

Mentálhigiéne és Pszichoszomatika 8 (2007) 1, 49–61

DOI: 10.1556/Mentál.8.2007.1.2

AZ EVÉSZAVAROK CSALÁDI KOCKÁZATI ÉS PROTEKTÍV TÉNYEZŐI

SZTANÓ FLÓRA*¹ – RESS KATA² – PÁSZTHY BEA¹

¹ Semmelweis Egyetem, I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest

² Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Budapest

(Beérkezett: 2006. november 28.; elfogadva: 2007. január 10.)

Az evészavarok kialakulásában, fenntartásában szerepet játszanak a családi diszfunkciók. Az evészavaros családokra jellemző a szülők túlvédő magatartása, a gyermekek autonómiájának csökkenése. A családtagok nehezen és nem egyértelműen kommunikálnak egymással, gyakran elkerülik a konfliktusos helyzeteket, érzelmeiket nehezen fejezik ki. Mindezen tényezők hozzájárulhatnak ahhoz, hogy a diétázásra hajlamos egyéneknél kialakuljon ez evészavar. A család protektív tényezőiről keveset tudunk, de a nyílt kommunikáció védelmet jelenthet a káros viselkedésformák kialakulása ellen.

Kulcsszavak: evészavar, anorexia nervosa, bulimia nervosa, családi működés

Az evészavarok klasszikusnak tekinthető formái, az anorexia nervosa (AN) és a bulimia nervosa (BN) ismert és egyre gyakrabban jelentkező pszichoszomatikus betegségek. Kóreredetük vizsgálatakor a legkomplexebb megközelítést a bio-pszicho-szociális modell jelenti: a betegségre való hajlamban, a zavar kialakulásában, fenntartásában biológiai, pszichológiai és szociális tényezők egyaránt szerepet játszanak. A betegségekre hajlamosíthatnak biológiai faktorok, bizonyos személyiségjegyek, a családban előforduló evészavar, affektív zavar vagy alkoholizmus. A kiváltó tényezők között tartjuk számon a diétázást, egyéni és családi stresszhelyzeteket. A betegséget fenntarthatja a tünetek homeosztatiszikus szere-

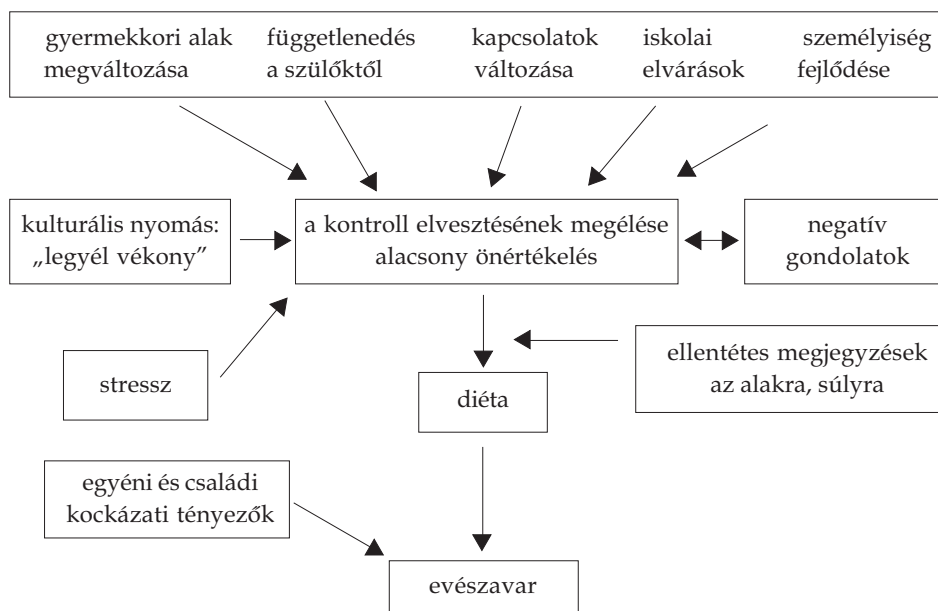
* Levelező szerző: Sztanó Flóra, Semmelweis Egyetem, I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, 1083 Budapest, Bókay u. 53.

1. táblázat. Az evészavarok kockázati tényezői (Friedman és mtsai 1997)

Az anorexia nervosa kockázati tényezői	A bulimia nervosa kockázati tényezői
szülők pszichopatológiája	szülők pszichopathológiája
magasan képzett szülők	szülők közötti viszály
anyai túlvédő magatartás	szülői elhanyagoló magatartás
anorexiás családtag	evészavar a családtagok között
korai etetési problémák	családi diétázás
gyerekkori szexuális abúzus	gyerekkori szexuális abúzus
alacsony önértékelés	alacsony önértékelés
jelentős érzelmi labilitás	gyerekkori kövérség
	szociális nyomás a súlyra és/vagy az evésre vonatkozóan
	külső kontroll túlsúlya

pet betöltő jellege. A tünetek elterelhetik a figyelmet más problematikus területekről (Túry és Szabó 2000).

Az evészavarok leggyakrabban serdülő- és ifjúkorban jelentkeznek. Ebben az időszakban, a szeparáció-individuáció folyamatában több családi konfliktus és interperszonális probléma jelentkezik, ami hozzájárulhat a betegség megjelenéséhez. Az evészavarok pszichológiai oldalról való megközelítése sokáig csak az egyéni sérülékenységet vette figyelembe. Az



1. ábra. Serdülőkori változások, amelyek evészavar kialakulásához vezethetnek (Friedman és mtsai 1997)

egyént azonban a környezete is befolyásolja, így a hozzá legközelebb álló emberek, a családtagjai. A családon belüli viszonyok, szabályok meghatározzák az ember fejlődését, működését.

A CSALÁD SZEREPE AZ EVÉSZAVAROKBAN

A család meghatározó szerepe az AN kialakulásában már a 19. században felmerült. Lasègue felismerte a patológiás kapcsolatot a beteg és a családja között, ezért számára a legjobb terápiás eszköznek az tűnt, hogy a beteget kórházi körülmények között, családjából kiszakítva kezelje. Ezt az eljárást nevezték parentectomiának, ami az AN korai történetében általánosan elfogadott kezelési elv volt. Az 1950-es évek elején gyermekpszichoanalitikusok kezdték felismerni, hogy a gyerekkori zavarokban a szülők pszichopatológiai tüneteinek szerepük lehet. Az 1970-es évektől kezdve a családterápiás iskolák hívták fel a figyelmet arra, hogy a családi működés, a szülők egymáshoz és gyermekükhöz való viszonya kiemelkedő fontosságú a betegség etiológiájában, és ez lehetőséget ad a terápiás beavatkozásra is. 1970 előtt az AN-t intraperszonális zavarnak tekintették, majd egyre inkább az interperszonális megközelítés került előtérbe. Egyre több családterápiás irányzat alakult ki, melyek hozzájárultak az evészavarok hátterének jobb megértéséhez (Túry és mtsai 1994).

A család dinamikai megközelítés megértéséhez elengedhetetlen a rendszerszemlélet. Bármilyen rendszerben az egész több, mint a részek összege, és bármely rész megváltoztatása megváltoztatja a rendszer egészét is. A család homeosztatisz „nyílt rendszernek” tekinthető, melyben a tünethordozó családtag hozzájárul betegségével a családi egyensúly megtartásához. Egy beteg családtag vizsgálatakor nem elég az egyén vonásaira koncentrálni. Rendszerszemléletű megközelítéskor nem azt a kérdést teszik fel, hogy mi okozta az egyén betegségét, hanem azt, milyen folyamatok fordulnak elő a családi rendszeren belül, amelyek szerepet játszhatnak a patológiásnak minősített magatartás kialakulásában és fenntartásában. Csak folyamatokban érthetjük meg az eseményeket (Epstein és Bishop 1987; Vandereycken és mtsai 1989).

AZ EVÉSZAVAROS CSALÁDOK ÁLTALÁNOS JELLEMZŐI

Minuchin (1974) – a strukturális családterápiás irányzat vezéralakja – szerint a pszichoszomatikus zavarban szenvedő családtaggal rendelkező családokban diszfunkcionális tranzakcionális minták működnek. Öt jellemzőt emelt ki:

1. összemosottság – a családtagok közötti extrém közelséget jelenti;
2. túlvédés – a szülők erősen védik mindentől a gyermeket;
3. rigiditás – a család erősen ragaszkodik a szabályokhoz;
4. a konfliktusok megoldásának hiánya;
5. a tűnethordozó gyermek bevonása a családi konfliktusba – a gyermek „villámhárító” szerepet tölt be.

Selvini-Palazzoli, a milánói családterápiás iskola megteremtője szerint a tűnethordozó betegnek homeosztatisz, stabilizáló szerepe van a családban. Ő is megjegyezte – Minuchin „összemosottság” fogalmához hasonlóan –, hogy a család kollektivitás-érzése olyan kifejezett, hogy az egyén háttérbe szorul. A következő interakciós jellemzőket állapította meg:

1. A családtagok visszautasítják vagy érvénytelenítik mások üzeneteit.
2. A családtagok, különösen a szülők, vonakodnak vezető szerepet vállalni.
3. Bár a titkos koalíciók nagyon gyakoriak, a két tag közötti nyílt szövetség egy harmadik személy ellen tiltott.
4. A családtagok nincsenek felkészülve arra, hogy személyes felelősséget vállaljanak hibáikért. (Selvini-Palazzoli és mtsai 1974)

Az evészavarokkal kapcsolatban spektrum-zavarról beszélhetünk. A kontinuum hipotézis a zavarok közötti rokonságot hangsúlyozza, a statikus hipotézis a különböző tápláltsági állapotok és az étvágy zavara mentén osztályozza a betegségeket, a dinamikus kontinuum pedig a kórfolyás során jelentkező időbeli változásokat, a betegségek egymásba átalakulását hangsúlyozza (Túry és Szabó 1996). Ennek megfelelően a különböző evészavartípusok esetében a családi működés hasonló és különböző vonásokat is mutat. Casper és Troiani (2001) vizsgálata szerint különbözően ítélik meg a családi működést a restriktív és a bulimiás típusú AN-ban szenvedő kamaszok. BN-s tüneteket mutató betegek és édesanyjuk a családi működést kórosabbnak észlelték, mint a restriktív AN-s betegek, vagy az egészséges kontroll családok. A restriktív AN-sok és a kontrollcsaládok válaszai között nem volt különbség. Ezekből arra következtettek, hogy az AN-sok kontrollcsoporthoz hasonló válaszai demonstrálják az AN-s családokra jellemző problémátagadó magatartást.

Kog és Vandereycken (1989) is kiemeli, hogy az evészavarosok család-

jára a konfliktusok kerülése és a merev családi viszonyok jellemzőek. Kevés a nyílt nézeteltérés a szülők és a gyerekek között. A kohézió tekintetében erősebb összetartás az AN-s családokra jellemző, szemben a BN-s családokkal.

Gyakran vizsgált kérdés a családi kohézió mértéke. Ezt a jellemzőt nézve érdemes különválasztani az evészavarok különböző típusait. A családi összetartás vonatkozásában AN-ban szenvedők családjaira erősebb kohézió jellemző, mint a BN-s családokra.

Tachi (1999) a Family Adaptability & Cohesion Evaluation Scale III segítségével az evészavaros családokra jellemző kohéziót vizsgálta. A legkisebb családi összetartás (alacsony kohézió) azokra a családokra jellemző, ahol BN-ban vagy „binge eating disorder”-ben (túlevéses zavarban) szenvedő családtag él. Legerősebb a kohézió a restriktív AN-sok családjában, és a kettő között található az AN-sok faló-purgáló típusa. A faló-purgáló AN-sok és a binge eating disorder-ben szenvedők családjaikat merevnek, a purgáló BN-sok merevnek vagy kaotikusnak ítélték. Ezekből az adatokból arra a következtetésre jutott a szerző, hogy összefüggés lehet az erősen összetartó családi környezet (magas kohézió) és a restriktív evési minták között. Az alacsony kohézió pedig a falásrohamok megjelenésével lehet összefüggésben. Ezenkívül a merev családi környezet is kiválthatja, fenntarthatja a faló-purgáló tüneteket. Megállapították, hogy a restriktív AN-soknál kisebb az esély, hogy BN-s tünetek fejlődjenek ki, ha a családi összetartás erős. Azokban a családokban viszont, ahol gyenge a kohézió, és emellett a családi szabályok is merevek vagy kaotikusak, magasabb az esély, hogy az AN-s tüneteket BN-s tünetek váltsák fel.

Bailey (1991) vizsgálatai szerint minél inkább csökkent a családi kohézió, csökkent a kifejező készség, minél több konfliktus van a családon belül, annál kifejezettebbek a BN-szerű tünetek. Ezekben a családokban nagy hangsúlyt fektetnek a teljesítményre. A BN-sok úgy érzik, hogy kevés segítséget, támaszt kapnak szüleiktől, és a családjuk tele van agresszióval, haraggal.

A BN-s családokra jellemző a sérült kommunikáció. A betegek úgy érzik, hogy csökkent a család problémamegoldó képessége, a családon belüli elvárások kevésbé tisztázottak, ezekben a családokban szinte bármit meg lehet tenni következmény nélkül. Károsodott az érzelmi ingerekre adott válaszkészség, de érzelmileg erősen bevonódnak egymás életébe a családtagok (McNamara és Loveman 1990).

KAPCSOLATOK A CSALÁDON BELÜL

Karwautz és mtsai (2003) AN-s lányoknak és egészséges lánytestvéreiknek a családi környezetről alkotott véleményére voltak kíváncsiak. Azt vizsgálták, hogyan értékelik az evészavaros gyermekek és egészséges testvéreik a szüleikkel való viszonyukat az autonómia és az érzelmi kötődés tekintetében. A szülők közötti kapcsolatot mind az AN-s, mind az egészséges gyermekek hasonlóan értékelték. A családi kohézió mértékét úgy számolták ki a kutatók, hogy a szülők és gyermekek közötti érzelmi kötődés mértékéből kivonták a szülők és gyermekek közötti egyéni autonómia mértékét. Így szignifikánsan magasabb kohéziós értéket ért el az AN-s csoport.

Jozefik és mtsai (2002) AN-s lányok szüleit kérdezték házastársi kapcsolatukról, a gyerekeikhez való viszonyukról, a családi működés egészéről és a családon belüli egyéni szerepükről. Az „AN-s szülők” a családi kapcsolatokat negatívnak és zavarosnak ítélték, míg a kontrollcsoport pozitívnak és egységesnek értékelte a családi kapcsolatait. Megkérdezték AN-ban szenvedő lányok és lánytestvéreik véleményét is családjuk működéséről. Mind az AN-sok, mind lánytestvéreik elégedetlenek volt a szüleikkel való kapcsolatot, különösen az apjukkal való kapcsolatot illetően. Kritikusabb szemmel ítélték meg családjuk működését, mint a kontrollcsoportban szereplő lányok. A testvérek egymással való kapcsolatukkal is elégedetlenek voltak, ellentétben a kontrollcsoporttal.

Egyes tanulmányok az mutatják, hogy a kapcsolati folyamatok abnormalisak az evészavarosok körében, ezekben a családokban gyakori a bizonytalan kötődés. A BN-ban szenvedők csökkent egyéni autonómiát és kevesebb érzelmi kötődést élnek át családjukban, mint az AN-s vagy kontrollcsoport tagjai (Karwautz és mtsai 2002).

Az evészavarban szenvedő lányok úgy érzik, hogy szüleik visszautasítóak, közömbösek velük szemben. A szülők kevésbé segítőkészek, kevésbé bíznak meg gyermekükben. A BN-s lányok szüleiktől kevesebb együttérzést, megértést tapasztalnak, mint a normális kontrollcsoport tagjai, a szülői gondoskodás hiányát érzik (Humphrey 1986, 1987, 1988, 1989). A szülők nagymértékben beavatkoznak BN-val küzdő lányuk életébe. Emellett jellemző az anyai féltékenység, versengés és túlzott aggodalom a lány evési szokása, súlya és alakja miatt (Rorty és mtsai 2000).

KORAI ETETÉSI MINTÁK SZEREPE

Ha az anyák etetéskor gyermekeik jelzéseit nem veszik figyelembe, vagy következetlenül viszonyulnak a specifikus szomatikus és emocionális állapotokat kifejező megnyilvánulásaikra, a gyerek nehezen fog különbséget tenni a fiziológiás étel utáni vágy és az emocionális szükségletek között. Ha az anya nem engedi a gyermek önállósági törekvéseit az evésben, és ragaszkodik ahhoz, hogy ő etesse gyermekét, akkor az visszautasíthatja az ételt. Ekkor a gyermek ételfelvételét haragja és önérvényesítési igénye veszi át az éhség és a teltségérzet helyett. Ha viszont az anya a gyermek teltségérzetét hagyja figyelmen kívül, és tovább próbálja etetni, a gyerek könnyen megtanulhatja, hogy anyja szeretetét vagy haragját a nem-evéssel elő tudja idézni. Mindkét esetben a gyerek ételfelvételét emocionális és nem fiziológiás szükségletei fogják meghatározni (Dévald 1993).

Evészavarban szenvedő nők lánygyermekai szignifikánsan gyorsabban szopnak, és az elválasztásuk 9 hónappal később történik meg, mint a nem evészavaros anyák gyermekeinek. Ezek az anyák rendszertelenebbül táplálják gyermeküket, az ételt nem csak táplálási szándékkal adják. A gyermek kétéves korától kezdve az evészavaros anyák jobban aggódnak lányuk súlya miatt, mint az egészséges anyák. Az evészavarban szenvedő nők lánygyerekei ötéves korukban több negatív hatásról számolnak be, mint a nem evészavaros anyák lányai (Agras és mtsai 1999).

SZÜLŐI EVÉSZAVAROK HATÁSA

A szülő testsúlyra vonatkozó elvárása befolyásolja gyermeke evési attitűdjét. Azok a lányok diétáznak leginkább, akiket az anyjuk túlsúlyosnak tart. A lányok súlyukkal való elégedetlensége kapcsolatban van az apjuk saját súlyával való elégedetlenségével is (Keel és mtsai 1997). Evészavaros nők befolyásolják gyermekük viselkedését, hatással lehetnek arra, hogy lányuknak a későbbiekben szintén evészavara fejlődjön ki.

Whelan és Cooper (2000) vizsgálatai szerint egyértelmű összefüggés van a gyerekkori evési problémák és az anya evészavara között. Hodes és mtsai (1997) evészavarban szenvedő 13 anya 26 gyermekét vizsgálták. 32%-uknak volt a normálistól eltérő a súlya vagy a magassága, és 50%-ban találtak valamilyen pszichiátriai zavart. Az anyák alábecsülték gyermekük evési szükségleteit.

Az evészavaros lányok anyái is több evési problémával küzdenek, elégedetlenebbek családjuk általános működésével. Azt gondolják, hogy lányuknak többet kellene a súlyából leadnia, mint azok az anyák, akik lá-

nyának nincs evészavara. Evészavaros lányukat kevésbé tartják csinosnak, mint ahogy a lány ítéli meg saját alakját (Pike és Rodin 1991).

Ha egy családban az anyának és a lányának is evészavara van, felvetődik a kérdés, hogy mi vezethet ehhez a kettős problémához. Ogden és Steward (2000) azt vizsgálta, hogy az anya-lány kapcsolat milyen módon vezethet a gyerek testsúlyproblémájához. Két hipotézist állítottak fel: az egyik, hogy az anya, mint modell saját példájával befolyásolja a lányát, a másik, hogy kettőjük kapcsolata a meghatározó tényező. Ez vagy elősegíti a testsúlyprobléma kialakulását, vagy megakadályozza azt. Súlyproblémának tekintették a mérsékelt evést és a testalkattal való elégedetlenséget. Az anya-lány kapcsolat vizsgálatakor fontosnak tartották felmérni, hogy mekkora a lány igénye az önállóságra, illetve azt, hogy anyja mekkora kontrollt gyakorol lánya cselekedetei fölött. Vizsgálták továbbá, hogy világosan elkülönül-e anya és lánya között a határ, illetve bizalomteljes kapcsolat van-e kettőjük között. Az eredmények a második feltevést igazolták: azok a lányok ettek kevesebbet és voltak elégedetlenebbek a testükkel, akiknek az anyja kevésbé bízott a lány önállóságában, és mind az anya, mind a lány úgy ítélte, hogy kapcsolatukra jellemző az összemosisottság. Az anya-lány kapcsolat hatása az evési szokásokra, az alakra, testsúlyra vonatkozó attitűdökre összetett folyamat. Az anya direkt megjegyzései a lánya alakjára vonatkozóan nagyobb befolyásoló szereppel bírnak. A testre vonatkozó hasonló attitűdöket nem magyarázhatjuk egyszerűen modellkövető magatartással.

EGYÉB CSALÁDI KOCKÁZATI TÉNYEZŐK

Shoebriidge és Gowers (2000) azt vizsgálták, hogy megjelenik-e a túlzott szülői aggodás az AN kialakulása előtt. Az AN-s gyermek születését megelőzően az index anyák 15%-ának halt meg gyermeke a perinatális időszakban vagy egyéves kora előtt, szemben a kontrollcsoport tagjainál talált 2,5%-kal. Az index csoportban egy eset kivételével a veszteség után megszületett gyermek vált később AN-sá. Nem volt szignifikáns különbség a két csoport között a terhesség vezetése és a komplikációk tekintetében. Szignifikáns eltérést mutató eredmények a következők voltak: több anya számolt be az index csoportban arról, hogy a terhessége alatt félt az elvetéléstől; az AN-s gyerekek alvása problémásabb volt, mint a kontrollcsoportban szereplő gyerekek esetében; az index anyák erősebb distresszről számoltak be, amikor lányuk először ment óvodába. Idősebbek voltak az index anyák lányai, mikor először töltöttek el egy hétvégét szü-

leiktől távol. Úgy tűnik tehát, hogy a szülők gyermekükkel kapcsolatos nagyfokú aggodása megelőzi a betegség kialakulását.

Young és mtsai (2001) szerint a kortárskapcsolatok szignifikáns befolyásoló hatással bírnak a BN kialakulására. A csoportnormákhoz való alkalmazkodás nyomása a legerősebb hajtóerő, amely a viselkedés egyéni jellemzőit meghatározza. A család működése kevésbé befolyásolja a BN-s magatartás kialakulását. Young és mtsai (2004) egy későbbi vizsgálata szerint a kortárskapcsolatok és a család befolyásoló szerepén kívül a BN-s viselkedésre hatással van a testtel való elégedetlenség, a depresszió és a szülői elvárások mértéke is. A testtel való elégedetlenség fontosabb kockázati tényezőnek bizonyult, mint az alacsony önértékelés. A szülői elvárások növekedésével csökkennek a BN-s tünetek, míg a kortárskapcsolatok nyomásának növekedésével a BN-s tünetek megjelenése fokozódik. Azoknál a diáklányoknál, akikre kortársaik nagy nyomást gyakorolnak az alakjukra vonatkozóan, a szülői elvárások minimálisan vagy egyáltalán nem befolyásolják a BN-s viselkedést. Azoknál a lányoknál pedig, akik alacsony szülői elvárásról számoltak be, a kortársak minimális befolyással bírnak alakjukat illetően. Azoknál a lányoknál tehát, akiket kevésbé befolyásol a kortárs csoport, a szülői elvárások növekedésével csökken a BN-s tünetek gyakorisága, nagysága.

KÜLÖNBÖZŐ KULTÚRÁJÚ CSALÁDOK VIZSGÁLATA

Brit és olasz kutatók összehasonlító vizsgálatukban AN-s családokat kérdeztek családjuk működéséről. Az angol és olasz „egészséges családok” is különböznek működésükben. Az angol családokban fontos a családtagok függetlensége, egyénisége, igyekeznek minél előbb elhagyni a családi kötelet. Az olasz családforma sokkal kötöttebb, a család központi szerepet tölt be az emberek életében. A családon belül egyértelműen meghatározott szerepek vannak. Az olasz emberek érzelmeiket gyakrabban fejezik ki, mint a tartózkodóbb britek. Mindezen kulturális jellemzők befolyással lehetnek a családi működés megítélésére. A brit evészavarosok családjában az anyák a kommunikációban és a szerepek meghatározásában találták kevésbé egészségesnek családjukat, míg olasz evészavarosoknál az anyák a viselkedéskontrollt tartották kevésbé hatékonynak. Az olasz családi élet határozott rendszerét szétzilálhatja egy AN-s családtag, ami valószínűleg gátolja a családi élet zökkenőmentes folyását, megszüntetheti a család szoros egységét. Ez előidézheti az anyák elégedetlenségét a családi működéssel, és elvezethet oda, hogy családjuk viselkedésszabályozását nem tartják kielégítőnek. A brit anyák által kevésbé hatékonynak

ítélt szereposztás (ki milyen szerepet tölt be a családban, hogyan oszlik meg a felelősség) kapcsolatban lehet azzal, hogy az angolok nagy hangsúlyt fektetnek a függetlenségre, nagyobb szabadságot adnak családtagjaiknak az életük irányításában, ezzel némileg gátolva a családi szerepek világos kiosztását (Emanuelli és mtsai 2003).

Az autonómia, a kohézió diszfunkcionális volta, a családtagok közötti összemossottság kulturális különbségektől függetlenül jellemezhetik az evészavaros családok működését. Vannak viszont olyan jellemzők, amik nemcsak attól függnek, hogy van-e beteg a családban, hanem a család kultúrájától is, hiszen minden kultúra meghatároz bizonyos normákat, ami az adott népcsoportra jellemző. Ezzel kapcsolatban még kevés kutatás született.

A CSALÁD MINT VÉDŐFAKTOR

Mellin és mtsai (2002) túlsúlyos és normális testsúlyú gyerekek körében az egészségmagatartást és a pszichoszociális jóllétet vizsgálták, illetve ezeknek a családi jellemzőkkel való összefüggését keresték. Az egészség fenntartásához szükséges viselkedési formák közül rákérdeztek a diétázásra, reggeli fogyasztására, fizikális aktivitásra, gyümölcs és zöldségek, illetve zsírban és cukorban gazdag ételek fogyasztására, televíziónézésre. A pszichoszociális jólléthez tartozó kérdések az iskolai teljesítményre, az érzelmi distresszre, illetve a továbbtanulási tervekre vonatkoztak. A túlsúlyos gyermekek viselkedése egészségtelegebb volt, és több pszichoszociális nehézségük volt, mint normális testsúlyú társaiknak. A szülői figyelem szélsőséges esetei (magas, alacsony) a túlsúlyos fiúk körében összefüggtek a magas érzelmi distressszel, a lányoknál a szélsőséges diétázó magatartással. Azoknál a túlsúlyos kamaszoknál viszont, akiknél a családi kötelék erős, tehát a szüleik megértőek velük, meg tudják beszélni problémáikat egymással, közös programokat szerveznek, egészségesebben élnek a gyerekek és a pszichoszociális helyzetük is kedvezőbb. A magas szülői elvárások is védőfaktorok bizonyultak, ezek a fiúk kevesebb pszichoszociális nehézségről számoltak be, és egészséges viselkedésformák jellemezték őket.

KONKLÚZIÓ

Jelen irodalmi áttekintésben összefoglaltuk, mely családi tényezők lehetnek összefüggésben az evészavarokkal. A család szerepe az evészavarok pszichopatológiájában egy fontos szeletet jelent, amit az is mutat, hogy az alatt az idő alatt, amióta a család felé fordult a kutatók figyelme, mi-

2. táblázat. Evészavaros családok jellemzői

Evészavarosok családjára jellemző	Inkább anorexiás családokra jellemző	Inkább bulimiás családokra jellemző
konfliktusok kerülése	fokozott családi kohézió	csökkent családi kohézió
csökkent problémamegoldó- képesség		sérült kommunikáció
összemosottság – érzelmi bevonódás egymás életébe		csökkent érzelmi kifejezőképesség
csökkent autonómia – túlvédés		csökkent érzelmi kötődés

lyen nagy számú vizsgálat született. A családi háttér és működés megismerését célzó vizsgálatok lehetőséget adnak arra, hogy pontosabb, átfogóbb képet kapjunk a betegségről, a betegről.

Egy összefoglaló táblázatban igyekeztük külön választani azokat a családi jellemzőket, melyek máshogy alakulnak az AN-ban és a BN-ban.

A családon belüli kohézió, kommunikáció, konfliktusok kezelése mellett szót ejtettünk arról is, hogy a zavarok kialakulásában szerepet játszanak az egész korai etetési szokások és a családtagok körében jelenlévő táplálkozási zavarok is. Sajnos eddig kevés kutatás született abban az irányban, mely a család védőfunkcióját térképezné fel. Erre vonatkozóan további vizsgálatok szükségesek.

A családi jellemzők kutatása igen fontos, mert ezek alapján az evészavarokban szenvedők jobb terápiás stratégiáinak kimunkálására van lehetőség. Mivel az evés zavarainak kialakulásában a család szerepe jelentős, a terápiában is alapvető a családterápia – ezt több vizsgálat igazolta (Túry és mtsai 1999). Ennek hatékonyabb tervezését segíthetik a fentiekben összefoglalt vizsgálatok, több ponton kínálva ilyen lehetőségeket.

Irodalom

- Agras, S., Hammer, L., McNicholas, F. (1999): A prospective study of the influence of eating-disordered mothers on their children. *International Journal of Eating Disorders*, 25: 253–262.
- Bailey, C. A. (1991): A family structure and eating disorders: The Family Environment Scale and bulimic-like symptoms. *Youth & Society*, 23: 251–272.
- Casper, R. C., Troiani, M. (2001): Family functioning in anorexia nervosa differs by subtype. *International Journal of Eating Disorders*, 30: 338–42.
- Dévald P. (1993): *Öndesztuktivitás az evészavarokban*. A Pszichoanalitikus Gyermekek- és Serdülőterápiás Intézet kiadványa, Budapest.
- Emanuelli, F., Ostuzzi, R., Cuzzolaro, M., Watkins, B., Lask, B., Waller, G. (2003): Family

- functioning in anorexia nervosa: British and Italian mothers' perceptions. *Eating Behaviors*, 4: 27–39.
- Epstein, N. B., Bishop, D. S. (1987): *Problémacentrikus rendszerméleti családterápia*. Magyar Pszichiátriai Társaság Családterápiás Munkacsoport, 8. füzet.
- Friedman, M. A., Wilfley, D. E., Welch, R. R., Kuncze, J. T. (1997): Self-directed hostility and family functioning in normal-weight bulimics and overweight binge eaters. *Addictive Behaviors*, 22: 367–375.
- Hodes, M., Timimi S., Robinson, P. (1997): Children of mothers with eating disorders: a preliminary study. *European Eating Disorders Review*, 5: 11–24.
- Humphrey, L. L. (1986): Structural analysis of parent-child relationships in eating disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95: 395–402.
- Humphrey, L. L. (1987): Comparison of bulimic-anorexic and nondistressed families using Structural Analysis of Social Behavior. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 26: 248–255.
- Humphrey, L. L. (1988): Relationships within subtypes of anorexic, bulimic and normal families. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27: 544–551.
- Humphrey, L. L. (1989): Observed family interactions among subtypes of eating disorders using Structural Analysis of Social Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57: 206–214.
- Jozefik, B., Iniewicz, G., Namysłowska, I., Ulsaniska, R. (2002): Assessment of family relations by the patients suffering from anorexia nervosa – Part I, II. *Psychiatria Polska*, 36: 51–81.
- Karwautz, A., Haidvogel, M., Wagner, G., Nobis, G., Wober-Bingol, C., Friedrich, M. H. (2002): Subjective family image in anorexia nervosa and bulimia nervosa in adolescence: a controlled study. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 30: 252–259.
- Karwautz, A., Nobis, G., Haidvogel, M., Wagner, G., Haffer-Gattermayer, A., Wöber-Bingöl, C., Friedrich, M. H. (2003): Perceptions of family relationships in adolescents with anorexia nervosa and their unaffected sister. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12: 128–135.
- Keel, P., Heatherton, T., Harnden, J., Hornig, C. (1997): Mothers, fathers and daughters: dieting and disordered eating. *Eating Disorders*, 5: 216–228.
- Kog, E., Vandereycken, W. (1989): Family interaction in eating disordered patients and normal controls. *International Journal of Eating Disorders*, 8: 11–23.
- McNamara, K., Loveman, C. (1990): Differences in family functioning among bulimics, repeat dieters, and nondieters. *Journal of Clinical Psychology*, 46: 518–523.
- Mellin, A. E., Neumark-Sztainer, D., Story, M., Ireland, M., Resnick, M. D. (2002): Unhealthy behaviors and psychosocial difficulties among overweight adolescent: the potential impact of familial factors. *Journal of Adolescent Health*, 31: 145–153.
- Minuchin, S. (1974): *Families and family therapy*. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.
- Ogden, J., Steward, J. (2000): The role of the mother-daughter relationship in explaining weight concern. *International Journal of Eating Disorders*, 28: 78–83.
- Pike, K.M., Rodin, J. (1991): Mothers, daughters and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 100: 198–204.
- Rorty, M., Yager, J., Rossotto, E., Buckwalter, G. (2000): Parental intrusiveness in adolescence recalled by women with a history of bulimia nervosa and comparison women. *International Journal of Eating Disorders*, 28: 202–208.

- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1974): The treatment of children through brief therapy of their parents. *Family Process*, 13: 429–442.
- Shoebridge, P, Gowers, S. G. (2000): Parental high concern and adolescent-onset anorexia nervosa. A case-control study to investigate direction of causality. *British Journal of Psychiatry*, 176: 132–137.
- Tachi, T. (1999): Family environment in eating disorders: a study of the familiar factors influencing the onset and course of eating disorders (abstract). *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 101: 427–445.
- Túry F., Simon L., Wildmann M., Kiss K. (1994): Az anorexia hazai történetének korai forrásai. *Lege Artis Medicinae*, 4: 1152–1158.
- Túry F., Szabó P. (1996): Az evészavar-spektrum helye a pszichiátriában. *Psychiatria Hungarica*, 11: 247–256.
- Túry F., Szabó P. (2000): *A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Túry F., Wildmann M., László Zs., Joó M. N. (1999): Családterápiás munkánk értékelése a táplálkozási magatartás zavaraiiban. *Psychiatria Hungarica*, 14: 694–703.
- Vandereycken, W., Kog, E., Vanderlinden, J. (1989): *The family approach to eating disorders*. PMA Publishing Corp., New York.
- Whelan, E., Cooper, P. J. (2000): The association between childhood feeding problems and maternal eating disorder: a community study. *Psychological Medicine*, 30: 69–77.
- Young, E. A., Clopton, J. R., Bleckley, M. K. (2004): Perfectionism, low self-esteem, and family factors as predictors of bulimic behavior. *Eating Behaviors*, 5: 273–283.
- Young, E. A., McFatter, R., Clopton, J. R. (2001): Family functioning, peer influence, and media influence as predictors of bulimic behavior. *Eating Behaviors*, 2: 323–337.

SZTANÓ, FLÓRA – RESS, KATA – PÁSZTHY, BEA

FAMILY RISK AND PROTECTIVE FACTORS OF EATING DISORDERS

Family dysfunctions have a significant role in the development and maintenance of eating disorders. Overprotective paternal attitude and lack of autonomy of children are typical in eating disordered families. The main characteristics of these families are the ambiguous communication, conflict avoidance and the difficulty in expressing their emotions. All these factors can contribute to the development of eating disorders in a person who is susceptible to dieting. There is a lack of knowledge relating to the protective factors of family, but the open communication style can prevent the appearance of dysfunctional behavioural patterns.

Keywords: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, family functioning