

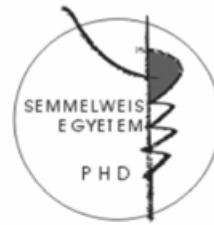
Az orthorexia nervosa korrelátumai, különös tekintettel az evészavarokra és a kényszeres tünetekre

Doktori tézisek

Varga Márta

Semmelweis Egyetem

Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Túry Ferenc egyetemi tanár, PhD

Hivatalos bírálók:

Dr. Géczy Anna egyetemi docens, Ph.D.

Dr. Hoyer Mária egyetemi docens, Ph.D.

Szigorlati bizottság elnöke:

Dr. Tringer László egyetemi tanár, Ph.D.

Szigorlati bizottság tagjai:

Dr. Demetrovics Zsolt egyetemi tanár, Ph.D.

Dr. Tölgyes Tamás egyetemi adjunktus, Ph.D.

Budapest

2014

Bevezetés

Az evészavarok divatbetegségnek számítanak, gyors patomorfózisuk miatt egyre újabb típusai jelennek meg, gyakori az átfedés a kórképek között, és még gyakoribb a szubklinikai megnyilvánulás. A szépségideált jelentő soványságideál mellett a megjelent az egészségideál, mint kívánt állapot. Az evészavarok civilizációs betegségnek számítanak, a tünettani változások időben a társadalmi háttér változásait is követik, ennek megfelelően az orthorexia nervosa (ON) is illeszkedik a rendszerbe, hiszen olyan időszakban bukkant fel, amikor is az egészséges életmód társadalomban megjelenő ideálként jelent meg a súlyos egészségügyi következményekkel járó elhízás és egészségügyi szövődményeivel szemben. Úgy tűnik azonban, hogy az egészséges táplálkozásra való figyelem is kóros mértéket ölthet és a megszállottság fókuszába kerülhet, egészségügyi szövődményeket és társas izolációt vonva maga után.

Az ON bár igen vitatott téma a szakemberek között, egyre nagyobb érdeklődésre tart számot. A DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) előkészítése kapcsán is felmerült a diagnosztikai rendszerbe történő felvétele, azonban az nem valósult meg. Tudományos és klinikai megítélése kétes, az ON-t vizsgáló mind hazai, mind nemzetközi kutatások száma alacsony, szűk körűnek tekinthető mind elemszámban, a célcsoport jellegét tekintve, s a változók vizsgálata szempontjából. Az ON mérésére alkalmas mérőeszköz magyar adaptációja igen fontos hiányt tölt be. A jelenség pontos helye nem tisztázott, a kritériumai homályosak. Bár a tünetegyüttes létezése nyilvánvaló, önálló zavarként való elfogadottsága vitatott. Új, exploratív jellegű kutatások segíthetnek tisztázni, hogy milyen formában és minőségben is kaphat helyet az ON a viselkedési zavarok osztályozásában.

A Bratman által 1997-ben leírt egészségesétel-függőségként definiált ON (Bratman, 1997; Bratman és Knight, 2000) nemcsak a nemzetközi, de a hazai szakirodalomban is megjelent. (Dudás és Túry, 2008; Varga és mtsai, 2010; Dudás és Varga, 2011). A magyar közlemények között azonban nincs olyan áttekintő tanulmány, amely az ON háttértényezőinek kutatási eredményeit összegezné, illetve azok hiányosságait vetné fel, a további kutatásokat motiválva. A jelen értekezésben átfogó betekintést kívánok adni az ON háttértényezőiről és kutatási adatairól, különös tekintettel az evészavarokkal és kényszerességgel való kapcsolatra. Az értekezésben az ON mérésére alkalmas mérőeszköz magyar adaptációja, illetve pszichometriai jellemzőinek vizsgálata is bemutatásra kerül.

Célkitűzés

Értekezésem középpontjában az ON mérését szolgáló nemzetközi kutatásokban használt ORTO-15 kérdőív (Donini és mtsai, 2005) magyar adaptációjának kidolgozása, illetve pszichometriai vizsgálata áll, amelynek során e kérdőívek megbízhatóságát és konstruktum validitását vizsgáltuk, illetve kísérletet tettünk a már problémás ON tünetek elkülönítésére (cut-off score). Validitásvizsgálat: az ON szakirodalmában leírt ORTO-15-ben nem szereplő szempontok operacionalizálása; feltételeztük, hogy ezek szoros kapcsolatot mutatnak az ORTO teszt által mért konstruktummal. Feltételezzük, hogy a magas és az alacsony ON hajlamúak életmódbeli és táplálkozásbeli különbségekkel rendelkeznek. A magasabb ON hajlam nemcsak egészségesebb táplálkozással, de egészségesebb életmóddal is együtt jár.

Emellett az ON hajlam korrelátumainak feltérképezése is megtörtént. Feltételeztük, hogy az ON hajlam kapcsolatot mutat más klasszikus evészavartünetekkel, kényszeres jellemzőkkel és a depresszióval. Feltételeztük, hogy az evészavar szempontjából érintett személyek fokozottabb ON hajlammal rendelkeznek. Az ON hajlam más evészavarok fedőtüneteként, vagy más evészavarok részeként, egyféle kompenzációs viselkedésként jelenik meg, illetve azok alternatív gyógyulási útját képezi. Megvizsgáltuk, hogy a kor, a nem, az iskolai végzettség, valaha fennálló evészavar mennyire játszott szerepet az ON hajlam kialakulásában. Az ON hajlam szempontjából fokozott kockázatúnak számító csoportok vizsgálata is helyt kap az értekezésben, hiszen korábbi kutatások szerint az egészségügyi hivatásúak fokozott kockázatú csoportnak számítanak ON hajlam szempontjából.

Mivel az ON új és vitatott jelenség az evészavar- és kényszerspektrumon, így a vele kapcsolatos kutatások is exploratív jellegűek.

Módszerek

A keresztmetszeti, kérdőíves, online vizsgálatban összesen 810 személy vett részt (724 nő és 86 férfi; 89,4%, 10,6%). A kutatás résztvevői Magyarország különböző egyetemeiről kerültek ki.

Az adatgyűjtés során használt online kérdőívcsomag tartalmazta a résztvevők beleegyezését a vizsgálatba, ezenkívül demográfiai adatokat, az ORTO-15 magyar nyelvű változatának kitöltését, étellistát, hozzáadott, ON specifikus kérdéseket, amelyek kifejezetten erre a kutatásra lettek összeállítva (korábbi leírások és klinikai tapasztalatok alapján). A résztvevők végül a saját életmódjukról, szokásaikról számoltak be (sporttevékenység, diétázási szokások, táplálékkiegészítők, gyógyszerek, drogok, alkohol használata, illetve kávéfogyasztás és dohányzás).

A kutatási protokollt a Semmelweis Egyetem Etikai Bizottsága (regisztrációs szám 4498–0/2011-EKU; 410/PI/11) elfogadta és engedélyezte.

Mérőeszközök

Szociodemográfiai és antropometriai adatok mellett a kérdőívben szerepeltek evészavarral kapcsolatos információk, továbbá az életmódra, káros szokásokra, ételválasztásra vonatkozó kérdések is. A vizsgálatban az Evési Zavar Kérdőív (EDI), a Maudsley Kényszer Kérdőív, az ORTO-15 ON mérő skála és a Beck-féle Depresszió kérdőív is helyet kapott, illetve tíz ON hajlamhoz kapcsolódó kiegészítő kérdés is összeállításra került.

Eredmények

A vizsgált változók tekintetében a következő nemi különbségek jelentkeztek. A nők szignifikánsan magasabb MOCI pontszámmal ($7,64 \pm 4,80$ vs. $6,36 \pm 4,39$; $t = -2,356$; $p < 0,5$) és több evési zavarra utaló tünettől ($30,57 \pm 27,02$ vs. $20,97 \pm 15,15$; $t = -5,010$; $p < 0,001$) rendelkeztek. Az Evési Zavar Kérdőív alapján a férfiakkal összevetve a nők között sokkal fokozottabb volt a karcsúság iránti készlettség ($3,91 \pm 5,31$ vs. $0,94 \pm 0,61$; $t = -11,308$; $p < 0,001$), a bulimiás tünetek ($1,34 \pm 3,26$ vs. $0,49 \pm 1,25$; $t = -4,711$; $p > 0,001$), a testi elégedetlenség ($7,74 \pm 7,44$ vs. $3,74 \pm 4,47$; $t = -7,185$; $p < 0,001$), illetve alacsonyabb szintű volt az interoceptív tudatosság mértéke ($1,47 \pm 2,17$ vs. $2,44 \pm 3,03$; $t = -3,439$; $p < 0,01$). A kényszeresség szempontjából a nők sokkal több tisztasággal kapcsolatos kényszeres jellemzővel rendelkeztek ($2,46 \pm 2,16$ vs. $1,65 \pm 1,63$; $t = -4,174$; $p < 0,001$), több depresszív tünettől ($13,48 \pm 4,65$ vs. $12,51 \pm 4,03$; $t = -2,076$; $p < 0,05$) mutattak a férfiakhoz képest.

Az ORTO-15 magyar adaptációja

Az ORTO-Hu esetében konfirmatív faktoranalízist alkalmaztunk az elméleti faktorstruktúra illeszkedésének tesztelésére. Négy CFA modellt teszteltünk.

A konfirmatív faktoranalitikus modell alapján Donini és munkatársai (2005) által javasolt háromfaktoros modellt elvetettük ($\chi^2=931,2$; $p<0,001$; $CMIN/DF=10,7$; $CFI = 0,72$; $TLI=0,66$; $RMSEA=0,11$; $PCLOSE<0,001$). Az egyfaktoros megoldás kissé rosszabb illeszkedést mutatott ($\chi^2=1080,8$; $p<0,001$; $CMIN/DF=12,0$; $CFI = 0,67$; $TLI=0,62$; $RMSEA=0,12$; $PCLOSE<0,001$); emiatt ezt is elvetettük. Az első két modell gyenge illeszkedési mutatói miatt részletes tételelemzést végeztünk, hogy megvizsgáljuk minden egyes tétel minőségét. A második konfirmatív faktoranalitikus modell különösen alacsony item-total korrelációit és faktortöltéseit alapul véve az 5, 6, 8, 14-es itemeket töröltük. A további CFA során vizsgáltuk az illeszkedést a rövidített verzió egyfaktoros struktúráján. Bár ez a megoldás jobb illeszkedési indexet adott ($\chi^2=530,8$; $p<0,001$; $CMIN/DF=12,1$; $CFI=0,81$; $TLI=0,76$; $RMSEA=0,12$; $PCLOSE<0,001$) a korábbi két modellel összehasonlítva, az indikátorok továbbra is elégtelenek maradtak. Emiatt a hibatagok kerültek elemzésre a modifikációs indexek segítségével.

A modifikációs indexek ≥ 50 cut-off kritériumát követve a hibatagok közötti három kovariancia került be a negyedik modellbe új egyfaktoros struktúrát hozva létre. A korreláló hibatagok a következő tételpárokhoz tartoztak (zárójelben a modifikációs mutatók): 10. és 11. tétel (116,5) 10. és 12. tétel (107,0), és a 11. és 12. tétel (96,4). A negyedik modell illeszkedési mutatói elfogadhatónak bizonyultak ($\chi^2=230,8$; $p<0,001$; $CMIN/DF=5,63$; $CFI=0,92$; $TLI=0,90$; $RMSEA= 0,076$; $PCLOSE<0,001$). Az eredeti 15 tétel és a 11 ítemes verzió belső konzisztenciája megfelelőnek, illetve jónak mutatkozott (Cronbach's alpha=0,78, illetve 0,82).

Kritikus pontérték meghatározása

Kiindulásként az ORTO-15 mérőeszköz elméleti és megfigyelt eloszlásának vizsgálata történt (logisztikus eloszlás: khi-négyzet illeszkedésvizsgálat eredménye $p>0,05$). Az így meghatározott vágópont a 35 pont környékére került. A meghatározott pont megközelítőleg 25-75 arányban osztotta fel a mintánkat (25% ON hajlam). Ez alapján a 11 tételt tartalmazó ORTO-11-Hu esetén (amely 11-től 44-ig vehetett fel értékeket) a 26-os vágópontot kaptuk. Ez éppen az ORTO-11-Hu átlagától egy szórásnnyira lévő pontértékkel egyezik meg

(28,83±3,15), amely megerősíti ennek helyességét, hiszen az ORTO-11-Hu változó eloszlása nem tér el nagymértékben a normális eloszlástól.

Belső megbízhatóság és validitásvizsgálat

A kutatás célja között szerepelt olyan szempontok tesztelése, amelyek egyféle külső kritériumként szerepelhetnek, de legalábbis függetlennek tekinthetők a mérőeszköz tételeitől. A 10 kérdésből álló listát a szakirodalomban leírtak alapján, elsősorban Bratman leírásaiból (Bratman 1997, Bratman és Knight 2000), illetve esettanulmányok alapján állítottuk össze. Az eredmények megerősítették a kapcsolatot az ORTO-11-Hu pontszámok és a kiegészítő ON tételek között. A magasabb ON hajlammal rendelkező személyekre szignifikánsan jellemzőbb volt, hogy csak bioételt fogyasztanak ($Z=-4,193$; $p<0,001$), hogy mindig meghatározott időpontban esznek ($Z=-3,702$; $p<0,001$); hogy a kövérséget a gyengeség jelének tartják ($Z=-5,266$; $p<0,001$), hogy bizonyos színű ételeket kerülnek ($Z=-3,235$; $p<0,001$), hogy elítélik azokat az embereket, akik nem tudnak uralkodni a vágyaikon ($Z=-2,580$; $p<0,001$), illetve azokat is, akik nem tartják be az egészséges életmód szabályait ($Z=-4,091$; $p<0,001$). Sokkal inkább úgy gondolják, hogy a betegek többsége maga okolható a betegségéért ($Z=-5,428$; $p<0,001$), hogy mindig ugyanazokat az ételeket fogyasztják ($Z=-4,177$; $p<0,001$), illetve sok időt töltenek azzal, hogy összeállítsák azt, amit esznek ($Z=-7,135$; $p<0,001$).

Ezen eredmények a nők csoportjában megerősítődtek, férfiak körében azonban csak a bioétel fogyasztás esetén mutatkozott szignifikáns különbség ($p<0,001$).

A tételekből főkomponens elemzéssel két főkomponenst hoztunk létre: Önmegtartóztatás és Étkezésre való fokozott figyelem főkomponens

Életmód jellemzők, káros szokások és ételválasztás

Az eredmények az ORTO-11-Hu mérőeszköz validitását támasztják alá. A gyakrabban sportoló személyek magasabb ON hajlamot mutattak azokkal összehasonlítva, akik egyáltalán nem sportoltak ($\chi^2=17,083$; $p<0,001$). Nem volt szignifikáns összefüggés a dohányzás, a szerhasználat, a koffeinbevitel, a gyógyszerek és más táplálékkiegészítők szedése és az ON hajlam között. Az absztinens személyek között magasabb volt az ON hajlam aránya azokkal összehasonlítva, akik havi vagy heti rendszerességgel fogyasztanak alkoholt ($\chi^2=13,016$; $p<0,05$). A diétázók körében szintén magasabb volt az ON hajlam aránya ($Z=4,175$; $p<0,001$). Szintén magasabb ON hajlammal rendelkeztek azok, akik hozzátartozóikat és barátait megpróbálták meggyőzni, hogy az általuk egészségesnek vélt diétát kövessék ($Z=3,036$; $p<0,001$).

A teljes kiőrlésű gabonát magasabb gyakorisággal fogyasztók szignifikánsan magasabb ON hajlamról számoltak be a teljes kiőrlésű gabonát kevésbé gyakran fogyasztókkal összehasonlítva ($\chi^2=8,206$; $p<0,05$). A fehér pékáru tekintetében éppen fordított összefüggés mutatkozott. A magasabb gyakorisággal finomított gabonát fogyasztók alacsonyabb ON hajlamot mutattak ($\chi^2=17,411$; $p<0,001$). Az ON hajlam magasabb volt azok körében, akik gyakrabban fogyasztanak gyümölcsöt ($\chi^2=9,486$; $p<0,1$) és zöldséget ($\chi^2=9,407$; $p<0,1$). A rendszeresen bioboltban vásárolnak szintén magasabb ON hajlammal rendelkeztek ($\chi^2=9,325$; $p<0,01$).

Nemek szerinti bontásban a nők között szignifikánsan gyakoribb volt a teljes kiőrlésű gabona fogyasztása ($\chi^2=6,964$; $p<0,05$) és ritkább a finomlisztből készült termékek fogyasztása a fokozott ON hajlammal rendelkező csoportban az ON hajlammal nem rendelkező nőkhöz képest ($\chi^2=10,424$; $p<0,05$). A férfiak csoportjában pedig a fokozott ON hajlammal rendelkező férfiak csoportjában szignifikánsan magasabb volt a naponta gyümölcsöt fogyasztók aránya, mint az ON hajlammal nem rendelkezők csoportjában ($\chi^2=7,570$; $p<0,05$). Nemek szerinti bontásban a nők csoportjában szignifikánsan magasabb volt a fokozott ON hajlammal rendelkezők között a rendszeresen sportolók ($\chi^2=8,923$; $p<0,05$), a valamilyen speciális diétát követők ($\chi^2=16,544$; $p<0,05$), illetve azon személyek aránya, akik családtagjaikat, barátait az általuk követett táplálkozás helyességéről kívánják meggyőzni ($\chi^2=4,438$; $p<0,05$), az ON hajlammal nem rendelkező nőkkal összehasonlítva.

Orthorexia nervosával kapcsolatos konstruktumok vizsgálata

Az ON hajlam gyenge, pozitív irányú korrelációt mutat az EDI négy alskálájával: a Karcsúság iránti késztetés ($r=-0,3$; $p<0,01$), a Bulimia ($r=-0,23$; $p<0,01$), Elégtelenség érzése ($r=-0,21$; $p<0,01$), az Interoceptív tudatosság ($r=-0,25$; $p<0,01$). Nemek szerinti bontásban látható, hogy míg a nők csoportjában az ORTO-11-Hu és az EDI alskálák pontszámainak együjtjárása megjelenik ($p<0,001$), addig a férfiak csoportjában a magasabb ON hajlam szignifikánsan csak a magasabb karcsúság iránti késztetéssel ($r=-0,224$; $p<0,05$) és magasabb perfekcionizmussal ($r=-0,456$; $p<0,01$) áll összefüggésben. Az ON változó gyengén korrelált az „Ellenőriztetés” ($r=-0,255$; $p<0,001$) és az „Aggályoskodás, rágódás, őrlődés” ($r=-0,262$; $p<0,001$) alskálával. Az ORTO-11-Hu változó a MOCI alskálákkal csak a nők esetén mutatott szignifikáns együjtjártást ($p<0,01$). A fokozott ON hajlam szignifikánsan több kényszeres jellemzővel járt együtt mind a négy alskálán.

Az ON hajlammal rendelkező és nem rendelkező csoportban (cut-off point=26) nem mutatkozott szignifikáns eltérés a szociodemográfiai és antropometriai jellemzők mentén. A nők 21,82%-a, a férfiak 20,93%-a esetén mutatkozott fokozott ON hajlam. Az Evési Zavar Kérdőív ($t=5,975$; $p<0,001$), a Maudsley Kényszer Kérdőív ($t=-6,637$; $p<0,001$), valamint a Beck-féle Depresszió Kérdőív ($t=-5,544$; $p<0,001$) alapján szignifikáns különbség mutatkozott a két csoport között. Az ON hajlammal rendelkező személyek szignifikánsan magasabb evészavar hajlammal, több kényszeres jellemzővel, illetve intenzívebb depressziós tünetekkel rendelkeztek, mint az ON hajlammal nem rendelkezők. Ez a szignifikáns különbség mind az EDI, mind a MOCI mindegyik alskáláján megjelent.

Nemek szerinti bontásban mindez a nők csoportjában megerősítést nyert minden változó és alskála esetén ($p<0,001$), míg a férfiak csoportjában az ON hajlammal rendelkezők szignifikánsan magasabb MOCI pontszámmal ($t=-2,124$; $p<0,05$) rendelkeztek, alskálát tekintve az Aggályoskodás, őrlődés alskálához tartozó kényszeres jellemzőik voltak fokozottabbak ($t=-2,204$; $p<0,05$) és szignifikánsan magasabb perfekcionizmussal ($t=-4,500$; $p<0,001$) voltak jellemezhetőek az ON hajlammal nem rendelkező férfiakkhoz képest.

Orthorexiás hajlamot magyarázó tényezők

A hierarchikus lineáris logisztikus regressziós modell első részében a „Volt-e valaha evészavara?” változó, a BMI referenciatartományaihoz kapcsolódó kategóriákat, az egészségügyi hivatásváltozókat vontuk be, a nem, az iskolai végzettség és az életkor változók mellett. Az alacsonyabb életkor ($B=0,13$; $p<0,01$), a korábbi evészavar megléte ($B=-0,18$; $p<0,001$), az elhízás ($B=-0,09$; $p<0,05$) szignifikáns magyarázó tényezőnek adódott ($R^2=5,5\%$). A második modellbe bevonva az EDI, MOCI és BDI változókat, az alacsonyabb életkor ($B=0,10$; $p<0,05$) és a korábbi evészavar megléte ($B=-0,09$; $p<0,001$) mellett az elhízás szerepe eltűnt, és az evészavaros ($B=-0,17$; $p<0,001$), illetve kényszeres tünetek ($B=-0,13$; $p<0,001$) váltak a magasabb ON hajlam magyarázó tényezőivé ($R^2=12\%$).

Miután az EDI és a MOCI változók is magyarázó tényezőkként mutatkoztak az ON hajlam (alacsonyabb ORTO-11-HU pontszám) magyarázatára ezek alskálái is bevonásra kerültek. A modell alapján kiderült, hogy az EDI és MOCI skálák magyarázó szerepét, egy-egy alskála magyarázó ereje határozta meg. Az EDI skála esetén a Karcsúság iránti készlettség ($B=-0,29$; $p<0,001$), illetve a Testtel való elégedetlenség ($B=0,0034$; $p<0,05$), a MOCI esetén pedig az Ellenőrizgetés ($B=-0,11$; $p<0,05$) és Aggályoskodás alskálák ($B=-0,11$; $p<0,05$). Az alskálák bevonásával a BDI hatása is szignifikánssá vált ($B=-0,10$; $p<0,05$) ($R^2=15,8\%$).

Az ORTO-11-HU-ra illesztett többváltozós lineáris modellben bevonásra kerültek a korábban megállapított főkomponensek is. Az étkezési figyelem és az önmegtartóztatás főkomponensek bevonásával 19,2%-ra növekedett az R^2 . Az alacsonyabb életkor ($B=0,11$; $p<0,01$), az elhízás ($B=-0,07$; $p<0,05$), az evészavar tünetek ($B=-0,15$; $p<0,001$) és a kényszeresség ($B=-0,09$; $p<0,0001$) magyarázó hatása párosult a két főkomponens ($B=-0,21$; $p<0,001$ és $B=-0,14$; $p<0,001$) magyarázó hatásával ($R^2=19,2\%$). A két főkomponenst a modellbe vonva ($B=-0,20$; $p<0,001$ és $B=-0,14$; $p<0,001$) az alsókálákat külön vizsgálva a korábbtól eltérő képet kaphattunk. Az alacsonyabb életkor ($B=0,12$; $p<0,001$), az elhízás ($B=-0,08$; $p<0,05$), a karcsúság iránti készletés ($B=-0,23$; $p<0,001$) és az ellenőrzés alsókálák ($B=-0,14$; $p<0,01$) mutatkoztak csak magyarázó tényezőként, összesen az ORTO-11-Hu változó heterogenitásának 22,1%-át magyarázva. Az EDI Karcsúság iránti készletés faktorának ($B=-0,19$; $p<0,001$) bevonásával az EDI magyarázó ereje megszűnt, tehát ezen kívül az EDI nem tesz sokat hozzá az ON hajlam magyarázatához.

Az ORTO-11-Hu határértéke alapján létrejövő bináris változó logisztikus regressziós modelljében az étkezési figyelem ($B=0,358$; $p<0,001$), az önmegtartóztatás főkomponens ($B=0,407$; $p<0,001$), a kényszeresség ($B=0,052$; $p<0,05$) és az evészavar hajlam ($B=0,015$; $p<0,001$) mutatkozott szignifikáns magyarázó tényezőként.

Evészavarok gyakorisága szubjektív önjellemzés alapján

A nők között szignifikánsan magasabb volt az ON hajlam a jelenleg evészavarban szenvedők között ($\chi^2=46,235$; $p<0,001$). Az önjellemzés alapján a magukat jelenleg is evészavarban szenvedőnek vallók szignifikánsan alacsonyabb pontszámot értek el az ORTO-11-Hu kérdőívben (tehát magasabb ON hajlamúnak bizonyultak) a korábban evészavarban szenvedőkhöz és azokhoz képest, akik önmaguk bevallása szerint nem szenvedtek soha evészavarban ($\chi^2=42,726$; $p<0,001$).

Evészavarok gyakorisága objektív kritérium alapján

A mintában nem szerepelt olyan férfi, aki kimerítette volna a DSM 5 kritériumai alapján kialakított AN, BN, szubklinikai AN és BN diagnózisát. A nők csoportjában az AN aránya 0,41%, a BN-é pedig 1,8%, az AN szubklinikai formájának a gyakorisága 10,08%, illetve a BN szubklinikai formájának előfordulási gyakorisága a jelen minta női csoportjában 3,31%. Mind az AN és BN, illetve ezek szubklinikai formáinak kritériumait kimerítő nők szignifikánsan magasabb ON hajlammal rendelkeztek, illetve az ORTO-11-Hu kérdőív

megállapított határérték alapján is szignifikánsan többen tartoztak közülük a fokozott ON hajlammal rendelkező csoportba.

Orthorexiás hajlam fokozott kockázati csoportjának feltérképezése

Feltételeztük, hogy az egészségügyi hivatásúak eltérnek ON hajlam, evészavaros, kényszeres és depresszív tünetek szempontjából. Az egészségügyi hivatásúak szignifikánsan több evészavar ($t=2,799$; $p<0,01$) és kényszeres jellemzőt ($t=2,801$; $p<0,01$) mutattak a nem egészségügyi hivatásúakhoz képest, azonban ON hajlamot szempontjából nem volt statisztikailag jelentős eltérés a két csoport között.

Következtetések

Magyarországon elsőként az ON hajlamot és korrelátumait körüljáró, nagy elemszámú mintán végzett exploratív kutatás történt. A 810 fős mintán végzett vizsgálat során faktoranalízis segítségével az ORTO-15 (Donini és mtsai, 2005) 11 tételes, egyfaktoros magyar adaptációja készült el, amely az átfogó pszichometriai elemzés során jó mérőeszköznek bizonyult. Reliabilitás- és validitásvizsgálat során nemcsak a mérőeszköz megbízhatóságát és érvényességét igazoltuk, hanem az ON hajlamhoz elméleti megfontolások alapján kapcsolódó életmódot és táplálkozási szokásokat is vizsgáltuk. Az ON hajlamú személyek a várakozásainknak megfelelően az egészséges életmód több jellemzőjét és egészségesebb táplálkozási szokásokat mutattak az ON hajlammal nem rendelkezőkkel összehasonlítva. Az újonnan kidolgozott mérőeszköz fokozott ON hajlamú csoportot elkülönítő határértékének megállapítására is kísérletet tettünk. Az új határérték alapján a teljes vizsgálati minta ($N=810$) 21,7%-a ($n=176$), 20,93% férfi és 21,82% nő bizonyult fokozott ON hajlamúnak. A fokozott ON hajlammal rendelkező csoport jellemzőit is megvizsgáltuk, amely eredményeképpen láthattuk, hogy ez a csoport több evészavar- (Evési Zavar Kérdőív), kényszeres (Maudsley-féle Kényszer Kérdőív) és depresszív (Beck-féle Depresszió Kérdőív) jellemzővel rendelkezik.

A szubjektív önjellemzés és objektív evészavar kritériumok alapján (a DSM-5-öt alapul véve) az evészavarban szenvedők magasabb ON hajlammal rendelkeztek.

Az ON hajlam magyarázó és háttértényezőinek feltérképezésére többváltozós regressziós elemzés alapján az ON hajlamot leginkább az alacsonyabb életkor, az elhízás, a karcsúság iránti készletesség, a kényszeres ellenőrzégettség, illetve az Önmegtartóztatás és Étkezésre irányuló figyelem magyarázta. Ez a hivatás szerint bontott csoportban csak részben különbözött. Az

egészségügyi pályát választók csoportjában az evészavar tünetek, a nem egészségügyi pályát választók között a kényszeresség jelent meg az ON hajlam magyarázó tényezőjeként, illetve mindkét esetben az Önmegtartóztatás és Étkezésre irányuló figyelem.

A fokozott ON hajlamúak csoportjában szignifikánsan magasabb volt a korábban vagy jelenleg evészavarban szenvedő nők aránya, Mind az AN és BN, illetve ezek szubklinikai formáinak kritériumait kimerítő nők szignifikánsan magasabb ON hajlammal rendelkeztek, illetve az ORTO-11-Hu kérdőív megállapított határérték alapján is szignifikánsan többen tartoztak közülük a fokozott ON hajlammal rendelkező csoportba. Mivel a férfiak alulreprezentáltak a mintában, így az eredmények nem biztosítanak kellő adatmennyiséget a nemi különbségek megbízható vizsgálatához.

Az ORTO-11-Hu az ORTO-15 második idegen nyelvű adaptációja, amelynek során alapos pszichometriai vizsgálat történt. Közép-Kelet-Európában az első kutatás, amely változatos és nagy mintán vizsgálja az ON hajlam korrelátumait, különös tekintettel az evészavarral és kényszerességgel való kapcsolatára.

További reprezentatív mintán és más foglalkozási csoportokban való kutatások szükségesek az ON hajlammal kapcsolatos tudásanyag gyarapítása és általánosíthatósága érdekében. További nemzetközi és kultúrközi kutatások szükségesek az ON hajlam kulturális különbségeinek feltérképezésére, amelyek lehetővé tennék még pontosabb mérőeszközök kidolgozását, illetve az adatok összehasonlíthatóságát, így az ON hajlam pontosabb körvonalazását, amely talán elvezethet a diagnosztikus kritériumok kidolgozásáig.

Saját publikációk jegyzéke

Az értekezés témájában megjelent eredeti közlemények:

Könyvfejezet

1. **Varga M**, Túry F. Az evészavarok és a kényszerbetegség kapcsolata. In: Túry F., Pászthy B. (szerk.) Evészavarok és testképzavarok. Pro Die, Budapest, 2008: 273-285.
2. **Varga M**, Dudás K, Túry F. Az orthorexia nervosa – egészségesétel-függőség. In: Demetrovics Zs. (szerk.) Addiktológia alapjai IV. Egyéb, a diagnosztikus rendszerekben nem, vagy nem impulzuskontroll-zavarként osztályozott viselkedési addikciók. Eötvös Kiadó, Budapest, 2010: 447-458.
3. Dudás K, **Varga M**. Az evészavarok új útjai: tanácsadás és pszichoterápia orthorexia nervosában. In: Túry F, Pászthy B. (szerk.) Az evészavarok pszichoterápiájának aktuális kérdései. Semmelweis, Budapest, 2011: 127-137.

Folyóiratban megjelent közlemény

1. **Varga M**, Túry F. (2008) Obsessionality and compulsivity in eating disorders. Rev Med Chir Soc Med Nat, 112(3): 181-188.
2. **Varga M**, Túry F. (2008) Az evészavarok és a kényszerbetegség kapcsolata. Háziórvos Továbbképző Szemle, 8(10).
3. Túry F, Babusa B, Dukay-Szabó Sz, **Varga M**. (2010) Az evés- és a testképzavarok újabb típusai a modern civilizációs ártalmak között. Magy Tud, 171(11): 1306-1315.
4. **Varga M**, Babusa B. (2012) Az új keletű evészavarok néhány pszichológiai és rendszerszemléleti vonatkozása. Lege Artis Med, 22(6-7): 440-444.
5. **Varga M**, Dukay-Szabó Sz, Túry F, van Furth EF. (2013) Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. Eating and Weight Disorders, 18: 103-111. (IF 0.527)
6. **Varga M**, Dukay-Szabó Sz, Túry F. (2013) Orthorexia nervosa és háttértényezői. Ideggyogy Sz, 66(7-8): 220-227. (IF 0.348)
7. **Varga M**, Konkoly Thege B, Dukay-Szabó Sz, Túry F, van Furth EF. (2014) When eating healthy is not healthy: Orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary. BMC Psychiat, 14(59). (IF 2,23)

Egyéb- nem az értekezés témájában megjelent eredeti közlemények:

1. Túry F, Babusa B, **Varga M.** (2010) History of eating disorders in Hungary. *Psihijatan*, 42(1): 73-84.
2. Túry F, Szentes A, **Varga M.** Ikrek pszichoterápiájának nehézségei evészavarokban. In: Túry F., Pászthy B. (szerk.): *Az evészavarok pszichoterápiájának aktuális kérdései*, Semmelweis, Budapest, 2011: 188-199.
3. Túry F, Szentes A, **Varga M.** (2012) Pitfalls of the psychotherapy of twins with eating disorders. *Eat Weight Disord* 17: 140-143. (IF 0.628)
4. **Varga M.** (2011) A halál megjelenése evészavarokban. *Pszichoterápia* 20(3): 181-189.
5. Dukay-Szabó Sz, Györffy Zs, Ádám Sz, **Varga M.** Nőnek lenni: négy hetente, negyven hétig, közben, és azután. In: Susánszky É., Szántó Zs. (szerk.) *Magyar lelkiállapot*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2013.
6. Túry F, Czeglédi E, Papp I, Dukay-Szabó Sz, Babusa B, Güleç H, Mezei Á, Szabó K, **Varga M**, Szumska I. A táplálkozási magatartás zavarainak felmérése reprezentatív hazai minta alapján – különös tekintettel a háttértényezőkre. In: Susánszky É, Szántó Zs. (szerk.) *Magyar lelkiállapot*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2013: 147-160.