatry Res, 230: 19-27.

Amianto F, Northoff G, Abbate Daga G, Fassino S, Tasca G. (2016b) Is anorexia nervosa a disorder of the self? A psychological approach. Front Psychol, 7: doi:0.3389/fpsyg.2016.00849.

Anderluh MB, Tchanturia K, Rabe-Hesketh S, Treasure J. (2003) Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: defining a broader eating disorder phenotype. Am J Psychiatry, 160: 242-247.

Antai-Otong D. (2016) Evidence-Based Care of the Patient with Borderline Personality Disorder. Nurs Clin, 5: 299-308.

Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. (2011) Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. Arch Gen Psychiatry, 68: 724-731.

Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH. (2009) The first 10,000 Adult Attachment Interviews: Distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. Attach Hum Dev, 11: 223-263.

Bardone-Cone AM, Wonderlich SA, Frost RO, Bulik CM, Mitchell JE, Uppala S, Simonich H. (2007) Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. Clin Psychol Rev, 27: 384-405.

Barone L, Guiducci V. (2009) Mental representations of attachment in eating disorders: A pilot study using the Adult Attachment Interview. Attach Hum Dev, 11: 405-417.

Bartholomew K, Horowitz L. (1991) Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. J Pers Soc Psychol, 61: 226-244.

Becker B, Bell M, Billington R. (1987) Object relations ego deficits in bulimic college women. J Clin Psychol, 43: 92-95.

Beeney JE, Stepp SD, Hallquist MN, Scott LN, Wright AG, Ellison WD, Pilkonis PA. (2015) Attachment and social cognition in borderline personality disorder: Specificity in relation to antisocial and avoidant personality disorders. Personal Disord, 6: 207-215.

Behar AL. (2012) Evolutionary perspective of eating disorders. Rev Med Chile, 140: 517-523.

Behar R, Arriagada MI, Casanova D. (2005) Eating and affective disorders: A comparative study. Rev Med Chile, 133: 1407-1414.

Betlehem JJ. (2010) Selection bias in web surveys. Int Stat Rev, 78: 161-188.

Bifulco A, Kwon J, Jacobs C, Moran PM, Bunn A, Beer N. (2006) Adult attachment style as mediator between childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety. Soc Psych Psych Epid, 41: 796-805.

Blinder BJ, Cumella EJ, Sanathara VA. (2006) Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. Psychosom Med, 68: 454-462.

Bollen E, Wojciechowski FL. (2004) Anorexia nervosa subtypes and the big five personality factors. Eur Eat Disord Rev, 12: 117-121.

Boone L. (2013) Are attachment styles differentially related to interpersonal perfectionism and binge eating symptoms?. Pers Indiv Differ, 54: 931-935.

Bowlby J. A secure base: Clinical applications of attachment theory, Vol. 393. Taylor & Francis, New York, 2005.

Bowlby J. Attachment and loss, Vol. I.. Hogarth, London, 1969.

Bowlby J. (1977) The making and breaking of affectional bonds. II. Some principles of psychotherapy. The fiftieth Maudsley Lecture. Br J Psychiatry, 130: 421-431.

Bowlby J. A secure base: Parent-child attachment and healthy human development. Basic Books, New York, 1988.

Bóna A, Kun B, Kökönyei Gy, Demetrovics Zs. (2013) Az affektív szabályozás zavarai és következményei. Evészavarok és addiktív betegségek. Magy Pszichol Szle, 68: 71-88.

Brennan KA, Clark CL. Shaver PR. Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In: Simpson JA, Rholes WS (szerk.), Attachment theory and close relationships. Guilford Press, New York, 1998: 46-76.

Bretherton I. (2010) Fathers in attachment theory and research: a review. Early Child Dev Care, 180: 9-23.

Broberg AG, Hjalmers I, Nevonen L. (2001) Eating disorders, attachment and interpersonal difficulties: a comparison between 18- to 24-year-old patients and normal controls. Eur Eat Disord Rev, 9: 381-396.

Brownley KA, Berkman ND, Sedway JA, Lohr KN, Bulik CM. (2007) Binge eating disorder treatment: a systematic review of randomized controlled trials. Int J Eat Disorder, 40: 337-348.

Brownstone LM, BardoneCone AM, Fitzsimmons-Craft EE, Printz KS, Le Grange D, Mitchell JE, Wonderlich SA. (2013) Subjective and objective binge eating in relation to eating disorder symptomatology, negative affect, and personality dimensions. Int J Eat Disorder, 46: 66-76.

Brumariu LE, Kerns KA. (2008) Mother-child attachment and social anxiety symptoms in middle childhood. J Appl Dev Psychol, 29: 393-402.

Buchheim A, Erk S, George C, Kächele H, Ruchsow M, Spitzer M, Walter H. (2006) Measuring attachment representation in an fMRI environment: A pilot study. Psychopathology, 39: 144-152.

Bucchianeri MM, Arikian AJ, Hannan PJ, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D. (2013) Body dissatisfaction from adolescence to young adulthood: Findings from a 10-year longitudinal study. Body Image, 10: 1-7.

Buist KL, Dekovic M, Meeus W, van Aken MAG. (2002) Developmental patterns in adolescent attachment to mother, father and sibling. J Youth Adolescence, 31: 167-176.

Bulik C. Nine truths about eating disorders. National Institute of Mental Health, USA, 2014.

Bulik CM, Sullivan PF, Fear JI, Joyce PR. (1997) Eating disorders and antecedent anxiety disorders: a controlled study. Acta Psychiat Scand, 96: 101.107.

Caglar-Nazali HP, Corfield F, Cardi V, Ambwani S, Leppanen J, Olabintan O, Micali N. (2014) A systematic review and meta-analysis of 'Systems for Social Processes' in eating disorders. Neurosci Biobehav R, 42: 55-92.

Canetti L, Kanyas K, Lerer B, Latzer Y, Bachar E. (2008) Anorexia nervosa and parental bonding: the contribution of parent-grandparent relationships to eating disorder psychopathology. J Clin Psychol, 64: 703-716.

Cash TF, Thériault J, Annis NM. (2004) Body image in an interpersonal context: Adult attachment, fear of intimacy and social anxiety. J Soc Clin Psychol, 23: 89-103.

Cassidy J, Shaver PR. Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications. The Guilford Press, New York, 1999.

Cassin SE, von Ranson KM. (2005) Personality and eating disorders: a decade in review. Clin Psychol Rev, 25: 895-916.

Chen C, Hewitt PL, Flett GL. (2015) Preoccupied attachment, need to belong, shame, and interpersonal perfectionism: An investigation of the perfectionism social disconnection model. Pers Indiv Differ, 76: 177-182.

Chisholm JS, Quinlivan JA, Petersen RW, Coall DA. (2005) Early stress predicts age at menarche and first birth, adult attachment, and expected lifespan. Hum Nature, 16: 233-265.

Chopik WJ, Edelstein RS, Fraley RC. (2013) From the cradle to the grave: Age differences in attachment from early adulthood to dld age. J Pers, 81: 171-183.

Ciccheti D, Doyle C. (2016) Child maltreatment, attachment and psychopathology: mediating relations. World Psychiatry, 15: 89-90.

Ciechanowski PS, Walker EA, Katon WJ, Russo JE. (2002) Attachment theory: a model for health care utilization and somatization. Psychosom Med, 64: 660-667.

Ciechanowski P, Sullivan M, Jensen M, Romano J, Summers H. (2003) The relationship of attachment style to depression, catastrophizing and health care utilization in patients with chronic pain. Pain, 104: 627637.

Claes L, Vandereycken W, Luyten P, Soenens B, Pieters G, Vertommen H. (2006) Personality prototypes in eating disorders based on the Big Five model. J Pers Disorders, 20: 401-416.

Claes L, Robinson MD, Muehlenkamp JL, Vandereyken W, Bijttebier P. (2010) Differentiating bingeing/purging and restrictive eating disorder subtypes: The roles of temperament, effortful control, and cognitive control. Pers Indiv Differ, 48: 166-170.

Claydon E, Zerwas S, Callinan L, Smith MV. (2016) Parental reflective functioning among mothers with eating disorder symptomatology. Eat Behav, 23: 141-144.

Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences (Second edition). Lawrence Erlbaum, New Jersey, 1988.

Cole M, Cole SR. (2006) Fejlődéslélektan. Osiris Kiadó, Budapest, 2006.

Collins NL, Read SJ. (1990) Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. J Pers Soc Psychol, 58: 644-663.

Cooper, MJ, Young E. (2016) Parental bonding and body mass index in a female community sample: The mediating role of eating disorder thoughts and core beliefs. Behav Cogn Psychoth, 44: 123-127.

Corstorphine E, Waller G, Lawson R, Ganis C. (2007) Trauma and multiimpulsivity in the eating disorders. Eat Behav, 8: 23-30.

Costa PT, McCrae RR. (1992) Four was five fators are basic. Pers Indiv Differ, 13: 653-665.

Crittenden PM. A dynamic-maturational approach to continuity and change in pattern of attachment. Cambridge University Press, Cambridge, 2000.

Crow SJ, Peterson CB, Swanson SA, Raymond NC, Specker S, Eckert ED, Mitchell JE. (2009) Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. Am J Psychiatry, 166: 1342-1346.

Czeglédi E. (2007) Az elhízás Cooper-Fairburn-féle kognitív viselkedésterápiás megközelítésének bemutatása. Alkalmazott Pszichológia, 9: 174-197.

Czeglédi E, Bartha E, Urbán R. (2011) Correlates of eating behavior among female college students. Magy Pszichol Szle, 66: 299−320.

Czeglédi E, Urbán R. (2010). A Háromfaktoros Evési Kérdőív (Three Factor Eating Questionnaire Revised 21-item) hazai adaptációja. Magy Pszichol Szle, 65: 463-494.

Csabai K, Szabó P, Hámori E. (2014) Relationship between mothers' perceptions formed about infants, attachment style, and early feeding habits. Rev Psychol, 21: 91-98.

Csóka Sz, Lázár I. Kötődési jellemzők a mai magyar népesség körében; a kötődési biztonság, mint potenciális védőfaktor. In: Susánszky É, Szántó Zs (szerk.), Magyar lelkiállapot 2013 (pp. 187−198). Semmelweis Kiadó, Budapest, 2013: 187-198.

Csóka Sz, Szabó G, Sáfrány E, Rochlitz R, Bódizs R. (2007) Kísérlet a felnőttkori kötődés mérésére – a kapcsolati kérdőív (Relationship Scales Questionnaire) magyar változata. Pszichológia, 27: 333-355.

Dakanalis A, Clerici M, Carrà G. (2016) Narcissistic vulnerability and grandiosity as mediators between insecure attachment and future eating disordered behaviors: a prospective analysis of over 2,000 freshmen. J Clin Psychol, 72: 279-292.

Dakanalis A, Timko CA, Zanetti MA, Rinaldi L, Prunas A, Carrà G, Clerici M. (2014) Attachment insecurities, maladaptive perfectionism, and eating disorder symptoms: A latent mediated and moderated structural equation modeling analysis across diagnostic groups. Psychiatry Res, 215: 176-184.

Dalley SE, Buunk AP, Umit T. (2009) Female body dissatisfaction after exposure to overweight and thin media images: The role of body mass index and neuroticism. Pers Indiv Differ, 49: 47-51.

Dallos R, Denford S. (2008) A gualitative exploration of relationship and attachment themes in families with an eating disorder. Clin Child Psychol P, 13: 305-322.

Daniel SIF, Lunn S, Poulsen S. (2015) Client attachment and therapist feelings in the treatment of bulimia nervosa. Psychother, 52: 247-257.

Daniel SIF, Poulsen S, Lunn S. (2016) Client attachment in a randomized clinical trial of psychoanalytic and cognitive-behavioral psychotherapy for bulimia nervosa: Outcome moderation and change. Psychother, 53: 174-184.

Dawe S, Loxton NJ. (2004) The role of impulsivity in the development of substance use and eating disorders. Neurosci Biobehav R, 28: 343-351.

de Castro JM, Plunkett S. (2002) A general model of intake regulation. Neurosci Biobehav R, 26: 581-595.

Delvecchio E, Di Riso D, Salcuni S, Lis A, George C. (2014) Anorexia and attachment: dysregulated defense and pathological mourning. Front Psychol, 5, doi: 10.3389/fpsyg.2014.01218.

Demeter A, Túry F, Czeglédi E. (2015) Az evészavarok egy lehetséges kockázati tényezője: a szülők megjelenéssel kapcsolatos elvárásai. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 16: 231-251.

Demetrovics Zs. Drog, család, személyiség. Különböző típusú drogok használatának személyiségpszichológiai és családi háttere. L'Harmattan, Budapest, 2007.

Demidenko N, Tasca GA, Kennedy N, Bissada H. (2010) The mediating role of self-concept in the relationship between attachment insecurity and identity differentiation among women with an eating disorder. J Soc Clin Psychol, 29: 1131-1152.

De Panfilis, C., Rabbaglio, P., Rossi, C., Zita, G., Maggini, C. (2003) Body image disturbance, parental bonding and alexithymia in patients with eating disorders. Psychopathology, 36: 239−246.

De Paoli T, Fuller-Tyszkiewicz M, Halliwell E, Puccio F, Krug I. (2017a) Social rank and rejection sensitivity as mediators of the relationship between insecure attachment and disordered eating. Eur Eat Disord Rev, doi:10.1002/erv.2537.

De Paoli T, Fuller-Tyszkiewicz M, Krug I. (2017b) Insecure attachment and maladaptive schema in disordered eating: The mediating role of rejection sensitivity. Clin Psychol Psychother, doi: 0.1002/cpp.2092.

de Vito E. (2013) The link between ambivalent-preoccupied mode of attachment and narcissistic vulnerability in adolescence. Prax Kinderpsychol K, 62: 748-757.

Dévald P. Öndestruktivitás az evészavarokban. Pszichoanalitikus Gyermek- és Serdülőterápiás Intézet, Budapest, 1993.

Dias P, Soares I, Klein J, Cunha JP, Roisman GI. (2011) Autonomic correlates of attachment insecurity in a sample of women with eating disorders. Attach Hum Dev, 13: 155-167.

Díaz-Marsá M, Luis J, Sáiz J. (2000) A study of temperament and personality in anorexia and bulimia nervosa. J Pers Disorders, 14: 352-359.

Di Pentima L, Magnani M, Tortolani D, Montecchi F, Ardovini C, Caputo G. (1998) Use of the Parental Bonding Instrument to compare interpretations of the parental bond

by adolescent girls with restricting and binge/purging anorexia nervosa. Eat Weight Disord, 3: 25-31.

Djuroska K, Hámori E, Pászthy B. (2008) Anorexia lélektana az anya-gyerek kapcsolat tükrében. Psychiatr Hung, 23: 12-13.

Djuroska K, Hámori E, Pászthy B. (2009) A kötődési kapcsolat dinamikája anorexia nervosában. Serdülő- és Gyermek Pszichoter, 9: 67-82.

Dozier M, Stovall-McClough KC, Albus KE. Attachment and psychopathology in adulthood. In: Cassidy J, Shaver PR (szerk.), Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications, 2nd ed. Guilford Press, New York, 2008: 718-744.

Duchesne AP, Dion J, Landale D, Bégin C, Édmond C, Landale G, McDuff P. (2016) Body dissatisfaction and psychological distress in adolescents: Is self-esteem a mediator? J Health Psychol, doi:10.1177/1359105316631196.

Dupont ME, Corcos M. (2008) Psychopathology in eating disorders: new trends. La Revue du Praticien, 58: 141-148.

Dwyer KM. (2005) The meaning and measurement of attachment in middle and late childhood. Hum Dev, 48: 155-182.

Dykas MJ, Cassidy J. (2011) Attachment and the processing of social information across the life span: theory and evidence. Psychol Bull, 137: 19-46.

Edler C, Haedt AA, Keel PK. (2007) The use of multiple purging methods as an indicator of eating disorder severity. Int J Eat Disorder, 40: 515-520.

Eggert J, Levendosky A, Klump K. (2007) Relationships among attachment styles, personality characteristics, and disordered eating. Int J Eat Disorder, 40: 149-155.

Eisenberg N, Spinrad TL, Eggum ND. (2010) Emotion-related self-regulation and its relation to children's maladjustment. Ann Rev Clin Psychol, 6: 495-525.

Elfhag K, Morey LC. (2008) Personality traits and eating behavior in the obese: poor self-control in emotional and external eating but personality assets in restrained eating. Eat Behav, 9: 285-293.

Elgin J, Pritchard M. (2006) Adult attachment and disordered eating in undergraduate men and woman. J Coll Student Psychother, 21: 25-40.

Ellis BJ, Boyce WT, Belsky J, Bakermans-Kranenburg MJ, Van Ijzendoorn MH. (2011) Differential susceptibility to the environment: An evolutionary-neurodevelopmental theory. Dev Psychopathol, 23: 7-28.

Engel K, Stienen M. (1988) Father types of anorexia nervosa patients: The ‘bonding’, the ‘brutal’, the ‘weak’ and the ‘absent’ father. Psychother Psychosom, 49: 145-152.

Ennis MW, Cox JB, Clara I. (2002) Parental bonding and adult psychopathology: results from the US National Comorbidity Survey. Psychol Med, 32: 997-1008.

Etkin A, Klemenhagen KC, Dudman JT, Rogan MT, Hen R, Kandel ER, Hirsch J. (2004) Individual differences in trait anxiety predict the response of the basolateral amygdala to unconsciously processed fearful faces. Neuron, 44: 1043-1055.

Evenden JL. (1999) Varieties of impulsivity. Psychopharmacology, 146: 348-361.

Eysenbach G, Wyatt J. (2002) Using the Internet for surveys and health research. J Med Internet Res, 4: doi: 10.2196/jmir.4.2.e13.

Faber A, Dubé L. (2015) Parental attachment insecurity predicts child and adult high-caloric food consumption. J Health Psychol, 20: 511-524.

Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. (2003) Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. Behav Res Ther, 41: 509-528.

Fanous A, Gardner CO, Prescott CA, Carno R, Sendler KS. (2002) Neuroticism, major depression and gender: a population-based twin study. Psychol Med, 32: 719-728.

Farmer A, Redman K, Harris T, Mahmood A, Sadler S, Pickering A, McGuffin P. (2002) Neuroticism, extraversion, life events and depression. The Cardiff Depression Study. Br J Psychiatry, 181: 118-122.

Fernández-Aranda F Jiménez-Murcia S, Álvarez-Moya EM, Granero R, Vallejo J, Bulik CM. (2006) Impulse control disorders in eating disorders: clinical and therapeutic implications. Compr Psyhiat, 47: 482-488.

Fichter MM, Quadflieg N, Rief W. (1994) Course of multi-impulsive bulimia. Psychol Med, 24: 591-604.

Folke S, Daniel SI, Poulsen S, Lunn S. (2016) Client attachment security predicts alliance in a randomized controlled trial of two psychotherapies for bulimia nervosa. Psychother Res, 26: 459-471.

Fonagy P, Bateman A. (2008) The development of borderline personality disorder—A mentalizing model. J Pers Disorders, 22: 4-21.

Fonagy P, Steele H, Steele M. (1991) Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. Child Dev, 62: 891-905.

Fossati A, Feeney JA, Carretta I, Grazioli F, Milesi R, Leonardi B, Maffei C. (2005) Modeling the relationships between adult attachment patterns and borderline personality disorder: The role of impulsivity and aggressiveness. J Soc Clin Psychol, 24: 520-537.

Fossati A, Acquarini E, Feeney JA, Borroni S, Grazioli F, Giarolli LE, Maffei C. (2009) Alexithymia and attachment insecurities in impulsive aggression. Attach Hum Dev, 11: 165-182.

Fox NA, Kimmerly NL, Schafer WD. (1991) Attachment to mother/attachment to father: A meta-analysis. Child Dev, 62: 210-225.

Fraley, C. R. (2002). Attachment stability from infancy to adulthood: Meta-analysis and dynamic modeling of developmental mechanisms. Pers Soc Psychol Rev, 6: 123-151.

Fraley RC, Spieker SJ. (2003) What are the differences between dimensional and categorical models of individual differences in attachment? Dev Psychol, 39: 423-429.

Friedberg NL, Lyddon WJ. (1996) Self-other working models and eating disorders. J Cogn Psychother, 10: 193-202.

Frith CD, Frith U. (2006) How we predict what other people are going to do. Brain Res, 1079: 36-46.

Frisén A, Lunde C, Kleiberg AN. (2013) Body esteem in Swedish children and adolescents: Relationships with gender, age, and weight status. Nordic Psychol, 65: 65-80.

Fujimori A, Wada Y, Yamashita T, Choi H, Nishizawa S, Yamamoto H, Fukui K. (2011) Parental bonding in patients with eating disorders and self-injurious behavior. Psychiatry Clinl Neurosci, 65: 272-279.

Gander M, Sevecke K, Buchheim A. (2015) Eating disorders in adolescence: attachment issues from a developmental perspective. Front Psychol, 6, doi: 10.3389/fpsyg.2015.01136.

Garcia D, Granjard A, Lundblad S, Archer T. (2017) A dark past, a restrained present, and an apocalyptic future: time perspective, personality, and life satisfaction among anorexia nervosa patients. Peer J, 5, doi:10.7717/peerj.3801.

Garner DM, Olmsted MP, Polivy J. (1983) Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. Int J Eat Disorder, 1: 15-34.

Geliebter A, Aversa A. (2003) Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. Eat Behav, 3: 341-347.

George C, West M. (2001) The development and preliminary validation of a new measure of adult attachment: The Adult Attachment Projective. Attach Hum Dev, 3: 30-61.

Gervai J, Novak A, Lakatos K, Toth I, Danis I, Ronai Z, Lyons-Ruth K. (2007) Infant genotype may moderate sensitivity to maternal affective communications: Attachment disorganization, quality of care, and the DRD4 polymorphism. Soc Neurosci, 2(3–4), 307−319.

Ghaderi A, Scott B. (2000) The big five and eating disorders: A prospective study in the general population. European J Pers, 14: 311-323.

Gianini L, Roberto CA, Attia E, Walsh BT, Thomas JJ, Eddy KT, Sysko R. (2017) Mild, moderate, meaningful? Examining the psychological and functioning correlates of DSM-5 eating disorder severity specifiers. Int J Eat Disorder, doi: 10.1002/eat.22728.

Gianini LM, White MA, Masheb RM. (2013) Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. Eat Behav, 14: 309-313.

Goossens L, Braet C, Van Vlierberghe L, Mels S. (2009) Loss of control over eating in overweight youngsters: the role of anxiety, depression and emotional eating. Eur Eat Disord Rev, 17: 68-78.

Goossens L, Van Durme K, Van Beveren ML, Claes L. (2017) Do changes in affect moderate the association between attachment anxiety and body dissatisfaction in children? An experimental study by means of the Trier Social Stress Test. Eat Behav, 26, 83−88.

Gravener JA, Haedt AA, Haetherton TF, Keel PK. (2008) Gender and age differences in associations between peer dieting and drive for thinness. Int J Eat Disorder, 41: 57-63.

Griffin D, Bartholomew K. (1994) Models of the self and others: fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. J Pers Soc Psychol, 67: 430-445.

Gross JJ, John OP. (2003) Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and wellbeing. J Pers Soc Psychol, 85: 348-362.

Grossman KE, Grossman K. Universality of human social attachment as an adaptive process. Attachment and bonding: A new synthesis. Germany, 2006; 199-228.

Hámori E, Horváth J. (2017) A kötődés élményrétegei serdülő- és felnőttkorban. Magy Pszichol Szle, 72: 107-126.

Hardit SK, Hannum JW. (2012) Attachment, the tripartite influence model, and the development of body dissatisfaction. Body Image, 9: 469-475.

Hardman CA, Christiansen P, Wilkinson LL. (2016). Using food to soothe: Maternal attachment anxiety is associated with child emotional eating. Appetite, 99: 91-96.

Harris AE, Curtin L. (2002) Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. Cogn Ther Res, 26: 405-416.

Harry F, Harlow M. (1971) Learning to love. Am Sci, 54: 244-272.

Hay P, Chinn D, Forbes D, Madden S, Newton R, Sugenor L, Ward W. (2014) Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. Aust N Z J Psychiatry, 48: 977-1008.

Hazan C, Shaver P. (1987) Romantic love conceptualized as and attachment process. J Pers Soc Psychol, 52: 511-524.

Hernandez-Hons A, Woolley SR. (2012) Women's experiences with emotional eating and related attachment and sociocultural processes. J Marital Fam Ther, 38: 589-603.

Hesse E. The Adult Attachment Interview: Protocol, method of analysis, and empirical studies. In: Cassidy J, & Shaver PR (szerk.), Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications. Guilford Press, New York, 2008: 552-598.

Hill J, Fonagy P, Safier E, Sargent J. (2003) The ecology of attachment in the family. Fam Process, 42: 205-221.

Hollander E, Staphanie D, Benzaquen E. (1997) The obsessive-compulsive spectrum disorders. Int Rev Psychiatry, 9: 99-110.

Hooper D, Coughlan J, Mullen MR. (2008) Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. J Business Res Method, 6: 53-60.

Horesh N, Sommerfeld E, Wolf M, Zubery E, Zalsman G. (2015) Father-daughter relationship and the severity of eating disorders. Eur Psychiatry, 30: 114-120.

Hrubý R, Hašto J, Minárik, P. (2011) Attachment in integrative neuroscientific perspective. Activitas Nervosa Superior Rediviva, 53: 49-58.

Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. (2007) The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey replication. Biol Psychiatry, 61: 348-358.

IBM Corporation. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. IBM Corporation, Armonk, New York, 2015.

Illing V, Tasca GA, Balfour L, Bissada, H. (2010) Attachment insecurity predicts eating disorder symptoms and treatment outcomes in a clinical sample of women. J Nerv Ment Dis, 198: 653-659.

Insel TR. (2003) Is social attachment an addictive disorder?. Physiol Behav 79: 351-357.

Jackson KL, Janssen I, Appelhans BM, Kazlauskaite R, Karavolos K, Dugan SA, Avery EA, Shipp-Johnson KJ, Powell LH, Kravitz HM. (2014) Body image satisfaction and depression in midlife women: the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). Arch Womens Mental Health, 17: 177-187.

Jacobi C, Hayward C, de Zwaan M, Kraemer HC, Agras WS. (2004) Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. Psychol Bull, 130: 19-65.

Jewell T, Collyer H, Gardner T, Tchanturia K, Simic M, Fonagy P, Eisler I. (2016) Attachment and mentalization and their association with child and adolescent eating pathology: A systematic review. Int J Eat Disorder, 49: 354-373.

John OP, Donahue EM, Kentle RL. The Big Five Inventory: Versions 4a and 54. University of California, Berkeley, 1991.

Johnson J, Cohen P, Kasen S, Brook J. (2002) Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. Am J Psychiatry, 159: 394-400.

Karlsson J, Persson LO, Sjöström L, Sullivan M. (2000) Psychometric properties and factor structure of the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in obese men and women. Results from the Swedish Obese Subjects (SOS) study. Int J Obes, 24: 1715-1725.

Katz AN. (1989) Autobiographical memory as a reconstructive process: an extension of Ross's hypothesis. Can J Exp Psychol, 43: 512-517.

Kaye W (2008). Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. Physiol Behav 94: 121-135.

Kaye WH, Bulik CM, Thornton L, Barbarich N, Masters K. (2004) Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. Am J Psychiatry, 161: 2215-2221.

Keating C, Castle DJ, Newton R, Huang C, Rossell SL. (2016) Attachment Insecurity Predicts Punishment Sensitivity in Anorexia Nervosa. J Nerv Ment Dis, 204: 793-798.

Keating L, Tasca GA, Bissada H. (2015) Pre-treatment attachment anxiety predicts change in depressive symptoms in women who complete day hospital treatment for anorexia and bulimia nervosa. Psychol Psychother T, 88: 54-70.

Keating L, Tasca GA, Hill R. (2013) Structural relationships among attachment insecurity, alexithymia, and body esteem in women with eating disorders. Eat Behav, 14: 366-373.

Keitel-Korndörfer A, Bergmann S, Nolte T, Wendt V, von Klitzing K, Klein AM. (2016) Maternal mentalization affects mothers' – but not children's – weight via emotional eating. Attach Hum Dev, 18: 487-507.

Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. (1992). Major depression and generalized anxiety disorder: same genes, (partly) different environments?. Arch Gen Psychiat, 49: 716-722.

Kenny ME, Hart K. (1992) Relationship between parental attachment and eating disorders in an inpatient and a college sample. J Couns Psychol, 39: 521-526.

Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES, Linna MS, Sihvola E, Raevuori A, Rissanen A. (2007) Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. Am J Psychiatry, 164: 1259-1265.

Koskina N, Giovazolias T. (2010) The effect of attachment insecurity in the development of eating disturbances across gender: The role of body dissatisfaction. J Psychol, 144: 449-471.

Kövesdi A, Haraszti I, Csenki L, Pászthy B, Gallai M. Kamaszkori evészavarok vizsgálata Szondi-teszttel. In: Vargha A (szerk.), Magyar Pszichológiai Társaság XXIII. országos nagygyűlése. Határtalan Pszichológia Kivonatkötet. Marosvásárhely, 2014.

Krizbai T. Az evészavarok egyes epideimológiai és pszichológiai vonatkozásai különös tekintettel az önéletrajzi emlékezetre. Doktori értekezés. Debreceni Egyetem, Debrecen, 2011.

Kuipers GS, den Hollander S, van der Ark LA, Bekker MH. (2017) Recovery from eating disorder 1 year after start of treatment is related to better mentalization and strong reduction of sensitivity to others. Eat Weight Disord, doi: 10.1007/s40519-017-0405-x.

Kuipers GS, van Loenhout Z, van der Ark LA, Bekker MH. (2016) Attachment insecurity, mentalization and their relation to symptoms in eating disorder patients. Attach Hum Dev, 18: 250-272.

Lacey JH, Evans CDH. (1986) The Impulsivist: a multi-impulsive personality disorder. Brit J Addict, 81: 641-649.

Laghi F, McPhie ML, Baumgartner E, Rawana JS, Pompili S, Baiocco R. (2016) Family functioning and dysfunctional eating among Italian adolescents: The moderating role of gender. Child Psychiatry Hum D, 47: 43-52.

Laitinen JE, Sovio U. (2002) Stress-related eating and drinking behavior and body mass index and predictors of this behavior. Prev Med, 34: 29-39.

Latzer Y, Hochdorf Z, Bachar E, Canetti L. (2002) Attachment style and family functioning as discriminating factors in eating disorders. Contemp Fam Ther, 24:581-599.

Láng A, Nagy L. (2013) Kötődéselmélet és fejlődési pszicho-patológia-szemlélet, modellek, közvetítő mechanizmusok. Magy Pszichol Szle, 68: 23-37.

Lázár I. Pszichoneuroimmunológia (PNI). In: Kopp M, Berghammer R. (szerk.), Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia. Medicina, Budapest, 2009: 280-324.

Lee A, Hankin BL. (2009) Insecure attachment, dysfunctional attitudes, and low selfesteem predicting prospective symptoms of depression and anxiety during adolescence. J Clin Child Adolesc, 38: 219-231.

Leibowitz SF. (1990) The role of serotonin in eating disorders. Drugs, 39: 33-48.

Lenkiewicz K, Srebnicki T, Bryńska A. (2016) Mechanisms shaping the development of personality and personality disorders in children and adolescents. Psychiatr Pol, 50: 621-629.

Lenzi D, Trentini C, Tambelli R, Pantano P. (2015) Neural basis of attachment-caregiving systems interaction: Insights from neuroimaging studies. Front Psychol, 6, doi:10.3389/fpsyg.2015.01241.

Lev-Ari L, Baumgarten-Katz I, Zohar AH. (2014) Show me your friends, and I shall show you who you are: The way attachment and social comparisons influence body dissatisfaction. Eur Eat Disord Rev, 22: 463-469.

Levy KN, Meehan KB, Kelly KM, Reynoso JS, Weber M, Clarkin JF, Kernberg OF. (2006) Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control

trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. J Consult Clin Psychol, 74: 1027-1040.

Lilenfeld LR, Kayen WH, Greeno GC, Merikangas KR, Plotnicov K, Pollice C, Rao R, Strober M, Bulik CM, Nagy L. (1998) A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia bervosa psychiatric disorders in first-gegree relatives and effects of proband comorbidity. Arch Gen Psychiat, 55: 603-610.

Lilenfeld LR, Wonderlich S, Riso LP, Crosby R, Mitchell J. (2006) Eating disorders and personality: A methodological and empirical review. Clin Psychol Rev, 26: 299-320.

Lobera IJ. Bulimia nervosa and personality: A review, new insights into the prevention and treatment of bulimia nervosa. In: Philippa H. (szerk.), New insights into the prevention and treatment of bulimia nervosa. Intech Open, Rijeka, 2011: 127-146.

Lock J, Le Grange D. Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach. Guilford, New York, 2015.

Machado TD, Dalle Molle R, Reis RS, Rodrigues DM, Mucellini AB, Minuzzi L, Cunha ACDA. (2016) Interaction between perceived maternal care, anxiety symptoms, and the neurobehavioral response to palatable foods in adolescents. Stress, 19: 287-294.

Macht M. (2008) How emotions affect eating: a five-way model. Appetite, 50: 1-11.

Main M, Hesse E, Kaplan N. Predictability of attachment behavior and representational processes at 1, 6, and 19 years of age. In: Grossmann KE, Grossmann K, Waters E. (szerk.), Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies. Guilford Press, New York, 2005: 245-304.

Main M, Solomon J. Procedures for identifying infants as disorganised/ disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM. (szerk.), Attachment in the Preschool Years. University of Chicago Press, Chicago, 1990: 121-160.

Main M, Weston DR. (1981) The quality of the toddler's relationship to mother and to father: Related to conflict behavior and the readiness to establish new relationships. Child Dev, 52: 930-940.

Mäkinen M, Puukko-Viertomies LR, Lindberg N, Siimes MA, Aalberg V. (2012) Body dissatisfaction and body mass in girls and boys transitioning from early to mid-

adolescence: Additional role of self-esteem and eating habits. BMC Psychiatry, 12, doi:10.1186/1471-224X-12-35.

Malouff JM, Thorsteinsson EB, Schutte NS. (2005) The relationship between the five-factor model of personality and symptoms of clinical disorders: A meta-analysis. J Psychopathol Behav, 27: 101-114.

Mancia M. (2006) Implicit memory and early unrepressed unconscious: Their role in the therapeutic process (How the neurosciences can contribute to psychoanalysis). Int J Psychoan, 87: 83-103.

Mattanah JF, Hancock GR, Brand BL. (2004) Parental attachment, separation-individuation, and college student adjustment: A structural equation analysis of mediational effects. J Couns Psychol, 51: 213-225.

Maras D, Obeid N, Flament M, Buchholz A, Henderson KA, Gick M, Goldfield GS. (2016) Attachment style and obesity: disordered eatingt behaviors as a mediator in a community sample of Canadian youth. J Dev Behav Pediatr, 37: 762-770.

Marmarosh CL. (2014) Empirical research on attachment in group psychotherapy: Moving the field forward. Psychotherapy, 51: 88-92.

Markin RD, Marmarosh C. (2010) Application of adult attachment theory to group member transference and the group therapy process. Psychotherapy-Theor Res, 47: 111-121.

Mathiesen BB, Pedersen SH, Sandros C, Katznelson H, Wilczek A, Poulsen S, Lunn S. (2015) Psychodynamic profile and reflective functioning in patients with bulimia nervosa. Compr Psyhiat, 62: 20-26.

Maunder RG, Hunter JJ. (2008) Attachment relationships as determinants of physical health. J Am Acad Psychoan Dyn Psychiatry, 36: 11-32.

Masheb RM, Grilo CM. (2006) Emotional overeating and its associations with eating disorder psychopathology among overweight patients with binge eating disorder. Int J Eat Disorder, 39: 141-146.

Maxwell H, Tasca GA, Ritchie K, Balfour L, Bissada H. (2014) Change in attachment insecurity is related to improved outcomes 1-year post group therapy in women with binge eating disorder. Psychotherapy, 51: 57-65.

Maxwell H, Tasca GA, Grenon R, Faye M, Ritchie K, Bissada H, Balfour L. (2017) Change in Attachment Dimensions in Women with Binge – Eating Disorder Following

Group Psychodynamic Interpersonal Psychotherapy. Psychother Res, doi:10.1080/10503307.2017.1278804.

Mesman J, van Ijzendoorn MH, Sagi-Schwartz A. Cross-cultural patterns of attachment - Universal and contextual dimensions. Cassidy J, Shaver PR (szerk.), Handbook of Attachment. Third Edition: Theory, Research, and Clinical Applications. Guilford Press, New York, 2016: 790-815.

Mikulincer M, Shaver PR. (2012) An attachment perspective on psychopathology. World Psychiatry, 11: 11-15.

Mikulincer M, Shaver PR, Pereg D. (2003) Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. Motiv Emot, 27: 77-102.

Milan S, Acker JC. (2014) Early attachment quality moderates eating disorder risk among adolescent girls. Psychol Health, 29: 896-914.

Milevsky A, Schlechter M, Netter S, Keehn D. (2007) Maternal and paternal parenting styles in adolescents: Associations with self-esteem, depression and life-satisfaction. J Child Fam Stud, 16: 39-47.

Minnick AM, Cachelin FM, Durvasula RS. (2017) Personality disorders and psychological functioning among latina women with eating disorders. Behav Med, 43: 200-207.

Minuchin S, Rosman BL, Baker L, Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context. Harvard University Pres, Boston, 2009.

Monteleone AM, Scognamiglio P, Volpe U, Di Maso V, Monteleone P. (2016) Investigation of oxytocin secretion in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Relationships to temperament personality dimensions. Eur Eat Disord Rev, 24: 52-56.

Muris P, Mayer B, Meesters C. (2000) Self-reported attachment style, anxiety, and depression in children. Soc Behav Personal, 28: 157-162.

Murphy R, Straebler S, Basden S Cooper Z, Fairburn CG. (2012) Interpersonal psychotherapy for eating disorders. Clin Psychol Psychother, 19: 150-158.

Muthén LK, Muthén BO. Mplus user’s guide. 5th ed. Muthén & Muthén, Los Angeles, 1998-2007.

Münch AL, Hunger C, Schweitzer J. (2016) An investigation of the mediating role of personality and family functioning in the association between attachment styles and eating disorder status. BMC Psychol, 4, doi:10.1186/s40359-016-0141-4.

Myers TC, Wonderlich SA, Crosby R, Mitchell JE, Steffen KJ, Smyth J, Miltenberger, R. (2006) Is multi-impulsive bulimia a distinct type of bulimia nervosa: psychopathology and EMA findings. Int J Eat Disorder, 39: 655-661.

Nagy B, Szekcső E. Az evészavarok és kötődészavarok között kibontakozó összefüggések vizsgálata a serdülőkori populációban. In: Nagy B (szerk.), Klinikai gyermeklélektan és preventív egészségpszichológia a gyakorlatban. Debreceni Egyetem, Debrecen, 2014.

Neiss MB, Stevenson J, Legrand LN, Lacono WG, Sedikides K. (2009) Self-esteem, negative emotionality, and depression as a common temperamental core: A study of midadolescent twin girls. J Pers, 77: 327.346.

Németh Á. Testkép, tápláltsági állapot, testtömeg-kontroll. In: Németh Á, Költő A (szerk.), Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja. Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest, 2011: 77-82.

Newman L, Mares S. (2007) Recent advances in the theories of and interventions with attachment disorders. Curr Opin Psychiatry, 20: 343-348.

Nguyen-Michel ST, Unger JB, Spruijt-Metz D. (2007) Dietary correlates of emotional eating in adolescence. Appetite, 49: 494-499.

Niego SH, Pratt EM, Agras WS. (1997) Subjective or objective binge: Is the distinction valid?. Int J Eat Disorder, 22: 291-298.

Nishizono-Maher A, Ikuta N, Ogiso Y, Moriya N, Miyake Y, Minakawa K. (1993) Object images of eating disorder patients. Psychiatry Clinl Neurosci, 47: 555-562.

Noftle EE, Shaver PR. (2006) Attachment dimensions and the big five personality traits: Associations and comparative ability to predict relationship quality. J Res Pers, 40: 179-208.

Nolte T, Guiney J, Fonagy P, Mayes LC, Luyten P. (2011) Interpersonal stress regulation and the development of anxiety disorders: an attachment-based developmental framework. Front Behav Neurosci, 5, doi: 10.3389/fnbeh.2011.00055.

O'Kearney R. (1996) Attachment disruption in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review of theory and empirical research. Int J Eat Disorder, 20: 115-127.

Olivardia R, Pope HG, Borowiecki JJ, Cohane GH. (2004) Biceps and body image: The relationship between muscularity and self-esteem, depression, and eating disorder symptoms. Psychol Men Mascul, 5: 112-120.

Oliviera P, Costa, ME. (2009) Interrelationships of adult attachment orientations, health status and worrying among fibromyalgia patients. J Health Psychol, 14: 1184-1195.

Orzolek-Kronner C. (2002) The effect of attachment theory in the development of eating disorders: Can symptoms be proximity-seeking?. Child Adolesc Soc Work J, 19: 421-435.

O'Shaughnessy R, Dallos R. (2009) Attachment research and eating disorders: A review of the literature. Clin Child Psychol P, 14: 559-574.

Overton A, Selway S, Strongman K, Houston M. (2005) Eating disorders – The regulation of positive as well as negative emotion experience. J Clin Psychol Med S, 12: 39-56.

Pace CS, Guiducci V, Cavanna D. (2016) Attachment in eating-disordered outpatients with and without borderline personality disorder. J Health Psychol, doi:1359105316636951.

Pallister E, Waller G. (2008) Anxiety in the eating disorders: understanding the overlap. Clin Psychol Rev, 28: 366-386.

Parker G, Tupling H, Brown LB. (1979) A Parental Bonding Instrument. Brit J Med Psychol, 52: 1-10.

Pawłowska B, Masiak M. (2007) Comparison of socio-demographic data of female patients with purging and restricting types of anorexia nervosa hospitalised at the Psychiatry Department of the Medical University of Lublin in the years 1993–2003. Psychiatr Pol, 41: 350-364.

Pearson CM, Lavender JM, Cao L, Wonderlich SA, Crosby RD, Engel SG, Crow SJ. (2017) Associations of borderline personality disorder traits with stressful events and emotional reactivity in women with bulimia nervosa. J Abnorm Psychol, 126: 531-539.

Pedersen SH, Lunn S, Katznelson H, Poulsen S. (2012) Reflective functioning in 70 patients suffering from bulimia nervosa. Eur Eat Disord Rev, 20: 303-310.

Pepping CA, O'Donovan A, Zimmer-Gembeck MJ, Hanisch M. (2015) Individual differences in attachment and eating pathology: The mediating role of mindfulness. Pers Indiv Differ, 75: 24-29.

Peterson C, Seligman ME. Character strengths and virtues: A handbook and classification (Vol. 1). Oxford University Press, Oxford, 2004.

Pilecki MW. (2008) Psychogenic determinants of bulimia nervosa. Przeglad Lekarski, 66: 106-109.

Pinaquy S, Chabrol H, Simon C, Louvet JP, Barbe P. (2003) Emotional eating, alexithymia, and binge-eating disorder in obese women. Obesity, 11: 195-201.

Pinquart M, Feußner C, Ahnert L. (2013) Meta-analytic evidence for stability in attachments from infancy to early adulthood. Attach Hum Dev, 15: 189-218.

Polivy J, Herman CP. (2002) Causes of eating disorders. Ann Rev Psychol, 53: 187-213.

Preti A, Incani E, Cmaboni MV, Petretto DR, Masala C. (2006) Sexual abuse and eating disorder symptoms: The mediator role of body satisfaction. Compr Psyhiat, 47: 475-481.

Prinzie P, Stams GJJM, Dekovic M, Reijntjes AHA. (2009) The relations between parents' Big Five personality factors and parenting: A meta-analytic Review. J Pers Soc Psychol, 97: 351-362.

Radloff LS. (1977) The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. Appl Psych Meas, 1: 385-401.

Ranote S, Elliott R, Abel KM, Mitchell R, Deakin JFW, Appleby L. (2004) The neural basis of maternal responsiveness to infants: an fMRI study. Neuroreport, 15: 1825-1829.

Raval V, Goldberg S, Atkinson L, Benoit D, Myhal N, Poulton L, Zwiers M. (2001) Maternal attachment, maternal responsiveness and infant attachment. Infant Behav Dev, 24: 281-304.

Ravitz P, Maunder R, Hunter J, Sthankiya B, Lancee W. (2010) Adult attachment measures: A 25-year review. J Psychosom Res, 69: 419-432.

Rhodes B, Kroger J. (1992) Parental bonding and separation-individuation difficulties among late adolescent eating disordered women. Child Psychiatry Hum Dev, 22: 249-263.

Ricciardelli LA, McCabe MP. (2001) Self-esteem and negative affect as moderators of sociocultural influences on body dissatisfaction, strategies to decrease weight, and strategies to increase muscles among adolescent boys and girls. Sex Roles, 44: 189-207.

Ringer F, Crittenden PM. (2007) Eating disorders and attachment: The effects of hidden family processes on eating disorders. Eur Eat Disord Rev, 15: 119-130.

Riva G, Teruzzi T, Anolli L. (2003) The use of the internet in psychological research: comparison of online and offline questionnaires. CyberPsychol Behav, 6: 73-80.

Rizvi SL, Steffel LM, Carson-Wong A. (2013). An overview of dialectical behavior therapy for professional psychologists. Prof Psychol Res Prac, 44: 73-80.

Rø Ø, Reas DL, Rosenvinge J. (2012) The impact of age and BMI on Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) scores in a community sample. Eat Behav, 13: 158-161.

Roberts JE, Gotlib IH, Kassel JD. (1996) Adult attachment security and symptoms of depression: The mediating roles of dysfunctional attitudes and low self-esteem. J Pers Soc Psychol, 70: 310-320.

Rockwell S. (2014) Problems of internalization: A button is a button is—not. Psychoan Quarterly, 83: 2347.

Roelofs J, Huibers M, Peeters F, Arntz A. (2008) Effects of neuroticism on depression and anxiety: Rumination as a possible mediator. Pers Indiv Differ, 44: 576-586.

Roisman GI, Fraley RC, Belsky J. (2007) A taxometric study of the Adult Attachment Interview. Dev Psychol, 43: 675-686.

Rommel D, Nandrino JL, Antoine P, Dodin V. (2013) Emotional differentiation and parental bonding in inpatients suffering from eating disorders. British J Clin Psychol, 52: 215-229.

Rorty M, Yager J. (1996) Histories of childhood trauma and complex post-traumatic sequelae in women with eating disorders. Psychiat Clin N Am, 19: 773-791.

Rothschild-Yakar L, Levy-Shiff R, Fridman-Balaban R, Gur E, Stein D. (2010) Mentalization and relationships with parents as predictors of eating disordered behavior. J Nerv Ment Dis, 198: 501-507.

Rowe Jr CE. (2014) Disorders as undifferentiated selfobject formations: Treatment of a multidisordered patient. Psychoan Rev, 101: 341-366.

Rózsa S, Kő N, Oláh A. (2006) Rekonstruálható-e a Big Five a hazai mintán. Magy Pszichol Szle, 26: 57-76.

Sable P. (2008) "What is Adult Attachment?". Clin Soc Work J, 36: 21-30.

Schmidt U, Tiller J, Treasure J. (1993) Setting the scene for eating disorders: childhood care, classification and course of illness. Psychol Med, 23: 663-672.

Schmitt DP. (2005) Is short-term mating the maladaptive result of insecure attachment? A test of competing evolutionary perspectives. Pers Soc Psychol Bull, 31: 747-768.

Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. Inf Mental Health J, 22: 7-66.

Scott LN, Levy KN, Pincus AL. (2009) Adult attachment, personality traits, and borderline personality disorder features in young adults. J Pers Disorders, 23: 258-280.

Shaffer A, Burt KB, Obradović J, Herbers JE, Masten AS. (2009) Intergenerational continuity in parenting quality: the mediating role of social competence. Dev Psychol, 45: 1227-1240.

Shin AC, Zheng H, Berthoud HR. (2009) An expanded view of energy homeostasis: neural integration of metabolic, cognitive, and emotional drives to eat. Physiol Behav 97: 572-580.

Shoebridge PJ, Gowers SG. (2000) Parental high concern and adolescent-onset anorexia nervosa. A case-control study to investigate direction of causality. Brit J Psychiat, 176: 132-137.

Silberg JL, Bulik CM. (2005) The developmental association between eating disorders symptoms and symptoms of depression and anxiety in juvenile twin girls. J Child Psychol Psychiatry, 46(12), 1317−1326.

Sipos K, Sipos M, Spielberger C. A State-Trait Inventory (STAI) magyar változata. In: Füredi M (szerk.), Pszichodiagnosztikai Vademecum I. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 1998: 123-136.

Skowron EA, Dendy AK. (2004) Differentiation of self and attachment in adulthood: Relational correlates of effortful control. Contemp Fam Ther, 26: 337-357.

Solmi F, Sonneville KR, Easter A, Horton NJ, Crosby RD, Treasure J, Micali N. (2015) Prevalence of purging at age 16 and associations with negative outcomes among girls in three community-based cohorts. J Child Psychol Psychiatry, 56: 87-96.

Sonnevil KR, Calzo JP, Horton N, Haines J, Austin SB, Field AE. (2012) Body Satisfaction, Weight Gain, and Binge Eating Among Overweight Adolescent Girls. Int J Obes, 36: 944-949.

Sowislo JF, Orth U. (2013) Does self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. Psychol Bull, 139: 213-240.

Speranza M, Corcos M, Loas G, Stéphan P, Guilbaud O, Perez-Diaz F, Jeammet P. (2005) Depressive personality dimensions and alexithymia in eating disorders. Psychiat Res, 135: 153-163.

Spielberger C. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Consulting Psychologists' Press, Paulo Alto, 1970.

Spielberger CD, Sydeman SJ. State-Trait Anxiety Inventory and State-Trait Anger Expression Inventory. In: Spielberger CS, Sydeman SJ, Maruish ME (szerk.), The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, 1994, 292-321.

Spindler A, Milos G. (2007) Links between eating disorder symptom severity and psychiatric comorbidity. Eat Behav, 8: 364-373.

Steele H, Siever L. (2010) An attachment perspective on borderline personality disorder: Advances in gene-environment considerations. Curr Psychiatry Rep, 12: 61-67.

Steiger H. (2004) Eating disorders and the serotonin connection: state, trait and developmental effects. J Psychiatry Neurosci, 29: 20-29.

Stein KF, Corte C. (2003) Reconceptualizing causative factors and intervention strategies in the eating disorders: A shift from body image to self-concept impairments. Arch Psychiatric Nurs, 17: 57-66.

Steinberg L, Albert D, Cauffman E, Banich M, Graham S, Woolard J. (2008) Age differences in sensation seeking and impulsivity as indexed by behavior and self-report: evidence for a dual systems model. Dev Psychol, 44: 1764-1778.

Steiner H, Smith C, Rosenkranz R, Litt I. (1999) The early care and feeding of anorexics. Child Psychiatry Hum Dev, 21: 163-167.

Steinhausen HC. (2002) The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. Am J Psychiatry, 159: 1284-1293.

Stice E. (2001) A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: Mediating effects of dieting and negative affect. J Abnorm Psychol, 110: 124-135.

Stice E, Hayward C, Cameron RP, Killen JD, Taylor CB. (2002) Body-image and eating disturbances predict onset of depression among female adolescents: A longitudinal study. J Abnorm Psychol, 109: 438-444.

Stice E, Marti CN, Durant S. (2011) Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. Behav Res Ther, 49: 622-627.

Stice E, Marti CN, Shaw H, Jaconis M. (2009) An 8-year longitudinal study of the natural history of threshold, subthreshold, and partial eating disorders from a community sample of adolescents. J Abnorm Psychol, 118: 587-597.

Stice E, Shaw HE. (2002) Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology. A synthesis of research findings. J Psychosom Res, 53: 985-993.

Stunkard AJ, Messick S. (1985) The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. J Psychosom Res, 29: 71-83.

Suldo SM, Sandberg DA. (2000) Relationship between attachment styles and eating disorder symptomatology among college women. J Coll Student Psychother, 15: 59-73.

Sund AM, WichstrØm L. (2002) Insecure attachment as a risk factor for future depressive symptoms in early adolescence. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 41: 1478-1485.

Surcinelli P, Rossi N, Montebarocci O, Baldaro B. (2010) Adult attachment styles and psychological disease: Examining the mediating role of personality traits. J Psychol, 144: 523-534.

Svensson E, Nilsson K, Levi R, Suarez NC. (2013) Parents' experiences of having and caring for a child with an eating disorder. Eat Disord, 21: 395-407.

Swanson H, Power K, Collin P, Deas S, Paterson G, Grierson D, Taylor L. (2010) The relationship between parental bonding, social problem solving and eating pathology in an anorexic inpatient sample. Eur Eat Disord Rev, 18: 22-32.

Szumska I. Evészavarok prevalenciája fiatal magyar nők körében. Pszichoszociális háttérjellemzők, komorbiditás más mentális problémákkal. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem, Budapest, 2004.

Tan CC, Holub SC. (2015) Emotion regulation feeding practices link parents' emotional eating to children's emotional eating: A moderated mediation study. J Pediatr Psychol, 40: 657-663.

Tasca GA. (2018) Attachment and eating disorders: a research update. Curr Op Psychiatry, 16: 59-64.

Tasca GA, Balfour L. (2014) Eating disorders and attachment: A contemporary psychodynamic perspective. Psychodyn Psychiatry, 42: 257-276.

Tasca G Balfour L, Ritchie K, Bissada H. (2007a) Change in attachment anxiety is associated with improved depression among women with binge eating disorder. Psychother-Theor Res Prac, 44: 423-433.

Tasca GA, Balfour L, Ritchie K, Bissada H. (2007b) The relationship between attachment scales and group therapy alliance growth differs by treatment type for women with binge-eating disorder. Group Dyn Theor Res Prac, 11: 1-14.

Tasca GA, Demidenko N, Krysanski V, Bissada H, Illing V, Gick M, Balfour L. (2009a) Personality dimensions among women with an eating disorder: Towards reconceptualizing DSM. Eur Eat Disord Rev, 17: 281-289.

Tasca GA, Ritchie K, Balfour L. (2011) Implications of attachment theory and research for the assessment and treatment of eating disorders. Psychother, 48: 249-259.

Tasca GA, Ritchie K, Conrad G, Balfour L, Gayton J, Lybanon V, Bissada H. (2006a) Attachment scales predict outcome in a randomized controlled trial of two group therapies for binge eating disorder: An aptitude by treatment interaction. Psychother Res, 16: 106-121.

Tasca GA, Kowal J, Balfour L, Ritchie K, Virley B, Bissda H. (2006b) An attachment insecurity model of negative affect among women seeking treatment for an eating disorder. Eat Behav, 7: 252-257.

Tasca GA, Ritchie K, Demidenko N, Balfour L, Krysanski V, Weekes K, Bissada H. (2013) Matching women with binge eating disorder to group treatment based on attachment anxiety: Outcomes and moderating effects. Psychother Res, 23: 301-314.

Tasca GA, Szadkowski L, Illing V, Trinneer A, Grenon R, Demidenko N, Bissada H. (2009b) Adult attachment, depression, and eating disorder symptoms: The mediating role of affect regulation strategies. Pers Indiv Differ, 47: 662-667.

Taube-Schiff M, Van Exan J, Tanaka R, Wnuk S, Hawa R, Sockalingam S. (2015) Attachment style and emotional eating in bariatric surgery candidates: The mediating role of difficulties in emotion regulation. Eat Behav, 18: 36-40.

Tereno S, Soares I, Martins C, Celani M, Sampaio D. (2008) Attachment styles, memories of parental rearing and therapeutic bond: A study with eating disordered patients, their parents and therapists. Eur Eat Disord Rev, 16: 49-58.

Tetzlaff A, Hilbert A. (2014) The role of the family in childhood and adolescent binge eating. A systematic review. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother, 42, 61-70.

Tholin S, Rasmussen F, Tynelius P, Karlsson J. (2005) Genetic and environmental influences on eating behavior: The Swedish Young Male Twins Study. Am J Clin Nutr, 81: 564-569.

Thompson-Brenner H. (2014) Discussion of "eating disorders and attachment: A contemporary psychodynamic perspective:" Does the attachment model of eating disorders indicate the need for psychodynamic treatment?. Psychodyn Psychiatry, 42: 277-284.

Tiggemann M. (2004) Body image across the adult life span: Stability and change. Body Image, 1: 29-41.

Tóth I, Gervai J. (1999) Szülői Bánásmód Kérdőív (H-PBI): A Parental Bonding Instrument (PBI) magyar változata. Magy Pszichol Szle, 54: 551-566.

Tölgyes T. Evészavarok és evészavar-tünetek epidemiológiája. Evészavarban szenvedő betegek személyiségvizsgálata kognitív megközelítésben pszichometriai módszerekkel. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem, Budapest, 2007.

Treasure J, Cardi V. (2017) Anorexia nervosa, theory and treatment: Where are we 35 years on from Hilde Bruch's foundation lecture?. Eur Eat Disord Rev, 25: 139-147.

Treasure J, Sepulveda AR, MacDonald P, Whitaker W, Lopez C, Zabala M, Kyriacou O, Todd G. (2008) The assessment of the family of people with eating disorders. Eur Eat Disord Rev, 16: 247-255.

Trevarthen C, Aitken KJ. (2001) Infant intersubjectivity: Research, theory, and clinical applications. J Child Psychol Psychiatry, 42: 3-48.

Troisi A, Massaroni P, Cuzzolaro M. (2005). Early separation anxiety and adult attachment style in women with eating disorders. Brit J Clin Psychol, 44: 89-97.

Turner SA, Luszczynska A, Warner L, Schwarzer R. (2010) Emotional and uncontrolled eating styles and chocolate chip cookie consumption. A controlled trial of the effects of positive mood enhancement. Appetite, 54: 143-149.

Turner HM, Rose SM, Cooper MJ. (2005) Parental bonding and eating disorder symptoms in adolescents: The meditating role of core beliefs. Eat Behav, 6: 113-118.

Túry F. Evészavarok. In: Füredi J. (szerk.), A pszichiátria magyar kézikönyve. Budapest: Medicina, Budapest, 2009: 357-363.

Túry, F., Czeglédi, E., Papp, I., Dukay-Szabó, Sz., Babusa, B., Güleç, H., Mezei, Á., Szabó K, Varga M, Szumska I. (2013) A táplálkozási magatartás zavarainak felmérése reprezentatív hazai minta alapján – különös tekintettel a háttértényezőkre. In: Susánszky É, Szántó Zs. (szerk.), Magyar lelkiállapot 2013, Semmelweis Kiadó, Budapest, 2013: 147-160.

Túry F, Pászthy, B. (2008) Evészavarok és testképzavarok. Pro Die, Budapest, 2008.

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

Túry F, Szabó P. Az evési magatartás zavarai: az anorexia nervosa éa a bulimia nervosa. Medicina, Budapest, 2000.

Ty M, Francis AJ. (2013) Insecure attachment and disordered eating in women: The mediating processes of social comparison and emotion dysregulation. Eat Disord, 21: 54-174.

Unoka, ZsSz. Személyiségvonások, tünetdimenziók, rossz szülői bánásmód vizsgálata és látens sérülékenységdimenziók azonosítása egyes pszichés zavarokban. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem, Budapest, 2007.

Vankó T. Kötődés és korai maladaptív sémák vizsgálata egyes pszichés zavarokban. Doktori értekezés. Pécsi Tudományegyetem, Pécs, 2012.

Vandereycken W, Vansteenkiste M. (2009) Let eating disorder patients decide: Providing choice may reduce early drop-out from inpatient treatment. Eur Eat Disord Rev, 17: 177-183.

Van der Ham T, Meulman JJ, VanStrien DC, vanEngeland H. (1997) Empirically based subgrouping of eating disorders in adolescents: a longitudinal perspective. Br J Psychiatry, 170: 363-68.

Van Durme K, Braet C, Goossens L. (2015) Insecure attachment and eating pathology in early adolescence: Role of emotion regulation. J Early Adolesc, 35: 54-78.

van Ijzendoorn MH. (1995) Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. Psychol Bull, 117: 387-403.

van Ijzendoorn MH, Sagi-Schwartz A. Cross-cultural patterns of attachment: Universal and contextual dimensions. In: Cassidy J, Shaver PR (szerk.), Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications, 2nd ed. New York: Guilford Press, New York, 2008; 880-905.

Van Strien T, Cebolla A, Etchemendy E, Gutierrez-Maldonado J, Ferrer-Garcia M, Botella C, Baños R. (2013) Emotional eating and food intake after sadness and joy. Appetite, 66: 20-25.

Vargha A, Torma B, Bergman LR. (2015) ROPstat: a general statistical package useful for conducting person-oriented analyses. J Person-Orient Res, 1: 87-98.

van Ijzendoorn TD, Bulik CM, Neale M, Kendler KS. (2000) Anorexia nervosa and major depression: shared genetic and environmental risk factors. Am J Psychiatry, 157: 469-471.

Ward A, Ramsay R, Treasure J. (2000) Attachment research in eating disorders. Brit J Med Psychol, 73: 35-51.

Ward A, Ramsay R, Turnbull S, Steele M, Steele H, Treasure J. (2001) Attachment in anorexia nervosa: A transgenerational perspective. Psychol Psychother T, 74: 497-505.

Waters E, Weinfield NS, Hamilton CE. (2000) The stability of attachment styles from infancy to adolescence and early adulthood: General discussion. Child Dev, 71: 703-706.

Wei M, Mallinckrodt B, Russell DW, Abraham WT. (2004) Maladaptive perfectionism as a mediator and moderator between adult attachment and depressive mood. J Couns Psychol, 51: 201-212.

Wei M, Vogel DL, Ku TY, Zakalik RA. (2005) Adult attachment, affect regulation, negative mood, and interpersonal problems: The mediating roles of emotional reactivity and emotional cutoff. J Couns Psychol, 52: 14-24.

Whittle S, Allen NB, Lubman DI, Yücel M. (2006) The neurobiological basis of temperament: Towards a better understanding of psychopathology**.** Neurosci Behav Rev 30: 511-525.

Wonderlich SA, Connolly KM, Stice E. (2004). Impulsivity as a risk factor for eating disorder behavior: Assessment implications with adolescents. Int J Eat Disorder, 36: 172-182.

World Health Organization. WHO. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. World Health Organization, 1993.

World Health Organization. WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic (No. 894). World Health Organization, 2000.

Wu KD. (2008) Eating disorders and obsessive-compulsive disorder: A dimensional approach to purported relations. J Anxiety Disord, 22: 1412-1420.

Yager J, Landsverk J, Edelstein CK. (1987) A 20-month follow-up study of 628 women. Am J Psychiatry, 144: 1172-1177.

Zachrisson HD, Kulbotten GR. (2006) Attachment in anorexia nervosa: an exploration of associations with eating disorder psychopathology and psychiatric symptoms. Eat Weight Disord, 11: 163-170.

Zachrisson HD, Skårderud F. (2010) Feelings of insecurity: Review of attachment and eating disorders. Eur Eat Disord Rev, 18: 97-106.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J. (2004) Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. Am J Psychiatry, 161: 2108-2114.

X. Saját publikációk jegyzéke

Disszertációhoz kapcsolódó tudományos közlemények

1. **Szalai TD**, Czeglédi E, Vargha A, Grezsa F. (2017) Parental attachment and body satisfaction in adolescents. J Child Fam Stud, 26: 1007-1017. IF:1,588
2. **Szalai TD.** (2017) A kötődési jellemzők és multiimpulzív tünetek kapcsolata evészavarokban. Orvosi Hetilap, 158: 1081-1089. IF: 0,349
3. **Szalai TD**. Czeglédi E. (2017) Parental and Adult Attachment and Eating Symptomology in Eating Disorder Patients and Sine Morbo Individuals. Int J Soc Sci Stud, 5: 43-60.
4. **Szalai TD.** (2016) Cognitive-behavioral and attachment interventions in the transdiagnostic treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 17: 353-375.
5. **Szalai TD.** Czeglédi E. (2015) Attachment as a predictor of risk for eating disorders on a representative Hungarian adult sample. Ideggyogy Szle, 68: 409−416. IF: 0,376
6. **Szalai TD.** (2014) A korai kötődési minták és kötődési szorongás jelentősége az egészségben, betegségben, evészavarokban. Kapocs, 13: 48-57.

Disszertációtól független tudományos közlemények

1. Pénzes I, Czeglédi E, **Szalai TD**, Csala I, Túry F. (2016) Adult attachment and parental bonding in irritable bowel syndrome and in panic disorder: Implications for psychotherapy. Ideggyogy Szle, 69: 327-334. IF: 0,376
2. Túry F, Szumska I, **Szalai TD.** Az evészavarok gyakori dilemmája: egyéni vagy családterápia?. In: Spannraft M, Korpics M, Németh L (szerk.), A család és közösség szolgálatában. L'Harmattan, Budapest, 2016: 249-258.
3. Kövesdi A, **Szalai TD**, Pászthy B, Harasztiné Sárosdi I. (2014) Investigation of anorexic adolescents' personality traits with Szondi test. Confin Psychopath, 2: 151-168.
4. **Szalai TD.** A testtömegindex (BMI) összefüggései a párkapcsolattal, szexualitással, baráti kapcsolattal és szerhasználattal a magyar ifjúság körében. In Nagy Á, Székely L (szerk.), Másodkézből − Magyar ifjúság. ISZT Alapítvány, Budapest: 2014: 113-147.

XI. Köszönetnyilvánítás

Köszönönetem fejezem ki témavezetőmnek, Prof. Dr. Túry Ferencnek, többéves szakmai támogatásáért, valamint, hogy megtanította az evészavarok ellátásának alapelveit. Köszönöm Dr. Czeglédi Editnek a több publikáción átívelő közös munkát, és segítségét a statisztikai elemzésben. Nagyon köszönöm Dr. Birkás Emma és Dr. Bódizs Róbert opponensi javaslatait, amelyek segítették a dolgozat fejlődését. Köszönöm Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskolájának és az Emberi Erőforrások Minisztériumának, hogy ösztöndíjaikkal támogattak, valamint a Magatartástudományi Intézet munkatársainak szellemiségükért, elfogadásukért. Hálával tartozom szülimnek, Szalai Józsefnek és Szalai Orsolyának, s menyasszonyomnak, Baji Hajnalkának, akik támogatása nélkül a vizsgálat és a dolgozat nem sikerülhetett volna.