

A testedzésfüggőség viselkedéstani és pszichológiai kontextusa

Doktori értekezés

Menczel Zsuzsanna

Semmelweis Egyetem

Patológiai Tudományok Doktori Iskola



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

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

Szigorlati bizottság elnöke: Dr. Forgács Iván Ph.D, prof. emeritus

Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Nagyné Dr. Baji Ildikó Ph.D, főiskolai docens
Dr. Lénárd Kata Ph.D, egyetemi adjunktus

Budapest
2016

„Rejtélyes valami az emberi szenvedély, és a gyermekeknél sincs ez másképp, mint a felnőtteknél. Akiket megszállt, nem találnak rá magyarázatot, akik viszont soha nem éltek át semmi ilyesmit, azok nem értik meg. Vannak emberek, akik kockára teszik az életüket, hogy meghódítsanak egy hegycsúcsot. Senki, még talán ők maguk sem tudják megmagyarázni, miért. Mások tönkreteszik magukat, hogy megnyerjék a szívét egy bizonyos személynek, aki tudni sem akar róluk. Megint mások azzal pusztítják el magukat, hogy nem tudnak a gyomor örömeinek ellenállni – vagy annak, amit az ital nyújt. Egyesek minden vagyonukat odadobják, hogy szerencsejátékban nyerjenek, vagy mindent feláldoznak egy rögeszméért, ami soha nem valósul meg. Vannak, akik azt hiszik, csak akkor lennének boldogok, ha máshol élnének, mint ahol éppen vannak, és ezért egész életükön át ide-oda utaznak a világban. S akadnak egynéhányan, akik nem nyugszanak addig, amíg hatalomhoz nem jutnak. Egyszóval annyiféle szenvedély létezik, ahány ember.”

Michael Ende

A végtelen történet

Tartalom

Rövidítések jegyzéke.....	4
1. Bevezetés.....	5
1.1. A testedzésfüggőség definíciós kérdései, a meghatározás nehézsége.....	7
1.1.1 A testedzésfüggőség természete	8
1.1.2 A testedzésfüggőség szintjei.....	11
1.1.3 A testedzésfüggőség mérése.....	13
1.1.4 A testedzésfüggőség epidemiológiája	18
1.1.4.1. Nemi különbségek a testedzésfüggőségben.....	20
1.1.4.2. A testedzésfüggőség és az életkor kapcsolata.....	22
1.1.5 Komorbiditás	23
1.1.5.1. A testedzésfüggőség kialakulását meghatározó személyiségtényezők.....	25
1.1.5.2. A testedzésfüggőség és a személyiségdimenziók összefüggése.....	28
1.1.5.3. A testedzésfüggőség magyarázó elméletei	31
1.1.5.4. A testedzésfüggőség biológiai háttere	35
1.1.6 A testedzésfüggőség kezelésének lehetőségei.....	37
1.2. A testedzésfüggőség kialakulását befolyásoló kulturális tényezők.....	38
1.2.1 Testkép, testi elégedetlenség.....	39
1.2.2 A testképet befolyásoló egyéb tényezők	40
1.2.3 A testkép változására ható kulturális tényezők.....	40
1.2.4 Vékonyágideál	41
1.2.5 Társadalmi változások a testkép megítélésének hátterében	41
1.2.6 A külső szépség ára	42
1.2.7 A külső és a belső test kapcsolata.....	43
1.3. A „modern” ember betegsége: a táplálkozási magatartás és testedzés zavarai	44
1.3.1 Orthorexia nervosa	44
1.3.2 Testépítő típusú evészavar – testzsírfóbia	45
1.3.3 Izomdiszmorfia.....	45
1.4. Sportolási szokások a 21. században.....	46
1.4.1 A környezet hatása a mozgáskultúrára	46

1.4.2	A testnevelés óra hatása a felnőttkori sportolásra	47
1.4.3	Sport a tömegkommunikációban	48
1.4.4	Élet a sport és a wellness jegyében.....	49
1.4.4.1.	A fitness mozgalom virágkora.....	50
1.4.4.2.	A wellness iparág.....	50
1.4.5	A fitnessztermek bemutatása a kulturális antropológia szemszögéből	51
2.	Célkitűzések	53
3.	Módszerek	57
3.1.	Kvantitatív módszer – Kérdőíves felmérés	57
3.2.	Mérőeszközök	58
3.2.1	Szociodemográfiai adatok	58
3.2.2	Sportolási, testedzési, szokásokra vonatkozó kérdések.....	58
3.2.3	Edzési szokásokra vonatkozó skálák.....	59
3.2.4	Pszichoaktív szerek használatára vonatkozó adatok	61
3.2.5	Evéssel, külalakkal kapcsolatos kérdések	61
3.2.6	Személyiség jegyekre vonatkozó kérdőívek.....	63
3.3.	Alkalmazott statisztikai eljárások.....	65
4.	Eredmények.....	66
4.1.	Szociodemográfiai jellemzők	66
4.2.	Testedzésfüggőség.....	68
4.3.	Szociodemográfiai jellemzők a testedzésfüggőség tükrében	69
4.4.	Sportolási szokások	71
4.5.	Antropometriai adatok.....	75
4.6.	Droghasználati jellemzők	75
4.7.	Külalakkal való elégedettségrel kapcsolatos jellemzők	78
4.8.	Személyiség jegyek, vonások.....	78
4.9.	A testedzésfüggőség rizikófaktorainak elemzése.....	81
5.	Megbeszélés	85
6.	Következtetések.....	92
6.1.	A kutatás erősségei és korlátai	93
7.	Összefoglalás.....	96
7.1.	Summary	97

Irodalomjegyzék	98
Saját publikációk jegyzéke	107
Köszönetnyilvánítás	109
Mellékletek	110

Rövidítések jegyzéke

- BMI: Testtömeg index (Body Mass Index)
- BSSS-8: Rövidített Szenzoros Élménykeresési Skála (Brief Sensation Seeking Scale)
- EAI: Testedzés Addikció Kérdőív (Exercise Addiction Inventory)
- EDI: Evészavar Kérdőív, Testi elégedetlenség alskála (Eating Disorder Inventory)
- EDS-HU: Testedzésfüggőség Skála (Exercise Dependence Scale)
- WBI: WHO Jól-lét Kérdőív (WHO Well – Being Scale)

1. Bevezetés

A személyes egészségre fordított figyelem demokratizálódásával az „egészségesen élni”, „egészségesnek maradni” gondolata normává, társadalmi előírássá vált. Épp ezért érték és egészség kapcsolódása számos dimenzióban vizsgálható, s különös hangsúlyt kap, amint a posztmodern társadalmak díszletei közé helyezzük e fogalmakat. Szembesülnünk kell a mércék és szabályok sokféleségével, melyek az egészség értéként való értelmezését is meghatározzák. Újraértelmeződnek az „egészségesnek lenni” jelentéshatárai: egyrészt a „belső test” egészségének megőrzése a cél, másrészt a „külső test” hanyatlása elleni küzdelem fontossága is felértékelődik, s ezzel együtt az egészség, a fiatalság fenntartására irányuló gyakorlatok az élet megannyi területére beszűrődnek. A „test önmegőrző koncepciója” válik uralkodóvá, melynek lényege a test aktivitásának és fiatalságának hosszantartó biztosítása az egyéni szükségletek kontrollján (diéta, mozgás, higiénia) keresztül. A változások nyomán megfogalmazódó dilemmák lehetőséget biztosítanak olyan multidiszciplináris párbeszéd kialakulására, melyben pszichológia, pszichiátria, szociológia, kulturális antropológia szempontjai egyaránt helyet kapnak. Vizsgálatunk tárgya e sajátos társadalmi-kulturális térben helyezhető el. Érdeklődésünk középpontjában az áll, hol húzható meg a határ a testedzés iránti szenvedélyes elköteleződés és a függőség között. Felmerül a kérdés, hogy beszélhetünk-e egy egészséges megküzdési mechanizmusról, vagy téves öngyógyítási kísérletként értékelhetjük a túlzásba vitt sportolást, ami szükségszerűen vezet el a testedzésfüggőséghez.

Az elmúlt évtizedekben számos kutatás foglalkozott a sport egészségvédő, megtartó, illetve betegség megelőző hatásával. A vizsgálatok kimutatták, hogy a rendszeres testedzés mind a testi, mind a pszichés jóllétre pozitív befolyással bír (Ortega és mtsai, 2010, Hausenblas és Symons Downs, 2002a, Keresztes és mtsai, 2005, Kovács és Pikó 2011).

A mozgás hatékonyan előzheti meg az olyan, népbetegségnek mondható kórképeket, mint a szív- és érrendszeri problémák, cukorbetegség, daganatos elváltozások (Warburton, Nicol és Bredin, 2006). Számos mentális zavar esetén megfigyelhető a sport jótékony hatása, továbbá a sportos életmód energetsítő, önértékelést növelő szerepe is bizonyítást nyert (Kopp és Kovács, 2006). Nem utolsó sorban a sport kitartásra, tiszteletre nevel.

Azonban mint minden olyan viselkedés, melyet a kontroll hiánya jellemez, káros befolyással bír a személy testi, lelki életére, így a határok nélkül folytatott testedzés is romboló hatású az egészség megőrzés szempontjából. A testedzésfüggőség (exercise dependence, ED), olyan kórforma, melyben túlzott mértékű sporttevékenység jellemzi a személyt (Demetrovics és Kun, 2007). A testedzésfüggőség kutatása az elmúlt harminc évben indult meg (Glasser, 1976, idézi Blaydon és Linder, 2002; Terry és mtsai, 2004, Szabó és mtsai, 2010). Ez magyarázható, részben előfordulásának viszonylag alacsony mértékével (Terry és mtsai, 2004), valamint a kórkép széles körben még nem ismert voltával. Hivatalos diagnosztikai rendszerekben, mint DSM-V, még nem szerepel ez a sportolással összefüggő zavar, habár jelenléte indokolt lenne (Rendi és mtsai, 2010). Tüneti jellemzői alapján a viselkedéses függőségek kategóriájában vizsgálható (Szabó és mtsai, 2010).

A jelenleg is zajló társadalmi, gazdasági és kulturális változások hatására megnöttek a testképzavarokkal és evészavarokkal küzdők száma. Egyre újabb kórképeket írnak le a kutatók, mint az izomdiszmorfia/inverz anorexia (Pope és mtsai, 1993; Túry és Gyenis, 1997; Lukács és mtsai, 2007), testépítő típusú evészavar/testzsír fóbia (Túry és Gyányi, 2007), orthorexia nervosa/egészségesétel-függőség (Dudás és Túry, 2008; Varga és mtsai, 2014), testedzésfüggőség. A már ismert zavarok, mint az anorexia nervosa, bulimia nervosa és az obesitas száma egyre nő. Mindez alátámasztja a létjogosultságát egy olyan kórkép vizsgálatának, mely beleillik a már említett zavarok sorába, valamint előfordulási gyakorisága növekvő érintettséget mutat a rekreációs sportolók körében.

Dolgozatomban budapesti fitnesztermeket látogatók sportolási szokásait, valamint jellemző pszichés működésmódjukat kívánom felmérni. Fontos figyelemmel kísérni, mely tényezők irányíthatják őket a sportolás kapcsán addiktív viselkedés felé, így közelebb kerülhetünk az egészséges szokások egészségtelen irányba hajló kontinuumának megértéséhez.

Kutatásunkban ezért egy speciális populációt választottunk, akik az átlag népességhez képest sportosabb életmódot folytatnak, így esetükben feltételezhető a testedzésfüggőség magasabb előfordulási aránya. Mindez közelebb vihet, a jelenség pontosabb megértéséhez.

Dolgozatomban arra keresem a választ, hogy a sportos életmód, a környezeti-kulturális- és gazdasági tényezők, valamint a személyiség jellemzők milyen mértékben

függnek össze. Azonosíthatóak-e továbbá specifikus dimenziók, melyek hozzájárulhatnak a testedzésfüggőség kialakulásához. Mindezen ismeretek birtokában, lehetőség nyílhat egy célzottan, a sportoló szubkultúrára kifejlesztett prevenciós program kidolgozásra.

A következőkben a testedzésfüggőség jelenségét mutatjuk be, különös hangsúlyt helyezve a jelenség lehetséges definícióinak, meghatározásának bemutatására. Ezt követően körüljárjuk azon pszichés, biológiai és kulturális tényezőket, melyek a zavar kialakítására hatással lehetnek. Mivel a testedzésfüggőség közös kontinuumon helyezhető el a 21. században megjelenő egyéb testképhez és evészavarokhoz köthető betegségekkel, így utóbbiak rövid bemutatása is szükségessé válik egy globális nézőpont kialakíthatóságának érdekében. Végül úgy gondoljuk a testedzésfüggőség ismertetése során a korunkra jellemző sportolási szokások bemutatása megkerülhetetlen, így a szakirodalmi áttekintést ezzel zárjuk. Dolgozatom második részét képezi a budapesti fitnesztermekek látogatókkal készült kutatás leírása, az eredmények ismertetése és azok elemzése.

1.1. A testedzésfüggőség definíciós kérdései, a meghatározás nehézsége

Elsőként Glasser azonosította a jelenséget 1976-ban (idézi Blaydon és Linder, 2002; Terry és mtsai, 2004). Véleménye szerint pozitív addikcióként értékelhető a sportolás iránti magas szintű elköteleződés, hiszen inkább pozitív hozadékokkal jár, mind az egészségre nézve, mind az étellel való elégedettség tekintetében. Szemben például a drogabúzással vagy az alkoholizmussal, mely súlyos személyiségkárosító és egészséget romboló következményekkel bír. Morgan (1979, idézi Blaydon és Linder, 2002) ezzel szemben megkérdőjelezte a túlzásba vitt sportolás előnyös voltát, a zavar mögött viselkedési függőséget sejt. Ezért, az említett szerző negatív addikcióként írta le a túlzott testedzést. Rozin és Stoess (1993, idézi Terry és mtsai, 2004) szintén arról számolt be, hogy bármilyen addikcióról van szó, az hosszútávon negatív következményeket von maga után. Nehéz meghúzni azt a határvonalat, ami a még egészséges szenvedély, illetve a negatív következményekkel járó viselkedés között húzódik. Erre tett kísérletet Sachs (1981, idézi Terry és mtsai, 2004), aki javasolta a testedzés mellett elköteleződött és az addiktív testedzés jelenségének leírását. Így az előbbi kategóriára jellemző, hogy a sport fontos szerepet tölt be az egyén életében, de nem áll központi helyen. Nem jellem-

zik továbbá a személyt megvonásos tünetek, ha kimarad egy-egy alkalom a megszokott rutinjából. Jellemzően az elkötelezett sportolóknak fontos szempont a társak elismerése, mint külső megerősítő (Szabó, 2010). Az addiktív testedzők ezzel szemben, belső jutalmak, személyes értékeik iránti megfelelés mentén köteleződnek el a mozgáshoz. A sport domináns, központi helyet foglal el életükben, amennyiben ki kell hagyniuk egy edzést, megvonásos tüneteket tapasztalnak.

1.1.1 A testedzésfüggőség természete

Az elmúlt években megnőtt az érdeklődés a túlzott testedzés jelensége iránt, így az igény is, hogy megfelelő kritériumrendszer szerint kategorizálni lehessen a problémát. Több kutató felveti az addiktív személyiség létezésének lehetőségét, például Jacobs (1986), idézi: Hausenblas és Giacobbi, 2004). Ezen elképzelés szerint, a bármilyen (viselkedéses vagy kémiai) függőséggel jellemezhető személyekben hasonló vonásokat fedezhetünk fel a szenvedélybetegségek szempontjából. A különbség abban rejlik, hogy a különböző rizikófaktorok, melyek a zavar kialakulásához vezetnek, sajátos együttállásból milyen betegség fejlődik ki. Griffith (1996, 2013) véleménye szerint a viselkedéses függőségek (melyekben nem jeleneik meg valamilyen kémiai szer használata) ugyanazzal a hat jellemzővel írhatóak le, melyeket alább mutatunk be.

Magyarországon a jelenség egyik első, hazai ismertetésével Demetrovics és Kurimay (2008) tanulmányában találkozhatunk, míg külföldön már korábban megindult a jelenség kutatásának egy határozott iránya. Miután egy még kevésbé feltárt területről van szó, a kutatók több elméleti megfontolást felvetettek, ami alapján azonosíthatjuk a zavart. A definíciós nehézségeken túllépve, a kutatások során kirajzolódni látszik, egy a függőségek tünettannát követő leírás, mely segít beazonosítani a testedzésfüggőség fennállását. Jelen disszertációban a két legmeghatározóbb leírást mutatjuk be, azért is, mivel kutatásunkban, e két munkacsoport kérdőíveit használtuk (Terry és mtsai, 2004; Hausenblas és Symons Downs 2002b).

Griffith nyomán Szabó és mtsai (2010), illetve Rendi és mtsai (2010) a következő képen definiálja a testedzésfüggőség hat jellemzőjét:

- *Kiemelkedőség (szaliencia)*: a fogalom a személy azon motivációjára utal, hogy a sport- tevékenység, illetve annak végrehajtása életének központi vonása lesz. Ez áll érzelmei, gondolatai és viselkedése középpontjában.

Amikor nem sportol, gondolatai akkor is újra, meg újra visszatérnek ide, és a következő alkalmat tervezgeti.

- *Hangulatváltozás*: az a szubjektív élmény, melyet az edzés hatására megtapasztal az egyén (pl. feldobottság, magabiztosság vagy a negatív érzésektől való menekvés). A testedzésfüggőség sokszor nem a pozitív élmények „hajszolásáról” szól, hanem az elmaradó edzés kiváltotta negatív érzések elkerüléséről.
- *Tolerancia*: már nem elégséges a korábbi edzésmennyiség, hogy a múltban tapasztalt élményekhez hasonló szintű kielégültséget kiváltson az egyénből. Ezt tapasztalva a személy növelheti az edzése intenzitását és/vagy gyakoriságát, mely átmeneti javulást hozhat, mindaddig, míg már ez a mennyiség sem lesz elég.
- *Elvonási tünetek*: kellemetlen érzésekkel, negatív testi-lelki állapottal együtt járó állapot, mely akkor következik be, ha a személy valamely okból (akár sérülés is) kihagyni kényszerül a tervezett edzését. A legjellemzőbb érzések ilyenkor, az irritabilitás, nyomott hangulat, alvásproblémák, enerváltság, depresszió.
- *Konfliktus*: azok a valós konfliktusok, melyek a személy és környezete között létrejöhetnek a túlzott testedzés okán. Ide tartoznak, a családdal, barátokkal felmerülő (szociális) nézeteltérések, a munkahelyi és/vagy iskolai teljesítmény problémák, a személy saját magával szemben megélt belső konfliktusai (a személy felismeri viselkedése problémás voltát, de nem tud határt szabni ennek), valamint az anyagi téren felmerülő nehézségek (pl. csekkék befizetésének elhagyása, egy újabb sporteszköz megvételének elsőbbsége okán).
- *Visszaesés*: amennyiben a személy kihagyott egy időszakot az edzéséből (pl. sérülés, munka, stb miatt), a visszatérés után rövid időn belül újra, a korábbihoz hasonlóan magas intenzitással tér vissza a mozgáshoz.

Hausenblas és Symons Downs (2002a) az elsők között írták le tudományos igényességgel a testedzésfüggőség diagnosztikai kritériumait a DSM-IV rendszere alapján. Véleményük szerint a meghatározás során három fő faktort kell figyelembe venni:

- Viselkedéses összetevők (pl. az edzések gyakorisága)
- Pszichológiai összetevők (pl. patológiás elköteleződés)
- Fiziológiai összetevők (pl. tolerancia)

A kutatások igazolták, hogy a testedzésfüggőség nem határozható meg elégségesen a viselkedéses jegyek figyelembevételével, vagyis a sportolás mennyisége (alkalom, intenzitás, gyakoriság) nem tesz különbséget a problémás, illetve a sportot elkötelezetten űző személyek között (Hausenblas és Symons Downs, 2002a; Bamber és mtsai 2003). Cook és mtsai (2013) valamint Magee és mtsai (2016) arra utalnak kutatásaikban, hogy a fiziológiai összetevők nem elégségesek a testedzésfüggőség meglétének azonosítására, mivel a sportolás során a növekvő erőnlét szükségessé teheti a nehezedő sporttevékenység elvégzését, amennyiben a cél a növekedés, erőnlét folyamatos fejlesztése a szinten tartással szemben. Cook és mtsai (2013) szerint a pszichés tényezők fontossága mindenképpen hatványozott jelentőséggel bír a kitartás területén és a túlzásba vitt sportolás terén is.

A fentiek alapján a testedzésfüggőség úgy határozható meg, mint a testedzésnek egy többdimenziós, káros mintázata, mely klinikai szintű károsodáshoz vagy distresszhez vezet (Hausenblas és Symons Downs, 2002a). Hausenblas és Symons Downs (2002b) összesen hét tényezőt azonosítottak, melyekből három fennállása esetén beszélhetünk testedzésfüggőségről (exercise dependence):

- *Megvonás*: mely jelentkezhethet a megvonásos tünetekben (pl. idegesség, kimerültség), vagy ugyanolyan mennyiségű edzés szükségszerűsége a tünetek enyhítése vagy elkerülése céljából.
- *Folytonosság, folytatás*: folytatódó sportolás, annak ellenére, hogy az fizikai vagy pszichés problémákat okoz vagy felerősíti azokat (pl. folytatódó futás csonttörés ellenére).
- *Tolerancia*: mely jelenti a megnövekedett testedzés mennyiségének szükségszerűségét, annak érdekében, hogy a személy elérje a kívánt hatást; vagy csökkent hatás, ha az edzés mennyisége nem változik.
- *Kontrollvesztés, kontrollhiány*: folyamatos vágy vagy sikertelen kísérletek az edzések csökkentésére, illetve kontrollálására.
- *Idő*: Az egyéb aktivitások megszervezésére fordított tetemes idő, hogy azok illeszkedjenek az edzési rutinhoz (pl. a vakáció, függ az edzéstől).

- *Konfliktus, elhanyagolás*: fontos szociális, foglalkozásbeli, valamint kikapcsolódáshoz kötődő aktivitások föladása vagy csökkentése az edzés miatt (pl. anyagi problémák a drága felszerelések, bérlet vásárlása miatt).
- *Szándék, visszaesés*: az edzés tovább tart, vagy intenzívebb, mint eredetileg tervezték.

1.1.2 A testedzésfüggőség szintjei

Miután a testtel és az étkezéssel kapcsolatos zavarok természetükből adódóan több közös vonással rendelkeznek, fontos ezek megkülönböztetése. Így beszélhetünk elsődleges, illetve másodlagos testedzésfüggőségről is. Előbbinél nem áll fenn evés-, vagy egyéb pszichés zavar, míg a második esetben elsődlegesen evészavar azonosítható, vagyis a vékonyság elérése érdekében a személy repertoárjának része az edzés sztereotipizált mintázata (Hausenblas és Symons Downs, 2002a; Bamber és mtsai 2003).

Bamber és mtsai (2003) a testedzésfüggőséget rendszeresen testedző nők körében vizsgálta (N=56). Munkájukban a kérdőíves felmérést mélyinterjúkkal egészítették ki. Ez lehetőséget adott arra, hogy még pontosabban feltárhassák a probléma részleteit, jobban megérthessék kísérleti alanyaik motivációit, mely a testedzésfüggőséghez vezetnek. A vizsgálat alapján három fő diagnosztikai kritériumot javasoltak használatra:

- Káros működés, mely létrejöhet pszichológiai, szociális és foglalkozási, illetve viselkedéses szinten.
- Megvonás jelenléte.
- Valamint kapcsolódó jellemzők, melyek lehetnek: tolerancia, az edzés mennyiségének megemelkedése, magányos edzés, megtévesztés, éleslátás (hiánya).

Bamber és mtsai (2003) eredményeik alapján végül megkérdőjelezzük az elsődleges testedzésfüggőség létezését. Vizsgálatukban nem találtak olyan résztvevőt, akinél ne lett volna jelen valamilyen étkezési probléma. Véleményük szerint az állítás további tesztelésre szorul. Megállapítandó további vizsgálatok során, hogy a testedzésfüggőség egy az evészavarokhoz társuló komorbid zavar vagy különálló klinikai problémáról beszélhetünk.

De Coverley Veale (1987) alapján tovább elemezve a kérdést, Bamber és mtsai (2003), részletes leírását adják a függőség szintjeinek. Eszerint az elsődleges testedzésfüggőséget a következők jellemzik:

- Az edzés a személy életének döntő fontosságú részévé, valamint sztereotipizálttá és rutinszerűvé válik.
- Az edzés elmaradása esetén a személy jelentős mértékű megvonási tüneteket él át, mint például hangulatingadozás, álmatlanság, irritabilitás.
- Az edzés központi szerepbe kerülése, klinikai szintű distresszt vagy károsodást okoz a személy életének fizikai, szociális, foglalkozási vagy egyéb fontos területein.
- Az edzéshez való elköteleződés e formája nem magyarázható jobban más mentális zavarral.

Másodlagos testedzésfüggőségről beszélhetünk a következő kritériumok jelenléte esetén:

- A vékonyság elérése érdekében a személy repertoárjának része az edzés sztereotipizált mintázata, rendszeres napi egy vagy több alkalommal.
- Egyéb aktivitások háttérbe szorítása az edzési mintázat fenntartása érdekében.
- Megnövekedett tolerancia, az évek során kialakult edzés mennyiségével szemben.
- A sportolás akadályoztatása esetén hangulati zavar megjelenése a megvonási tünetek részeként.
- Megvonási tünetek megléte során a mozgás megnyugvást jelent, illetve annak elkerülését szolgálja.
- A kényszeres edzés tudatossága.
- Az absztinencia időszaka után, gyorsan visszaáll a sportolási szokások korábbi mintázata, valamint a megvonásos tünetek.

Összefoglalóan elmondhatjuk, hogy a másodlagos testedzésfüggőség esetében a túlzott edzés egy eszköz a személy számára a súlycsökkentés érdekében. Az evészavarok és a testedzésfüggőség láthatóan hasonló, sokszor megegyező tünetekkel rendelkezik, mégis fontos megkülönböztetésük, mivel nem mindegy, hogy a testedzésre, mint eszközre tekintünk a fogyás szempontjából vagy egy vezető tünetre, mely a túlzott testedzéshez

kapcsolódik, így utalva valamilyen lelki problémára a háttérben. Jelen disszertáció az elsődleges testedzésfüggőségre fókuszál.

Az evészavarok említése kapcsán jelen fejezetben szeretnénk röviden kitérni a súllyal és a testtel való elégedetlenség témakörére. A személy ez irányú attitűdjét több irányból is megközelíthetjük, mi ebből kettőre koncentráltunk vizsgálatunkban. Az első a súlyból és ideális súlyra vonatkozó adatokból képzett diszkrepanciamutató. Ez esetben tehát a vágyott súly megmutatja, hogy az illető elégedett-e, vagy fogyni szeretne (esetleg hízni). A másik az Evészavar kérdőív (Garner és mtsai, 1983) „Testi elégedetlenség” alsóskálából származó adatok. Ez a skála azt mutatja meg, hogy a személy mennyire elégedett testrészei méretével. Elégedetlensége arról ad információt, hogy ezeken (has, csípő, fenék, comb) változtatni szeretne. A szakirodalmi adatok tanúsága szerint, azok az emberek, akik sportolnak, elégedettebbek testükkel (Hausenblas és Fallon, 2006). A rendszeres mozgás szintén pozitív irányba befolyásolja a külsővel való elégedettséget (Fallon és Hausenblas, 2005), feltételezhetően mivel a személy a sportolás hatására vékonyabbnak, rugalmasabbnak érzi testét (Béres és mtsai, 2013). Utóbbi kutatók elemzése szerint a testedzésfüggőség az alacsonyabb észlelt testi elégedetlenséggel van összefüggésben. Vagyis azok kerültek a rizikó csoportba, akik karcsúbbak (észlelt súlyfeleslegük alacsonyabb), továbbá kedvezőbben értékelik testsúlyukat. Ez az eredmény megerősíti a fentebb bemutatott, a testedzésfüggőséget az evészavaroktól különválasztó elméletet.

1.1.3 A testedzésfüggőség mérése

Az elmúlt évtizedekben elvégzett kutatások a testedzésfüggőséget sok szempontból vizsgálták. A korai és jelenlegi vizsgálatok elsősorban a versenyszerűen sportolókkal foglalkoztak, míg normálpopulációs vizsgálatot egyetlen hazai felmérés alapján ismerünk (Paksi és mtsai, 2009) Mind a professzionális, mind a rekreációs sportolók könnyen kikerülnek a segítő lehetőségek látóköréből, s kidolgozott terápiás eljárások sem ismertek. Hausenblas és Symons Downs (2002a) összefoglaló cikkükben 29 év 88 tanulmányát vették sorra, melyek valamilyen szempontból érintik a testedzésfüggőség témakörét. Ami megnehezíti ezek használhatóságát, az a számtalan elnevezés és eltérő definíció, különböző mérőeszközök használata, metodológiai hiányosságok. Az elemzett kutatások tanúsága szerint sok esetben a szerzők nem adnak elégséges információt a

vizsgált csoport szociodemográfiai jellemzőiről, kimaradnak információk, illetve nem lehet tudni, bevontak-e kontrollcsoportot a vizsgálatba.

Többféle megnevezés is használatos a jelenségre, mint edzésaddikció (Griffith, 1997), függőség, elköteleződés, túlzott sporttevékenység, kényszeres, kényszerű vagy kötelező edzés (obligatory exercise) (Pasma & Thomson, 1988, in Rendi és mtsai, 2010), excesszív testedzés. Jelen dolgozatban a testedzésfüggőség (exercise dependence) kifejezést használjuk elsősorban, mivel ez kifejezi mind a dependencia, mind az addikció fogalmát (Szabó és mtsai, 2010).

A vizsgált tanulmányok jellemzően eltérő mérőeszközöket használnak, mint önkitöltős kérdőíveket, skálákat, melyek többsége egydimenziós, így a testedzésfüggőségnek csak némely aspektusát fedik le. Az elmúlt évek során egyre újabb kérdőíveket fejlesztettek, melyek már statisztikai szempontból is megbízhatónak számítanak. Ilyenek többek között:

- Testedzés-függőségi Skála – 21 (Exercise Dependence Scale – 21, EDS-21) (Hausenblas és Symons Downs, 2002b; Mónok és mtsai, 2012)
- Testedzés Addikció Kérdőív (Exercise Addiction Inventory, EAI) (Terry és mtsai, 2004, Demetrovics & Kurimay, 2008)
- Kényszerű Testedzés Kérdőív (Obligatory Exercise Questionnaire, OEQ) (Rendi és mtsai, 2010)
- Testedzésfüggőség Kérdőív (Exercise Dependence Questionnaire; EDQ) (Terry és mtsai, 2004)
- Negatív Addikció Kérdőív (Negative Addiction Scale, NAS) (Hausenblas és Symons Downs, 2002a).

Kutatásunkban két kérdőívet használtunk a fentebb felsoroltak közül, melyek jelen pillanatban a legtöbbet vizsgált, így statisztikai szempontból is a legmegbízhatóbbnak tekinthető tesztek. Ezek részletes bemutatását az alábbiakban tesszük meg.

Testedzésfüggőség Skála

A Testedzésfüggőség Skála (EDS-HU) (Exercise Dependence Scale) kifejlesztését hosszas kutatás előzte meg, valamint egy mély szakirodalmi áttekintés (Hausenblas & Symons Downs, 2002). A megvizsgált tanulmányok jellemzően eltérő mérőeszközöket

használnak, úgymint önkítöltős kérdőíveket, skálákat, melyek többsége egydimenziós, így a testedzésfüggőségnek csak egy-egy faktorát fedik le (Menczel és mtsai, 2011).

A Testedzésfüggőség Skála - magyar fordítását Demetrovics & Kurimay (2008) végezte - többszörös választáson alapuló, hat pontos Likert skálát használó, önkítöltős kérdőív. A kérdőív a DSM-IV szerhasználat - függőség kritérium rendszerén alapul (APA, 1994). Összesen 7 alskálát tartalmaz, ezek:

- tolerancia
- megvonás
- visszaesés (késztetés)
- kontrollhiány
- idő
- egyéb tevékenységek elhanyagolása
- folytatás az észlelt problémák ellenére is

A kérdőív értékelése követi a DSM-IV rendszerét a különböző súlyossági csoportok kialakításában is. E szerint azok a személyek, akik a hét skálából 4-5 esetben érik el a függőség kritériumát kerülnek a testedzésfüggőség szempontjából veszélyeztetettek csoportjába. Azok, akik 3 skála esetében érik el a felső ponthatárokat a nem függő, de rizikó csoportba sorolhatók, míg az ennél kevesebb pontszámot elérők képezik a nem függők csoportját. A kérdőív belső konzisztencia mutatója ($\alpha=.78$) illetve tesztelés – újra tesztelés reliabilitása ($r=0.92$) is jó eredményeket hozott (Szabo, 2008).

Testedzés Addikció Kérdőív

A Testedzés Addikció Kérdőívet (TAK) (Exercise Addiction Inventory) Terry, Szabo és Griffith alkotta meg 2004-ben.

A hat tétel, melyeket a kérdések felölelnek a következők:

- kiemelkedőség
- konfliktus
- hangulatváltoztatás
- tolerancia
- megvonási tünetek
- kontrollvesztés.

A kérdőívben, mely 5 pontos Likert skálán mérhető, a 24 pontot, vagy afölötti értéket elérők számítanak veszélyeztetettnek a testedzés függőség szempontjából. Ez az összpontszám felső 15%-a. A 13-23 pont közé esik a rizikó csoport, míg 0-12 közé az aszimptomatikus személyek értékei (Szabo, 2010). A kérdőív bevizsgálása egy 200 sportoló bevonásával készült kutatás keretein belül zajlott. A kérdőív reliabilitása megfelelően magas eredményt mutatott (Cronbach alfa 0,84). Magyar fordítása Demetrovics és Kurimay (2008) nevéhez fűződik.

Egy magyar mintán végzett vizsgálatban Mónok és munkatársai (2012) a következők szerint módosították a ponthatárokat: 0-13 tünetmentes, 14-23 szimptomatikus, 24-30 rizikó csoport, a skála belső konzisztenciája szintén magasnak bizonyult (Cronbach alfa 0,72).

Fontos kihangsúlyozni, hogy a TAK nem diagnosztikai eszköz, a jelenleg használt diagnosztikai rendszerekbe nem került besorolásra a testedzésfüggőség. Így a kérdőív a veszélyeztetett egyének beazonosítását szolgálja, de a diagnózis megerősítéséhez további, klinikai vizsgálatok szükségesek (Rendi és mtsai, 2010).

Legfőbb előnye, hogy percek alatt kitölthető és értékelhető, így jó irányt tud adni a kezelőknek. Segítséget nyújthat nemcsak pszichológusok, pszichiáterek számára, de más, sportolókkal foglalkozó egészségügyi személyzetnek, így például edzőknek, ortopéd orvosoknak, a dietetikusnak és a gyógytornásznak is (Szabo, 2008).

Bamber és munkatársai (2003) további problémaként vetik fel, hogy a zavar diagnosztizálására nem alakult még ki egységesített kritériumrendszer. A kérdőívek sokféleségéből következően hiányzik az egyetértés, hogy mely tételeknek kellene szerepelniük, illetve melyek fölöslegesek, irrelevánsak. Szükség lenne közös megegyezésre a tekintetben, hogy mikortól beszélhetünk függőségről, illetve meddig tartson a rizikócsoportba tartozás. A meglévő kérdőívek nem tudnak különbséget tenni elsődleges és másodlagos testedzésfüggőség között. Így, ha ezt a tényezőt figyelembe akarjuk venni, évészavart is mérő kérdőív felvétele szükségeltetik.

A túlzott sportolási szokások vizsgálatát gyakran speciális csoportokban végzik, például futók (Slay és mtsai, 1998; Cook és mtsai, 2013), súlyemelők, táncosok között. Ennek nyomán több olyan kérdőívet ismerünk, melyek egy-egy ilyen speciális tevékenységre vonatkoznak, például az Elkötelezettség a Futáshoz Kérdőív (Hausenblas és

Symons Downs, 2002a); valamint a Testépítés-függőség Skála (Body Building Dependence Scale; BDS) (Hausenblas és Symons Downs, 2002a).

Fontos kiemelnünk, hogy a testedzésfüggőség elsősorban a rekreációs sportolók körében vizsgálendő jelenség, mivel úgy gondoljuk, hogy az élsportolók körében az addiktív mennyiségű és minőségű mozgás tekinthető a munkaalkoholizmus egy válfajának. Ennek alátámasztásaként szeretnénk párhuzamba állítani a jelenséget az anorexia athleticával. Ez a zavar az anorexia nervosa egy típusának tekinthető, de több fontos különbséget is mutat. Az anorexia athletica megjelölést kizárólag versenysportolókra alkalmazzuk. A két betegség közötti legfontosabb eltérés, hogy a két csoport más-más indokból törekszik a vékonyságra. Jelen esetben a cél a kimagasló teljesítmény elérése nem pedig a karcsúságideálnak megfelelni vágyás. Így a sportoló egyre fokozottabb testedzést végez (Resh, 2007). Az anorexia nervosával szemben e kórkép esetében nem jellemző a testképzavar. Az anorexia athleticával jellemezhető élsportolók nem félnek az elhízástól, nincsenek falásrohamaik. Téves gondolatként rögzül bennük az az elképzelés, miszerint az alacsonyabb súly a jobb eredmények elérésének elsődleges eszköze. Ez eleinte valóban igaznak tűnhet, de a súly és energia bevitel csökkenése hosszútávon kimerüléshez vezet, az erőteljes edzés izomtömeg veszteséssel jár, így végül a teljesítmény csökkenésére lehet számítani. A túlzott edzésmennyiség mellett sokszor extrém diétába is belekezdnek a sportolók, melynek külön veszélye, hogy ezeket ellenőrizetlenül, nem feltétlenül hiteles forrásból kapott információk alapján teszik. Az anorexia athleticában szenvedőkre jellemző a korábban kezdődő, és elhúzódó menstruációs zavarok megjelenése, melynek folyamánya a csontosodással kapcsolatos problémák gyakori előfordulása is. Az anorexia athletica jellemzően versenysportolás időszakának lezárulásával elmúlik, ellenkező esetben egyéb evészavar fennállásával kell számolnunk (Resch, 2007). Visszakötve a korábbi gondolatmenethez, nem ismerünk olyan vizsgálatot a testedzésfüggőség területén, mely olyan élsportolók körében készült volna, akikkel mind az intenzív sportolói életszakaszban, mind az azt követő években vizsgálta volna a kérdést. Így nem tudhatjuk, hogy a profi sportolók között valóban testedzésfüggőségről, vagy pedig a munkájukhoz való túlzott elköteleződésről beszélhetünk e.

Bár a meglévő adatok még hiányosak, a kutatások nagy érdeklődéssel folytatódhatnak. A jellemzők vizsgálatáról elmondhatjuk, hogy az adatok egyre inkább egy irányba

konvergálnak. Mindez felveti annak szükségességét, hogy a jelenséget különálló klinikai zavarként kellene kezelni (Bamber és mtsai, 2003).

1.1.4 A testedzésfüggőség epidemiológiája

A testedzésfüggőség előfordulási arányaira a különböző kutatások tanúsága szerint elég eltérő adatokat találhatunk. Ennek oka, hogy a különböző kutatásokban sokszor eltérő mérőeszközöket használnak a túlzott testedzés azonosítására. Emellett változó, hogy felméri e, hogy elsődleges vagy másodlagos testedzésfüggőségről van e szó, vagyis, nem minden esetben egészítik ki a kutatást az evészavar jelenlétének vizsgálatával (Hausenblas és Symons-Downs, 2002a).

Normál populációs adatokra vonatkozóan egy tanulmány ismeretes, mely Magyarországon készült Paksi és munkatársai (2009) gondozásában. Eredményeik szerint, ahol két különböző testedzésfüggőséget mérő tesztet használtak, a népesség 0,3–05%-a azonosítható addiktív sportolónak, míg 6,2-10,1% a testedzésfüggőség szempontjából veszélyeztetettnek mondható. Monok és munkatársai (2012) tovább vizsgálták a mintát. E szerint, azok körére szűkítve, akik hetente legalább egyszer végeznek valamilyen testmozgást (N=474), ez az arány 1,9-3,2%-ra emelkedett a függők között, valamint a veszélyeztetettek között 38,1-61%-ra változott az előfordulás.

A további kutatások célzott populációk körében folytattak felméréseket, elsősorban felsőoktatásban tanulók között, fitnesztermekben sportolók, illetve elit atléták körében. Több vizsgálat megerősíti, miszerint az egyetemi, főiskolai hallgatók körében a testedzésfüggőség aránya 1-3% körül mozog (Szabo és Griffiths, 2007). Hausenblas és Symons Downs 2002(c)-es vizsgálatában egyetemi hallgatók között 2,5%-os előfordulási arányt azonosítottak, ami megegyezik a Terry és munkatársai (2004) által kapott eredményekkel (2,5-3%). Német adatok szerint, a sport tanulmányokat végző hallgatók esetében (N=42) a testedzésfüggőség előfordulása 9,5-21,4% között azonosítható (Müller és mtsai, 2014). Magyarországon végzett hasonló kutatások a következő eredményeket produkáltak diákok körében. Menczel és munkatársai (2011) 103 hallgató körében végzett felmérést két egyetemről. A testedzésfüggőség mértéke mintájukban 2,0%, míg a veszélyeztetettek aránya 52,4%, míg a minta 45,6% tünetmentes.

Ezen adatoknál sokszor jelentősen magasabb prevalenciákat produkálnak azok a kutatások, melyek hivatásszerűen sportolók vagy versenyen résztvevők körében készültek.

Az egyik legkorábról ismert ilyen vizsgálat Blaydon és Lindner (2002) nevéhez fűződik, akik triatlonozók körében végeztek felmérést. Eredményeik szerint a testedzésfüggőség aránya 52% a sportolók között, míg Youngman (2007) kutatásaiban a rizikó csoportba a megkérdezettek 20%-a, a szimptomákat mutatók közé a minta 79%-a tartozott. Magyarországon, eddig egy kutatás ismert, mely triatlonversenyzők körében készült (Eipl és mtsai, 2015). Eredményeik a korábbi kutatásokat támasztják alá. E szerint a veszélyeztetett csoport aránya 0,7%, míg a szimptomatikusok csoportjába a minta 66,2%-a tartozott. Magee és mtsai (2016) szintén magas rizikó csoportba tartozási arányokat találtak – 9%-, míg a szimptomákat mutatók a minta 78,8%-át képezték. A triatlonban mind rekreációs versenyzők, mind élsportolók részt vesznek, közös pályán. A különböző távtól (rövid-, olimpiai-, közép-, hosszútáv) függően a testedzésfüggőség mértéke is eltérő lehet körükben. Youngman (2007) kutatása szerint a táv hosszával arányosan emelkedik a testedzésfüggőség rizikójának megjelenési valószínűsége. Szintén magas arányban, 33,2%-ban, jelent meg a sportaddikció Modolo és munkatársai (2011) kutatásában, akik amatőr atlétákat kérdeztek ki. Nem szabad elfelejtenünk azonban, ahogy korábban már utaltunk rá, hogy a sportolás egyben munka a leigazolt atléták számára, így ismételten kérdésként merülhet fel, hogy esetükben nem magyarázza e jobban a munkaalkoholizmus a zavart.

A rekreációs sportolók körében végzett kutatásokban olyan elhivatott, egészségügyi tudatos egyénekről van szó, akik a szabadidejükben, kedvtelésből, egészségmegőrzés céljából végeznek különböző mozgásformákat. A hobbisportolók körében sok kutatást végeztek, többek között futókkal. Az ultramaratonisták, a futók között is egy szűkebb réteget alkotnak. A testedzésfüggőség előfordulása, óriási edzés mennyiségükhöz képest, körükben mégis viszonylag alacsonyabb, 2-3% körül jelenik meg (Allegre és mtsai, 2007). Az is tény azonban, hogy ezek az emberek többnyire 40 évnél idősebbek (N=95; átlag életkor:43,46 év, SD:10,98), így feltételezhetjük, hogy hozzáállásuk más a sportoláshoz, mint fiatalabb kortársaiknak. Nem véletlenül mondják futókörökben, hogy a „hosszútávhoz, be kell érni”. Érdekes vonulata az említett kutatásnak, hogy figyelmet szentelt a mozgás helyszínére, feltételezve, hogy ez hatással lehet a túlzott sportolás kialakulására is. Allegre és mtsai (2007) vizsgálata során megkülönböztették a strukturált (pl. uszoda, sport centrum) és nem-strukturált (pl. utca, park, zöld környezet) helyszínen történő futást. Eredményei szerint a nem-strukturált környezetben edzők nagyobb eséllyel kerülnek a rizikócsoportba.

Lejoyeux és munkatársai (2008, 2012) párizsi fitnesztermek látogatói körében vizsgálták a testedzésfüggőség előfordulását. Ennek során a megkérdezettek 42%-át, valamint 30%-át azonosították a zavarban szenvedőként. Hasonlóan magas arányokat írtak le Grandi és munkatársai (2011), akik öt közép-olaszországi fitneszteremben vettek föl kérdőíveket. Eredményeik szerint az ide látogatók 29,9% (N=79) tartozik a rizikó csoportba. Szintén Olaszországban, szicíliai és calabriai fitnesztermekben készült az a vizsgálat, mely szerint a megkérdezettek (N=423) 7%-a bizonyult testedzésfüggőnek (Costa és Oliva, 2012). Jelen kutatásunkon kívül mindösszesen egy magyar vizsgálatot ismerünk, mely a testedzésfüggőséget a fitnesztermekben kívánta vizsgálni. Béres és munkatársai (2013) kutatásában 1231 főből 82-en, vagyis 6,7% bizonyult veszélyeztetettnek a vizsgált jelenség szempontjából. A korábbiakhoz képest ez az arány azért számít meglepőnek, mivel nem került felvételre kérdőív az evészavarok azonosítására. Az itt bemutatott kutatások felhívják a figyelmet arra, hogy bár a testedzésfüggőség a népesség, ezen belül is a sportolók alacsony hányadát érinti, mégis a szimptomákat mutatók aránya igen magas. Mind az őket érintő megelőző munkára, mind a már feltételezhetően függőkre nagyobb hangsúlyt kellene fektetni, hogy továbbra is egészségesen hódolhassanak szenvedélyüknek.

Úgy gondolom, a rekreációs sportolók körében kiemelten oda kellene figyelnünk mind szakemberként, mind barátként/rokonként a környezetünkre, hogy egy kellemes elfoglaltság ne forduljon át mind a testi, mind a lelki egészségükre nézve káros magatartássá. Fontosnak tartom, hogy a sport továbbra is élmény maradjon, mely önmagában élvezet, nem pedig pusztán eszköz, valaminek az elérése, akár rossz érzések elkerülése érdekében.

1.1.4.1. Nemi különbségek a testedzésfüggőségben

A különböző függőségek, akár viselkedéses, akár kémiai addikcióról beszélünk közös jellemzők mentén azonosíthatóak. Így feltételezhetjük, hogy mind a kémiai, mind az egyéb viselkedéses függőségek során megismert nemi különbségekre vonatkozó leírások jó alapot teremthetnek a túlzott sportolás esetén megmutatkozó különbségek vizsgálatára. A droghasználat esetében jól ismertek azok a megfigyelések, miszerint a nők inkább receptköteles gyógyszereket használnak, pl. nyugtatók, altatók – visszaélészerűen, míg a férfiakra az illegális drogok gyakoribb bevétele, pl. heroin,

kokain, jellemző (EMCDDA, 2005). Számtalan vizsgálat ismert, mely a droghasználat és az ebben megmutatkozó nemi különbségek alakulását írja le, a bio-pszicho-szociális modell keretében. A viselkedéses addikciókról összefoglalóan ismert, hogy olyan neuro-lógiai folyamatok lehetnek hatással kialakulására, mint a megemelkedett dopamin szint, valamint a striatum ventrális részének érzékenysége (Fattore és mtsai, 2013). Mind a játékszenvedély, mind az ételfüggőség esetén ismertek vizsgálatok, melyek szerint a hormonális változások hatással vannak a függőség kialakulására. Ugyanezen zavarok prevalenciája esetén jól elkülöníthető a nemek közötti eltérő megjelenési arány. A testedzésfüggőség tekintetében szintén felmerült a kérdés a kutatókban, le lehet-e írni tipikus eltolódást valamelyik nem irányában. Zmijewsky és Howard (2003) nők körében találtak magasabb előfordulási arányt a sportfüggőség tekintetében, Ogden és munkatársai (1997) Exercise Dependence Questionnaire/Edzés Függőség Kérdőívét használva. Ez az eredmény összefüggésben lehet a testedzés függőség és az evés zavarok szoros kapcsolatával, amit az említett tanulmány is vizsgált. Más kutatások a férfiak felülreprezentáltságát mutatták ki (Hausenblas és Symons Downs, 2002c, Cook és mtsai, 2013), Hausenblas és Symons Downs (2002b) Testedzésfüggőség Skálájának/Exercise Dependence Scale használatával. Szintén a férfiak körében találtak magasabb előfordulási arányt Modolo és munkatársai (2011) a Negatív Addikció Kérdőív segítségével. Ez esetben a férfiak izmosság iránti túlzott vágya/izomdiszmorfia zavara merülhet fel bennünk (Pope és mtsai, 2005). Costa és munkatársai (2013) szintén erre az eredményre jutottak vizsgálatukban. Feltételezhető, hogy a nők a vékonyság elérése érdekében „esnek bele a túledzetség hibájába”, így esetükben nagyobb valószínűséggel számíthatunk arra, hogy egyéb evészavarok állnak a háttérben. Ekkor pedig már másodlagos testedzésfüggőségről beszélünk. A férfiak esetében azonban a fő motiváció az izmosság, nagyobb erő elérése lehet, így ez esetben nem kell számolnunk evészavarral a háttérben. Utóbbi esetben nagyobb a valószínűsége a testedzésfüggőség előfordulásának. Szintén a férfiak túlsúlyát írja le Szabó és munkatársai (2013) egy spanyol vizsgálat keretében, ahol atlétákat és ultramaratoni futókat hasonlítottak össze a testedzésfüggőség szempontjából. Megjegyzik továbbá, áttekintve az eddig elérhető adatokat, hogy a nők esetében a testedzésfüggőség nagy valószínűséggel összefüggésben van valamilyen evészavarral a háttérben.

Összefoglalóan megállapíthatjuk, hogy az adatok a férfiak felülreprezentáltságát mutatják. Fontos lenne további kutatásokban megerősíteni az eredmények pontosságát, csatlakozva Weik és Hale (2009, p:204) véleményéhez: „Ezek az eredmények azt sugallják, hogy a különböző kérdőívek a testedzésfüggőség különböző aspektusait mérik, amely hatással van a nemi meghatározottságra is.”

1.1.4.2. A testedzésfüggőség és az életkor kapcsolata

A sportolással foglalkozó kutatások általában arra a következtetésre jutnak, hogy a kor előrehaladtával a rendszeres fizikai aktivitás drasztikusan csökken (Urbán és Hann, 2003). Így jogosan merül fel a kérdés, hogy a testedzésfüggőség csökkenésére is jellemző-e ez a tendencia. A kutatások tanúsága szerint igazolható ez a feltételezés. Ahogy az előzőekben láthattuk a vizsgálatok egy jelentős hányada felsőoktatásban tanuló hallgatók körében készült, így esetükben jól behatárolható a korosztály. Többet mondanak a jelenség mikéntjéről azok a kutatások, melyek a felsőoktatáson kívül végeznek felméréseket, mivel ez esetben az életkori megoszlás nagyobb határok között mozog (Costa és mtsai, 2013). Edmunds és munkatársai (2006) fitnesztermet látogatók körében azt az eredményt találta, hogy az életkor előrehaladtával csökken a testedzésfüggőség előfordulásának valószínűsége. Az említett vizsgálat az életkori küszöbököt 24 éves kor alatt, 25-34 között, illetve 35 év fölött állapítja meg. Bár kicsit eltérő határokkal (18-24, 25-44, 45-64 év) dolgozik Costa és munkatársai (2013), a végeredmény náluk is hasonlóan alakult. A résztvevők, szintén fitneszteremben edzők, közül a két fiatalabb csoport kapott magasabb pontszámot a testedzésfüggőségi skálán (nem függő, de szimptomákat mutató csoport, férfi túlsúllyal). Feltételezhetjük, hogy az idősebb korosztály azon felül, hogy részvételük a sportban a kor előrehaladtával csökken, megküzdési mechanizmusaik fejlődnek. Az életkor mellett az iskolázottság is egy további tényező lehet a hatékonyabb megküzdési mechanizmusok használatának képességére. E szerint a magasabb iskolázottságú személyekre, ami az életkor előrehaladtával nagyobb arányban jellemző, inkább jellemző a problémaközpontú megküzdési stratégiák használata, míg az alacsonyabb iskolázottságú személyekre inkább az érzelmközpontú, például elkerülő magatartásformák a jellemzőbbek (Garai, 2005).

A felnőtt korosztály gyakran kiegyensúlyozottabb fiatalabb társaiknál, így számukra nem szükségszerű a testedzést, mint stresszcsökkentő módszert használni (Costa és

mtsai, 2013). Az életkori változások egy másik magyarázatát kaphatjuk, ha a testedzés-függőséget párhuzamba állítjuk a rekreációs droghasználattal (Demetrovics és mtsai, 2008). Utóbbi jelenség lényege, hogy a droghasználat, mely leginkább a marihuána, valamint stimuláns szerek, mint az MDMA, amfetamin, használatára vonatkozik, elsősorban a hétközi kikapcsolódáshoz kötődik (Demetrovics és Menczel, 2004). Az elsősorban a fiatal felnőtt korosztályban tetten érhető jelenség többnyire néhány évig tart, míg a személy életében a munka és a kialakuló családi élet átveszi a központi fontosságú szerepet, a bulizós életszakasszal szemben. Láthattuk, hogy a kutatási adatok szerint a testedzésfüggőség előfordulása szintén ebben az életszakaszban a leggyakoribb. Elképzelhetőnek tartjuk, hogy miután a serdülőkort követően (Pikó és Keresztes, 2007) ezekben az években kifejezetten jellemző a testtel, külalakkal, egészséggel való foglalkozás a túlzásba vitt sportolás is nagyobb eséllyel kialakulhat. Úgy gondoljuk, pozitív irányt vehet a folyamat, felnőttkorba való belépéssel, mely magával hozza a család-alapítást, gyermekvállalást, valamint a munka világa melletti elköteleződést. Ezáltal kiszorítja a mozgást arról az esetlegesen központi helyéről, mely egyben teret ad az addikció kifejlődésének. Jelen elmélet helyénvalóságának tesztelése jövőbeni kutatások alapjait képezhetik.

1.1.5 Komorbiditás

A korábbiak alapján megállapíthatjuk, hogy a testedzésfüggőség rendkívül szoros együttjárást mutat az evészavarokkal (Blaydon és Lindner, 2002; Sundgot-Borgen és mtsai, 1997). Mind tüneteiben, mind kialakulásának okában számtalan közös vonást fedezhetünk fel. Ilyenek a túlzott mértékű foglalkozás testsúllyal, külalakkal, illetve a táplálkozási szokásokkal, esetleg speciális étrenddel (Demetrovics és Kurimay, 2008). A személyiségdimenziókban, úgymint az önbizalomhiány, túlzott elvárások, irritabilitás, hangulatingadozások, illetve azok mértékében viszont nagy különbség írható le az evészavarok és akár a testedzésfüggőség, akár más „rokon” betegségeknél. Utóbbiakat, hasonlóan az edzésaddikcióhoz, mint az anorexia athletica, orthorexia nervosa, testzsírphobia, izomdiszmorfia, csak az elmúlt években írták le a kutatók. A viszonylag rövid ideje meglévő ismereteink, szintén hasonlatossá teszi ezekhez a problémákhoz a testedzésfüggőséget. Miután a testedzésfüggőség, illetve az említett zavarok ugyanabban a kulturális miliőben helyezhetőek el, feltételezhetjük, hogy kialakulásuk oka társa-

dalmi, valamint családi-nevelési szempontból is egy töről fakad. A későbbiekben röviden ismertetni fogjuk, mind a már említett kórképeket, mind azt a társadalmi-kulturális teret, melyben ezek a „modern” evés- és testképzavarok létjogosultságot nyertek.

A testedzésfüggőség és az addikciók lehetséges kapcsolatának vizsgálatát fontosnak tartjuk kiemelni. Ahogy korábban rámutattunk az életkor és a túlzásba vitt sportolás feltételezhetően együtt járást mutat. Tovább menve, lehetséges kapcsolatot felfedezni az addiktív testedzés és a rekreációs droghasználat között. Utóbbi esetben olyan fiatalok csoportjáról beszélünk, akik főként a 18-24 éves korosztály tagjaként, hétfévente kikapcsolódáshoz, a baráti társaság körében, gyakran táncos szórakozó helyeken használ drogokat (Demetrovics és Menczel, 2004). Esetükben, mivel a szerhasználat egy bizonyos életformához kapcsolódik, megfigyelhető, hogy az életmód változásával a szórakozási mintázatuk is megváltozik. Az iskolák befejezésével, a munkahelyen történő lehangonyzással, családalapítással párhuzamosan legtöbbjük esetében a hétfégi, bulizós, „partizós” droghasználat is elmúlik.

Lejoyeux és munkatársai (2008) a testedzésfüggőséget párizsi fitnesztermekben sportolók körében vizsgálták, de a testedzésfüggőség mellett egyéb viselkedéses addikciók lehetséges megjelenésére is figyelmet fordítottak, úgy, mint a kompulzív vásárlás, internet addikció, dohányzás, alkoholfogyasztás, valamint a bulimia nervosa előfordulására (Blaydon és Lindner, 2002; Bamber és mtsai, 2003; Szabó és mtsai, 2010.). Eredményeik szerint az alkoholizálás mértéke hasonló arányban jellemzi mind a függő, mind a nem függő személyeket, míg a dohányzás a nem testedzésfüggő csoportban mutat magasabb arányokat. Különbség a két csoport között még a kényszeresen vásárlók körében adódott, e szerint a testedzésfüggőket jellemzi magasabb arányban a probléma, illetve nem meglepő módon a bulimia magasabb aránya is e csoportban a gyakoribb. Mindezekből következően kapcsolatot sejtethetünk a különböző addikciós formák és a túlzásba vitt testedzés között. Ez utóbbi lehetőséget erősíti meg a multiimpulzív bulimia nervosa kórképe (Túry és Szabó, 2000), mely a bulimia nervosa betegség súlyosabb válfaja. Ez esetben a már jól ismert bulimiás tünetekhez egyéb addiktív zavarok kapcsolódnak, mint a túlzott alkohol, és kábítószer fogyasztás, autóagresszió, kényszeres lopás és promiskuitás. A jelenség hátterében feltételezhetjük a fogyasztói társadalom egyfajta vakvágányát, a mindent akarás szélsőséges megjelenési formáját.

1.1.5.1. A testedzésfüggőség kialakulását meghatározó személyiségtényezők

A testedzésfüggőséget, ahogyan arra a bevezetőben már utaltunk, a bio-pszichoszociális modell keretében lehet átfogóan értelmezni (Kulcsár, 2002). Ezért a következőkben e hármas felosztás mentén haladva elemezzük tovább a testedzésfüggőség kialakulásának lehetséges hátterét. A pszichés tényezők bemutatását követően a lehetséges biológiai magyarázatokat vesszük górcső alá. Végül külön részben térünk ki a szociokulturális tényezőkre, elhelyezve a jelenséget az evészavarok, valamint a modern evés- és testképzavarok tárgykörében. Mindezt az indokolja, hogy a fitnessz mozgalom egy az elmúlt száz évben kibontakozott folyamat, így szorosan kötődik a jelenleg is zajló társadalmi és kulturális változásokhoz.

A személy önmagával, külalakjával való elégedettségének egyik fontos befolyásolója az önértékelése. Az *önértékelés* fogalma arra vonatkozik, a személy hogyan, milyen emberként ítéli meg önmagát; ez az önismeret értékelő komponenseként jelenik meg (Baumeister, Campbell, Krueger, Vohs, 2003). Az önértékelés tehát a személy önmagáról alkotott elképzeléseit tartalmazza például, hogy mennyire tartja magát intelligensnek, attraktívnak. A kutatások megerősítették, hogy a magas önértékelés jobb kapcsolatteremtő képességgel jár együtt és a csoport is jobban szereti a magasabb önértékelésű tagjait (Baumeister és mtsai, 2003). Fontos kérdés, hogy milyen kapcsolatban áll az önértékelés a boldogsággal, egészséggel, illetve a depresszióra való hajlammal. Aki pozitívan gondolkodik önmagáról, magabiztos, hatékonyan cselekvőnek, a kontrollt a saját kezében tartó személyiségnek érzi magát, boldogabb, mint az, aki sikertelennek, inkább a környezet által irányítottként éli meg a mindennapjait. A vizsgálatok szerint (Baumeister és mtsai, 2003) a magasabb önértékelésű személyek hatékonyabb megküzdési mechanizmusokat használnak, jobb önnyugtató készségekkel rendelkeznek, így a stressz helyzetek nem váltanak ki belőlük olyan mértékű szorongást vagy rossz érzéseket, melyek károsak lehetnének hangulati életükre, egészségükre. Az önértékelés és a mozgás kapcsolatát tekintve, a kutatások rámutatnak, hogy minél inkább kompetensnek éli meg önmagát az egyén, fizikai szempontból is, annál inkább növekszik magabiztossága (Sági és mtsai, 2012). Pozitívabban értékeli külalakját az, aki megéli testi hatékonyságát (pl. mozgás koordináció), elégedettebb testképével, súlyával. Ez a fajta kompetenciaérzés már gyermekkorban kialakul, ahogy a különböző sportágakban való

jártasságot is ebben az időszakban a legkönnyebb elsajátítani. Mindez a készség az én-kép fontos részeként épül be a személyiségbe.

A kutatások szerint, a túlzott sporttevékenységgel jellemezhető személyekre jellemző az alacsony *önértékelés* (Szabó és mtsai, 2010). Az *önértékelés* – többek között – hatással van arra, hogy a személy milyen mértékben fogadja el testi megjelenését. Ebben a tekintetben az elégedetlenségre adekvát válasznak tűnik a sporttevékenység, hiszen általánosan elfogadott, támogatott, egészségmegőrző viselkedésről beszélhetünk. A személyiség kiegyensúlyozatlansága, az önelfogadás hiánya azonban oda vezethet, hogy a résztvevő nem érzékeli a pozitív változást, a sportolással párhuzamosan nem változik az önmagáról kialakított kép. Ez a folyamat hasonlatos a fogyásra hosszútávon képtelen személyek problémájához. Esetükben azzal kell számolnunk, hogy hiába adta le kemény munkával a kívánt súlyt, ha a fejében lévő kép önmagáról, a testéről nem változik, a szervezete visszatér az eredeti méretekhez. Az önmagunkról meglévő kép, jelen esetben pedig a testkép változásához szükséges a pszichés változás is. Ebből következően feltételezhetjük, hogy az, ami egy egészséges megküzdési mechanizmusnak indult, tehát az *önértékelés*, akár a negatív érzések csökkentésére irányuló készlet, a lelki egyensúly megteremtésének hiányában téves öngyógyítási kísérletté alakult át. A perfekcionizmusból adódóan a személyek nem elégednek meg az elért eredményekkel, hiányzik a siker érzése a tevékenységből, ezért egyre tovább folytatják a tevékenységet, még akkor is, ha az káros hatással van az egészségükre.

Az *önértékeléssel* szoros kapcsolatot mutat a *személyes jóllét* megítélése. Ennek szubjektív oldala éppen az *önértékeléssel* mérhető, míg objektív része olyan tényezőkkel írható le, mint az egészségi állapot, vagy a jövedelem (Pomázi, 2014). A szubjektív jóllét keretében megfogalmazható az egyén saját életéről, való gondolkodása és érzelmeinek minősége, elégedettsége életével, sorsának alakulásával. Ez az elégedettség jelentheti az önmagával, fizikai állapotával kapcsolatos véleményét, mely befolyásolja a fizikai aktivitásában való részvételének megítélését is. A kutatások szerint a megnövekedett edzés-szám, valamint a rendszeresség a jóllét érzésének növekedésével is együtt jár, továbbá pozitívabb érzelmi állapot jellemző ezen egyénekre (Sági és mtsai, 2012).

Az addiktív testmozgás, mint láthattuk, szoros összefüggést mutat az evészavarokkal és egyéb testképzavarokkal. Ebből következően kialakulásában szintén feltételezhetünk párhuzamos folyamatokat. Több kutatás megerősíti a pozitív kapcsolatot a test-

edzésfüggőség és a *perfekcionizmus* között (Hagan és Hausenblas, 2003, Hausenblas és Giacobbi, 2004). A perfekcionizmusnak két típusát ismerjük. Létezik egy adaptív formája, melynek esetén a tökéletességre törekvés motivációs erejű, hajt céljaink elérése felé. A hibázást szükséges rosszként fogja fel, mely lendületet adhat a további problémamegoldás során. A negatív perfekcionizmust azonban rugalmatlanság, merevség jellemzi, ahol a hibázás nem elfogadható. A túlzott tökéletességre, maximalizmusra való törekvés kimeríti a szervezetet. Mivel irreális célokat tűz ki maga elé, bejósolható a bukás. Ennek hatására szorongás, depresszió alakulhat ki. Hosszútávon mindez rosszabb egészségi állapottal járhat együtt. Nem nehéz meglátnunk a kapcsolatot a testedzésfüggőség és a negatív perfekcionizmus között (Hagan és Hausenblas, 2003). A további kutatások kiemelik a testedzésfüggőség obszesszív-kompulzív zavarral való kapcsolatát, melyet alább, külön alfejezetben mutatunk be.

További összefüggéseket írnak le a *vonásszorongás* és a sport addikció között. Lichtenstein és munkatársai (2013) vizsgálatukban szintén olyan eredményekről számolnak be, melyek megerősítik a perfekcionizmus magasabb arányú előfordulását a testedzésfüggőség szempontjából rizikócsoportha tartozók között, szemben a kontrollcsoporttal. Hasonló eredményekről számolt be továbbá a szorongás tekintetében, a kényszeres gondolatok és cselekvések megjelenésének valószínűségében is. Magasabb arányú továbbá a nárcizmus körükben. Lichtenstein és munkatársai (2013) felvetik továbbá az izgalomkeresés és a nagy célok felé irányulás faktorát. Miután e két utóbbi jellemző határozottan eltér az eddig felsoroltaktól, úgy gondolják lehetséges, hogy a testedzésfüggőségen belül két személyiségtípus azonosítható. E szerint az egyik csoportba tartozókat negatív emóciók és alacsony önértékelés jellemzi, míg a másik csoportot az újdonság és izgalomkeresés, valamint az egyre nehezebb feladatok teljesítése motiválja a sportolásra.

Az izgalomkeresés és a testedzésfüggőség kapcsán szeretnénk kitérni az *élménykeresés* dimenzióra, melynek szakirodalmi kutatásáról nem találtunk szakirodalmi adatokat, eltekintve a sporttal kapcsolatos összefüggésektől. Dolgozatunkban szeretnénk megvizsgálni e lehetséges párhuzamokat is, ezért itt röviden áttekintjük a jelenség alapjait. A szenzoros élménykeresés a személy újdonságra, izgalmas élményekre irányuló érdeklődését, ilyen helyzetek felé való orientálódását írja le. Az élménykeresés dimenzió magas értéket elérő személyek egyre újabb, összetettebb, izgalmasabb élményeket

keresnek. Ők azok, akik valószínűbben vesznek részt veszélyes cselekedetekben, inkább részt vesznek kockázatos sporttevékenységekben, valószínűbben kipróbálnak legális és illegális kábítószerket (Carver és Scheier, 1998). A testedzés terén a szenzoros élménykeresés megragadható az újabb kihívások keresésében. Futók körében megfigyelhető jelenség például, hogy miután az aszfaltot terepre (erdő, mező, magas hegység, stb.) váltották újabb kihívásként a triatlon felé fordulnak. Itt egyszerre három sportágban van szükség az ügyességre, kitartásra, embert próbáló teljesítményre. A szenzoros élménykeresés dimenzióján belül négy alfaktort írtak le (Zuckerman, 1989), ezek:

- *izgalom és kalandkeresés*: részvétel izgalmas, veszélyesebb szabadidős tevékenységekben, mely szociális elfogadott tevékenységekben merül ki.
- *dezinhibíció vagy gátlásoldás*: szabad idő eltöltése társadalmilag kevésbé elfogadott viselkedésformákkal (pl. fokozottabb alkoholizálás, vad bulik, gátolatlanság, hallucinogén, illetve stimuláns drogok használata).
- *élménykeresés*: újdonságok kipróbálása, konvencióktól mentes életstílust kialakítása. Ez megmutatkozhat a különböző drogok kipróbálásában.
- *unalomtűrés vagy unalomra való hajlam*: unalmas, monoton helyzetek elkerülésének szükséglete. Az egyhangúság, megszokás elkerülésének egyik ellenszere lehet a mozgás, majd az új, egyre összetettebb sportágak kipróbálása és üzése.

Elképzelhetőnek tartjuk, hogy a testedzésfüggőség kialakulásának hátterében megtalálható a szenzoros élménykeresés dimenzió magasabb foka, utalva arra a lehetőségre, miszerint a személyt az adott sportág önmagában már nem elégíti ki. Egyre többet szeretne belőle, újat, újabb kihívásokban kipróbálni önmagát. Feltételezhető, hogy a nagyobb kihívás segíthet akár abban is, hogy a belső üresség érzését elfedje. További lehetőség, miszerint a már megszokott, ismert sporttevékenység nem elégséges a stressz, a negatív érzések elkerüléséhez, emiatt válik szükségsszerűvé egy új, nagyobb kihívásokat tartogató sportág kipróbálása.

1.1.5.2. A testedzésfüggőség és a személyiségdimenziók összefüggése

Több kutatás vizsgálja a sport, a testedzésfüggőség és a személyiségdimenziók lehetséges összefüggéseit. A személyiség vizsgálatában nagy múltra tekint vissza annak kérdése, mely vonások mentén lehet legpontosabban jellemezni egy személyt, illetve hány

vonás szükségeltetik mindehhez. A ma már elfogadott meghatározáshoz hosszas viták és számtalan vizsgálat vezetett. Sokáig nem sikerült egyetértésre jutniuk a kutatóknak az emberek személyiségét leíró vonások elégséges mennyiségében. A leginkább körvonalazódó számok a Cattell féle 16, a Costa és McCrae féle 5, valamint az Eysenck által 3 szupervonásként emlegetett tétel között mozgott (Mirinics, 2006).

Jelenleg az egyik legelfogadottabb elmélet a Costa és McCrae által 1985-ben leírt (Carver és Scheier, 2006) ötfaktoros modell / Big Five alaptételeire épül. Ezek a következők:

- *extraverzió*: társas kapcsolatokban való részvétel mértéke, szociabilitás, dinamizmus, energia
- *barátságosság*: kapcsolatok fenntartása, szeretetreméltóság, gondoskodás, konfliktusmegoldás
- *lelkiismeretesség*: kitartás, célokért való küzdelem, teljesítmény, akarat
- *érzelmi stabilitás (neuroticizmus)*: érzelmi rendezettség, szorongás
- *nyitottság*: kultúra, intellektus, új ismeretekre, élményekre való nyitottság

Courneya és Hellsten (1998) a Big-5 modell segítségével vizsgálta mi motiválja, illetve mely tulajdonságok akadályozzák az embereket a testedzés tekintetében. Korábbi kutatások azt találták, hogy a sportban való részvételt negatív irányban befolyásolja a neuroticizmus, míg pozitívan az extraverzió. Erre az eredményre jutott Rhodes és Smith (2006) is, kiegészítve azzal, miszerint a nyitottság, barátságosság és az Eysenck féle pszichoticizmus vonásnak nincsen hatása a sportolási szokásokra. Az előbb említett kutatók megerősítették a személyiségvonások ilyen irányú hatásait, sőt ennél tovább menve árnyalták a kérdést. Eredményeik szerint befolyásolhatja a sportolási szokásokat a lelkiismeretesség magas foka, de nemcsak a részvételben, hanem a hosszabb távú kitartásban is. Tovább színesíti a képet, hogy a személyiségvonások hatással vannak arra, hogy a személy milyen típusú sporttevékenységet választ magának. Az extraverzióval jellemezhető emberek egyik fő motivációja a társaság, szociális kapcsolatok kezdeményezése, valamint az élmény maga, így ők jellemzően olyan testmozgást választanak, ami csoportosan végezhető, mint például az aerobic, tánc, tenisz, stb. Továbbá esetükben a neuroticizmus alacsonyabb fokát állapították meg. Habár magányos tevékenység, mégis az extraverzió magas foka jellemzi a futókat is, mivel az említett dimenzió erősen igénybevevő mozgásformára sarkallja őket. A neuroticizmus skálán magas pontszámot

elérők motivációja a külalak, illetve a súly kontrolállása, a stressz csökkentése. Ugyanezen tényezők meg is nehezítik számukra a sport mellett való elköteleződést, hiszen az olyan túlzottan inger dús környezetet, mint ami többnyire a sporttevékenységet és a társas kapcsolatokat jellemzi, inkább kerülni igyekeznek (Yeung és Hemsley, 1997). A kellemesség/barátságosság skálán magas pontszámmal rendelkezők inkább rekreációs sportolási lehetőséget keresnek a versenyzés helyett. Az extravertió és a lelkiismeretesség magas foka a nyitottság alacsony szintjével kombinálódva arra vezeti a személyt, hogy olyan foglalkozásokon vegyen részt, melyet egy oktató vezet, a testedzés így egy meghatározott, előírt terv szerint halad. A nyitottság/kultúra magas szintje a személyt arra készíti, hogy a sport által testi és lelki egészségüket építsék, míg stressz szintjüket csökkenteni igyekeznek. Jellemző rájuk az is, hogy inkább a természetben szeretnek mozogni, mint zárt térben. Az intenzitás tekintetében Courneya és Hellsten (1998) arra jutottak, hogy az alacsony szintű neuroticitás és erős lelkiismeretesség nagy hatásfokú sporttevékenységhez vezet. További érdekes megállapítás, hogy a barátságosság skálán elért magas eredmény inkább aerobic típusú mozgásra irányítja a személyt, míg ennek ellentéte inkább súlyemelésre predesztinál. Rhodes és Smith (2006) megállapítja továbbá, hogy az extravertió alacsony szintje alacsony intenzitású mozgásformák felé irányítja az embereket, úgy, mint kertészkedés, lakberendezés.

A viselkedéses addikciókra, úgy, mint a kényszeres vásárlásra, játékszenvedélyre, valamint az evészavarra jellemző a neuroticizmus magas foka, a túlzott kontrolláltság, illetve az extravertió és a lelkiismeretesség alacsony szintje (Lichtenstein és mtsai, 2013). A kezelés elutasításaként jelenik meg a barátságosság alacsony foka, ami nehézséget jelenthet abban is, hogy a személy fel- és/vagy elismerje, hogy problémája van. Jellemzi ezeket a személyeket továbbá az ellenségesség, mely a neuroticizmus egy összetevője. Mivel a testedzésfüggőséget a viselkedéses addikciók között tartjuk számon, feltételezhető, hogy az itt felsoroltakkal analóg dimenziókkal jellemezhetjük. Dolgozatunkban fontosnak tartottuk ennek vizsgálatát, melyet külön kérdőív mért fel és az eredmények között elemzésre került.

A túlzott sportolás tekintetében Hausenblas és Giacobbi (2004) kutatását idézhetjük még. A vizsgálat a „Big Five” kérdőívben leírt személyiségtényezők vonalán halad. 390 egyetemista megkérdezése alapján arra az eredményre jutottak, hogy negatív kapcsolat mutatható ki a barátságosság vonással, míg pozitív kapcsolat fedezhető fel a túl-

zott sporttevékenység és az extravertió, valamint a neuroticitás között. Utóbbi esetén elmondható a személyről a csökkent impulzuskontroll, a gyenge stressz megküzdési képesség, irracionális. Látható, hogy nem minden esetben egyértelműek az adatok az extravertió és a neuroticizmus esetében. Ezen ellentmondások adódhatnak abból, hogy a vizsgálatok eltérő módszertannal készültek, valamint nem tesznek különbséget a között, hogy elsődleges, vagy másodlagos testedzésfüggőségről van e szó.

1.1.5.3. A testedzésfüggőség magyarázó elméletei

Anorexia analóg hipotézis

Yeats és munkatársai (1983, in: Hammer és Karageorghis, 2007) kényszeres férfi futók és anorexia nervosában szenvedő nők személyiségjegyeit hasonlította össze. Az eredmények azt mutatják, hogy ezek az emberek, több olyan tulajdonságukban hasonlítanak, melyek a betegségüket magyarázza, például: a düh elfojtása, kiemelkedően magas elvárások önmagukkal szemben, a fizikai fájdalom jó tolerálása, a potenciálisan veszélyeztető károsodások tagadása, depresszióra való hajlam. Yeats és munkatársai feltételezését *anorexia analóg hipotézis* néven ismerjük. Az ismert kutatások szerint némely vonás, mint a perfekcionizmus és a depresszióra való hajlam valóban magasabb valószínűséggel fordul elő a testedzésfüggőségben szenvedők között (Lichtenstein, 2013) a többi említett tulajdonságra azonban nem ismerünk idevágó vizsgálatot, így ezeket az eredményeket csak fenntartásokkal fogadhatjuk el a vizsgált jelenség tekintetében.

Téves öngyógyítási mechanizmus

Maladaptív stressz megküzdési stratégiaként tekinthetünk a túlzott sportolásra is. A függőség kialakulásával viszont ördögi kör indul be, hiszen a megvonási tünetek depressziót, irritabilitást, nyugtalanságot, alvászavart okozhatnak, így az a tevékenység, mely korábban a negatív érzelmek megszüntetését segítette átalakul, és cél a megvonás enyhítése, elkerülése lesz. Itt vonhatunk párhuzamot többek között a viselkedéses függőségek és a kémiai szerhasználat egyes mechanizmusai között, így például az opiát/heroin használat „húzó-toló” mechanizmusával. A függőségek esetében általánosan elmondható, hogy megvonás esetén nem tudhatjuk, egy adott tünet, például a depresszió, a szenvedélybetegség hatására alakult - e ki, vagy már a premorbid személyiségnek is része volt. Éppen ezért ezt a kérdést a kezelés során mindenképpen tisztázni kell.

Érdeemes elgondolkozni azon a kérdéson továbbá, hogy a testedzésfüggőség esetén beszélhetünk-e téves öngyógyítási mechanizmusról (Pajkossy és Demetrovics, 2007), vagyis, hogy a személy egy már meglévő problémát kíván orvosolni. Itt a gond abban áll, hogy az új függőség ráépül az alaptünetekre, így hiába szabadítjuk/szabadul meg a jelen zavartól, az eredeti nehézség még fennáll. Tökéletes gyógyulás tehát csak akkor érhető el, ha megkeressük a probléma gyökerét, és annak megoldásában segítjük a személyt. Ez esetben nem lesz szüksége egyéb pótlékok keresésére ahhoz, hogy egyensúlyban érezze magát, megszabaduljon szorongásaitól. Ahogy az evészavarok értelmezésében, jelen esetben is hasznos lehet a cirkuláris rendszerszemlélet használata.

Kognitív kiértékelési modell

Ezt a feltételezést erősíti meg Szabó (2010b) kognitív kiértékelési modelljében. Feltételezése szerint némelyek az őket érő stresszre a mozgást hívják segédeszközként. Amennyiben az edzés hatékonyan csökkenti szorongásaikat, ez egy bevett megküzdési stratégiává alakulhat át. Az egyén számára a mozgás egy egészséges megküzdési mechanizmus, ami valóban így van, mindaddig, míg nem válik rigid, kényszeres viselkedésformává. Ez egyben magyarázat arra, hogy miért nem jelent problémát az egyre növekvő edzésmennyiség. Amikor viszont kezdi felismerni, hogy tevékenysége túlzásba fordult, a megvonásos tünetek kialakulása megnehezíti a változtatást. Végezetül kialakul egy ördögi kör, ahol az edzésmennyiség csökkentése irritabilitással, és további megvonásos tünetekkel jár együtt, amik mellett a mindennapos stresszhelyzetek sem szűnnek meg. Sőt az említett addikció folyamányaként még sebezhetőbbé teszik ezekre a személyt. Az elmélet a függőséget, mint menekülés, vagy megküzdési próbálkozás írja le. Megmagyarázza a helyzet fennmaradásának folyamatát, de nem szól a kialakulás gyökeréről Szabó és munkatársai (2013) véleménye szerint.

Érzelem regulációs hipotézis

Az érzelemregulációs hipotézis szerint a sportolás eszköz a személy kezében, mely kétirányú befolyással bírhat a hangulatra. Eszerint a sportolással a cél a negatív érzelmektől való megszabadulás, vagy pedig a pozitív érzelmek növelése. Tomkins (1968, idézi Hammer és Karageorghis, 2007) futóknál írta le korábban a jelenséget. Megfigyelései szerint kétféle futó létezik. Az egyik, aki azért fut, hogy csökkentse a benne lévő pszichológiai distresszt, míg a másik azért, hogy növelje pozitív érzelmeit. Ez esetben, kény-

szeres futásról akkor beszélhetünk, ha a futás megszűnik a végcél eszközének lenni. További kutatások szintén arról számolnak be, hogy a rendszeresen végzett futással a személyek célja a depresszív érzések csökkentése, az idegesség, stresszérzések minimalizálása. Ezzel szemben a nem addiktív futók között a cél az egészség megtartása, jóllét és a szociális kapcsolatok erősítése (Anshel, 1991, idézi Hammer és Karageorghis, 2007). Megfigyelték továbbá, hogy testedzésfüggő személyek között magasabb fokú nyugtalanság és stressz szint detektálható a sportolás megkezdése előtt, míg az edzés után megemelkedett boldogságérzéséről számoltak be a kontrollcsoporthoz képest. A kutatások során mindenképpen figyelembe veendő szempont azonban, hogy a megkérdezett személyek válaszát befolyásolhatja, hogy milyen okból hagyják ki az aktuális edzésüket, sport sérülés miatt, vagy a vizsgálatban való részvételért kapott díjazásért. Az említett vizsgálatok többnyire futók körében készültek, így további szisztematikus vizsgálatok szükségesek annak feltárására, hogy a fenti elképzelés a testedzésfüggőségre is igaznak tekinthető-e.

Interakciós modell

Szabo és Egorov (2013) áttekintve a meglévő magyarázó elméleteket egy interakciós modellt javasol, mely kielégítően magyarázza a testedzésfüggőség kialakulását. Először számításba veszik mind a személyre jellemző faktorokat (úgy mint személyiség, képességek, szükségletek, célok, érdeklődés, stb.), mind a környezeti tényezőket (pl. elérhetőség, csoporthatások, szociális normák, stb). Ezek együttesen határozzák meg a testedzésre vonatkozó motivációkat. A többi addikciótól eltérően fontos kiemelni azt a tényezőt, hogy a testedzésfüggőség esetében, olyan addiktív tevékenységről beszélünk, ahol a személy aktív erő kifejtést végez, és ez jelenti magát a dependens viselkedést. Így a kialakuláshoz vezető motivációk is egy speciális kombinációként írhatóak le, melynek pontos feltérképezése, feltehetően csak a kezelésbe vétel után, a terápiás munka során érhető meg. Ez az említett motivációs bázis, Szabo és Egorov (2013) szerint két fő irányba vezetheti a személyt. E szerint az egyik irány, hogy az alany ügyességét szeretné fejleszteni a sporttal, vagyis eredményesebb teljesítményre vágyik, sikerebb eredményeket szeretne elérni. Ez az irány kisebb eséllyel vezet el a függőséghez, de nem kizárt ez a végeredmény sem. Utóbbi akkor következhet be, ha a sportoló olyan álmokat kerget, melyek megvalósítására, pl. adottságai, kora miatt képtelen, úgymint egy korábbi személyes csúcsmegdöntése. Az atléta ez esetben nem látja be személyes határait, úgy érzi a kitűzött siker

nélkül eddigi karriere értékét veszíti. Az elmélet e vonala magyarázatot adhat a hivatás-szerűen sportolók körében kialakuló testedzésfüggőség megjelenésére is.

A fentebb említett második irány szerint a személy célja a sportolással egészsége megőrzése, fejlesztése, például jobb kondíció elérése, stressz levezetés, vagy vékonyabb, csinosabb testalkat elérése. Ez az ösztönző erő vezethet oda, hogy egy hirtelen bekövetkező, és egyre erősödő stressz helyzet a testedzésbe, mint megküzdési módozatba vezesse a személyt. Feltételezhető még, hogy a személy korábban nem tapasztalta meg az egyéb addikciók, mint szerhasználat, más viselkedéses függőségek, „segítő” erejét, ezért számára a mozgás, ami gyógyító hatásúvá válhat. Amennyiben azonban a sportolás túlzott mennyiségben történik és állandó, kizárólagos megküzdési technikává válik, kialakul a testedzésfüggőség.

A testedzésfüggőség és az obszesszív-kompulzív spektrum kapcsolata

Általában a szenvedélybetegségeket, legyen itt szó kémiai, vagy viselkedéses függőségről, egy addiktív spektrumon helyezhetjük el aszerint, hogy az adott probléma mely jellemzője kiemelkedő (Demetrovics és Kun, 2007). A spektrum részét képezik az impulzuskontroll zavarok, bizonyos személyiség-, illetve neurológiai zavarok, a táplálkozási magatartás problémái, szomatiform zavarok, stb. A felsorolt betegségeket diagnosztikai, etiológiai, tüneti, neurológiai hasonlóságok jellemzik. Ezen sajátosságok adnak okot arra, hogy egy közös spektrumon elhelyezkedő problémakörként kezeljük őket. A spektrum végpontjait az impulzivitás, illetve a kompulzivitás jellemzi. A zavar elhelyezése tehát attól függ, hogy a két jelenség közül melyik jelenik meg karakterisztikusabban az adott zavarban. A közös vonás a két végpontban, a „repetitív és többnyire ritualizált viselkedés gátlásának, sőt többnyire késleltetésének is a képtelensége” (Demetrovics és Kun, 2007, 136. old). A két viselkedés közötti különbség abban áll, hogy az impulzivitás esetén a cél az élmények maximalizálása, a pozitív érzelmek kiváltása, míg kompulzivitás esetén a cél a diszkomfort, a negatív érzelmi állapot elkerülése. Esetünkben a testedzésfüggőség elhelyezhetősége a kérdés a spektrumon. A sportolásnak erre a formájára leginkább impulzuskontroll zavarként tekinthetünk, hiszen a személyt túlzott sporttevékenység jellemez, melynek mértékét nem képes szabályozni. További vizsgálatok szükségesek a zavar pontos leírásának tekintetében. Ennek fontossága abban rejlik, hogy a „rokon” problémákkal párhuzamot vonva ötleteket, lehetséges kiindulási pontokat kaphatunk a kezelés tekintetében is.

1.1.5.4. A testedzésfüggőség biológiai háttere

β -endorfin hipotézis

Intenzív sporttevékenység hatására megemelkedik a szervezet endogén opiát termelése, valamint adrenalin aktivitása nő. Ez a változás, eufóriát, boldogságérzést, megelégedettséget, pozitív önértékelést ad a személy számára, továbbá fájdalomcsökkentő hatású. A jelenséget „runners high”-ként ismerjük, de nem csak a futás, más, nagy intenzitást követelő sport esetében is átélhető, ha az aktivitás megfelelően hosszán és intenzíven történik. Habár állatkísérletek azt mutatják, hogy e fehérjék emelkedett szintje hosszútávon toleranciát váltanak ki a szervezetben, vagyis egyre több testedzésre van szükség, a megfelelő ingereltségi állapot fenntartásához, az emberek között végzett kutatások során nem sikerült bizonyítani a fenti kapcsolat meglétét (Hammer és Karageorghis 2007). Így bár könnyű lenne az elméletet összekötni a testedzésfüggőség kialakulásával, a jelenleg ismert kutatások ezt nem támasztják alá (Demetrovics és Kun, 2007). Szabó (2010) az endorfin hipotézis elvetése mellett érvel, miután több kutatást megvizsgálva azt találta, hogy más tevékenységek, úgymint zenehallgatás, képesek a fent említett eufórikus hatást kiváltani. Ezen túlmenően, bár a fizikai „munka” és a megnövekedett opiátaktivitás közötti kapcsolat jól dokumentált a szakirodalomban, a testedzésfüggőséggel való összefüggése koránt sem tisztázott.

Termoregulációs hipotézis

A termoregulációs hipotézis szerint a mozgás serkenti a testhőmérsékletet, ami a test megnyugvásához vezet, ellazulását vált ki. Az ellazultság fokozza a pszichés nyugodtságot, vagyis csökkenti a feszültséget a pszichés szorongás szintjét. A személy így megtanulhatja, hogy a testedzés mind a testi, mind a lelki egészségét is fokozhatja, ez pedig megfelelő motivációs alap a mozgás folytatásához. Bizonyos helyzetekben, amikor a személy kiemelkedően magas negatív emóciókat él át, tudatosan növelheti az edzés mennyiségét, mely oldja szorongásait. Amennyiben ez a gyakorlat hosszú időn keresztül fenn áll, a megnövekedett intenzitás és hosszabbodó edzésidő toleranciát vált ki a szervezetből, mely a testedzésfüggőség egyik tipikus jellemzője (Szabó és mtsai, 2010). Az elmélet elsősorban azok között igazán magyarázó erejű, akik gyakorta használják feszültség-szorongásoldás céljából a sportolást.

Katekolamin hipotézis

Egy további elmélet a katekolamin hipotézis, mely szerint az említett fehérje testedzés hatására megnövekedett szintje áll kapcsolatban a testedzésfüggőség kialakulásával. A katekolaminok fontos szerepet játszanak a hangulat, az érzelmek, akár súlyosabb depresszió kialakulásában is. Sportolás hatására megnövekszik az agyban a katekolaminok szintje, így érzelmregulációs hatásából következően, csökkentheti az egyén szorongás-szintjét, de az erre való rátanulás egyben növelheti a testedzésfüggőség kialakulásának valószínűségét is.

Szimpatikusarousal hipotézis

Hammer és Karageorghis (2007) áttekintő munkájukban további magyarázatokat tekintenek át, melyek a testedzésfüggőség pszichobiológiai hátterében állhatnak.

A szimpatikusarousal hipotézis arra a megfigyelésre épít, hogy testedzés hatására csökkent szimpatikus idegrendszeri működés detektálható. Hosszútávon ez a szívfrekvencia csökkenéséhez vezet, melyet fáradtsággént, csökkent éberségeként azonosíthatunk, valamint letargiát okoz. A rendszeres testedzők, a habituáció leküzdése érdekében így arra motiváltak, hogy növeljék edzéseik mennyiségét, erősségi szintjét annak érdekében, hogy elérjék, megnöveljék az arousal korábbi szintjét. Az alapfrekvencia csökkenésének hatására egyre több edzés szükségeltetik a megfelelő izgalmi szint eléréséhez, ami viszont növelheti a toleranciát, ami, hogy már említettük a testedzésfüggőség kialakulásának egyik típusos tünete. (Szabó, 2010). Az elmélet azon személyek esetében tekinthető érvényesnek, akiknél kimutatható az arousal hipoaktív működése.

Citokin hipotézis

A citokin hipotézis egy ígéretes, új irányvonalként jelenik meg a testedzésfüggőség vizsgálatában. A citokin közvetítőként funkcionál az agy és az immunrendszer között. Modulálja az egész központi idegrendszert, pl. a szerotonerg, noradrenerg rendszert, és a hipotalamusz-hipofízis-adrenalin (HPA) tengelyt. A citokin IL-6 befolyással van a major depresszióra, a fáradtságérzésre, csökkent koncentrációt, megnövekedett szorongást, negatív hangulatot okoz. Egy önmagát erősítő negatív kör modellben írja le Hammer és Karageorghis (2007) az IL-6 szerepét. Szerepet játszik a rendszerben a negatív érzelmek redukciójára irányuló készletés, melyet különböző mechanizmusok

mediálnak, mint a katekolaminok, endorfinok jelenléte a szervezetben, a hormon- és a hőháztartás változása, valamint pszichológiai tényezők, pl. ügyesség, önértékelés, önbi-zalom, szociális támogatottság, stresszmenedzselés. Az IL-6 túltermelése a szervezetben káros működést vált ki. A túlzott működés oka lehet különböző pszichológiai stressz, vagy akár valamilyen fertőzés is. A citokin magas szintje negatív érzelmi reakciókat indíthat be, melynek megszüntetésére adott válaszként jelenhet meg a testedzésfüggő-ség. További befolyásoló faktor még evészavar fennállása, a HPA tengely alulműködé-se. Az IL-6 termelést genetikai faktorok is befolyásolják. Az IL-6 túlműködése mellett megfigyelték a megemelkedett kortizolszintet is. A kortizol bizonyítottan befolyásoló hatású egyéb addikciók fennmaradásában. Így többek között szerepet játszik az alkohol utáni sóvárgásban, valamint a visszaesésben is. A megfigyelések szerint elsősorban azoknál tekinthető magyarázó érvényűnek a bemutatott elmélet, akik habituálódtak a testedzéshez. A citokin válaszra irányuló kutatások a testedzésfüggőség kialakulásában izgalmas, a kutatások új irányvonalát jelentik. További szisztematikus vizsgálatok szük-ségesek még a jelenség pontos leírásához (Hammer és Karageorghis, 2007).

1.1.6 A testedzésfüggőség kezelésének lehetőségei

A gyógyítás első feltétele a felismerés. A testedzésfüggőség jellegzetesen rejtőzködő problémának tekinthető, mivel a sportolás általánosan elfogadott és támogatott tevé-kenység, ritkán veszi észre mind a tünethordozó, mind környezete, hogy viselkedése problémásnak tekinthető. Az egyik figyelemfelhívó jel lehet a személy számára valami-lyen testi tünet, ami arra utal, hogy túlzásba vitte a mozgást. Ilyen lehet az egyre növek-vő számú sérülések, végül pedig a fáradásos törés. Sérülés esetén a beteg feltételezhető-en sportorvoshoz, gyógytornászhoz fog fordulni. Amennyiben felmerül a gyanú bennük, ők töltik be az első számú szűrőfunkciót. Mivel a testedzésfüggőség előzetes felmérése papír-ceruza tesztekkel jól vizsgálható, ennek eredménye elégséges információt nyújt ahhoz, hogy továbbirányítsák a személyt a megfelelő ellátás felé (Rendi és mtsai, 2010). A környezet felfigyelhet olyan árulkodó jelekre, mint a túlzott anyagi javak fordítása a sporteszközökre, a mindennapi feladatok, barátok, család elhanyagolása. Ezek a tünetek persze más problémára is utalhatnak, így elképzelhető, hogy a páciens egyéb okok miatt keresi fel orvosát, jut el esetleg pszichológushoz/pszichiáterhez, aki segíthet fényt derí-teni problémájára.

Adams (2009) véleménye szerint a testedzésfüggőséget, mivel a viselkedéses függőségek csoportjába sorolható, gyógyítása lehetséges azokkal a módszerekkel, ami az addikciók esetében beváltak. Két módszert, a motivációs interjút és a kognitív-behavior terápiát tartja igazán hatékonynak a kezelésre. Előbbi lényege, hogy a terapeuta segít megkeresni páciensének azokat a célokat, előnyöket, melyek elég motiváló erővel rendelkeznek ahhoz, hogy a személy a változás útjára lépjen. A kognitív-behavior terápia tulajdonképpen folytatásként tekinthető, azok számára, akik elég motivációval rendelkeznek a változáshoz. Ennek során a terapeuta és a kliens együtt dolgoznak. Előbbi segít azonosítani és megváltoztatni azokat az irracionális és automatikus gondolatokat, melyek negatív érzéseket és viselkedéseket váltanak ki.

Mivel sokszor egyéb probléma miatt keresik fel a segítő szakembereket a testedzésfüggőséggel élők, a kezelőnek fel kell mérnie, hogy a vizsgált tünet mennyiben van jelen egyéb probléma elfedése érdekében. Feltételezhető, hogy a gyökér probléma feloldásával az addiktív tünetek is csökkenni fognak.

1.2. A testedzésfüggőség kialakulását befolyásoló kulturális tényezők

A testedzésfüggőség, ahogy már említettük egy modern „betegségnek” tekinthető. Szinte minden történelmi korszakban leírhatjuk, hogy jellemzően mely pszichés betegség áll a figyelem fókuszában. Ez a kiemelkedőség összefüggésben áll a kultúrával, az emberek aktuális időszakban jellemző szükségleteivel, értékeivel, céljaival. Freud és a pszichoanalízis időszakában a neurózisok kaptak különleges figyelmet, míg az ezerkilencszázas évek közepétől a „súlyosabb” pszichiátriai betegségek felé fordult a figyelem. A '80-as években a depressziós megbetegedések „térhódítását” láthattuk. Ezt követte a '90-es években az evészavarokra irányuló erőteljes érdeklődés, és a betegek számának határozott megemelkedése (Túry és mtsai, 2003). A kétezres évek elején rövid „nyugalmat” követően a figyelem újra a test, a mozgás, és ezzel összefüggésben az evészavarok, testképzavarok irányába fordult. Az elmúlt évtizedekben számos újabb zavart leírtak, melyek az említett jelenségekkel rokon, így például az orthorexia nervosa (Dudás és Túry, 2008), izomdiszmorfia (Pope és mtsai, 1993), testépítő típusú evészavar/testzsír fóbia (Túry és Gyányi, 2007), és a testedzésfüggőség. Ezek a modern keletű betegségek számtalan közös jellemzőben osztoznak, mind pszichés, mind kulturális szempontból.

Összefüggésben állnak az egyén önmagára vonatkozó testképének értékelésével, a kulturális milióval, a társadalom sportolásra, egészségre vonatkozó véleményével. A következőkben ezeket a tényezőket fogom megvizsgálni, szem előtt tartva dolgozatomban fő témáját és ahhoz való szoros kapcsolódásukat.

1.2.1 Testkép, testi elégedetlenség

A testkép olyan befolyásoló tényező, mely számos evészavar és szomatoform zavar hátterében megtalálható. Mint ilyen természetesen a testedzésfüggőség kialakulásában is fontos szerepet játszik, így áttekintése feltétlenül indokolt a dolgozatban. A *testkép* jelentős hatást gyakorol az önértékelésre, az énképre, mely a „személyiség központi része, meghatározza viselkedésünket és mindennapi közérzetünket” (Túry és Szabó, 2000; 59. old.).

„Testképen az egyén saját testével kapcsolatos pszichológiai élményeit és attitűdjeit értjük, valamint azt a módot, ahogyan ezek az élmények szerveződnek” (Túry és Szabó, 2000; 61. old.). A testkép közvetlen hatást gyakorol mindennapjainkra, önmagunkkal való megelégedettségünkre. Miért olyan fontos a külsőnk, miért foglalkozunk annyit külső megjelenésünkkel? Turner (1991) véleménye szerint a test olyan fontos terület, amelyen könnyen és nyilvánosan bemutatható a társadalmi státusz, a családi állapot, a törzsi kötődés, a vallási hovatartozás, valamint a nem, és persze a kor is. A testen elhelyezett szimbólumok, ékszerek szintén árnyalhatják valamely csoporthoz való tartozásunkat. A testékszerek és tetoválások e korábbi funkciója ma már részben átalakult, a hovatartozás mellett, mint divatkellék jelentek meg (Turner, 1991).

Éppen a mai korban jellemző fontosságából adódóan alakul ki mind a nők, mind a férfiak körében a *testi elégedetlenség* jelensége. A fogalom a test leértékelésének mértékére mutat rá. Azt az aggodalmat fejezi ki, amelyet a személy él át, amikor a kultúrából belsővé tett külsőre vonatkozó elvárásokat összehasonlítja saját „paramétereivel”, majd érzékeli ennek eltéréseit negatív irányban (Czeglédi és mtsai, 2009). A kutatók szerint a testtel való elégedetlenség olyannyira elterjedt a nyugati kultúrában élők körében, hogy egyfajta normatív elégedetlenségről beszélhetünk. Ez alatt egy állandósult meg nem elégedettség érzést értünk, mely a kultúra, média által közvetített ideális és a népességre jellemző átlagos súly közötti eltérés miatt alakul ki (Fallon és Hausenblas, 2004). Jelen leírásban szándékosan nem választottuk szét a testi elégedetlenség kérdéskörét a nemi

hovatartozás tekintetében. Az újabb kutatások beszámolnak róla, hogy míg a nőknél a karcsúság ideáltól való eltérés a normatív elégedetlenség megalapozója, a férfiak körében ez az izmosságban való jeleskedésre vonatkozik (Lukács és mtsai, 2007). Jelen kutatásban nem vizsgáltuk a sportolók közötti ilyen irányú eltérést.

1.2.2 A testképet befolyásoló egyéb tényezők

A testkép alakulásának milyenségére rendkívül erős nyomást gyakorolnak a médiumok. A média személyiségre kifejtett hatását a „sportolási szokások” fejezetben részletesebben áttekintem. Befolyásoló tényező továbbá a testkép szempontjából a korai évek minősége. Így a gyermekkori abúzus bármilyen formája rizikófaktort jelentenek a testképzavar (és egyéb pszichés betegségek) kialakulására (Túry és Szabó, 2000). További hatótényezőként tekinthetünk a sportolásra, mely jellemzően pozitív hatást gyakorol a testképre. A sportolásra való motiváció azonban számtalan egyéb forrásból is származhat, ahogy azt – szintén – a „Sportolási szokások” fejezetben bemutatom.

1.2.3 A testkép változására ható kulturális tényezők

A jelen szakaszban különösen nagy hangsúlyt fektetek a testkép alakulásának kulturális hatásaira. Fontosnak tartom a téma természetéből adódóan a több szempontú megközelítést. Így lehetőség nyílik olyan multidiszciplináris párbeszéd kialakulására, melyben a pszichológia, pszichiátria, szociológia, kulturális antropológia szempontjai egyaránt helyet kapnak.

A kulturális hatások fontos befolyásolói a testképnek és ezen keresztül a sportolási, étkezési szokásoknak, a személyes énképnek, mely akár az életminőséget, a személyes jóllétet meghatározza. A különböző kultúrák eltérő módon vélekednek az ideális külakról. Sok helyen a molettebb vonalakat tartják vonzóknak, például Afrikában, ahol a testsúly szoros kapcsolatban áll a módossággal (Túry és Szabó, 2000). Számtalan olyan szólásmondás ismeretes a magyar nyelvben is, mely szerint a nagyobb testméret (ami megfelelő mennyiségű táplálkozással érhető el) nagyobb erőre, nagyobb gazdagságra utal. Kitekintésként érdemes megjegyezni, hogy az állatvilágban a rangsor szintén a testméret szerint alakul, vagyis a nagyobb testű, nagyobb fizikai erejű példányok magasabb helyet foglalnak el a hierarchiában (Forgács, 2004). A méretek csökkenésének igénye, és a karcsúbb testméret elfogadottsága Magyarországon a nyugati kultúra előtérbe

kerülésével indult el. Ezzel együtt változott a kövér emberek megítélése. Jelenleg az elhízott emberekre legtöbbször úgy gondolnak, mint lusta, gyenge akaraterejű emberek. A felmérések szerint a munkaadók szívesebben alkalmaznak kevésbé pocakos alkalmazottakat, az egyetemekre pedig kevesebb elhízott diák nyer felvételt. Ezeket az elképzeléseket az óvodások is osztják, szerintük kövér társaik lusták, bűdösek és piszkosak, de egyben butábbak és csúnyák (Forgács, 2004). A vékonyságideál ellenére sok magyar családban tartja magát az a klasszikus nézet, hogy a túlzott soványság betegséget jelent – bizonyos esetekben igazuk lehet e tekintetben, gondoljunk csak az anorexia nervosa veszélyes szövődményeire.

1.2.4 Vékonyságideál

A karcsúság, mint divatirányzat kevésbé érinti a férfiakat. Közöttük sokkal inkább az erőt sugárzó méretek elfogadottsága a jellemző. Ezt bizonyítja az a tény is, hogy a férfiak életükben sokkal kevesebb alkalommal diétáznak, valamint ritkább az evészavarok megjelenése körükben. Itt kivételt képeznek a homoszexuális férfiak; valamint fordítva, az inkább maszkulin vonásokkal jellemezhető nők ritkábban szenvednek evési problémák miatt, és diétázásra is kevesebb figyelmet fordítanak (Túry és Szabó, 2000). Érdekes azonban megfigyelni azt a napjainkban zajló változást, ami a férfiak életében újdonságot hozott. A feudális korban a magukra valamit is adó nemes urak tudatosan hódoltak a sportolás örömeinek, célként kitűzve testük karbantartását, erőnlétük fejlesztését és bemutatását egyben (Hadas, 2003). Az ápoltságra, szépségre, társadalmi kívánatosságra irányuló elvárások számukra is lehetővé tették, hogy nyíltabban foglalkozzanak önmagukkal, nemcsak belsőleg, de a külső tekintetében is (Lukács és mtsai, 2007).

1.2.5 Társadalmi változások a testkép megítélésének hátterében

A jelenleg is zajló társadalmi változások tehát, magukkal hozták az értékek olyan változásait, miszerint a testkontroll, a szépség, a fiatalság és az egészség az egyik legfőbb ideál, így a probléma egyre nagyobb rétegeket érint (Featherstone, 1982). A test jelentés-tartalma a fogyasztói kultúra változásával párhuzamosan átalakult. Napjainkban túlzottan fontos szempontként jelenik meg a fiatalság, szépség kívánatossága. Küzdelem indult meg, ahol a cél a romlás, a hanyatlás elkerülése (Featherstone, 1982). A külső így az önmegőrzés, az élet szimbólumává vált. A fogyasztói társadalom többek között a médián

keresztül közvetíti azt az értéket, miszerint a test örömforrás és egyben az önkifejezés eszköze, így a kinézet elengedhetetlenül fontossá válik. Míg korábban az aszkézis, a test erejének maximális kihasználása a spirituális üdvözüléshez vezető utat jelentette, ez manapság az elfogadható és értékesíthető ént jelenti (Featherstone, 1982). A test „értékessége” annak függvénye, mennyire fiatal, milyen szép, milyen kondícióban van (Pikó & Keresztes, 2007). A ruházat szerepe, hogy bemutassa a fiatal, szép, sugárzó alakot, szemben a divat korai koncepciójával, ahol a cél a test elfedése volt. A test hanyatlása egyben morális gyengeséget jelent, így nem csoda, hogy sokak számára páni félelem övezi az öregedést és a halált. A külsőségekkel való túlzott foglalatosságot eltávolított minket gyökereinktől, fontos értékeink szerepét, mint a megemlékezés, és foglalkozás halottaink emlékével, félelmes érzésekkel kapcsolja össze. Mindez pedig eltávolít minket a visszafordíthatatlanság elfogadásához. Azáltal, hogy ezeket a fontos folyamatokat nem éljük meg, szegényebbé válik életünk, és egyben nagyobb szorongással tölt el a hanyatlás. A fogyasztói kultúra felállított számunkra egy új egyenletet, mely létünket irányítani hivatott. E szerint: $\text{fiataltság} = \text{szépség} = \text{egészség}$ (Featherstone, 1982).

1.2.6 A külső szépség ára

Featherstone (1982) véleménye szerint a testet egy géphez hasonlíthatjuk, mely ápolást, karbantartást és figyelmet igényel a megfelelő működéshez. Így képes maximális hatékonysággal teljesíteni. A testtel való nem megfelelő bánásmód, mint betegség jelenik meg ebben a kontextusban, melyet saját magunk okoztunk. A test karbantartásának két részét különíthetjük el. Eszerint beszélhetünk a belső testről, mely magában foglalja az egészséget, megfelelő működést, szembeszállást az öregedéssel és a betegségekkel. A külső test a megjelenést, a társadalmi elhelyezkedést és a kontrollképességet mutatja. A fogyasztói kultúra elmélete szerint: „a belső test karbantartásának elsődleges célja a külső test megjelenésének javítása lett” (Featherstone, 72. old., 1982). Láthatjuk a napi reklámáradatból is, mely már nemcsak a tévéből, magazinokból, de az utcán óriásplakátokról is bombáz minket, hogy ezek tartalmának legalább a fele, valamilyen olyan szolgáltatást ajánl nekünk, mely a test szépítésében, karcsúsításában, alakításában játszik szerepet. A reklámok azt sugallják, nem törődünk eléggé önmagunkkal, még mindig nem nézünk ki elég jól, vagyis lelkiismeret-furdalást keltenek. Szerencsére a megoldást a kezünkbe adják. Óriási bevásárlóközpontok nyíltak, ahol hozzájuthatunk minden fon-

tos árucikkhez. Ezekben a megváltozott vásárlási terekben se szeri, se száma a fogyasztási lehetőségeknek. Gondoltak azonban azokra is e helyütt, akik túlfogyasztanak, így egyre több bevásárló központban találunk fitness központokat, ha fogyni, szépülni, vagy épp csak mozogni szeretnénk (Pikó és Keresztes, 2007). A piac, mely a test karbantartására alakult, egyre bővül. Mindez pedig ördögi kört indít be az emberek életében. Egyrészt azt sugározzák, fogyasszunk minél többet, hiszen testünk örömök forrása. Kényeztessük magunkat szépítőszerekkel, finom ételekkel egyaránt, hiszen mi ezt megérdemljük. Ezzel párhuzamosan, azonban a túlzott fogyasztás, a habzsolás és az elhízás, nem elfogadott, hiszen azt jelzi, hogy nem tudunk megfelelő kontrollt gyakorolni önmagunk fölött. Az önuralom hiánya kerül szembe a vágyott mezomorfikus testfelépítés ideáljával, melyhez olyan tulajdonságok tapadtak, mint kompetencia, kontroll, szexuális kíváncsiság, én-tudatosság (Lukács és mtsai, 2007).

1.2.7 A külső és a belső test kapcsolata

Testi mivoltunk nemcsak a külsőnkéről beszél, de belsőnkét is bemutatja. A társadalmi átalakulás mentén változás következett be az értékek területén is. Pontosabban, míg a 19. században olyan értékek mentén ítélték meg az embereket, mint a protestáns erények, például a szorgalom, takarékoság, mérséklet, a 20 században már a jellem más tényezői váltak fontossá. Ezek: „az állampolgárság, a demokrácia, a kötelesség, a munka, a becsület, a jó hírnév, az erkölcs, a tisztesség és a férfiasság” (Featherstone, 95. old., 1982). A 21. században a személyiség felsőbbrendűsége került hangsúlyozásra. Így fontos erénynek innen fogva a „lenyűgöző, elbűvölő, remek, rokonszenves, vonzó, szuggesztív, kiváló, kreatív, domináns, energikus, erélyes” vonás számít (Featherstone, 95. old., 1982). Featherstone (1982) ezt a jelenséget úgy írja le, mint a szerepjátszó én megjelenése. Ezen „tulajdonsággal” rendelkező emberekben megnövekedett nárcisztikus szükségletekkel találkozhatunk. Ők azok, akik nagyobb hangsúlyt fektetnek a megjelenésre, a megmutatkozásra, arra, hogy különösen ügyesen menedzseljék mások róluk kialakított benyomásait. Ez a folyamat nyomon követhető többek között a számtalan önéletrajzi kézikönyv megjelenésével is.

A következő részben azokat az evéssel és a testtel kapcsolatos problémákat mutatom be vázlatosan, melyek jellemzően a 21. század betegségeinek tekinthetők, és kapcsolatban állnak a fent bemutatott folyamatokkal.

1.3. A „modern” ember betegsége: a táplálkozási magatartás és testedzés zavarai

Egyre többen szenvednek különböző típusú evészavarokban, illetve a sportolási magatartással összefüggő betegségekben. Az alább bemutatásra kerülő problémák szoros kapcsolatban állhatnak a testedzésfüggőséggel.

Mind a kialakulásuk hátterében fedezhetünk fel hasonló mechanizmusokat, mind az őket fenntartó, megerősítő folyamatokban. A fentebb bemutatott társadalmi, kulturális folyamatok befolyása mellett nem hagyhatjuk figyelmen kívül ezen zavarok személyiségbeli hasonlóságait, valamint a családi háttér párhuzamos elemeit. A kutatások szerint e zavarokban a személyiségére jellemző a perfekcionizmus, túlkontrolláltság, kényszeresség, depresszió. A probléma családi háttérét tekintve kialakulásában meghatározó a túlövő anya szerepe. A szülők túlzott aggodalmaskodása az evési magatartás felett, illetve a külalakra irányuló kontrolálási vágy súlyos hatást gyakorolhat gyermekére. (Lukács és Túry, 2003; Túry és Gyányi, 2007).

Jelen bemutatás két újabb típusú evészavarra, az orthorexia nervosára, valamint a testépítő típusú evészavarra fókuszál, melyeket csak az elmúlt években írtak le, de önálló klinikai zavarként még nem kódolták őket. Majd a testkép zavarával összefüggésben az izomdiszmorfiát szeretném bemutatni, elhelyezve ezen modern betegségeket a testedzésfüggőség mellett.

1.3.1 Orthorexia nervosa

Az elmúlt években az evészavarok leírásának finomodását követhetjük nyomon. Talán ennek köszönhető egy újabb típusú probléma megjelenése, mely feltételezhetően korábban is jelen volt, de más zavarok részeként szerepelt a betegek anamnézisében. Az orthorexia nervosát 1997-ben Bratman írta le (Dudás & Túry, 2008). A zavar jellemzője, hogy az ebben szenvedők kényszeresen odafigyelnek az elfogyasztott étel minőségére (Varga és mtsai, 2014). Igyekeznek kizárólag egészséges élelmiszerekkel táplálkozni. Ezek beszerzése és elkészítése kitölti minden idejüket. Jellemzően igyekeznek kivonni magukat azokból az aktivitásokból, melyek bármilyen kapcsolatban állnak az étkezéssel, valamint inkább lemondanak az evés örömeiről, a megfelelő étel hiányában. A betegség kiindulása gyakran valamilyen diétával kezdődik, mely más betegség leküz-

désére irányult (pl. candida betegség). Az egészséges ételek az egészségtudatos életmód követése „örvendetes” szokásnak számít. A társadalom támogatja ezt beállítódást. Probléma azonban, hogy a kontrollra, egyensúlyra törekvésre nem tanítja meg az embereket (Varga és mtsai, 2014).

1.3.2 Testépítő típusú evészavar – testzsírfóbia

Szintén napjaink problémájának tekinthetjük a testépítő típusú evészavart, mely leggyakrabban nők körében fordul elő (Túry és Gyányi, 2007). A zavar fő jellemzője, hogy ezek a nők kényszeresen odafigyelnek a testedzésre, és speciális étrendet tartanak. Kerülnek minden olyan ételt, amely fölösleges zsírokat tartalmazhat, miközben előnyben részesítik a magas fehérjetartalmú, vitamindús táplálékot. Pontos előírás szerint és pontos időbeosztás mellett alakítják testük minden porcikáját. A táplálkozási szokások ilyen irányú felborulása és a testedzés végletessége gyakran amenorrhoeához vezet (Túry és Gyányi, 2007).

A megtervezett rutinban történő bármiféle változás esetén erős szorongást, lelkiismeret furdalást élnek át. Mindezzel céljuk a tökéletes külső megalkotása, melynek szükségességét a média közvetíti. Életük teljes mértékben beszűkül a testtel való foglalatosságra. A testzsírfóbiában érintettek jellemzően kerülnek a társaságot, inkább maguk készítik el ételeiket, amit pontosan kiporcióznak, hogy bárhol el tudják fogyasztani, amikor annak ideje van. A beszűkült életmód hátráltatja annak lehetőségét, hogy a környezet segítőkészen beavatkozzon az egészségre káros életvitelbe (Lukács és Túry, 2003).

1.3.3 Izomdiszmorfia

Az izomdiszmorfia a testképzavarok csoportjába tartozik. A kórképre Pope és munkatársai (1993) hívták fel a figyelmet. A korábban inverz anorexia néven leírt zavar a férfiak betegsége, akik jellemzően anabolikus szteroidokat szednek (Túry és mtsai, 2001). Habár ezek a férfiak kifejezetten izmosak, attól rettegnek, hogy túl kicsi a testméretük, túl vékonyak, szoronganak a súlyvesztéstől. Ez utóbbi indokolja az elnevezést, szemben az anorexiások kövérségtől való félelmétől. A két betegség sok közös vonással rendelkezik. Az öltözködés tekintetében, ahogy az anorexiás nők kizárólag bő ruhákban hajlandóak mutatkozni, elrejtendő vélt súlyfeleslegüket, a problémában szenvedő férfiak is csak olyan ruhákat hordanak, mely minél jobban képes elrejtetni testüket, ami szerintük

nem elég izmos, nem elég kidolgozott. Míg az anorexia túlnyomóan a nők betegsége, akik a karcsúságideálnak szeretnének megfelelni, az izomdiszmorfiában szenvedő férfiak célja az atlétaideál (Schwarzenegger-ideál) megtestesítése (Lukács és Túry, 2003). A betegség kialakulásának hátterében feltételezhető a túlaggodalmaskodó, hiperprotektív anyai viselkedés, ödipális konfliktus, az apa perifériás helyzetével párhuzamosan. Jellemző továbbá a személyre a hiányos pár- és baráti kapcsolat, ami az alacsony önértékeléssel is összefüggésben lehet (Lukács és Túry, 2003).

1.4. Sportolási szokások a 21. században

Megkerülhetetlen kérdés, hogy mi alakítja az emberek testedzésre irányuló motivációját. Befolyásolja az emberek szokásait, hogy szüleik, barátaik sportolnak-e, hogy milyen mintát láttak gyermekkorukban. A serdülőkori sportolási szokások alakulását azért is tartjuk fontosnak áttekinteni, mivel a kutatások tanúsága szerint az ez időszakban szerzett tapasztalatok, érzések és gondolatok, erős befolyással vannak a felnőttkori aktivitásra is.

1.4.1 A környezet hatása a mozgáskultúrára

Keresztes és munkatársai (2005) az egészségpszichológia szemszögéből közelíti meg a kérdést. Eszerint az ember legfontosabb védő, motiváló és visszatartó ereje a szociális környezete. Ők azok, akik közvetlen befolyással bírnak a körülöttük lévők egészségmagatartására is. Ezt a gondolatmenetet követve elmondhatjuk, hogy a közvetlen környezetünk van leginkább hatással fizikai aktivitásunkra is. A mozgás szeretete egy tanulási folyamat, melyet szerepmodelleken keresztül sajátíthatunk el. A tervezett cselekvés elmélete szerint három kognitív tényező megléte szükséges a megfelelő egészségmagatartáshoz, a szubjektív normák beépítése, egyéni hit és szándék a véghezvitelhez (Keresztes és mtsai, 2005). A serdülők életében az egyik legfontosabb a kortárs csoport, kötődési igényük kielégítésének nagy hányada ezen a vonalon keresztül valósul meg. Az azonosságtudat a társakhoz való hasonuláson keresztül alakul. Miután a barátok igen erős hatással vannak a fejlődő személyiségre, természetesen befolyásolják egymás véleményét is az ideális testsúlyról, testképről, diétázási szokásokról. Az említett kutatásban diákok sportolási szokásaikat vizsgálták. Eredményeik szerint a serdülő lányokra nagyobb hatással van a környezete, mint a fiúkra. Előbbiek esetében hatást gyakorolt a

fizikai aktivitásban való részvételre: az anyai ösztönzés, sporttal szemben tanúsított elutasítás vagy támogatás; média; a kortárs csoport nézetei a testsúlycsökkentő stratégiákra vonatkozóan. A fiúk esetében azt találták, hogy befolyásolja a sportolási szokásokat a család, valamint a barátok támogatása, a sport észlelt élvezete, valamint az anyai támogatás vagy elutasítás. Mindkét nem esetében elmondható, hogy a környezet jelenlegi, valamint korábbi sporttevékenysége hatással van a fiatalok jelen szokásaira (Keresztes és mtsai, 2005). Pikó és Keresztes (2007) megállapítja, hogy, habár fontos fejlemény, a fiatalok sportolásra buzdítása, ez csak akkor válik igazán hatékonyra, ha a mozgás szeretete belsővé válik, személyes igénnyé, nem csak divatirányzattá. A belsővé válás első lépése, a kisgyermeki megfigyelőkészség. Amennyiben azt látja, hogy szülei sportos, egészséges életmódot folytatnak, számára is ez lesz a természetes út.

1.4.2 A testnevelés óra hatása a felnőttkori sportolásra

Huszár és Bognár (2006) fiatal felnőttek testkultúráját mérte fel az iskolai testnevelés hatásainak tükrében. A vizsgálatban finn fiatalokkal hasonlították össze a magyarok eredményeit, mivel előbbieket rendkívül sikeres egészségpolitikával rendelkeznek, az emberek egészségmagatartása példaértékűnek tekinthető. A kutatás szerint a magyar fiatalok között kétszer annyian érzik magukat rosszabb egészségügyi állapotban koruknál, mint finn társaik. Nem volt különbség a két népcsoport tekintetében a tévénézés és számítógép-használat tekintetében. Fontos különbség viszont, hogy míg a finn fiatalok hét közben is több időt fordítanak arra, hogy a természetben töltsék el szabadidejük egy részét, a magyar felnőttek erre az időtöltésre csak a hétvégén áldoznak, akkor viszont hasonló arányban, mint külföldi társaik. Szomorú eredménye a kutatásnak, hogy a magyar fiatalok több mint fele egyáltalán nem sportol hét közben, hétvégén pedig még kevesebben szánnak időt és energiát a mozgásra. A finnek e tekintetben messze előttünk járnak. Feltételezhető többek között az iskolai testnevelésórák hatékonysága az eredmények háttérében. Míg a magyar megkérdezettek nem szívesen emlékeznek vissza ezekre az órákra, a finneknél ilyen válasz egyáltalán nem fordult elő. A kutatás azt sugallja, sokkal nagyobb hangsúlyt kellene fektetnie az oktatásügynek a kötelező iskolai testnevelésre, hiszen ez egy a fontos tényezők között, melyek megalapozzák a későbbi sportolási szokásokat (Huszár és Bognár 2006). Fejlődésként értékelhetnénk, ha a testnevelés-

órákat nem szükséges rosszként fognák fel a diákok, hanem hatékony, jó minőségű, jövőbe mutató tevékenységként, ami későbbi életvitelükbe is beépíthetővé válik.

1.4.3 Sport a tömegkommunikációban

Fontos szerepet játszik az aktív életmód kialakításában a tömegtájékoztatás. A televízióban, divatlapokban közvetített ideálok nagyon erős hatást gyakorolnak körülünk emberére, nemcsak a fiatalokra, de az idősekre egyaránt. Megfigyelhető folyamat, hogy míg a 60-70-es években a teltkarcsú formát tartották vonzónak, napjainkra egyre vékonyabbak a bemutatott modellek. Habár az elmúlt közel tíz évben az ideálisnak tartott testsúly egyre csökkent, a népesség egyre nagyobb hányada elhízottnak tekinthető (Túry és Szabó, 2000). A média nem csak a nők testképét, fogyókúrás, illetve testedzési szokásait befolyásolja, de a férfiakban is mély nyomokat hagy. Lukács és Mtsai (2007) férfiak között végzett vizsgálatukban arra az eredményre jutottak, hogy a megkérdezettek 48%-ának pozitív hatással van az önértékelésére a rendszeres testedzés. A megkérdezettek 34%-a élt át distresszt a szokásos testmozgás elmaradásakor.

Az emberek nagy hányadára jellemző az úgynevezett „normatív elégedetlenség”, mely a meg nem felelés érzését jelenti (Fallon és Hausenblas, 2005). Azok, akik beépítik személyiségükbe a vékonyság elvárt képét, különösen veszélyeztetettek a testképzavarok, evészavarok kialakulására. Különösen ki vannak téve e hatásnak a serdülők, akik éppen identitásuk kialakulásának időszakában találkoznak ezekkel a reklámokkal, melyek a test, a külsőségek elsődlegességét hirdetik. A probléma (többek között) abban áll, hogy ezek a fiatalok csak az érem egyik oldalát látják, vagyis azt, hogy a hirdetésekben, magazinokból csupa tökéletes testalkatú ember néz vissza rájuk (Pikó és Keresztes, 2007). Pikó és Keresztes (2008) vizsgálatai alátámasztják, hogy a serdülők nézőpontja egyoldalú. Hiányzik annak bemutatása, hogy ezeknek az embereknek, vagyis a modelleknek, edzőknek, médiaszemélyiségeknek, az a munkájuk, hogy tökéletes külalakkal rendelkezzenek. Napi nyolc órában azon dolgoznak, hogy a testüket tökéletesítsék. Minderre - érthető módon - egy kamasznak, aki iskolába jár, vagy a fiatal felnőttnek, aki már dolgozik, nincsen ideje, hiszen a munkája/tanulása mellett kell beillesztenie a napi rendjébe a mozgást, családot, kikapcsolódást és a pihenést. Éppen ezért előfordulhat, hogy a kívülről érkező túlzott elvárásokat beépítve maga is túlzó eszközökhöz fog folyamodni vélt célja eléréséhez. Ez jelentheti akár a túlzott sportolást, vagy valamilyen

evészavar kialakulását is. Szabó és mtsai (2011) megerősítik ezt a tényt vizsgálatukban, ahol fiatal lányok (általános és középiskolából) és egyetemista hallgatók magazin olvasási szokásait mérték fel az evészavarok lehetséges megjelenésének tükrében. Eredményeik szerint a fiatalabb korosztály (14-18 év) kiemelten fogékony az újságokban megjelenő képek üzenetére. Több időt fordítanak a divat és fitneszmagazinok olvasására, mint a többi korcsoportba tartozók, valamint ez az eredmény pozitív kapcsolatot mutat az evészavarra utaló tünetek gyakoriságával (Szabó és mtsai, 2011).

A kutatások legnagyobb része csak a mozgás pozitív hatásaival foglalkozik, ami képes csökkenteni a testképzavarok kialakulását, fenntartását, valamint megszüntetheti a negatív érzéseket, például dühöt, idegességet, depressziót (Fallon és Hausenblas, 2005). Ezzel egy időben viszont figyelmen kívül hagyják azokat a lehetséges negatív következményeket, melyek között található a jelen dolgozat témáját, a testedzésfüggőséget.

1.4.4 Élet a sport és a wellness jegyében

Jelen korunk egyik központi témája az egészség, és annak fenntartása. A 21. század életviteli trendjei megkövetelik a modern embertől, hogy az előtte álló feladatokban maximálisan, és tökéletesen teljesítsen. A tökéletes teljesítménynek ára van, az emberek élete egyre több stresszel telítődik. Mindehhez – közmegegyezés szerűen – egy igazán egészséges megküzdési mód a sport. A 90-es évektől kezdődően, látványosan növekszik az egészségtudatos emberek tábora, akik nem csak az orvos utasítására – a betegségek elkerülése miatt, de saját testi-lelki jóllétük érdekében is időt és pénzt áldoznak a sportolásra, például fitnesztermekben. A harmadik évezred elejére megszületett a wellness iparág, mely az emberek testi és lelki „kényeztetését” tűzte ki céljául.

A fizikai jóllét, valamint fejlődés azonban elképzelhetetlen a lelki egészség megléte nélkül. A harmonikus életvitel elengedhetetlen feltétele e kettő egyensúlya. Magyarországon még gyermekcipőben jár a pszichológusok jelenléte a fitnesz/wellness területén. Ez utóbbi tény azért is fontos, mivel láthattuk, hogy a testedzésnek bizonyos esetekben egészségkárosító következménye is lehet.

A következőkben a fitnesztermek világát mutatom be. Azért is gondolom izgalmas területnek a sportolás e „szentélyét”, hiszen az emberek ide szabadidejükben, szabad akaratukból járnak, mégis sokszor káros folyamatokat is beindíthat a kontrollálatlan aktivitás.

1.4.4.1. A fitness mozgalom virágkora

Az 1980-as években a tömegsportok mellett egy új sportolásra alkalmas irányzat indult meg. A fitness mint sportág célja nem a versenysport, a versenyzők kitermelése, hanem az „átlagember” mozgásra buzdítása, amit kellemes környezetben, önmaga által irányítottan, szabadidejében tehet meg. A fitness kezdetét jelentette a testépítés versenyformává alakulása, valamint az aerobic Amerikából megindult hulláma. A két sportágat olyan pregnáns személyek közvetítették számunkra, mint Arnold Schwarzenegger és Jane Fonda. A külföldön már elterjedőben lévő edzőtermek – a fitness fizikai leképeződése-megjelentek Magyarországon is.

1.4.4.2. A wellness iparág

A '80-as évektől kezdődően napjainkig, a fitness-wellness „iparág” óriási fejlődésen ment keresztül (Vas, 2007). Az elmúlt több mint húsz évben a gazdasági, kulturális átalakulással párhuzamosan a sportolási szokások is megváltoztak. A gazdasági növekedés, ahogy korábban már láttuk, magával hozta a fogyasztás megemelkedett szükségességét. A fogyasztást a szó több értelemben is tekinthetjük. Hiszen elfogyaszthatjuk a sokféle ételt, amit kínálnak nekünk, elfogadhatjuk a különböző fogyasztó módszerek ajánlotta lehetőségeket, ha az étkezés okozta súlyfelesleget akarjuk eltüntetni. Ezt a társadalmi szükséglet használják ki a wellness jegyében működő különböző kényelmi és szépművészeti szolgáltatásokat nyújtó intézmények. Ezért virágzik a diétaipar, egyre több fogyasztó központ alakul, rengeteg féle különleges módszert kitalálnak, hogy akinek nem elég erős az akarata, de elég vastag a tárcája, az is közelebb kerülhessen a vékony-ság ideáljához. A plasztikai sebészetek aranykorukat élik. Összefoglalóan a cél a tökéletes megjelenés elérése (Vingender, 2007). A tökéletes megjelenés elérésének egyik útja tehát a fitnessztermek világa. Természetesen ma is sokan vannak, akik egyszerűen jobban érzik magukat a sporttól, akik tudatosan figyelmet fordítanak az egészségükre. Ezzel mintegy felelősséget vállalnak saját magukért és ezen keresztül a számukra fontos emberekért is.

Kiemelendő, hogy míg korábban nem volt ennyire látványos a sportolás területén az elanyagiasodás, a mai termék esetében már komoly üzletekről, külön iparágról beszélhetünk. Az újonnan alakuló mozgásközpontok, számára kihívás az egyre telítettebb piacon életben maradni. Annál is inkább, hogy egy-egy terem megnyitásához, ha az

alapítók valóban életképes létesítményt szeretnének működtetni, legkevesebb félmilliárd forintot kell befektetniük (Vas, 2007).

1.4.5 A fitnesztermek bemutatása a kulturális antropológia szemszögéből

Miután vizsgálatunk egy eddig még kevésbé vizsgált terepen, fitnesztermekben zajlott, fontosnak tartjuk a környezet bemutatását. Egyre több tudomány foglalkozik a környezet változásainak a mindennapi emberre gyakorolt hatásaival. Ezek az irányzatok, úgy mint a környezetpszichológia, a szociológia, és főképp az antropológia egyre pontosabban határozzák meg, milyen összefüggések mutathatóak ki a városi ember élete, lelkivilága, viselkedése, szociális kapcsolati között (Düll és Szokolszky 2006; al-Zubiadi 2009). Így a kulturális antropológia módszerét tartottuk legmegfelelőbbnek, mivel a módszer középpontjában a kultúra, a társadalom és az ezt alkotó emberek hatása áll az őket körülvevő világ szempontjából. A következőkben sorra vesszük a fitnesztermek időbeni kialakulását, valamint térbeli változását, mindezt összefüggésben tárgyalva a fogyasztói társadalom kívánalmaival (Letenyei, 2012).

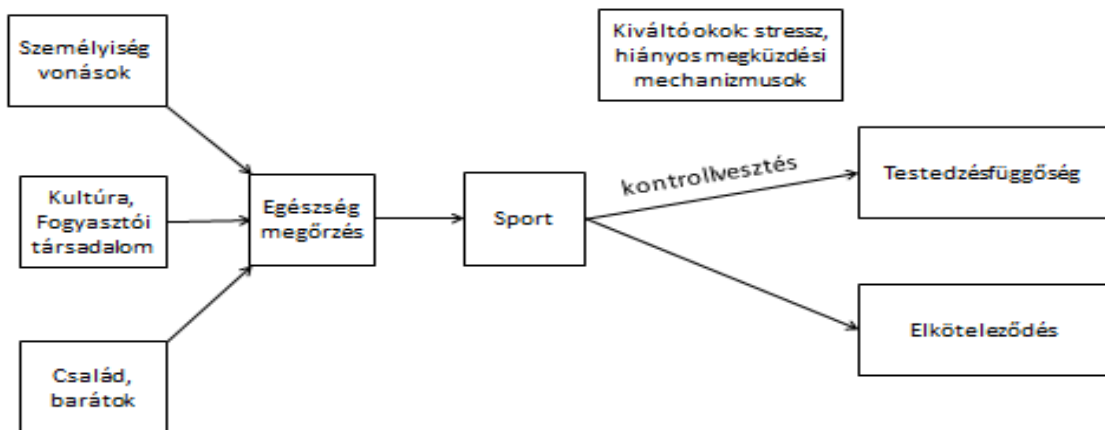
Budapesten az 1860-as években jelentek meg az első fitnesztermek. Az első ilyen épületet a Király utcában nyitották meg, melyet később, bővítés miatt, a Városliget mellé, a Dózsa György útra telepítettek. Ezek az intézmények eleinte ugyan nem az egészséges emberek számára nyíltak, hanem a betegek gyógyulását szolgálták, de egyébiránt szolgáltatásaikban igen hasonlatosnak mondhatóak, mai társaikhoz (Frisnyák, 2012). A tornatermek mellett zuhanyzó, ortopédia is működött az épületben, továbbá hasznosították a városligeti artézi kút gyógyvizét is.

Manapság a látogatók köre igen szélesnek mondható, mind a korosztály, mind az érdeklődés, a társadalmi elhelyezkedés szempontjából. Bár a nagy többséget továbbra is a fiatal felnőtt réteg teszi ki, de egyre több középkorú vendég is megjelenik, valamint a gyermekek számára is tartanak már foglalkozásokat, sőt a várandós nők számára is szerveznek foglalkozásokat, „terhes tornát”. Az idősebb korosztály számára senior-tornákat is indítanak, ahol a cél kifejezetten az öregkori problémák megelőzése, karbantartása.

További pozitív változásként tekinthető, hogy sok cég elért a fejlettség olyan szintjére, ahol felismerték, hogy a dolgozók számára adott természetbeni juttatások, fontos motivációt jelentenek a cég iránti elköteleződés tekintetében. Így több vállalat is ingy-

nes, vagy olcsóbb bérletvásárlási lehetőséget biztosít dolgozói számára. Ez azért is fontos felismerés, hiszen az egészséges alkalmazott anyagi befektetésnek is tekinthető. A fejlődés egy további szintjének elérését jelenti a finnországi példa (Szilágyi, 2007), ahol az állam felismerte, hogy olcsóbb az egészséges ember, mint a beteg, ezért támogatják az emberek sportolási tevékenységét is.

Bevezetésünkből látható, hogy a testedzésfüggőség kialakulásának magyarázatára sok elmélet született, melyek közül nem hagyhatóak ki az egyéni, családi, biológiai és társadalmi megfontolások sem. A következő évek kutatási eredményei talán segítenek még jobban megérteni ezt a multidimenzionális jelenséget. Az 1. ábra összefoglalja a túlzott sportolás kialakulásában részt vevő tényezőket, valamint lehetséges hatásukat, mely végül az addiktív testedzéshez vezet.



1. ábra. A testedzésfüggőség kialakulását befolyásoló tényezők

2. Célkitűzések

A 21. században társadalmi kívánalommmá vált a külalak tökéletesítése. A külalak mellett alapvető elvárás a sikeresség, melyet a kétezres években az emberek nem személyes értékekben, elvekben mutathatnak meg, hanem a testükön kell, hogy hordozzák az erre utaló jeleket (Featherstone, 1982). Ahhoz, hogy ezeket a feltételeket teljesíteni tudjuk az egészséges életmód elengedhetetlen feltétel. A testedzésfüggőség jelensége, mely dolgozatom fő témája, jól elhelyezhető korunk társadalmi és pszichés miliójében. A túlzásba vitt sportolás egyaránt előfordulhat a fiatalok és az idősek körében is, eltérő mértékben (Menczel és mtsai, 2011).

Célkitűzések

- Jelen dolgozat legfontosabb célkitűzése a testedzésfüggőség jelenségének mélyebb megismerése. Ezt azért is tartottuk kiemelkedően fontosnak, mivel egy eddig még kevésbé tanulmányozott területről van szó, mely a kor kulturális elvárásaiból következően igen aktuális problémának tekinthető. Úgy gondoljuk az alkalmazott pszichológia és a tudományos kutatás metszete valósulhat meg ez által.
- Kutatásunk egyik fókuszpontja továbbá, annak feltárása, hogy mely rizikótényezők azonosíthatóak a túlzásba vitt sportolás hátterében. Ezen tényezők segíthetnek továbbá megfelelő prevenciós programok kialakításában, amelyet úgy gondoljuk, már gyermekkorban fogatosítani kell, primer megelőzésként, de megkerülhetetlen a szekunder prevenció, valamint a rehabilitáció.
- Mivel a testedzésfüggőség a kor jellemző problémáinak, az evés- és testképzavaroknak sorába illeszthető, melyekről tudjuk, hogy a nők körében felülreprezentáltak, fontosnak tartottuk megvizsgálni, hogy a testedzésfüggőségben is azonosítható-e, ez az eltolódás.
- Ahogy az evészavarok esetében is felfedezhető az egyre fiatalabb életkor irányába történő eltolódás, fontosnak tartottuk megvizsgálni, hogy jelen esetben körülírható-e, mely korosztály tekinthető különösen veszélyeztetettnek a testedzésfüggőség szempontjából. A dolgozat, megpróbál

párhuzamot vonni a túlzott sportolás, mint viselkedéses addikció és a rekreációs droghasználat között fellelhető közös jellemzők tekintetében.

Hipotézisek

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

A külső tökéletesítésére irányuló elvárások a tanulmányok bizonyítéka alapján jobban befolyásolja a nőket, ahogyan az evészavarok előfordulása is körükben a magasabb, úgy gondoltuk a testedzésfüggőség is körükben lesz kifejezettebb.

H2: Úgy gondoljuk a testedzésfüggőség szempontjából a fiatalabb korcsoport veszélyeztetettebbnek tekinthető, mint az idősebb korosztály, mivel a fiatalabb korosztály többet, intenzívebben (heti gyakoriság, óraszám) mozog, mint idősebb társaik. A szakirodalom rámutat (Edmunds és mtsai, 2006; Costa és mtsai, 2013), hogy a fiatal felnőtt korosztály tekinthető a túlzott sportolás szempontjából leginkább veszélyeztetett korcsoportnak, míg az életkor előrehaladtával csökken a függőség valószínűsége.

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

Korosztálytól függetlenül a heti edzésgyakoriság és a testedzésfüggőség pozitív kapcsolatát erősíti meg több vizsgálat is (Menczel és mtsai; 2011).

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

Sok esetben a túlzásba vitt sportolás mögött személyes, magánéleti problémák, hiányosságok állhatnak a háttérben. A nem kielégítő párkapcsolat, családi kötelékek, prediktívek lehetnek az addiktív mozgás kialakulása felé.

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

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

Szakirodalmi kutatásaink alapján felvázolható kép szerint a magasabb szocioökonómiai státusz és a testedzésfüggőség előfordulásának nagyobb valószínűsége közti kapcsolatot sejteti. Ide értjük az iskolázottság magasabb fokát, az átlagos vagy annál magasabb egzisztenciát.

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

A testedzésfüggőség megállapításához nem elégséges önmagában a sportolási gyakoriságból, intenzitásból való következtetés (Hausenblas és Symons-Downs, 2002a). Vizsgálati szempontként használtuk a sportolás helyszínét és az itt végzett sportformák minőségét. Mivel a sporttípusok csoportosítására nem találtunk kiélegítő szakirodalmi iránymutatást, saját kategóriákat alkottunk.

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

A környezet és az egyén kapcsolata állandó, dinamikus kölcsönhatásban van egymással (Dull és Szokolszky, 2006). Így a sportolóra is hatással lehet a mozgás helyszíne (Allegre és mtsai, 2007). Strukturált helyszínek tekintjük az intézményesített – társas környezetet dolgozatunkban.

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

A szociális környezet magával ragadó ereje széles körben ismert jelenség. A szociálpszichológiai és a fejlődés lélektan egyik központi eleme a csoport, társak hatása az egyénre. A csoport hatása a sportolásra való elköteleződésnek is fontos eleme (Keresztes, 2005). Előfordulhat azonban, hogy a csoport fontossága, a valahova tartozás igénye túlzott befolyást gyakorol az egyénre. A személy ilyenkor nem törődve saját határaival túlzásba viheti a sportolást.

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

Mint korábban rámutattunk hasznos lehet a testedzésfüggőség és az addikciók kapcsolatát bevonni a vizsgálatba, többek között az életkori sajátosságok szempontjából is. Szakirodalmi ismereteink alapján tudjuk továbbá, hogy stimuláns típusú drogok, melyeket párhuzamba szeretnénk állítani a mozgás addikció jelenségével szintén a fiatalabbakat veszélyezteti. A korábbi kutatások, mind az alkohol-, mind a nikotinfogyasztást, mind a kompulzív vásárlást, internet addikciót is vizsgálták a sport addikcióval párhuzamosan (Lejoyeux és mtsai, 2008). Eredményeik szerint kapcsolatot sejtethetünk a különböző addikciós formák és a túlzásba vitt testedzés között. Ez utóbbi lehetőséget erősíti meg a multiimpulzív bulimia nervosa kórképe (Túry és Szabó, 2000).

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

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

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

Életkori sajátosságaik alapján azt gondoljuk, a felnőtt és idősebb korosztály kiegyensúlyozottabb fiatal társaiknál, valamint testükkel, külalajjukkal is elégedettebbek, így ez nem befolyásolja őket a sportolásban való részvételük szempontjából.

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

A szenzoros élménykeresés dimenzió befolyással lehet az újabb, összetettebb sportformák kipróbálására. Úgy gondoljuk, ez, az eddig még tudomásunk szerint nem vizsgált, jellemző megjelenhet a testedzésfüggőség szempontjából veszélyeztetett személyek között.

3. Módszerek

3.1. Kvantitatív módszer – Kérdőíves felmérés

Vizsgálatunkat budapesti fitnesstermet látogató személyek között (N=1743) végeztük. A vizsgálat az ELTE Klinikai Pszichológia és Addiktológia Tanszékének közreműködésével, Demetrovics Zsolt irányításával jött létre. A termek kiválasztásakor először kerületek szerint vettük számba az edzőtermeket, majd főbb jellemzőiket azonosítottuk. Törekedtünk rá, hogy a kiválasztás során a főváros összes kerületét lefedjük. Összesen 242 terem felelt meg kritériumainknak, melyek kerületenként jól reprezentálják a fitnesstermek eltérő karakterisztikáját, ezekből 17-et választottunk ki. A fitnesstermeket olyan típusok szerint vizsgáltuk, mint elhelyezkedés (pl. központ, belváros, külváros), méret (önálló terem, vagy egy láncolat része; pince helység vagy bevásárló központ részeként üzemelő terem), nyitva tartás (napközben, non-stop). Az adatfelvétel több időszámban történt, összesen 143 alkalommal. A vezetőség részére minden esetben elküldtük a felvenni kívánt kérdőívek egy mintapéldányát, valamint tájékoztattuk őket az adatfelvétel menetéről. Minden esetben két vagy három kérdezőbiztos ment ki a helyszínre, ahol az edzést követően, hazafelé tartókat kérték fel a részvételre, miután röviden ismertették a kutatást. Akik elfogadták kérésünket, e-mail címük megadásával és a beleegyező nyilatkozat aláírásával jelezheték részvételi szándékukat. Résztevőink 24 órán belül megkapták a kutatásban való részvételről szóló levelet, mely tartalmazott továbbá egy egyéni jelszót, mellyel be tudott lépni az online felületre. A kitöltők még két alkalommal kaptak emlékeztető e-mailt, amennyiben nem történ meg a kitöltés egy héten belül. Szintén ezekben a levelekben jeleztük, hogyha mégsem kíván részt venni a kutatásban, azt jelezze számunkra. E-mailben jeleztük továbbá azt is, ha a kitöltés hiányos volt. A kéthónapos felvételi időszak során összesen 8097 személyt szólítottak meg a kérdezőbiztosok, ebből 1557 fő nem állt meg, 1808 fő utasította vissza a részvételt, 262 fő pedig életkora vagy sportolási gyakorisága (két hétnél ritkább edzés) miatt esett kívül a célpopuláción. Összesen 4467 fő jelezte előzetesen részvételi szándékát, e-mail címe megadásával. 1417 fő nem lépett be az online felületre, valamint 349 esetben az e-mail cím nem volt megfelelő. Összesen 1743 fő töltötte ki értékelhetően a kérdőívet. A válaszadási ráta 39%-os volt. A kitöltés megkezdése előtt biztosítottuk alanyainkat az anonimitásról. A kérdőív kitöltése kb. 20-25 percet vett igénybe. A nemek szerinti meg-

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

3.2. Mérőeszközök

Az általunk összeállított kérdőív mind saját kérdéseket, mind már korábban kidolgozott tesztek tartalmazott. Ezeket az alábbi egységbe csoportosítottuk: szociodemográfiai adatok; sportolással, testedzéssel összefüggő kérdések, majd az edzéssel kapcsolatos skálák; pszichoaktív szerhasználatra vonatkozó információk; evéssel, külalakkal kapcsolatos vélekedéseket feltáró kérdőívek; a személyiség bizonyos aspektusait feltáró tesztek. Mivel kérdőívünk több kérdést, tesztet tartalmazott, mint amit dolgozatomban felhasználok, itt csak azokat mutatom be, melyeket bevontunk az elemzésbe. A teljes kérdőívet az **Hiba! A hivatkozási forrás nem található. Hiba! A hivatkozási forrás nem található.**tartalmazza.

3.2.1 Szociodemográfiai adatok

Kérdőívünk első tételei a szociodemográfiai adatokra vonatkoztak. Ennek keretében rákérdeztünk a kitöltő nemére, korára, családi állapotára, lakhelyére, iskolai végzettségére, jelenlegi elfoglaltságaira (jelenleg tanul-e és/vagy dolgozik-e), foglalkozására, gazdasági helyzetére.

3.2.2 Sportolási, testedzési, szokásokra vonatkozó kérdések

E szakaszban olyan általános kérdéseket tettünk fel, melyek minél pontosabban hivatottak felmérni a személy sportolási szokásait. Ezek a következő kérdéseket tartalmazták: leggyakrabban üzött sportok, heti sportolási gyakoriság (alkalom és óra számban kifejezve), a sportban eltöltött évek száma, sportolási forma: hobbi vagy verseny szint, igazolt vagy egyéni sportoló, szervezett vagy kötetlen mozgás, társaságban vagy egyedül edző. Azt is igyekeztünk felmérni, hogy mennyit költ a sportolással összefüggő tevékenységekre, használ-e táplálék kiegészítőket, vitaminokat. Feltettük továbbá antropometriai adatokra vonatkozó kérdéseket is ebben a szakaszban. Ezek: magasság, testsúly, vágyott testsúly. Az adatok alapján kiszámítottuk a résztvevők testtömegindexét (BMI). A BMI adatok kiszámítása a súly (kg) elosztva a magasság (m) négyzetével származó adatokból származik. Ez alapján négy kategória alkotható:

- alultáplált: < 18,5
- normál testalkatú: 18,5-24,9
- túlsúlyos: 25-29,9
- elhízott: > 30.

Miután rákérdeztünk arra is, hogy milyen súllyal lenne elégedett, módunkban állt az elemzés során azt is figyelembe venni, hogy mennyire elégedett a személy a testsúlyával. Az aktuális és ideális súly különbségéből diszkrepanciamutatót alkottunk, mely a testedzésfüggőség vizsgálata során fontos tényező lehet. Alakíthatja továbbá ez a mérőszám az önértékelés szintjét is, valamint a személy általános jóllétének megítélését is.

A sportolási szokások elemzése során nem találtunk olyan kutatást, mely a helyszín és az itt végzett sportformák szempontjából kielégítő csoportosítási szempontokra adna lehetőséget, ezért saját kategóriákat alkottunk.

A következő csoportosításokat használtuk:

- *kardió típusú mozgásformák*: step aerobic, dance aerobic, zumba; kardió gépek használata, spinning, futás, úszás, kerékpározás, stb.
- *alakformáló, izomfejlesztő mozgásformák*: aerobic, testépítés / kondi, kettlebell, stb.
- *jóga típusú mozgásformák*: jóga, body art, pilates, gerinc torna, stb.
- *csoportos mozgásformák*: aerobic, kosárlabda, futball, vízilabda, harcművészetek, stb.
- *egyedül végzett mozgásformák*: testépítés, atlétika, súlyemelés, triatlon, lovaglás, stb.
- *nyílt/szabad téren végzett mozgásformák*: atlétika, kerékpár, futás, vitorlázás, síelés, evezés, golf, stb.
- *zárt/strukturált térben történő mozgásformák*: aerobic, testépítés, úszás, boks, kézilabda, stb.

3.2.3 Edzési szokásokra vonatkozó skálák

Testedzés Addikció Kérdőív

A Testedzés Addikció Kérdőívet (EAI) (Exercise Addiction Inventory) Terry, Szabo és Griffith alkotta meg 2004-ben. Minden tétele egy ötponos Likert-skálán mérhető.

A hat tétel, melyeket a kérdések felölelnek a következők:

- kiemelkedőség
- konfliktus
- hangulatváltoztatás
- tolerancia
- megvonási tünetek
- kontrollvesztés.

Az egyes tételekhez 1-1 állítás tartozik, melyekre egy ötponos Likert-skálán lehet válaszolni. A kérdőív magyar fordítását Demetrovics és Kurimay (2008) végezte. Terry és munkatársai (2004) eredeti munkájukban három csoport elkülönítését javasolja, ahol a ponthatárok a következőképp alakulnak: 0-12: tünetmentesek, 13-23: tünethordozók, 23 pont felett pedig a rizikócsoportba sorolhatóak a személyek. Mónok és munkatársai (2012) a következők szerint módosították a ponthatárokat: 0-13 tünetmentes vagy aszimptomatikus, 14-23 szimptomatikus, 24-30 rizikó csoport. Jelen kutatásban ez utóbbi értékeket használtuk. A maximálisan elérhető pontszám a 6 kérdés során 30 pont. Jelen vizsgálatban a teszt reliabilitás értéke alacsonyabbnak (Cronbach alfa 0,62), de elfogadhatónak mutatkozott.

Testedzésfüggőség Skála

A Testedzésfüggőség Skála (EDS-HU) (Exercise Dependence Scale) kifejlesztése Hausenblas és Symons Downs (2002) nevéhez fűződik. A Testedzésfüggőség Skála magyar fordítását Demetrovics & Kurimay (2008) végezte, mely egy többszörös választáson alapuló, hat pontos Likert-skálát használó, önkitöltős kérdőív.

Összesen 7 alskálát tartalmaz, ezek:

- tolerancia
- megvonás
- visszaesés (készítés)

- kontrollhiány
- idő
- egyéb tevékenységek elhanyagolása
- folytatás az észlelt problémák ellenére is

Jelen kutatásban kiváló belső konzisztenciát találtunk (Cronbach α 0,90).

A 21 kérdéses skálán maximálisan 126 pont érhető el. A pontszámokból és a 7 alskála eredményéből lehet kikalkulálni a testedzésfüggőségre vonatkozó eredményeket (Hausenblas és Symons-Downs, 2002b). Akik a 7 alskálából 3 vagy annál több esetén a függő kategóriába kerülnek, a rizikó csoportba lesznek besorolva. Jelen esetben is három csoportot különíthetünk el egymástól: rizikó, szimptomatikus és aszimptomatikus.

3.2.4 Pszichoaktív szerek használatára vonatkozó adatok

E szakaszban a dohányzási, alkoholfogyasztási, valamint pszichoaktív szerhasználati szokásokra kérdeztünk rá. Különösképpen azokra a kérdésekre fókuszáltunk, melyek az elmúlt időszakra (1-3 hónap) jellemző fogyasztási jellemzőket mérte fel, például „Milyen gyakran fogyasztott alkoholt az elmúlt egy hónapban?” Hányszor fordult elő Önnel az elmúlt 30 napban, hogy 6 vagy annál több italt megivott egy alkalommal?” A pszichoaktív szerhasználat felmérésére szolgáló kérdések között rákérdeztünk a lehetséges szteroidok és doppingszerek bevitelére is, mivel ezek sportolók között kiemelten releváns kérdésnek számítanak.

3.2.5 Evéssel, külalakkal kapcsolatos kérdések

SCOFF

Az elsődleges testedzésfüggőség elkülönítésének feltétele, hogy a vizsgált személy ne szenvedjen semmiféle evészavarban. Ezért fontosnak tartottuk egy olyan teszt felvételét, mely ezt az eshetőséget kiszűri. Jelen, evészavarokat mérő kérdőívünk összesen 5 tételt tartalmaz, melyből hatékonyan, egyszerűen és gyorsan felmérhető egy esetleges evészavar fennállása. Kidolgozói: Morgan, Reid és Lacey (1999).

A SCOFF megalkotásakor a cél az volt, hogy egy könnyen és gyorsan használható eszközt adjanak a kezünkbe, mellyel biztonsággal előre jelezhető annak a valószínűsége, hogy kitöltője szenved-e valamilyen evészavarban. Habár több szakmailag kiválóan felépített evészavart mérő kérdőívet ismerünk, úgy, mint az Eating Disorder Inventory

(Garner, Olmstead & Polivy, 1983), ezek használata csak kellő szakértelem mellett megoldható, emellett kitöltése hosszadalmas. Egyéb kérdőívek nem rendelkeznek megfelelő statisztikai mutatókkal, míg másokat eleve evészavarban szenvedő emberekkel vettek föl, így eredményeik megkérdőjelezhetőek (Cotton, Ball & Robinson, 2003).

Az anorexia nervosában, bulimia nervosában és egyéb az étkezéshez köthető problémával élő személlyel elsőként az alapellátásban dolgozó egészségügyi személyzet találkozik (Cotton, Ball & Robinson, 2003). Amennyiben ők nem fedezik fel időben a bajt, a páciens betegségétörténete jelentős mértékben súlyosbodhat és lefolyása is hosszabb. A SCOFF rövidsége és könnyű értelmezhetősége folytán megfelelő eszköz arra, hogy a felmerült gyanú esetén a személyeket mielőbb klinikai segítség felé irányítsuk.

A kérdőív nevét¹ egy mozaikszó alkotja. Az egyes betűk jelentése, az öt kérdés, a következő fő jellemzők mentén épül fel:

- betegség (**S**ick)
- kontroll (**C**ontroll)
- súlyvesztés mértéke (több mint 7,7kg) (**O**ne stone)
- kövérség (**F**at)
- étel (**F**ood).

A kérdőívben minden egyes kérdésre adott „igen” válasz egy pontot jelent. Két vagy több pozitív válasz jelzi az evészavar gyanúját. Fontos kihangsúlyozni, hogy a SCOFF nem diagnosztikai eszköz, valószínűsít, és további vizsgálatokat tesz szükségessé (Morgan, Reid & Lacey, 1999). A szerzők a teszt megalkotásakor 116 evészavaros, valamint 96 kontroll személyt vontak be a vizsgálatukba. Két vagy több igen válasz megjelenése jelzi az evészavar fennállását. Jelen kutatásban a teszt belső konzisztenciája alacsonyabb értéket vett fel (Cronbach- $\alpha=0,48$).

Testi elégedetlenség alskála (EDI)

A kérdőívünkben használt alskála a Garner és munkatársai által 1983-ban (idézi Túry és Szabó, 2000) kifejlesztett Evészavar Kérdőív része. Ez manapság is az egyik legelter-

¹ A „scoff” szó angol jelentése: kaja, befal, megzabál, gúnyolódik.

jedtebben használt teszt, melyet az evészavarok felderítésére használnak. Összesen 8 alskálát tartalmaz, melyek a következők:

- karcsúság iránti készlettség
- bulimia
- testtel való elégedetlenség
- elégedetlenség érzése
- perfekcionizmus
- interperszonális bizalmatlanság
- interoceptív tudatosság
- félelem a felnőtté válástól

Vizsgálatunkban a Testi elégedetlenség alskálát használtuk. A személy azon vélekedését tükrözik a tételek, miszerint bizonyos testrészei (has, csípő, fenék, comb) nem megfelelőek/ túl nagyméretűek. Az ezekkel való elégedetlenség érzése kapcsolatba hozható az alacsonyabb önértékeléssel és a negatív énképpel is (Túry és Szabó, 2000). Az EDI alskála 9 tételt tartalmaz, mely 6 fokozatú Likert-típusú skálán pontozódik. A maximálisan elérhető pontszám 27, ahol 21 vagy afölötti eredmény számít kórosnak. Brassai és Pikó 2008-as vizsgálata szerint a skála reliabilitása magas, mintájukban ez az érték: Cronbach $\alpha = 0,88$. Jelen kutatásban szintén magas megbízhatósági értéket kaptunk, mely szerint, Cronbach $\alpha = 0,88$.

3.2.6 Személyiség jegyekre vonatkozó kérdőívek

WHO Jól-lét Kérdőív (WBI)

Miután a személyes egészségre kidolgozott korábbi kérdőívek többnyire azok negatív aspektusaira fókuszáltak (pl. depresszió, szorongás, stb.) a WBI megalkotásával a cél az életminőség pozitív oldalának feltárása volt (Susánszky és mtsai, 2006).

A WBI eredeti változatát 1982-ben dolgozták ki, mely 28, majd 22 kérdést tartalmazott. A WBI esetében is megjelent az igény egy rövid, gyorsan és könnyedén felvehető, valamint értékelhető, az általános ellátásban is használható mérőeszköz iránt. Így 1996-ban Beck kidolgozta a kérdőív rövidített, 10, majd 5 kérdéses változatát, ahol egy dimenzióban egyesíti a jól-lét pozitív illetve negatív aspektusait (Susánszky és mtsai, 2006).

Az 5 kérdéses jól-lét kérdőív magyar változatát Susánszky Éva és munkatársai (2006) a Hungarostudy 2002-es felmérésének során vetette részletes pszichometriai

vizsgálat alá. A négyfokú skálán elérhető maximális pontszám 15. Cut-off pontszám nem ismeretes a skálán. Az iránymutatás szerint, minél magasabb pontot ér el rajta valaki, annál jobbnak ítéli meg életminőségét.

Érdekes eredménye a kutatásnak, hogy a férfiak szignifikánsan (kismértékben) magasabb eredményt értek el életminőségük pozitív megítélésében² (Susánszky és mtsai, 2006). Mind a reliabilitás, mind a validitás vizsgálatból az derül ki, hogy a kérdőív kiváló statisztikai mutatókkal rendelkezik (Cronbach alfa= 0,85). Jelen kutatásban a WBI belső konzisztenciája a következő érték mentén alakult, alfa 0,78, mely megfelelően magasnak mondható.

Rosenberg féle Önértékelési Skála

A kérdőív (Rosenberg Self-esteem Scale, RSES) Rosenberg (1965) 10 tételes általános önértékelésre vonatkozó kérdéseit tartalmazza, mely a személy önmagával szembeni negatív, illetve pozitív beállítódását méri. Az 1965-ben kidolgozott teszt a mai napig az egyik legnépszerűbb, a globális önértékelést vizsgáló mérőeszköz (Rózsa és V. Komlósi, 2014).

A kérdőív 10 tételt tartalmaz – 5 pozitívan és 5 negatívan megfogalmazott kérdést, melyeket egy 4 fokozatú Likert skálán kell megválaszolni. minél magasabb értéket ér el a kitöltő, annál magasabb, pozitívabb önértékelés jellemzi. A maximum elérhető pontszám 30. A skála reliabilitás mutatója Cronbach alfa 0,86, míg jelen vizsgálatban szinten ezt a magas értéket kaptuk ($\alpha=0,86$).

Rövidített szenzoros élménykeresési skála (BSSS-8)

A szenzoros élménykeresés fogalmát Zuckerman írta le, mely a személy újdonságra, izgalmas, változatos élményekre irányuló érdeklődését, illetve az ilyen helyzetek felé orientálódására vonatkozik (Mayer, Lukács, Pauler, 2012).

A BSSS-8 skálát magyar nyelvre Meyer és munkatársai (2012) adaptálták. Ezt a kérdőívet korábban angol és spanyol nyelven is validálták az Amerikai Egyesült Államokban. Zuckermann 40 ítemes kérdőívét véve alapul alkották meg a rövidített változa-

² Ezt az eredményt jelen kutatásban nem tudtuk kimutatni ($t=1,130$, $p=0,259$).

tot, ahol a cél a gyorsabb kitölthetőség mellett az volt, hogy megtartsák annak lehetőségét, hogy az alsókálák is elemezhetővé váljanak. A magyar változat validálása 495 fő bevonásával történt, akik között szerepeltek erőszakos cselekményt elkövetők, extrém sportolók, proszociális kockázatvállalók (tűzoltók), valamint kontroll személyek. A teszt 8 állítást tartalmaz, melyre egy 0-tól 4-ig tartó Likert-típusú skálán lehet válaszolni. Egy-egy alsókálához minden esetben két tétel tartozik. Az alsókálák a következők:

- élménykeresés
- kalandkeresés
- unalomtűrés
- gátolatlanság.

A pontszámok segítségével megállapítható, hogy ki melyik alsókálán ér el magasabb eredményt, így mely faktor jellemzi leginkább az élménykeresés szempontjából. Meyer és munkatársai (2012) eredménye szerint a kérdőív belső megbízhatósága magas, Cronbach- $\alpha=0,75$. Jelen kutatásban a teszt reliabilitása a következő képen alakult: Cronbach- $\alpha=0,79$, mely megfelelően magasnak mondható.

3.3. Alkalmazott statisztikai eljárások

A felhasznált kérdőívek belső megbízhatóságát Cronbach-alfa mutatóval számítottuk. A folytonos változók esetében, amennyiben normális eloszlást mutattak, kétmintás t-próbát alkalmaztunk. Likert-típusú, normális eloszlás mellett korrelációs számításokat végeztünk az együtt járások feltárására. A normális eloszlás sérülése esetében Mann-Whitney u próbát használtunk. A nem normális eloszlású, sorrendi változók esetében Spearman-féle rangkorrelációs elemzést alkalmaztunk. A testedzésfüggőség rizikófaktorainak elemzése során logisztikus regressziós elrendezés, forward módszerét alkalmaztuk, ahol egyenként lépnek be a változók, így követni tudjuk, mely tényező hogyan hat a testedzésfüggőségre egymáshoz képest.

A statisztikai eljárásokat az SPSS 18.0 szoftverrel végeztük el.

4. Eredmények

Az adatok elemzése során először a minta alap szociodemográfiai jellemzőit mutatom be, majd a testedzés függőséggel kapcsolatos adatokra, illetve a jelenség előfordulását befolyásoló lehetséges tényezőkre fókuszálunk.

4.1. Szociodemográfiai jellemzők

Mintánkban a nemek megoszlása az átlag populációhoz hasonló eloszlást követi³, 58,6%-uk nő, míg 41,4%-uk férfi. A válaszadók átlag életkora: 31,7 év (SD:8,49; terjedelme: 18-61). A megkérdezettek több mint fele valamilyen kapcsolatban él (62,5%), míg az egyedülállók aránya 37,5%. A családi állapot részletes bemutatása az 1. táblázatban látható.

1. táblázat Családi állapot (N=1737)

	fő	%
Egyedülálló	563	32,4
Kapcsolatban él	684	39,4
Házass	401	23,1
Elvált	83	4,8
Özvegy	6	0,3
Összesen	1737	100

Mintánk 84,7%-a a fővárosban él. Az iskolai végzettség tekintetében mintánk 63,6%-a diplomás, míg 33,6% azok aránya, akik érettségivel rendelkeznek. A kitöltés időpontjában 37,1%-os volt a még tanulók aránya, míg 62,9% csak a munkának szenteli idejét (2. táblázat).

2. táblázat. Iskolai végzettség (N=1740)

	Fő	%
Általános iskola	27	1,6
Szakmunkás képző	21	1,2
Érettségi	584	33,6
Diploma	1108	63,7
Összesen	1740	100,0

³ A KSH adatai 2011-re vonatkozóan: nők: 5 millió 267 ezer fő, férfi: 4 millió 715 ezer fő (Bojer és mtsai, 2012).

A válaszadók 41%-a az átlagosnál jobbnak, míg 37,3%-uk átlagosnak tartotta gazdasági körülményeit. Ezt a kérdést azért is fontosnak tartottuk feltenni, mivel a fitnesztermek elérhetősége jelentős anyagi terheket róhat a felhasználókra. A minta mindösszesen 3,4%-a jelezte, hogy az átlagnál rosszabb az anyagi helyzete. Feltételezzük, hogy ezen a ponton a kérdőív önbevalló jellege miatt torzíthatnak a válaszok.

A következő kérdéskör a válaszadók antropometria adataira vonatkozott, valamint sportolási szokásaikra. Az adatok részletes összefoglalója a 3. táblázatban található.

3. táblázat. A minta leíró statisztikai adatai (N=1743)

	Terjedelem	Átlag	Szórás
Antropometriai változók			
Magasság (cm)	148-200	173,2	8,98
Súly (kg)	42-176	72	15,67
Ideális súly (kg)	40-150	68,2	14,59
Diszkrepancia index (kg)	-115-57	-3,89	7,58
Testtömeg index (BMI)	16,18-46,48	23,78	3,83
Sportolási szokásokkal kapcsolatos változók			
Sportolási gyakoriság (heti alkalmak száma)		2,75	1,40
Sportolás óraszám (hetente)	0-35	4,08	3,452

A felhasznált kérdőívek megbízhatóságára vonatkozó Cronbach-alfa értékeket a 4. táblázat tartalmazza. A kérdőívek részletes bemutatása a 3.2 fejezetben található. A felhasznált kérdőívek jó belső megbízhatósággal jellemezhetőek. Ez alól kivételnek bizonyult a SCOFF kérdőív, ahogy a 4. táblázatban látható.

4. táblázat. A minta pszichológiai változóinak leíró statisztikai mutatói (N=1743)

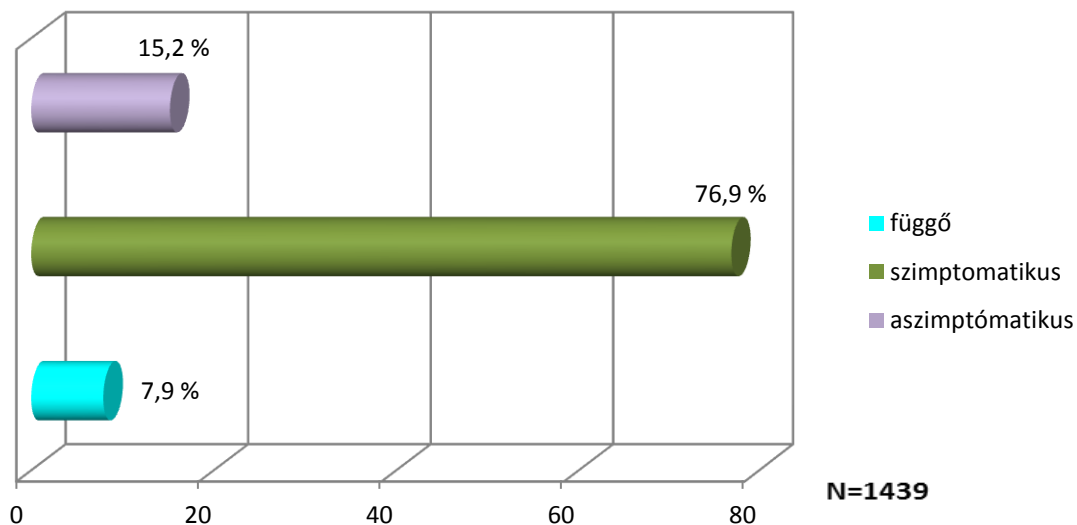
	Terjedelem	Átlag (SD)	Cronbach α	Itemek száma
Testedzés Addikció Kérdőív	6-30	17,7 (4,10)	0,62	6
Testedzésfüggőség Skála	21-114	54,23 (16,40)	0,90	21
SCOFF	0-5	68 (0,95)	0,48	5
Testi elégedetlenség alskála	0-24	6,37 (5,64)	0,88	9
Jól-lét kérdőív	0-15	8,708 (2,68)	0,78	5

Önértékelés skála	3-30	21,11 (4,91)	0,86	10
Szenzoros élménykeresési skála	0-32	14,59 (5,71)	0,79	8

4.2. Testedzésfüggőség

Kutatásunk fókuszpontja a testedzésfüggőség volt. Így a továbbiakban erre jelenségre koncentrálnunk, és ennek tükrében mutatjuk be a kapott adatokat. Az elemzés során törekedtünk rá, hogy minden releváns, meghatározó tényezőt figyelembe vegyünk, ami ezen addikció kialakulásának hátterében fennállhat.

Kérdőívünkben két testedzésfüggőséget mérő tesztet használunk. Ahogyan azt az elméleti bemutatás során említettük a testedzésfüggőség vizsgálata során figyelembe kell venni, hogy küzd-e a személy evészavarral, mivel ez esetben másodlagos sport addikcióról beszélhetünk. Ehhez igazodva mintánkból 302 főt (17,3%) kizártunk, akik a SCOFF kérdőív eredménye szerint feltételezhetően valamilyen evészavarban szenvednek. Mintánk elemszáma így, mellyel a továbbiakban számolunk: $N=1439^4$.

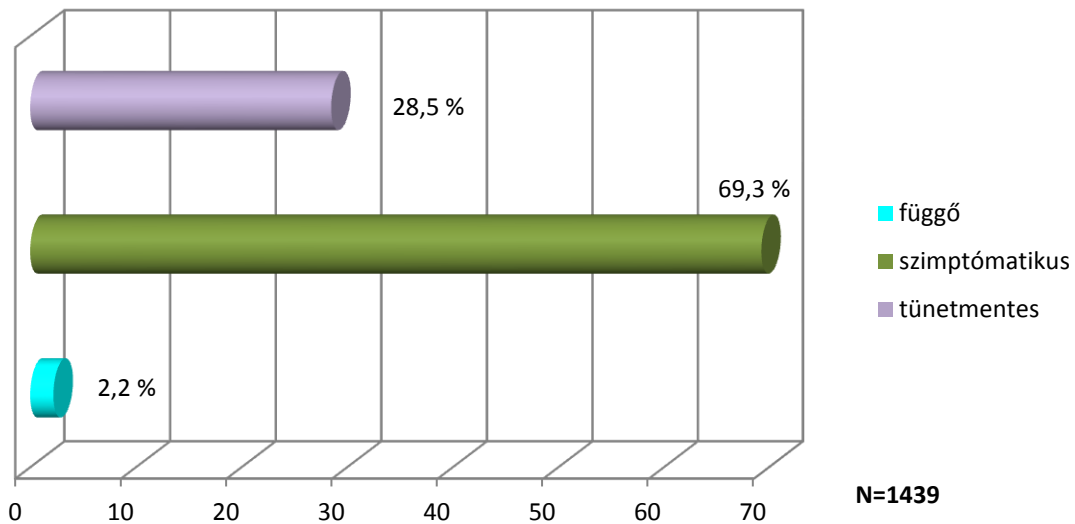


2. ábra. A testedzésfüggőség mértéke a Testedzés Addikció Kérdőíven (N=1439)

Az első skála melyet a túlzott testedzés mérésére használtunk, a Testedzés Addikció Kérdőív (EAI) volt. A válaszadók átlag pontszáma jelen vizsgálatban: 17,7 (SD:4,103),

⁴ Megvizsgáltuk a minta torzítását az evészavarban szenvedők kiszűrését követően. Különbőség eszerint a nem, kor és iskolai végzettség változók esetében található.

ami a szimptomákat hordozók túlsúlyára utal. Eredményeink szerint a rizikócsoportha a minta 7,9%-a tartozik, míg 76,9%-uk szimptomákat mutat (2. ábra).



3. ábra. A testedzésfüggőség mértéke a Testedzésfüggőségi Skála (N=1439)

Második felhasznált kérdőívünk a túlzott sportolás mérésére a Testedzésfüggőség Kérdőív (EDS-HU) volt. Elemzésünk szerint a minta 2,2%-a sorolható a függő kategóriába, míg 69,3% azok aránya, akik bizonyos szimptomákat hordoznak (3. ábra).

4.3. Szociodemográfiai jellemzők a testedzésfüggőség tükrében

Több kutatás megfigyelésére támaszkodva elmondhatjuk, hogy a sportolási szokásokat – ebből következően az esetlegesen kialakuló túlzó edzés mennyiségét is – jelentősen befolyásolja a személy kora, családi háttere, iskolai végzettsége, valamint gazdasági helyzete.

Kíváncsiak voltunk, találunk eltérést a testedzésfüggőséget mérő kérdőívek és a nemi hovatartozás között, mivel erről korábbi kutatások is beszámolnak (Hausenblas és Symons Downs, 2002c; Cook és mtsai, 2013; Szabó és mtsai, 2013). Az adatok, jelen kutatásban nem támasztottak alá ezt a megfigyelést. A Mann-Whitney u-próba eredménye szerint (5. táblázat) nincs különbség egyik teszt használata esetében sem a testedzésfüggőség és a nemi kategóriák között (EAI: $u=251091,5$, $p=0,627$; EDS-HU: $u=253079,0$, $p=0,905$).

5. táblázat. A testedzésfüggőség előfordulása nemi megoszlás szerint (N=1431)

	Nem	N	Átlag	Mann-Whitney U	P
EAI	Férfi	651	720,30	251 091,5	0,627
	Nő	780	712,41		
	Σ	1431			
EDS-HU	Férfi	650	714,85	253 079,0	0,905
	Nő	781	716,96		
	Σ	1431			

Feltételeztük, hogy az életkori megoszlás és a sportolási szokások között különbséget találunk, nevezetesen, a fiatalok gyakrabban és megnövekedett óraszámokban mozognak az idősebbekhez képest. Ennek vizsgálatát több szempontból végeztük el. Első megközelítésünk szerint az életkort vettük alapul. Ezt a változót vetettük össze korrelációs próbával a heti sportolási gyakorisággal. A statisztikai számítások eredménye szerint az életkor növekedésével csökken a sportolási alkalmak száma ($r_s=0,084$, $p\leq 0,001$). A sporttal töltött órák számának tekintetében hasonló összefüggést kaptunk ($r_s=0,096$, $p\leq 0,001$), vagyis a sportolási óraszám magasabb a fiatalabbak körében. Ezt követően két korcsoportot képeztünk, fiatalabb (18-29 év), illetve idősebb (30 év felett) korosztály, és ezek tekintetében is megvizsgáltuk a fent leírt összefüggés helytállóságát. A gyakorisági eloszlás szerint a minta 44,5%-a tartozik a 18-29 évesek és 55,5%-a a 30 év feletti csoportjába. A kérdés elemzésére t-próbát alkalmaztunk. Eredményeink szerint a fiatalabbak szignifikánsan több alkalommal ($t=2,013$, $p=0,044$) edzenek idősebb kortársaiknál, ahol a 30 év alattiak heti átlag 2,82, míg a 30 év felettiak 2,66 alkalmat edzenek. A sportolási órák tekintetében a két korosztályos felosztásban nem voltak szignifikáns eredményeink ($t=1,794$, $p=0,073$).

Feltételezésünk szerint az életkor összefüggésben áll a testedzésfüggőség kialakulásának valószínűségével is. Hipotézisünk szerint a fiatalabbak veszélyeztetettebbnek tekinthetők a túlzásba vitt mozgás szempontjából. Feltételezésünk tesztelésére korrelációs elemzést végeztünk. Mind az EAI, mind az EDS-HU kérdőív használata során azt az összefüggést találtuk, miszerint az életkor előrehaladtával csökken a testedzésfüggőség kialakulásának valószínűsége ($r_{s,EAI}=-0,064$, $p=0,016$; $r_{s,EDS-HU}=-0,177$, $p\leq 0,001$).

Mintánk 38,2 %-a kapcsolatban, illetve 24,3%-a házasságban él. 32%-uk egyedülálló, míg 5,2%-uk elváltan vagy özvegyiségben (0,3%) él. Ezt követően Mann-Whitney

u-próbát végeztünk annak megállapítására, hogy feltételezésünkkel összefüggésben a kapcsolatban élők védettebbek lesznek a testedzésfüggőség kialakulásával szemben. A kérdés teszteléséhez két csoportot alakítottunk ki, ahol a kapcsolatban élők képezték mintánk 62,5%-át, míg 37,5% azok aránya, akik egyedül élnek (6. táblázat).

6. táblázat. A testedzésfüggőség előfordulása a családi állapot tekintetében (N=1426)

	Kapcsolati státusz	N	Átlag	Mann-Whitney U	P
EAI	Egyedül	535	729,84	229 602,5	0,244
	Kapcsolatban	891	703,69		
	Σ	1426			
EDS-HU	Egyedül	536	749,21	219 379,0	0,011
	Kapcsolatban	890	691,99		
	Σ	1426			

Eredményeink szerint az EAI kérdőíven nem kaptunk szignifikáns összefüggést ($u=229602,5$, $p=0,244$), míg az EDS-HU kérdőíven kapott eredmények megerősítették elképzelésünket ($u=219379,0$, $p=0,011$).

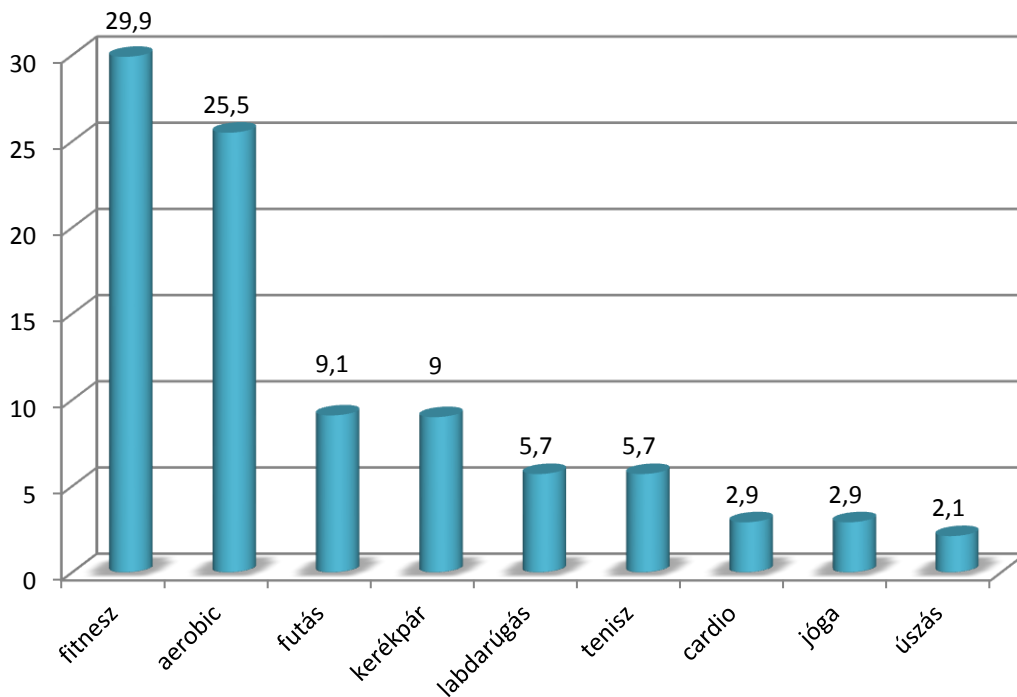
A következőkben az iskolai végzettséggel kapcsolatos összefüggéseket vizsgáltuk. Mintánk 65,4%-a diplomás, míg 31,8%-uk rendelkezik érettségivel. 2,7% a szakmunkások és 1,4% az általános iskolai végzettséggel rendelkezők aránya. Az elemszámok jobb kiegyenlítettége okán 3 szűkebb kategóriát képeztünk, ahol a diplomások, érettségizettek előbb bemutatott formában szerepeltek, míg a másik kettőt összevontuk a legfeljebb szakmunkás végzettséggel rendelkezők csoportjába. Ezt követően Spearmann-féle rangkorrelációs próbát végeztünk annak megállapítására, hogy valóban kimutatható-e összefüggés a testedzésfüggőség és az iskolai végzettség között. Eredményeink szerint az iskolai végzettség növekedésével párhuzamosan csökken a testedzésfüggőség kialakulásának valószínűsége ($r_{s, EAI}=-0,094$, $p\leq 0,001$; $r_{s, EDS-HU}=-0,148$, $p\leq 0,001$).

4.4. Sportolási szokások

A sportolási szokások vizsgálatakor felmértük, melyek a leggyakrabban végzett sportformák. Összesen 65 féle sporttípust soroltak fel a kitöltők. Ezeket a következőkben szűkített kategóriákba rendezve mutatjuk be.

- fitness: testépítés (fitneszteremben végzett szabad és kötött súlyos edzések)
- aerobic : dance aerobic, zumba, hot-iron, stb.
- cardio: lépcsőzés, teremkerékpár, elipszis tréner
- futás, kerékpár jellegű: futás, kerékpár, spinning
- labdarúgás
- tenisz: tenisz, squash, tollaslabda
- úszás
- jóga: jóga, body art, pilates
- egyéb: pl. atlétika, box, kosárlabda, vitorlázás, stb.

A 4. ábrában foglaltuk össze az említett sportolási formák előfordulásának megoszlását.



4. ábra. A leggyakrabban űzött sportformák megoszlása %-os arányban (N=1730)

A testedzésfüggőséggel kapcsolatban megvizsgáltuk a sportolással eltöltött óra és alkal-
mak számának összefüggéseit. A statisztikai – Spearmann-féle rangkorreláció – próba
eredménye szerint, mind az EAI mind az EDS-HU skálák esetén a testedzésfüggőség mér-
tékének növekedésével párhuzamosan nő a sportolással eltöltött idő mennyisége. A heti
sportolási alkalom tekintetében az alábbi eredményeket kaptuk: EAI: $r_s = 0,213$, $p \leq 0,001$;
EDS-HU: $r_s = -0,269$, $p = p \leq 0,001$. Tovább elemezve a sportolási gyakoriságot, az óraszám-

ok tekintetében is hasonló megállapítást tehetünk, vagyis minél több órát sportol valaki heti szinten annál nagyobb a valószínűsége, hogy a testedzésfüggőség szempontjából a rizikó csoportba fog tartozni (EAI: $r_s = 0,177$, $p \leq 0,001$; EDS-HU: $r_s = 0,292$, $p \leq 0,001$).

A sportolási szokások vizsgálata során következő kérdésünk arra vonatkozott, hogy egyedül, vagy inkább társakkal szeretnek edzeni mintánk alanyai. A megkérdezettek 62,4%-a úgy nyilatkozott, hogy inkább társakkal mozog szívesebben, míg 37,5% a “magánzók” aránya. Kutatásunkban azt feltételeztük, hogy a társakkal, csoportos mozgásformákban részt vevő egyének esetében magasabb testedzésfüggőségi arányokat fogunk találni. Mindezek megállapítására Mann-Whitney u-próbát használtunk. Az eredmények szerint a korábbi feltételezésünkkel ellentétes összefüggés áll fenn, vagyis az egyedül sportolók nagyobb eséllyel érnek el magasabb pontszámot a testedzésfüggőség tekintetében, mind az EAI, mind az EDS-HU kérdőív esetében (EAI: $u = 236046,5$, $p = 0,034$; EDS-HU: $u = 223508,5$, $p \leq 0,001$). A kérdőívekhez tartozó átlagokat a 7. táblázat tartalmazza.

7. táblázat. A testedzésfüggőség megoszlása az edzési szokások szerint

		N	Átlag	Mann-Whitney U	P
EAI	Egyedül	700	734,29	236046,5	0,034
	Társakkal	721	688,39		
	Σ	1421			
EDS-HU	Egyedül	699	725,25	223508,5	0,001
	Társakkal	722	671,07		
	Σ	1421			

A sportolás anyagi vonzatai igen magasra rúghatnak. Kíváncsiak voltunk, van-e kapcsolat az életkor és az elköltött anyagi javak mértéke között. A megkérdezettek 41%-a havonta 11-20.000 forintot, míg 30,2%-uk 5-10.000 forintot költ el az edzésével kapcsolatosan. 10,4% azok aránya, akik 21-30.000 forint közötti összeget és mindösszesen 7,8%-a a válaszadóknak jelezte, hogy több mint 30.000 forintot szán e tevékenységére. A Spearman-féle rangkorrelációs próba eredménye szerint valóban szignifikáns összefüggés ($r_s = 0,128$, $p \leq 0,00$) található a kor és a pénz költés mértéke mennyisége. Vagyis az életkor előrehaladtával növekszik a sportolásra elköltött pénz mennyisége is. Feltételezésünket, miszerint a testedzésfüggőség szempontjából veszélyeztetettek fordítják a legtöbb pénzt a sportolással kapcsolatos tevékenységekre az eredmények is megerősítették. Eszerint szig-

nifikáns kapcsolatot találtunk, mind két mérőeszköz segítségével (EAI: $r_s = 0,158$, $p \leq 0,001$; EDS-HU: $r_s = 0,170$, $p \leq 0,000$).

A sportolási szokások további vizsgálatához az első helyen megjelölt sportágakból különböző kategóriákat képeztünk, melyek esetében azt feltételeztük, hogy ezek bizonyos fajtái nagyobb eséllyel befolyásolhatják a testedzésfüggőség kialakulását. Az általunk képzett kategóriák részletes bemutatása a Mérésezközök 3.2. fejezetben található.

Úgy gondoltuk, befolyásoló lehet a választott sport dinamikus vagy statikus mivolta, ezért a felsorolt sportágakat e dimenzió mentén két csoportba soroltuk. Mintánk 65,6%-a jelezte, hogy inkább kardió típusú edzésformát választ, mely dinamikus terhelésnek teszi ki a szervezetet, míg 34,4% azok aránya, akik inkább statikus mozgásformákat választanak, például a súlyzós edzések. Mann-Whitney u-próbával vizsgáltuk, hogy valóban van e összefüggés az általunk feltételezett módon (8. táblázat).

8. táblázat. A testedzésfüggőség megoszlása választott mozgásforma tekintetében

		N	Átlag	Mann-Whitney U	P
EAI	Statikus	491	705,34	225537,5	0,705
	Kardió	930	713,99		
	Σ	1421			
EDS-HU	Statikus	488	725,75	220453,0	0,327
	Kardió	933	703,99		
	Σ	1421			

Eredményeink szerint, mind két testedzésfüggőséget mérő kérdőív esetében, ez a hipotézisünk nem igazolható (EAI: $u=225537,5$, $p=0,705$; EDS-HU: $u=220453,0$, $p=0,327$).

Következő kérdésünk, arra vonatkozott, találunk-e különbséget azok között, akik inkább zárt térben vagy szabadban sportolnak. Mintánk 21%-a jellemzően szabad téren hódol a mozgás örömeinek, míg 79% azok aránya, akik a zárt teret részesítik előnyben. Ez irányú elgondolásunkat, illetve az említett vizsgálat eredményeit mérésünk szerint nem tudtuk alátámasztani (9. táblázat). A Mann-Whitney u-próba alkalmazása nem hozott szignifikáns eredményt (EAI: $u=167340,0$, $p=0,949$; EDS-HU: $u=163998,5$, $p=0,553$).

9. táblázat. A testedzésfüggőség megoszlása a sportolás helyszíne szerint (N=1421)

		N	Átlag	Mann-Whitney U	P
EAI	Zárttérben	1122	714,33	167340,0	0,949
	Szabadban	299	699,49		
	Σ	1421			
EDS-HU	Zárttérben	1122	711,36	163998,5	0,553
	Szabadban	299	709,67		
	Σ	1421			

4.5. Antropometriai adatok

A megkérdezettek átlagos magassága 173,6 cm (SD:9,01), súlyuk 71,9 kg (SD:15,33). Ideális súlyként átlagosan 68,8 kg-ot (SD:68,81) jeleztek. A minta testtömeg indexe (BMI): 23,63 (SD:3,63) volt, ami azt jelenti, hogy mintánk nagy része a normális súly kategóriába esik. A valós és ideális súly adataiból egy újabb változót alkottunk, diszkrepanciamutató néven.

A diszkrepanciamutató mintánkban átlagosan 4,9 kg (SD:7,19). Vagyis ennyit szeretnének a megkérdezettek átlagosan fogyni (vagy gyarapodni) jelenlegi súlyukhoz képest. Megállapítottuk továbbá, hogy mintánk 33,3%-a érzi úgy, hogy pillanatnyi súlya megfelelő (vagy gyarapítani szeretné súlyát), míg 66,7%-uk fogyni szeretne. A diszkrepanciamutató adatait összevetettük a testedzésfüggőséggel, hogy megállapítsuk, találunk-e együtt járást az értékek között. Korrelációs eljárást alkalmaztunk, melynek során megállapíthattuk, hogy egyik testedzésfüggőséget mérő kérdőív tekintetében sem mutatható ki összefüggés a túlzott sportolás valamint a súlykülönbség pozitív, illetve negatív irányú eltérése között (EAI: $r=-0,027$, $p=0,315$; EDS-HU: $r=-0,003$, $p=0,919$).

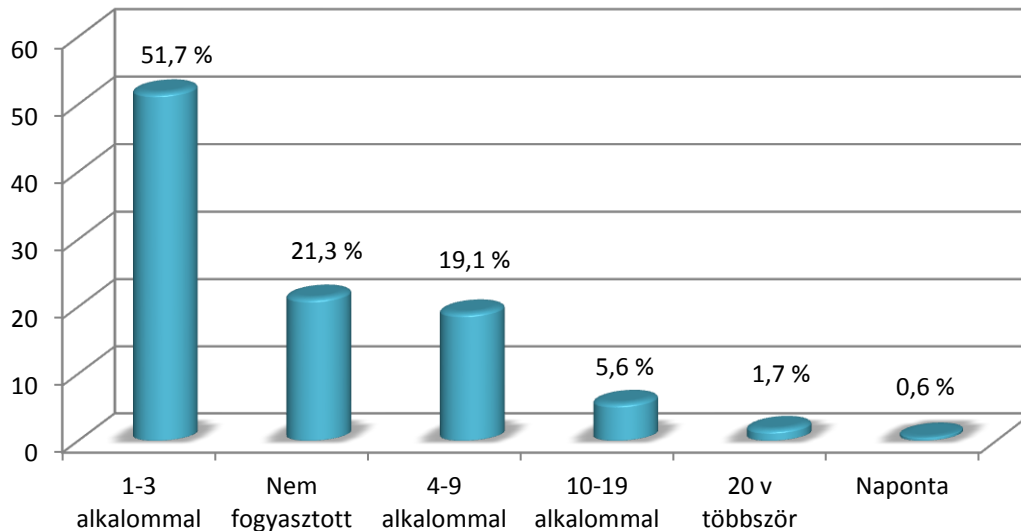
4.6. Droghasználati jellemzők

Az egészséges életmód és a káros szerek használata úgy gondolnánk egymást kizáró viselkedés módok. Ennek ellenére nem ritkán láthatjuk akár a tinik, fiatal felnőttek, akár az élsportolók körében is a magánéletben való szélsőséges kilengéseket (pl. roham ivás – binge drinking) mind az alkohol-, mind a drogfogyasztás tekintetében.

A megkérdezettek 57,5%-a jelezte, hogy még sohasem, 19,8%-uk korábban, de már nem, 13,2-uk alkalmanként, 9,5%-uk pedig, hogy rendszeresen dohányzik.

A dohányzás és a testedzésfüggőség mértéke között egyik kérdőív esetében sem találtunk összefüggést (EAI: $r_s = -0,011$, $p=0,690$; EDS-HU: $r_s = 0,017$, $p=0,518$).

Az alkohol fogyasztás vonatkozásában, (az elmúlt hónapra visszatekintve) azt látjuk, hogy a legtöbben 1-3 alkalommal (51,7%), míg 21,3%-uk egyáltalán nem ivott (5. ábra).



5. ábra Az elmúlt havi alkohol fogyasztás gyakorisági megoszlása (N=1438)

A további számítások során 3 kategóriát alkottunk az elemszámok kiegyenlítettége érdekében. Így egy csoportba kerültek azok (7,9%), akik 10 vagy annál több alkalommal fogyasztottak szeszes italt. Feltételeztük, hogy az alkoholfogyasztás mértéke és a testedzésfüggőség előfordulása között pozitív kapcsolatot fogunk találni. Állításunkat Spearman-féle rangkorrelációval teszteltük. Míg az EAI kérdőíven nem, az EDS-HU kérdőív használatával kimutatható volt a szignifikáns összefüggés a havi alkoholfogyasztással (EAI: $r_s = -0,046$, $p=0,081$; EDS-HU: $r_s = -0,082$, $p=0,002$). Láthatjuk azonban, hogy a feltételezésünkkel ellentétes irányú az összefüggés, vagyis minél többet sportol valaki, annál kevesebb alkoholt fogyaszt jelen kutatás eredményei szerint.

A következőkben a pszichoaktív szerek használatát és ezek lehetséges összefüggéseit vizsgálatuk a mintánkban. A 10. táblázatban részletesen bemutatjuk a különböző szerek használatára vonatkozó fogyasztási megoszlásokat.

10. táblázat. Szerhasználati gyakoriságok megoszlása (N=1438)

	Mikor használta utoljára az alábbi szereket? (%)			
	Soha	Az elmúlt évben nem	Az elmúlt hónapban nem	Az elmúlt hónapban is
Marihuána	72	18,6	5,9	3,5
Amfetamin, ecstasy	93,5	5	1,3	0,2
Kokain	95,2	3,1	1,5	0,2
Heroin, vagy egyéb opiát	99,5	0,5	-	-
LSD	96	3,5	0,5	-
Szteroidok, doppingszerek	96	2,3	0,6	1
Alkohol gyógyszerrel	95,7	3,1	0,9	0,3
Nyugtató/altató orvosi rendelvény nélkül	93,5	2,4	2,2	1,8
Egyéb...	98,3	1,3	0,1	0,2
Nem tudom mi volt az...	99,8	0,1	0,1	-

Láthatjuk, hogy a legnagyobb mértékben a marihuána fogyasztást jelölték meg a kitöltők, ami nem tér el a normál populáció szerhasználati szokásaitól. Ezt követte a nyugtatók, altatók visszaélészerű használata, amely a normál populációban az idősebb korosztály körében jellemzőbb. Sportolók között talán nem „meglepő” eredmény, hogy harmadik helyen a szteroidok, doppingszerek használatát találhatjuk. Következő lépésben, hogy az elemszám kiegyenlítettebb legyen, minden szer esetén két kategóriát alkotunk, külön választva a soha, illetve valaha használókat. Ezután minden szer esetében Spermann-féle rangkorrelációs próbával megvizsgáltuk van-e kapcsolat az egyes szerek bevétele és a testedzésfüggőség között, mivel azt feltételeztük, hogy a rizikó csoportban magasabb lesz a fogyasztás aránya. Az áttekinthetőség érdekében az alábbi 11. táblázatban mutatjuk be a szignifikáns eredményeket.

Eredményeink szerint az alább felsorolt (11. táblázat) anyagok esetében mutatható ki pozitív kapcsolat a testedzésfüggőség és a drogok fogyasztása között.

11. táblázat. A testedzésfüggőség és a drog használati jellemzők kapcsolata (N=1430)

Drog	EAI		EDS-HU	
	r_s	p	r_s	p
Amfetamin/ecstasy	0,082	0,002	0,044	0,095
Kokain/crack	0,055	0,039	0,032	0,225
Szteroidok/Doppingszerek	0,067	0,012	0,111	0,001
Alkohol és gyógyszerfogyasztás	0,039	0,136	0,069	0,009
Nyugtató/altató	0,079	0,003	0,083	0,002

Az eredmények között dőlt betűvel szedtük a szignifikáns eredményeket.

4.7. Külalakkal való elégedettségrel kapcsolatos jellemzők

A testtel, külalakkal kapcsolatos elégedettséget két jellemző segítségével vizsgáltuk. Az egyik egy diszkrepanciamutató, melyet a valós és ideális súly közötti eltérésekből számoltunk és az antropometriai adatok bemutatásánál számoltunk be róla, a másik a Testi Elégedetlenség Alskála eredménye. Mintánkban a kóros határ fölötti arány 1,4%, mindösszesen 20 fő, akik úgy érzik, nem tudnak megbékélni alakjukkal. A súllyal való elégedettség vizsgálatára korábban alkottunk egy diszkrepancia mutatót, illetve egy további változót, mely azt is megmutatta, hogy kik azok, akik túlsúlyosnak érzik magukat („súlykülönbség negatív”). Fontosnak tartottuk megvizsgálni, hogy ezek a változók mutatnak-e együtt járást az EDI skálával, hiszen egy azon jelenség, különböző aspektusairól van szó. Korrelációs próbát végeztünk, melynek segítségével megállapíthattuk, hogy ez a gondolatunk helyesnek bizonyult. Az EDI skála, mind a diszkrepancia mutatóval ($r=0,424$, $p=0,000$), mind a túlsúlyosság érzésének mutatójával szoros együtt járást mutatott ($r=0,366$, $p=0,000$).

Úgy gondoltuk, azok a személyek fognak magasabb pontszámot elérni a testedzés-függőség kérdőíveken, akik elégedettebbek a testi megjelenésükkel. Ennek megállapítására korrelációs eljárást alkalmaztunk. Az EAI nem, míg az EDS-HU kérdőív esetében eredményeink szignifikánsnak bizonyultak, viszont az általunk feltételezettel ellentétes irányban (EAI: $r=0,027$, $p=0,315$; EDS-HU: $r=0,092$, $p=0,001$). Vagyis minél magasabb pontszámot ér el az egyén a testedzésfüggőség tekintetében azzal párhuzamosan növekszik az elégedetlensége külalakjával is.

4.8. Személyiség jegyek, vonások

WBI

Ebben a részben a személyiség jellemzőket mérő skálákra vonatkozó eredményeket mutatjuk be. Itt az első vizsgált kérdőív a WBI – személyes jóllét, mely az egyén pozitív életminőségéről vallott nézeteit méri. Mintánkban a megkérdezettek átlagosan 8,8 pontot (SD: 2,68) értek el a maximális 15-ből.

Fő kérdésünk itt is arra vonatkozott, hogy találunk-e összefüggést a testedzésfüggőség és a jóllét megítélése között. Pontosabban, úgy gondoljuk, hogy a problémamentes csoport esetében kapjuk majd a magasabb értékeket, vagyis ők lesznek azok, akik életükkel elégedettebbek. Feltételezésünkkel ellentétben nem találtunk szignifikáns elté-

rést a testedzésfüggőség összpontszáma és a jól-lét megítélése között (EAI: $r=0,025$, $p=0,354$; EDS-HU: $r=-0,039$, $p=0,140$).

Rosenberg féle globális önértékelés

Következő vizsgált személyiség tényezőnk a Rosenberg féle globális önértékelés mutatója volt. Jelen mintán a maximális 30 pontból a válaszadók átlagosan 21,66 pontot kaptak (SD:4,695). A férfiak átlagosan magasabb ($M=22,27$, $SD=4,573$) pontszámot kaptak, mint a nők ($M=21,16$, $SD=4,739$), de ez a különbség nem szignifikáns.

Úgy gondoltuk az önértékelés kapcsolatban lehet az életminőség megítéléséve pozitív irányban, illetve a minél alacsonyabb diszkrepanciamutatóval és a testi elégedetlenség mértékével is. Ennek kimutatására korrelációs mátrixot készítettünk, melynek eredményei részben alátámasztják elképzeléseinket. Szignifikáns együtt járás ismerhető fel a WBI és a Rosenberg skálák között ($r=0,407$, $p=0,000$), valamint az önértékelés és a súlykülönbség mutató között ($r=0,071$, $p=0,007$), vagyis, ahogy egyre alacsonyabb értéket kap a súlykülönbség mutató, úgy nő az önértékelés skálán elért pontszám. A testi elégedettség és az önértékelés skála, szintén szignifikáns együtt járást mutatott ($r=0,306$, $p=0,000$), de negatív irányban, vagyis minél elégedetlenebb valaki a külalakjával, annál alacsonyabb a Rosenberg skálán elért összpontszáma. Szintén szignifikáns negatív összefüggés tárható fel az EDI skála és a WBI között ($r=0,200$, $p=0,000$), azaz a növekvő testi elégedetlenség és a jól-lét negatív megítélése együtt jár.

Azt, hogy ezen összefüggések közösen befolyásolhatják e a testedzésfüggőség fennállását lentebb vizsgáljuk.

Következő feltételezésünk arra vonatkozott, hogy a fiatalabb korcsoport önértékelése alacsonyabb lesz, szemben az idősebb korosztállyal. Mann-Whitney u-próba alkalmazásával eredményeink alátámasztották hipotézisünket (12. táblázat), vagyis a fiatalabb korosztály alacsonyabb pontszámot ért el az önértékelés skálán ($u=229221,0$, $p=0,002$).

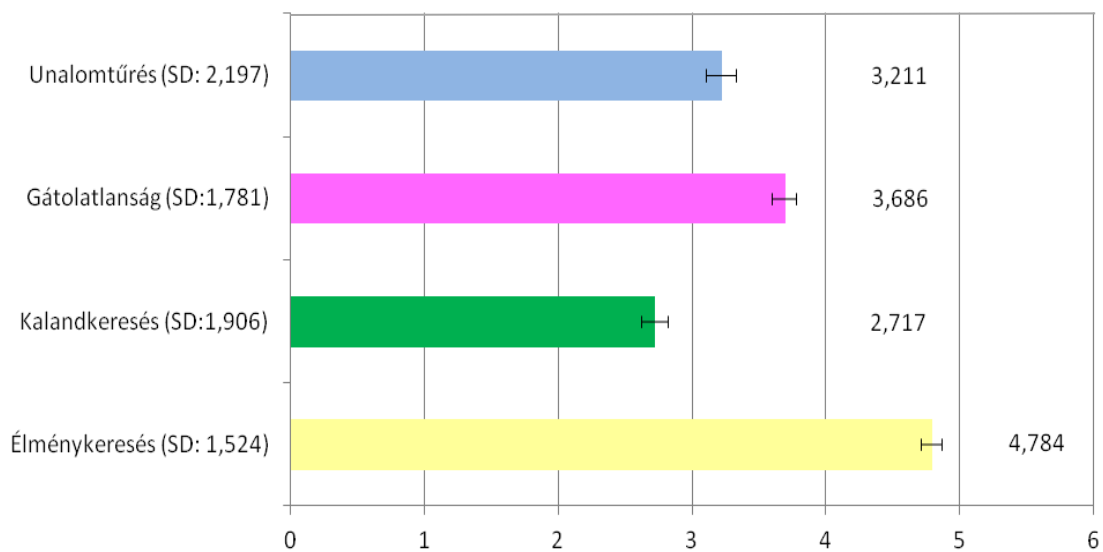
12. táblázat Az önértékelés összefüggése korcsoportok szerint (N=1432)

	Életkor	N	Átlag	Mann-Whitney U	P
Önértékelés	18-29	638	678,78	229221,0	0,002
	30 -	794	746,81		
Σ		1432			

Ezt követően az önértékelés és a testedzésfüggőség lehetséges összefüggéseit vizsgáltuk meg. Feltételeztük, hogy a testedzésfüggőség magasabb szintje együtt járást fog mutatni az önértékelés alacsonyabb szintjével. Ennek megállapítására korrelációs számítását végeztünk. Az EAI kérdőív esetében nem, míg az EDS-HU eredményei szignifikáns összefüggést mutatott az önértékelés skála pontszámainak alakulásával (EAI: $r=-0,033$, $p=0,218$; EDS-HU: $r=-0,102$, $p\leq 0,001$).

B-SSS

Az élménykeresés kérdőíven 4 alskálába csoportosíthatóak a kiöltők, és ezek összehasonlítása igazíthat el bennünket a minta jellemzése során. A kérdőív elemzését leíró statisztikai módszerrel folytattuk. Annak megállapítására, hogy az alfaktorok átlagai között valós különbség van-e, konfidencia próbát alkalmaztunk, ahol az átlagokat összehasonlítottuk, kiszámolva a konfidencia intervallumokat (6. ábra & 13. táblázat).



6. ábra. Szenzoros élményeresés – alfaktorok

13. táblázat. A szenzoros élménykeresés alskáláinak konfidencia-intervallum értékei

B-SSS változók	OR	95%-os CI
Élménykeresés	4,784	4,705-4,862
Kalandkeresés	2,717	2,619-2,816
Gátolatlanság	3,686	3,594-3,778
Unalomtűrés	3,211	3,098-3,325

Ahol: OR= konfidencia átlag, CI= konfidencia intervallum

Függetlenmintás t-próba segítségével vizsgáltuk, hogy találunk-e kiemelkedő kapcsolatot a szenzoros élménykeresés és a kor között. Hipotézisünket, miszerint az idősebbek (30 év feletti korosztály) kevésbé lesznek élménykeresők a fiatalokhoz képest, eredményeink is alátámasztották. Minden alfaktor esetében szignifikáns különbségekről számolhatunk be, ahol a fiatalabbak az összes alfaktoron statisztikailag magasabb átlagpontszámot értek el (Élménykeresés: $t=4,514$; $p=0,000$; Kalandkeresés: $t=9,915$; $p=0,000$; Unalomtűrés: $t=7,087$; $p=0,000$; Gátolatlanság: $t=2,717$; $p=0,007$).

Azt feltételeztük, hogy azok a személyek, akik a szenzoros élménykeresés dimenzióban magasabb pontszámot érnek el, nagyobb valószínűséggel kerülnek a testedzésfüggőség rizikó csoportjába. A korrelációs módszerrel végzett számításaink minden esetben, mindkét kérdőívben alátámasztották feltételezésünket (14. táblázat).

14. táblázat. A testedzésfüggőség összefüggései a szenzoros élménykeresés alfaktoraival (N=1428)

Dimenziók	EAI		EDS	
	r	p	r	p
Élménykeresés	0,174	0,001	0,166	0,001
Kalandkeresés	0,147	0,001	0,247	0,001
Gátolatlanság	0,069	0,010	0,130	0,001
Unalomtűrés	0,077	0,003	0,182	0,001

4.9. A testedzésfüggőség rizikófaktorainak elemzése

A testedzésfüggőség kutatása során, fontosnak tartottunk esélylatolgatást végezni, mely tényezők járulhatnak hozzá a jelenség kialakulásához. A feltárás érdekében logisztikus regressziót végeztünk, külön-külön a két túlzott sport aktivitást mérő teszten. Ahogy korábban láthattuk, a testedzésfüggőségben a skálák szerint a minta a rizikó csoport esetében a teljes elemszámhoz képest alacsony volt (EAI: 7,9%; EDS-HU: 2,2%), míg a szimptomatikus csoportban (EAI: 76,9%; EDS-HU: 69,3%), jelentősen magasabb arányokat láthatunk. Ezért a torzítás elkerülését kiküszöbölendő, két csoportot alakítottunk ki, így létrehoztunk egy tünetmentes és egy tüneteket mutató csoportot, ahol utóbbi tartalmazta a problémás sportolókat is. Így mindenképpen figyelembe kell venni, hogy eredményeink korlátok között értelmezhetőek, és azokra vonatkoznak, akik legalább tünethordozónak tekinthetőek. A két csoport elemszámainak alakulását az alábbi, 15. táblázatban láthatjuk.

15. táblázat. A testedzésfüggőség megoszlása a tünetmentes és érintett csoportok mentén (N=1431)

	EAI		EDS-HU	
	N	%	N	%
Tünetmentes	236	15,5	408	28,5
Érintett	1195	83,0	1023	71,5

Minden esetben az alább található 16. táblázatban felsorolt változók hatásait vizsgáltuk. Az elemzés során logisztikus regressziót végeztünk. A referenciakategóriákra vonatkozó adatokat az 1. számú melléklet tartalmazza.

16. táblázat. A logisztikus regressziós próbával vizsgált változók

Kategoriális változók	Skálaváltozók
Heti sportolási alkalmak száma	Testi elégedettség (EDI)
Sportolásra elköltött pénz	Önértékelés (Rosenberg)
Korosztályi bontás	Jól-lét kérdőív (WBI)
Iskolai végzettség	BSSS-8
Sportolási szokások: társakkal vagy egyedül	élménykeresés
Külsővel való elégedettség megítélése: túlsúlyos vagy ideális	kalandkeresés
Nem	gátolatlanság
	unalomtűrés

A következőkben azon változókról kapott eredményeket mutatom be, melyek a statisztikai próba szerint valóban hozzájárulhatnak a testedzésfüggőség kialakulásához. A részletes eredményeket, melyek azon értékeket is tartalmazzák, ahol nem kaptunk szignifikáns összefüggést, a 5. és 5. számú melléklet tartalmazza.

Testedzés Addikció Kérdőív (EAI)

Első szignifikáns tényezőnek a sportolási gyakoriság bizonyult, azon belül is a ritkábban, mint hetente ($p=0,002$) vagy heti egyszer ($p=0,011$) mozgók esetében. E szerint minél kevesebbet mozog valaki heti szinten, annál kisebb az esélye, a testedzésfüggőség megjelenésére. Következő belépő változónk az élménykeresés alfaktor volt ($p=0,028$). Harmadikként lépett be az elemzésbe a sportolásra elköltött pénz mértéke ($p=0,008$). Az eredmények szerint az 5-10000 Ft-ot költők ($p=0,085$) esetében mutatható ki tendencia szintű összefüggés a testedzésfüggőség kialakulásának nagyobb valószínűségére (17. táblázat).

17. táblázat. Logisztikus regressziós esélyhányadosok az EAI skálán

Referencia kategóriák	B	S.E.	Sig	Exp (B)
Sportolási gyakoriság			0,001	
ritkábban, mint hetente	-1,619	0,530	0,002	0,198
heti egyszer	-1,086	0,429	0,011	0,338
BSSS-8 élménykeresés	0,220	0,049	0,001	1,247
Sportolásra költött pénz			0,008	
5-10000 Ft	-0,570	0,331	0,085	0,566

Ahol: B= regressziós paraméter; S.E.= standard hiba; Sig: szignifikancia; Exp (B): esélyhányados

Testedzésfüggőség Skála (EDS-HU)

A modell építés során első lépésben belépett a kalandkeresés alfaktora ($p \leq 0,001$). Ezt követte a sportolási gyakoriság, mely szerint a ritkábban, mint heti rendszerességgel ($p=0,001$), illetve a hetente maximum egy ($p \leq 0,001$) vagy kétszer ($p=0,025$) sportolók tekinthetők leginkább védettnek a testedzésfüggőség kialakulásával szemben. A harmadik lépésben került az elemzésbe az önértékelés mértéke ($p \leq 0,001$). E szerint minél magasabb az egyén önértékelése, annál kisebb az esély arra, hogy túlzásba vigye a sportolást. A negyedik belépő a modellbe a szenzoros élménykeresés, élménykeresés alfaktora volt ($p=0,003$). Itt azt mondhatjuk eredményeink alapján, hogy minél magasabb pontszámot ér el valaki e dimenzió, annál nagyobb az esély arra, hogy a testedzésfüggőség skálán is magas eredményei lesznek. Ötödik lépésként a sportolásra elköltött anyagiak ($p=0,010$) léptek be befolyásolóként. Itt a mozgásra 5-30000 Ft között költők (5-10000 Ft: $p=0,008$; 11-20000 Ft: $p=0,002$; 21-30000 Ft: $p=0,045$) esetében fordulhat elő nagyobb valószínűséggel a testedzésfüggőség előfordulása. Utolsóként a külalakkal való elégedettség lépett be a modellbe ($p=0,041$). E szerint, ahogy nő a külalakkal való elégedetlenség mértéke, a túlzott sportolás esélye is emelkedik (18. táblázat).

18. táblázat. Logisztikus regressziós esélyhányadosok az EDS-HU skálán

Referencia kategóriák	B	S.E.	Sig	Exp (B)
BSSS-8 Kalandkeresés	0,222	0,033	0,001	1,249
Sportolási gyakoriság			0,001	
kevesebbszer, mint hetente	-1,677	0,502	0,001	0,187

Referencia kategóriák	B	S.E.	Sig	Exp (B)
heti egyszer	-1,396	0,391	0,001	0,248
heti kétszer	-0,854	0,381	0,025	0,426
Önértékelés	-0,075	0,014	0,001	0,928
BSSS-8 Élménykeresés	0,133	0,044	0,003	1,142
Sportolásra költött pénz			0,010	
5-10000 Ft	-0,919	0,349	0,008	0,399
11-20000 Ft	-0,940	0,300	0,002	0,391
21-30000 Ft	-0,589	0,294	0,045	0,555
Testi elégedettség	0,028	0,014	0,041	1,028

Ahol: B= regressziós paraméter; S.E.= standard hiba; Sig: szignifikancia; Exp (B): esélyhányados

5. Megbeszélés

Vizsgálatunk tárgyául a testedzésfüggőséget választottuk, egy olyan jelenséget, melynek kutatása mind Magyarországon, mind világviszonylatban újszerűnek számít. Dolgozatunkban arra koncentráltunk, milyen jellemzők, tényezők játszhatnak szerepet a testedzésfüggőség kialakulásában, kik azok, akik a rizikó csoportba tartozhatnak. Úgy gondoljuk ezen ismeretek birtokában lehetőség nyílik olyan prevenciós ajánlások kidolgozására, melyek segítenek abban, hogy a sportolói magatartás ne károsítsa az egészséget, ne legyen újabb problémák forrása.

Kutatásunkat egy a sportolókon belül is speciális csoportban végeztük el, fitness-termekben edzők között. Mintánkba összesen 1743 főt sikerült bevonni, összesen 17 budapesti fitness-teremből. Mivel a testedzésfüggőség-zavar leírásának egyik legfontosabb feltétele az evészavarok jelenlétének kizárása, így a statisztikai elemzés során azzal az 1439 fővel számoltunk, akikre ez nem volt jellemző. A testedzésfüggőséget, jelenleg a szakmailag legelfogadottabb, két kérdőív segítségével mértük, ezek a Testedzésfüggőség Skála (EDS-HU, Hausenblas és Symons-Downs, 2002, b) és a Testedzés Addikció Kérdőív (Terry és mtsai, 2004).

Úgy gondoljuk a dolgozat egyik legfontosabb mondanivalója, hogy felhívjuk a figyelmet a szimptomákkal rendelkezők extrém magas arányára a vizsgált populációban. Ez a két kérdőív esetében 76,9% és 69,3% (EAI és EDS-HU), míg a rizikó csoport aránya: 7,9% és 2,2%. Adataink jól követik a nemzetközi és hazai kutatások eredményeit (Lejoyoux és mtsai, 2012; Costa és Oliva, 2012; Béres és mtsai, 2013), továbbá magasabbak az egyéb populációkban, például felsőoktatási hallgatók, átlagnépesség között mért adatokhoz képest (Hausenblas és Symons-Downs, 2002,c; Menczel és mtsai, 2011; Monok és mtsai, 2012). Ezen eredmény kihangsúlyozását azért is tartjuk jelentőségtelinek, mivel a szimptomákkal bírók, vagyis azok, akik nem érik el a túlzott sportolás kritériumait, mégis rendkívül közel állhatnak hozzá. Feladatunk lehet a későbbiekben, hogy esetükben a megfelelő megelőző tevékenység segítségével megállítsuk a kóros irányba haladó folyamatot.

Habár egyre több olyan kutatás ismeretes, mely a férfiakra vonatkozó társadalmi elvárások változásait kutatja a sportolás és az evészavarok témakörében, még mindig a nők tartoznak abba a csoportba, akik számára a külső megjelenés, és annak kontrollja kifejezettebben elvárt. Ez a tényező megjelenik mind az evészavarok kialakulásának

hátterében, de a túlzásba vitt sportolás egy faktoraként is felmerül. Tovább menve, láthattuk, hogy a testedzésfüggőség és étkezési anomáliák között sok közös vonás található. Jelen kutatás ennek ellenére nem erősítette meg, azt a feltételezésünket, miszerint a nők felülreprezentáltsága lesz tapasztalható a rizikó és szimptomatikus csoportban (H1), de nem jelezte a férfiak túlsúlyát sem. Az ide vonatkozó kutatások szintén ellentmondásosak. A szakirodalomban mind a női, mind a férfi túlsúlyra is találunk eredményeket (Zmijewsky és Howard, 2003; Hausenblas és Symons Downs, 2002c; Cook és mtsai, 2013; Modolo és mtsai, 2011). Így e kérdés megválaszolása további kutatásokat igényel.

Az egész életen át tartó sportolási szokások a kutatások szerint az életkor előrehaladtával egyre csökken. Nem volt ez másképp esetünkben sem. A legfiatalabb korcsoport tudja vagy akarja a legtöbb időt a mozgásra szánni (H2). Ez az összefüggés természetesen a fiatalabb korosztály életmódbeli eltéréseivel is magyarázható, szemben az idősebb korosztály feladataival, kötelességeivel. A fiatalok identitásának kialakulása még alakulóban van, így önmaguk meghatározásában a sport egy igen hasznos eszköz lehet. A szépségre, külsőségekre vonatkozó társadalmi nyomás, szintén esetükben a legkifejezettebb, így nem meglepő, ha ők foglalkoznak legtöbbit a mozgással. Fontosnak tartjuk azonban, hogy számtalan inkább idősebb korban kialakuló ma már népbetegségnek számító kórforma (pl. szívbetegség, cukorbetegség, stb.) megelőzhető a sportolással, ezért ezt a korosztályt is segíteni kellene az *egészséges* mozgás nyújtotta előnyök kihasználásában.

Az is kiderült kutatásunkból, hogy a 30 év alatti korosztály esetében nagyobb a rizikó faktora a testedzésfüggőség (EDS-HU) kialakulásának (H2). Láthatjuk tehát, hogy a fitnesztermekben sportolók körében az életkor növekedésével párhuzamosan csökken a testedzésfüggőség kialakulásának valószínűsége, de egyben a sportolási gyakoriság is ritkább lesz körükben.

A sportolási szokások további aspektusa, hogy mi az a mennyiség, ami nagyobb eséllyel bejósolja, hogy az egyén túlzásba vitte ez irányú aktivitását. Természetesen, akármilyen jelenségről beszélünk, legyen az akár a sport is, annak szélsőséges mértékéről semmi kép sem állíthatjuk, hogy még mindig egészségesebb, mintha valamilyen súlyosabb, például kémiai szerrel kerülne függőségbe (Morgan, 1979, idézi Blaydon és Linder, 2002). Már csak azért sem, mert az addiktív mennyiségű sportolás a tapasztalatok szerint sokkal nagyobb arányban járnak együtt testi problémák kialakulásával (pl.

fáradásos törés, állandósuló ízületi és egyéb testi fájdalmakkal és gyulladásokkal). Az egészségügyi gondokon túl együtt járhat a családi, baráti kapcsolatok megromlásával, anyagi nehézségek kialakulásával, de akár az egzisztenciális (iskolai vagy munkahelyi) problémák megjelenésével is. Eredményeink szerint a sportolási gyakoriság növekedésével párhuzamosan az addiktív sportolás mértéke is emelkedik (H3).

Kutatások sora bizonyította, hogy a családi háttér fontos védőfaktor a pszichés problémákkal szemben. A testedzésfüggőséggel kapcsolatban eredményeink alátámasztották feltételezésünket. Így elmondható, hogy mintánk esetében a családban élők nagyobb védelmet élveznek a túlzásba vitt sportolással szemben (H4). Ez az eredmény alátámasztja az egészségpszichológia azon nézetét, miszerint a szociális háló megléte minden élethelyzetben fontos védőfaktor a problémákkal szemben. Az „átlag” ember szemében a sportolás egy egészséges szokás, így valószínűleg fel sem merül, hogy az a megszállottságig fokozódhat, mégis a család és a párkapcsolat egy olyan protektív faktornak tekinthető, amely a tágabb környezetnél hamarabb is képes felismerni a káros irányba való eltolódást.

A külső elvárások mellett, a szélsőséges viselkedés módok megjelenésének egy további oka lehet, a nem megfelelő stressz megküzdési módok, személyes védelmi mechanizmusok hiánya is. Ezek megszerzésének egyik lehetősége az iskolai képzés, ahol minél magasabb fokra lép valaki, annál több nehézséggel is kell egyben szembe néznie. A nehézségek mellett egyre több szociális helyzetbe is „bonyolódhat”. Mindezek sikeres megoldása, segíthet az élet további területein előálló stressz helyzetek sikeres abszolválásában. Kutatásunk alátámasztotta feltételezésünket, a túlzásba vitt sportolás nagyobb eséllyel jelent meg az alacsonyabb iskolázottságúak körében, mint a magasabbban kvalifikáltak esetén (H5). Ezen eredményünk összefüggésbe hozható azon kutatási eredményekkel, melyek az alacsonyabb iskolázottságú személyek kevésbé hatékony megküzdési stratégiáinak használatáról számolnak be (Garai, 2005).

A külső csillogás ára szó szerint is magas, a fitnessztermi bérletek, a sport felszerelések, stb. nem mindenki számára található elérhető anyagi közelségben. A legfiatalabb korosztály, helyzetükből adódóan is – többségük még tanul, vagy a ranglétra alacsonyabb fokán kezdi meg szakmai tevékenységét – kevesebb pénz felett rendelkeznek, így lehetőségeik is szerényebbek, melyet a mozgásra tudnak fordítani. A testedzésfüggőség kialakulása azt is magával hozza, hogy több pénzt költenek az emberek a már említett

kiegészítőkre, például sport ruházatra, táplálék kiegészítőkre, felszerelésekre, és az edzéseken való részvételre is (H6).

Korábbi vizsgálatok különböző sportágakon belül is igyekeztek felmérni a túlzott mozgás jelenségét, például súlyemelők, táncosok, aerobicozók, triatlonisták körében (Blaydon és Lindner, 2002; Hausenblas és Symons-Downs, 2002a, Youngman, 2007). Mivel ezek jellegükben különböző sportolási hozzáállást igényelnek – a súlyemelés inkább statikus, míg az aerobic dinamikus mozgásformának számít, feltételeztük, hogy a testedzésfüggőség kialakulásának mértéke is eltérően fog alakulni e szempont szerint. Kutatásunk azt mutatja, hogy ilyen összefüggésről nem beszélhetünk, vagyis a sportág dinamikája nem befolyásolja a dependencia mértékét vagy hiányát (H7).

Mivel kutatásunk strukturált környezetben (zárt tér) edzők körében zajlott, kíváncsiak voltunk rá, hogy az elsődlegesen megjelölt mozgásforma szempontjából befolyásoló-e, hogy milyen környezetet választanak ennek a sportolók. Korábbi kutatások azt a nézetet erősítették meg, miszerint a nem strukturált, vagyis szabadtéren (parkban, erdőben, stb.) edzők körében magasabb a testedzésaddikció. Jelen kutatás nem mutatott eltérést e szerint, vagyis a testedzésfüggőség megjelenése a helyszíntől függetlennek bizonyult (H8).

A szociális kapcsolatok egy további aspektusa az edzés szempontjából, hogy mindezt egyénileg vagy csoportban valósítjuk-e meg. Habár vannak emberek, akik csoportban sokkal nagyobb teljesítményt nyújtanak, a társas serkentés okán, a testedzésfüggőség tekintetében úgy tűnik azonban, azokat fenyegeti inkább a túlzott mozgás veszélye, akik egyedül sportolnak (H9). Úgy gondoljuk ennek fő oka, hogy esetükben nincs meg az a társas védő háló, figyelem a sporttársak irányából, akik felismerhetnék a szélsőségek felé kezdődő eltolódást. Így ők azok, akik csak a saját fejük után mennek, és talán még önmaguk számára is észrevétlenül átlépik azt a határt, mely az egészséges szenvedély és a megszállottság között húzódik.

A sportolással, mint egészséges szokás ellentétes attitűdöket feltételez a káros szerek fogyasztása. Ezzel szemben tapasztalataink azt mutatják, hogy bizonyos addikciók esetleg átválthatnak egy másikba. Továbbá egyes kutatások felvetik a lehetőségét a szerhasználat és a testedzésfüggőség kapcsolatának, mivel mind két esetben addiktív viselkedésmódról van szó (Lejoyeux és mtsai, 2008). A szerfüggőséggel kapcsolatos további feltételezésünk szerint ez is egy olyan megoldás az élet nehézségeivel szemben,

melyek a hiányos megküzdési stratégiákat feltételezik a háttérben. A dohányzás mintánkban az átlagnépesség arányaihoz képest alacsonyabbnak bizonyult, míg a szintén népbetegségnek számító alkoholfogyasztás a rizikócsoporthoz képest a legalacsonyabbnak. (H10). A szerfogyasztás nem csak az alkohol esetében, de az amfetamin és ecstasy kipróbálásában is megmutatkozott. Érdekesnek tartjuk, azt a párhuzamot, hogy e stimuláns drogok (amfetamin, extasy, kokain) esetében mutatkozott a túlzott sportolás emelkedettebb rizikója, mivel maga a sportolás is a testünk stimulálását szolgálja. Elképzelhetőnek tartjuk, hogy mindkét esetben szó lehet, a test és lélek unalomból, izgalommentes mindennapjaiból való – téves – kimozdítására. E stimuláns szerek használata legkifejezettebben a fiatalok körében jelennek meg, főképp kikapcsolódáshoz, bulizáshoz kötődően. Úgy gondoljuk ez egy további kapcsolat, mely azt a feltételezésünket erősítheti meg, hogy a még fejletlen probléma megoldási készségek, hibás öngyógyító mechanizmushoz vezethetnek, jelen esetben droghasználathoz, testedzésfüggőséghez, vagy akár mindkettőhöz. Sportolók, elsősorban testépítő férfiak körében gyakoribb a szteroidok, doppingerek használata (Túry és mtsai, 2001). Vizsgált mintánkban ez a sportolói réteg is megjelenik. Eredményeink szerint a testedzésfüggőség skálán elért pontszám növekedésével a szteroid használat valószínűsége is emelkedik. Úgy gondoljuk, elképzelhető, hogy ezen adatok éppen mintánk testépítő tagjaira vonatkozhat. Ennek pontosabb tesztelése további vizsgálatok tárgya lehet.

Amikor sportolásról beszélünk, elkerülhetetlen a külalak, súly kérdésének vizsgálata. Habár a testedzésfüggőség esetén nem cél a fogyás, a motivációs bázis nem a külsőségek megváltoztatásán alapul, ezt jelen kutatásban is szerettük volna alátámasztani. Elmondhatjuk, hogy a testsúlycsökkentésre vonatkozó motiváció a testedzésfüggőség mértékét nem befolyásolja (H11). Úgy gondoljuk a sport olyan visszajelzés, mely növeli a testi öntudatot. Annak tudata, hogy mozog, növeli az önbizalmat, miszerint testük megfelelően karban van tartva, annak méretéért nem kell aggódniuk. Visszaülve korábbi megállapításunkra a szteroidok használatával kapcsolatban, kivételt képezhetnek az aggodalmaskodás tekintetében az izomdiszmorfiában szenvedő személyek, mely a testépítő férfiakra jellemző zavar. A külalak kérdését tovább vizsgálva azt találtuk, hogy a testedzésfüggőség szempontjából veszélyeztetettek (EDS-HU) elégedetlenebbek testi megjelenésükkel. Látható, hogy a külalakkal való elégedettség és a testsúllyal való elé-

gedettség két külön tényező. Mintánk esetében megerősödni látszik az az állítás mindezek alapján, hogy a testedzésfüggőség valóban egy az evészavaroktól független jelenség.

Ahogy már említettük, ez az a korosztály, akiket a médiából sugárzott elvárások különösen nagy sikerrel tudnak befolyásolni. A „Hogyan kellene élnem? Mit tegyek, hogy szeressenek?” kérdésre, sokszor a reklámok és az éppen felkapott celebritások adják meg a választ. Azok számára, akik életükkel elégedetlenebbek, önértékelésük ingatag, vagy még éppen azon az úton járnak, ahol ezek a személyiség alapköveinek tekinthető jellemzőik kialakulófélben vannak, könnyebben fogadják el válaszként ezeket a külsőségekre alapozó megoldásokat. Eredményeink szerint a fiatalabb (30 év alatti) korcsoport önértékelése valóban alacsonyabb (H12). Az önértékelés továbbá alacsonyabbnak bizonyult a testedzésfüggőségben érintettek között, ami ismételten arra utal, hogy a túlzott testmozgás egyfajta belső elégedetlenséggel, kiegyensúlyozatlansággal állhat kapcsolatban, ami megerősíti hipotézisünket.

A hipotézisünkkel ellentétben, miszerint az életminőség pozitív megítélése a sport addikcióval nem jellemezhető körében magasabb lesz, a személyes jóllét esetében nem találtunk kapcsolatot a testedzésfüggőség mértékével (H13).

A sportolás lehetőséget nyújt új emberek megismerésére, friss élmények megszerzésére, a kilépés lehetőségét adhatja az unalmas, megszokott hétköznapiakból. Habár jelen kutatás nem foglalkozott az extrém sportokkal, de a fitneszteremben űzhetőek is kielégíthetik az újdonságra, izgalmasabb élményekre való törekvésünket. Kutatásunk szerint ez valóban így történik. A férfiak, mintánkban határozottan kalandkeresőnek bizonyultak, míg az unalmat nehezen tűrik. Emellett a hölgyek inkább új élmények megtapasztalására vágnak. Feltételezéseinknek megfelelően a fiatalok, idősebb (30 fölöttiek) társaikhoz képest, sokkal inkább keresik az új, kalandosabb élményeket, nehezen tűrik az unalmat, és önmaguk gátlása nehezebb feladat, mint a későbbi életszakaszban lévőknek (H14). Ezen megállapítások ismételten összecsengenek a droghasználatra vonatkozó megállapításainkkal, miszerint a fiatalabb korosztályra a gyakoribb kipróbálás és szerfogyasztási attitűd jellemző. Továbbá a szerfogyasztás és az élménykeresés között is szoros kapcsolat mutatható ki. Úgy gondoljuk ezek az eredmények, ismételten magyarázhatóak a fiatalok eltérő megküzdési és stresszkezelési képességeivel. Nem csak az életkor azonban, de a túlzott sportolás is kapcsolatban állhat az élménykeresés dimenzióval. Ahogy azt korábban gondoltuk a magasabb pontszám a túl-

zott sportolást mérő teszteken együtt jár a magasabb szintű szenzoros élménykereséssel, ahol a kalandkeresés és az élménykeresés (EAI, EDS-HU) dimenziója kiemelkedőnek bizonyult (H14). Elképzelhetőnek tartjuk, hogy maga a szélsőségesen sok sport is arra irányul, hogy új élményeket kapjon a személy, aminek „normális mértéke” már nem elegendő, ezért minél több kell belőle. Továbbá, minél többet sportol valaki, annál komolyabb elvárásokat tűz ki maga elé (pl. maratoni futás vagy ultratriatlon), melyek újabb és újabb ingerrel szolgálhatnak a már megszokott mozgásformával, mennyiséggel szemben. A testedzésfüggőség szempontjából veszélyeztetettekre továbbá a magasabb fokú gátolatlanság is jellemző (EDS-HU). Ez azt jelenti, ahogy azt korábbi vizsgálatok (Lichtenstein és mtsai, 2013) is megerősítik, hogy ezen személyek sok esetben kevésbé együttműködők társaikkal. Ez egyben magyarázat lehet azon korábbi eredményünkre is, miszerint ők azok, akik inkább egyedül sportolnak. Lehetséges, hogy társaikkal kevésbé tudnak megfelelő kapcsolatot kialakítani, aminek a gátolatlanság az egyik dimenziója lehet. A további vizsgálatok még pontosabban rávilágíthatnak ezen összefüggések mi-
benlétére, de eredményeink alapján úgy gondoljuk, egy prevenciós program tervezése során mindenképpen megfontolandó a társas készségek fejlesztésének beillesztése a folyamatba.

6. Következtetések

Kutatásunk célja egy olyan ma még kevésbé feltárt terület mélyebb megismerése volt, mely a társadalomtudományok több ágának metszeteként is értelmezhető. A testedzés-függőséget jelen dolgozatban a pszichológia nézőpontjából vettük a fókuszba, de értelmezhető a szociológia, antropológia és élettan szemszögéből is. Az irodalmi bevezetés során igyekeztünk hangsúlyt fektetni arra, hogy e társtudományok is bemutatásra kerüljenek, hiszen úgy gondoljuk a túlzott sportolás jelensége több területbe beágyazottan érthető meg igazán. Ez a többszörös oksági felfogás, mely talán a rendszerszemlélet módszeréhez áll a legközelebb ugyancsak igaz a ma oly elterjedt evészavarokra, szenvedélybetegségekre. Az evészavarokat fontosnak tartjuk kiemelni, mivel a túlzásba vitt sportolás bár tőle független, mégis sok vonásában hasonló jelenség. Az egyik fő közös dimenzió a kultúra, a fogyasztói társadalom, ahol kialakulnak ezek a zavarok. A testedzésfüggőség vizsgálatakor ambivalens helyzettel állunk szemben, hiszen a sportolás egy egészséges tevékenység, mely már kialakult betegségeket „gyógyít”, segít egyensúlyban tartani a testi funkciókat, nem utolsósorban a lelki egészséget is védi, fejleszti. Pozitív hatással van az önértékelésre, az életminőséget pozitív irányba növeli. Ezzel szemben azt állítani, hogy a sportolást túlzásba lehet vinni, és káros is lehet az egészségre sokáig még szakmai berkekben is ellenállásba ütközött. A testedzésfüggőség, ahogy azt elnevezése is sugallja, azonban a szenvedélybetegségek körébe sorolható zavar, mely mind testi, mind lelki, mind társas szinten problémát okozhat az egyén életében. Felismerése igen nehéz, mivel egy köztisztelőben álló szenvedélyről beszélünk, és a környezet, de maga az egyén is igen nehezen ismeri fel azt az állapotot, amikor a szenvedélyből függőséggé alakul a mozgás szeretete. A családnak, párkapcsolatnak kiemelt fontosságot tulajdoníthatunk jelen esetben is. Mintánk, a fitneszteremben edzők, körében az addiktív testedzés nagyobb gyakorisággal jelenik meg egyedül állók esetében. Úgy gondoljuk a mikroökönyezet, mint védőfaktor, hasonlóképpen, mint a szerfüggőség esetében is, visszatartó erejű lehet. Egy további vetülte ennek az eredménynek, hogy a hozzánk közelállóok hamarabb észrevehetik, ha kicsúszott a kezünkből az irányítás, legyen szó akár a sportról, akár egyéb szenvedélybetegségről. A társak fontosságát erősíti meg azon eredményünk is, miszerint a csoportban edzők körében alacsonyabb a testedzésfüggőség megjelenésének valószínűsége. Így fontosnak tartanánk, hogy még azok is, akik jobban szeretnek magukban edzeni, kerüljenek kapcsolatba szak személlyel, mint edzők, die-

tetikusok, gyógytornászok vagy általános orvosok, akik felfigyelhetnek a jelenségre, és szükség esetén tovább irányíthatják páciensüket további kezelésbe.

Különösen fontosnak tartom kiemelni eredményeink közül azt a tényt, hogy a test-edzésfüggőség magasabb arányban jelent meg a fiatalok körében, valamint ők azok, akik gyakrabban és többet edzenek, mint a harminc fölötti korosztály. A társadalmi nyomás, mely szerint szépnek, vékonynak, és sikeresnek kell lenni legerősebben a serdülőket, fiatal felnőtteket érinti, különösen azokat, akik szűkebb környezetükben nem tettek szert megfelelő önbizalomra, öntudatra. Az önértékelés alacsonyabb foka, a média sugallta normatív elégedetlenség a külalakkal, abba az irányba tolja a még kialakulóban lévő személyiséget, hogy elsődlegesen külsejük tökéletesítésén keresztül jelenítsék meg egyéni értékességüket. Mindez ellentétben áll azzal az alapvető terápiás megfontolással, miszerint a belső szépség, egyensúly a külső testen is megmutatkozik, „átsugárzik”. Úgy gondoljuk jelen kutatás is azt, a már ismert gondolatot támasztja alá, miszerint a gyermekek egészségre nevelését, már egészen kiskorban el kellene kezdeni, és nem csak az étkezés tekintetében, hanem a lelki, személyiségbeli növekedést is segíteni kellene. A valós értékeket megtanítani, mely nem a külső „imádatára” fókuszál, de a közönségre, az alapvető értékekre, mint a becsületesség, emberség, önazonosság, figyelem magunkra és a környezetünkre.

6.1. A kutatás erősségei és korlátai

Kutatásunk bemutatása során nem mehetünk el szó nélkül annak korlátai, valamint erősségei, az eredmények hasznosíthatósága mellett sem. Mintaválasztásunk nem volt véletlenszerű. Minthogy választásunk egy kiemelten magas kockázatúnak számító csoportra vonatkozik, így az egész népességre nem vonhatók le következtetések; általánosítani csak e keretek között lehet. Eredményeink a fitnesztermekben sportoló populáció esetében tekinthető érvényesnek. Önkénteseink a felmérések időszakában igyekeztek minden személyt, akik elhagyták az intézményt megszólítani, de adataink csak azokra vonatkoznak, akik valóban kitöltötték ezt követően a kérdőívet, míg nincs információ azokról, akik meg sem álltak, vagy visszautasították a részvételt.

Kérdőívünk jellegéből adódóan önbevalló adatokra támaszkodik, így ezek torzításával minden esetben számolnunk kell.

Az interneten történő válaszadás mind pozitívumokat, mind hátrányokat is rejthet magában. Hátránya, hogy az itt történő válaszadás kevésbé megbízható, mintha a helyszínen történt volna meg az adatfelvétel, papír-ceruza módszerrel. Ezen megállapítás hátránya is lehet egyben, hogy a személyes kitöltés esetén elképzelhető, hogy a résztvevők a számukra kellemetlen kérdésekre, kevésbé szívesen válaszolnak. Ezzel szemben számítógépük magányában nagyobb eséllyel számolnak be a számukra érzékenyebb kérdések esetében is őszintén, továbbá az önálló kitöltés az anonimitás jobb megvalósulását is elősegíti.

Felhasznált kérdőíveink a testedzésfüggőségre vonatkozóan validáltak, valamint reliabilitási mutatóik is statisztikailag megfelelőek, azt azonban ki kell emelnünk, hogy nem tekinthetők klinikai diagnosztikai eszköznek. Ennek vizsgálata még várat magára. A testedzésfüggőség nem szerepel a jelenleg is használatos diagnosztikai útmutatókban (DSM-V, BNO-10) (APA, 2013), így betegségről nem, csak feltételezett zavarról beszélhetünk.

A továbbiakban szükségesnek tartanánk mélyinterjúk készítését, a vizsgált jelenség mélyebb megismerése érdekében.

Meg kell említenünk a SCOFF kérdőívre vonatkozó alacsony belső érvényességi értéket, mint gyengítő tényező. A teszt illetően tulajdonsága több okból is adódhat. Egyrészt kifejezetten nők részvételével került kifejlesztésre, mintánkban azonban magas arányban szerepeltek férfiak is. Továbbá az eszköz egyszerre méri az anorexia nervosa és a bulimia nervosa meglétét is, annak ellenére, hogy ezek különálló jelenségek.

Eredményeink hasznosíthatósága mellett kell megjegyeznünk, hogy hasonló volumenű kutatás Magyarországon tudomásunk szerint még nem készült, így lehetőségünk nyílt egy speciális, kiemelten veszélyeztetettnek tekinthető csoportra fókuszálni. Éppen ezért úgy gondoljuk jelen felmérésünk hiánypótlónak tekinthető mind hazai viszonylatban, mind a fitness világában elkötelezett személyek körében.

Adataink tudományos felmérését azért is tartjuk fontosnak, hogy ismereteink fényében lehetőség nyíljon a megfelelő prevenciós lehetőségek kidolgozására. A fitness-termeknek irányt adni, mire figyeljenek oda, esetleg megismertetni őket a rövidebb tesztek (screening tool) kínálta lehetőségekkel. Továbbá mind őket, mind a termék látogatóit segíthetjük, információs brossúrákkal, esetleg megelőző előadásokkal, készségfejlesztő tréningekkel. Fontosnak tartjuk azonban azt is, hogy ez a fajta megelő-

zõ tevékenység ne csak rájuk irányuljon, de már az adollescensek körére is, ahol általános, a valós értékeket kiemelõ, továbbá szociális készségeket növelõ foglalkozásokat lenne fontos megvalósítani az elsõdleges prevenció jegyében.

7. Összefoglalás

A túlzásba vitt sportolás egészségtelen formáját 1976-ban említi először Az azóta, valamint az általunk lefolytatott vizsgálat is arra mutat rá, hogy olyan jelenségről van szó, mely potenciális veszélyt jelenthet az arra érzékenyek számára.

A testedzésfüggőség a sportolás olyan káros formája, mely az egyén testi és lelki jóllétét is fenyegeti. Viselkedéses függőségről beszélhetünk, ahol az obszesszió tárgya a mozgás, annak is a szélsőséges mennyisége. A probléma kialakulását mediálhatja a médián keresztül érkező vékony, szép külső megjelenés mindent felülíró kívánalma.

Vizsgálatunkat egy olyan speciális környezetben folytattuk, mely magán hordozza ezeket a társadalmi lenyomatokat. A kutatás az ELTE Klinikai Pszichológia és Addiktológia Tanszékével együttműködve, Demetrovics Zsolt vezetésével valósult meg.

Felmérésünk célkitűzése a testedzésfüggőség kialakulási rizikófaktorainak azonosítása. Kvantitatív, kérdőíves felmérést végeztünk a fitnesztermekben sportolók körében, akiknek elsősorban sportolási szokásaikra, fókuszáltunk, kiegészítve az étkezésre, önmaguk megítélésére vonatkozó kérdésekkel.

Megállapíthattuk, hogy egy az evészavaroktól független zavarról beszélhetünk. Kiemelendő, hogy mintánkban rendkívül magas a szimptomákat mutató egyének száma, mivel ők azok, akik a megfelelő segítség nélkül könnyedén a rizikó csoport tagjaivá válhatnak. Úgy gondoljuk a másodlagos prevenció elveit követve, könnyebb feladat a még ki nem alakult problémát jó irányba terelni, mint a kialakult betegséget kezelni. Véleményünk szerint a megelőző, fejlesztő munkát a serdülők körében kell megkezdeni. Erőfeszítéseket kellene tennünk annak érdekében, hogy a fiatalok megtanulják szétválasztani a valós értékeket a külsőségekre vonatkozó, hamis elvárásokkal szemben. Úgy találtuk, hogy a testedzésfüggőségben szenvedő személyek önértékelése alacsonyabb. Társas készségeik, valamint a szociális környezettel való kommunikációjuk fejlesztésre szorul. A valós értékek hiánya társadalmunk egyik fő problémája. Jelen kutatás eredményei alapján a testedzésfüggőség inkább veszélyezteti a fiatalabb korosztályt, jobb anyagi körülményekkel rendelkezőket, akik egyben magasabb iskolázottsággal is jellemezhetőek. Elmondható továbbá, hogy külsejükkel kevésbé elégedettek, valamint fogékonyak az újdonságokra, keresik az életüket izgalmasabbá tevő élményeket. Éppen ezért a fiatalok segítése a problémák felismerésében kiemelt feladat, mint ahogy az is, hogy a sportolás egészséges voltát megőrizzük mindenki számára.

7.1. Summary

The amount of physical activity in our daily lives has been reduced to an unhealthy minimum over the last decades. Public attention to regular exercise is strongly linked to physical looks. Although regular exercise has been shown to have beneficial effects on one's well-being, researchers have found that exercise may lead to a form of dependence or abuse in some individuals. Exercise dependence (ED) manifests as a strong desire to perform physical activity in one's free time, which becomes uncontrollable.

Based on the previous studies, the objective of the present paper is to investigate the phenomenon of ED and to explore the volume and frequency of exercise dependence.

The survey was conducted in Budapest, with the participation of 17 fitness centers. Our final sample consisted of 1743 subjects (58.6% were female) mean age = 31.7 (SD = 8.49). In our analysis we only counted people without an existing eating disorder, since it is an important term of ED. In that way our final sample included 1439 people.

On the EAI scale the results showed that 7,9 % of the sample belonged to dependent group, 76,9% to the symptomatic. On the other hand, on EDS scale we found similar rates, 2,2% of the people showed exercise dependence, 69,3% scored in the symptomatic range. It means that the incidence of ED is higher among regular fitness goers than in normal population. We have found that the more the person exercises the higher the prevalence of the dependence becomes.

We found that young people are at greater risk. They might have poorer abilities in stress management and coping mechanism. Their self-esteem is also lower, but they scored higher points on sensation seeking.

Due to their activities, these groups of people are at elevated risk for ED, thus it is highly important to raise their awareness of this phenomenon of ED. EDS and EAI tools can contribute to the early detection of ED and support the prevention and intervention processes. In sport and leisure facilities, these tools are useful for screening. Assuming that “only” about two to seven percent of the exercising population may be affected by exercise addiction and that the majority of exercise addicts are “lone wolves”, the use of the questionnaires may have further limited value in assessment. Introducing these screening tools to the GPs could also contribute to reveal this hidden disease.

Irodalomjegyzék

1. Allegree B, Therme P, Griffith M. (2007) Individual Factors and the Context of Physical Activity in Exercise Dependence: A Prospective Study of 'Ultra-Marathoners'. *Int J of Mental Health and Addiction*, 5:233-243.
2. al-Zubaidi, L. (1998): Urban Anthropology – An Overview. http://www.indiana.edu/~wanthro/theory_pages/Urban.htm. 2010-01-29
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association (1994).
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing (2013).
5. Balázs H, Demetrovics Zs, Kun B. A kóros játékszenvedély. In: Demetrovics, Zs., Kun, B. (szerk) *Addiktológia IV*. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2010 : 43-76.
6. Bamber D J, Cockerill I M, Rodgers S, Carroll D. (2003) Diagnostic criteria for exercisedependence in women. *British J of Sport Medicine*, 37 (5): 393-400.
7. Baumeister R, Campbell JD, Krueger JI, Vohs KD. (2003) Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological science in the public interest*, 4(2):1-44.
8. Béres A, Czeglédi E, Babusa B. (2013) A testedzésfüggőség és a testkép vizsgálata fitnesszedzést végző nők körében. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 14 (2): 91-114.
9. Blaydon, M. J., Lindner, K. J. (2002) Eating disorders and exercise dependence in triathletes. *Eating Disorders*, 10(1), 49-60.
10. Bojer A, Jankovics N, Kovács M, Nagyné Forgács E, Simor É, Vörös Cs, Waffenschmidt J. (2012) 2011. évi népszámlálás, A népesség és a lakásállomány jellemzői. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest. http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/nepsz2011/nepszelo2011_2.pdf. Elérhető: 2014.08.26.
11. Brassai L, Pikó B. (2008) Egyéni és családi pszichológiai tényezők szerepe a serdülők testmozgásának rendszerességében. *Alkalmazott Pszichológia*, 10 (3-4): 5-20.

12. Carver C , Scheier MS. Személyiségpszichológia. Osiris Kiadó, Budapest, 1998: 76-92; 173-174.
13. Cook B, Karr TM, Zunker C, Mitchell J, Thompson R, Sherman R, Crosby RD, Cao L, Erickson A, Wonderlich SA. (2013) Primary and Secondary Exercisedependence in a Community-Based Sample of Road Race Runners. *J of Sport & Exercise Psychology*, 35:464-469.
14. Comer RJ. A lélek betegségei. Pszichopatológia.Osiris Kiadó, Budapest, 2000: 516-517.
15. Costa S, Oliva P. (2012). Examining relationship between personality characteristics and exercise dependence. *Rev of Psychology*, 19/1: 5-12.
16. Costa S, Hausenblas HA, Oliva P, Cuzzocrea F, Larcan R. (2013) The role of age, gender, mood states and exercise frequency on exercise dependence. *J of Behavioral Addictions*, 2(4): 216-223.
17. Cotton MA, Ball C, Robinson P.(2003). Four simple questions can help screen for eating disorders. *J of General Internal Medicine*. 18(1): 53-56.
18. Courneya KS, Hellsten L-A M. (1998) Personality correlates of exercise behavior, motives, barriers and preferences: an application of the five-factor model. *Personality and Individual Differences*, 24 (5): 625-633.
19. Czeglédi E, Urban R, Csizmadia P. (2010). A testkép mérése: A Testi Attitűdök Tesztjének (Body Attitude Test) pszichometriai vizsgálata. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 65(3): 431-461.
20. De Coverley Veale, D M W. (1987) Exercise dependence. *British J of Addiction*, 82, 735-740.
21. Demetrovics Zs, Kurimay T. (2008). Testedzésfüggőség: a sportolás mint addikció. *Psychiatria Hungarica*, 23: 129–141.
22. Demetrovics Zs, Menczel Zs. (2004) Droghasználat parti-látogató fiatalok körében. *A Magyar Addiktológiai társaság V. országos Kongresszusa*. 2004. október 21-23. Balatonfüred. Abstracts: 12-13.
23. Demetrovics Zs, Nádas E, Kun B. Rekreációs droghasználat Magyarországon: előzmények. In: Demetrovics Zs, Rácz J (szerk.), *Partik, drogok, ártalomcsökkentés, Kvalitatív kutatások a parti-szcénában.*, L'Harmattan, Budapest, 2008: 13-24.

24. Dudás K, Túry F. (2008). Orthorexia nervosa: az egészségesétel-függőség, mint a legújabb evészavarok egyike. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 9:125-137.
25. Dúll A. (2009): A környezetpszichológia alapkérdései. L'Harmattan, Budapest: 48-60.
26. Edmunds J, Ntoumanis N, Duda JL. (2006) Examining exercise dependence symptomatology from a self-determination perspective. *J of Health Psychology*, 11:887-903.
27. Egorov A Y, Szabo A. (2013) The exercise paradox: An interactional model for clearer conceptualization of exercise addiction. *J of Behavioral Addictions*, 2 (4): 199-208.
28. Eipl T., Dezső D., Menczel Zs. (2015) Testedzésfüggőség mérése triatlonversenyzők körében. Magyar Addiktológiai Társaság X. Kongresszusa. Abstracts.
29. Fallon EA; Hausenblas HA. (2004). Media images of the „ideal” female body: Can acute exercise moderate their psychological impact? *Body Image*, 2: 62-73.
30. Fábíán Zs, Pillók P, Ritter A, Hoyer M. (2002) Felmérés a Magyarországi internet használatról – szociálpszichológiai és pszichopatológiai vonatkozások. *Psychiatria Hungarica*, 17(6): 599-606.
31. Featherstone M, Hepworth M, Turner BS. A test. Társadalmi fejlődés, kulturális teória. Jászöveg Műhely Kiadó, 1995.
32. Featherstone M. A test a fogyasztói kultúrában. In: Featherstone M, Hepworth M, Turner BS. A test. Társadalmi fejlődés, kulturális teória. Jászöveg Műhely Kiadó, 1995: 70-107.
33. Fejér B. (2000): A parti. Antropológiai sűrű leírás. *Replika* 39. 61-74.
34. Frisnyák Zs. (2012) Az első pesti edzőterem.
http://timelord.blog.hu/2012/08/30/az_elso_pesti_edzoterem#more4599783.
2014.06.18.
35. Garai D. (2005) Az identitás alakulás fordulópontjai és a megküzdés sajátosságai veleszületetten és trauma következtében sérült mozgáskorlátozott személyek narratívumaiban. Doktori értekezés. Debreceni Egyetem, Személyiség- és Klinikaipszichológiai Tanszék.

36. Garner DM, Olmstead MP, Polivy J. (1983) Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2: 15-34. In: Túry F, Sáfrán Zs, Wildmann M, László Zs (1997). *Az Evési Zavar Kérdőív (Eating Disorder Inventory) hazai adaptációja*. *Szenvedélybetegségek*, 5: 336-342.
37. Glasser W. (1976) Positive addiction. In: Blaydon MJ, Lindner KJ. (2002). *Eating disorders and exercise dependence in triathletes*. *Eating Disorders*, 10(1): 49-60.
38. Gosling SD, Rentfrow PJ, Swann WP. (2003) A very brief measure of the Big-Five personality domains. *J of Research in Personality*, 37: 504-528.
39. Griffith M. (1996) Behavioural addiction: an issue for everybody. *Employee Counselling Today*, 8/3: 19-25.
40. Griffith M. (1997) Exercise addiction: a case study. *Addiction Research*, 5: 161-168.
41. Griffith M. (2013) Behavioural addictions- Past, present, and future: A personal perspective. *J of Behavioral Addictions*, 2/ Supplement 1: 4.
42. Hagan AL, Hausenblas HA. (2003) The relationship between exercise dependence symptoms and perfectionism. *American J of Health Studies*, 18(2/3): 133-137.
43. Hausenblas H A, Symons Downs D. (2002a) Exercise dependence: a systematic review. *Psychology of Sport and Exercise*, 3: 89-123.
44. Hausenblas HA, Symons Downs D. (2002b) *Exercise Dependence Scale Manual*. Unpublished manuscript, University of Florida, Gainesville.
45. Hausenblas HA, Symons Downs D. (2002c) Relationship Among Sex, Imagery, and Exercise Dependence Symptoms. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16(2): 169-172.
46. Hoyer M. - Tremkó M. (2000): Istenkeresés helyett egyszer használatos kapcsolat, avagy a drogfogyasztó magatartás, mint a társadalmi változások tükré. In: Demetrovics Zsolt (szerk.), *A szintetikus drogok világa*, Animula Kiadó, Budapest, 2000: 119-215.
47. Huszár A, Bognár J. (2006) *Fiatal felnőttek testkultúrája, avagy az iskolai testnevelés felnőttkori hatásai Magyarországon és Finnország példáján*. *Új pedagógiai szemle*, 6: 107-114.
48. Keresztes N, Pluhár Zs, Pikó B. (2005) Társas hatások szerepe a serdülők fizikai aktivitási magatartásában. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 6 (1): 35-51.

49. Kopp M, Kovács M. A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006: 167-180.
50. Kovács E. (2012) A tradicionális szociokulturális védőfaktorok szerepe a fiatalkori problémaviselkedésben. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola
51. Kovacs E, Piko B. (2011) Physical and mental health of Hungarian high school students. Paper presented at the World Congress for the Sociology of Sport, Havana.
52. Kökönyei Gy. (2008) Érzelemszabályozás krónikus fájdalomban. Doktori Disszertáció. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Budapest.
53. Körlin D, Edman G, Nybäck H. (2007) Reliability and validity of a Swedish version of the Dissociative Experiences Scale (DES-II). Nord J of Psychiatry, 61: 121-142.
54. Kulcsár Zs. Egészségpszichológia. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2002: 11-29.
55. Kun B, Demetrovics Zs. A szexuális viselkedés zavarai. In: Demetrovics Zs, Kun B. (szerk.), Az addiktológia alapjai IV., ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2010: 133-205.
56. Kun B, Paksi B, Arnold P, Rózsa S, Demetrovics Z. (2009) Kényszeres vásárlás a magyarországi felnőtt népesség körében: kezdeti eredmények. Előadás elhangzott a Magyar Addiktológiai Társaság VII. Kongresszusán, Siófok.
57. Lejoyeux M, Avril M, Richoux C, Embouazza H, Nivoli F. (2008) Prevalence of exercise dependence and other behavioral addictions among clients of a Parisian fitness room. Comprehensive psychiatry, 49 (4): 353-8.
58. Letenyei L. Kulturális antropológia. Typotex Kiadó, Budapest, 2012: 15-19.
59. Lichtenstein MB, Christiansen E, Elklit A, Bilenberg N, Stoving RK. (2013) Exercise addiction: A study of eating disorder symptoms, quality of life, personality traits and attachment styles. Psychiatry Research, 215:410-416.
60. Liptai-Menczel Zs. (2010) A fitness jelenség. Új ifjúsági szemle, 8(3):85-93.
61. Lukács L, Murányi T, Túry F. (2007) A testi attitűdök, testi elégedetlenség és a testépítés kapcsolatának vizsgálata fiatal férfiak között. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 8 (2): 131-145.

62. Lukács L, Túry F. (2003) Modern pszichoszomatikus zavarok a testideálok jegyében. <http://hippocrateslap.hu/uploads/ujstag/2003-6/modern-pszichoszomatikus-zavarok-a-testidealok-jegyeben.pdf>. 2014.06.13.
63. Magee C. A., Buchanan I., Barrie L. (2016) Profiles of exercise dependence symptoms in Ironman participants. *Psychology of Sport and Exercise*, 24: 48-55.
64. Mayer K, Lukács A, Pauler G. (2012) A 8-tételes Szenzoros Élménykeresés Skála (BSSS-8) magyarországi adaptálása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 13(3):297-312.
65. Menczel Zs., Kovács E., Vingender I. (2011) A testedzésfüggőség: egy újabb viselkedéses addikció a modern evés- és testképzavarok sorában. *Addiktológia*, 10 (4): 301-317.
66. Merkelbach H, Muris P, Rassin E. (1999) Fantasy proneness and cognitive failures as correlates of dissociative experiences. *Personality and Individual Differences*, 26: 961-967.
67. Mimics Zs. (2006) A személyiség építőkövei. Típus-, vonás-, és biológiai elméletek. Bölcsész konzorcium. <http://mek.oszk.hu/04800/04808/04808.pdf>. 2014.04.25.
68. Modolo VB, Antunes HK, Gimenez PR, Santiago ML, Tufik S, Mello MT. (2011) Negative addiction to exercise: are there differences between genders? *Clinics (Sao Paulo)*, 66(2):255-260.
69. Mónok K, Berczik K, Urbán R, Szabo A, Griffith MD, Farkas J, Magi A, Eisinger A, Kurimay T, Kökönyei Gy, Kun B, Paksi B, Demetrovics Zs. (2012) Psychometric properties and concurrent validity of two exercise addiction measures: A population wide study. *Psychology of Sport and Exercise*, 13 (6): 739-746.
70. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. (1999) The SCOFF questionnaire: assesment of a new screening tool for eating disorders. *British Medical J*, 319: 1467-1468.
71. Ortega FB, Lee D-c, Sui X, Kubzansky LD, Ruiz JR, Baruth M, Castillo MJ, Blair SN. (2010) Psychological Well-Being, Cardiorespiratory Fitness, and Long-Term Survival. *American J of Preventive Medicine*, 39(5): 440-448.
72. Urbán R, Hann E. (2003) Rendszeres testedzés és a szocioökonómiai státusz összefüggései magyar reprezentatív mintában. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 4:11-16.

73. Pajkossy P, Demetrovics Zs. (2007). A kannabisz használat szerepe a pszichotikus állapotok kialakulásában. *Psychiatria Hungarica*, 22(2): 145-162.
74. Paksi B, Felvinczi K, Schmidt A. (2004) Prevenációs/egészségfejlesztési tevékenység a közoktatásban. (Kutatási jelentés). Budapest: Oktatási minisztérium.
75. Pasmán L, Thompson J K. (1988). Body image and eating disturbance in obligatory runners, obligatory weightlifters, and sedentary individuals. In: Rendi M, Szabó A, Bárdos Gy. (2010) *Testedzésfüggőség: egy ritka, de súlyos pszichológiai rendellenesség*. Magyar Pszichológiai Szemle, 3 (65): 529-544.
76. Pikó B, Keresztes N. Sport, lélek, egészség. Akadémiai Kiadó, Budapest, 2007:27-34.
77. Pope HG, Katz DL, Hudson JI. (1993) Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders. *Comprehensive Psychiatry*, 34: 406-409.
78. Pope CG, Pope HG, Menard W, Fay C, Olivardia R, Philips KA. (2005) Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphic disorder. *Body Image*, 2(4): 395-400.
79. Rendi M, Szabo A, Bárdos Gy. (2010) *Testedzésfüggőség: egy ritka, de súlyos pszichológiai rendellenesség*. Magyar Pszichológiai Szemle, 3 (65): 529-544.
80. Rhodes RE, Smith NEI. (2006) Personality correlates of physical activity: a review and meta-analysis. *British J of Sports Medicine*, 40:958-965.
81. Rosenberg M. (1965) *Society and the Adolescent Self-Image*. Princenton University Press, NY.
82. Rózsa S, V. Komlósi A. (2014) A rosenberg önbecsülés skála pszichometriai jellemzői: a pozitívan és negatívan megfogalmazott tételek működésének sajátosságai. *Pszichológia*, 34 (2): 149-174.
83. Stanford MS, Mathias CW, Dougherty DM, Lake SL, Anderson NE, Patton JH. (2009) Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and Individual Differences*. 47: 385-395.
84. Susánszkiy É, Konkoly Thege B, Stauder A, Kopp M. (2006) A WHO jól-lét kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Metálhigiéné és Pszichoszomatika*. 7(3): 247-255.

85. Szabo A. Exercise addiction: A symptom or a disorder? Nova Science Publishers Inc, New York, 2010: 27-32.
86. Szabó A, Demetrovics Zs, Kun B, Kurimay T. (2010) Testedzésfüggőség. In: Demetrovics Zs., Kun B. (szerk.) Az addiktológia alapjai IV. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2010: 283-307.
87. Szabo A, De La Vega R, Ruiz-Barquín R, Rivera O. (2013) Exercise addiction in Spanish athletes: Investigation of the roles of gender, social context and level of involvement. *J of Behavioral Addictions*, 2(4): 249-252.
88. Szabo K, Túry F, Czeglédi E. (2011) Evészavarok és a média- a magazinolvasási szokások és az evészavarok lehetséges kapcsolata. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 12(4): 353-374.
89. Szilágyi Gy. (2007) A kórház kéménye. *Élet és Irodalom*, 48. <http://www.es.hu/pd/display.asp?channel=RIPORT0748&article=2007-1202-2014-39NAYN>, 2008.04.11.
90. Terry A, Szabo A, Griffith M D (2004). The Exercise Addiction Inventory: a new brief screening tool. *Addiction Research and Theory*, 12(5): 489-499.
91. Turner BS. (1991) A test elméletének újabb fejlődése. In.: Featherstone M, Hepworth M, Turner BS, A test. Társadalmi fejlődés, kulturális teória. József Műhely Kiadó, 1995: 7-51.
92. Túry F. (1993) Az evészavarok addiktív modellje. *Orvosképzés*. 63: 273-276.
93. Túry F, Gyányi A. (2007) „Testzsírphóbia”, a modern evészavarok egyike: a testépítő típusú evészavar. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 8: 203-210.
94. Túry F, Kovács Sz, Gyenis M. (2001) Az izomdiszmorfia (inverz anorexia) hazai gyakorisága testépítők között. *Szenvedélybetegségek*, 5:326-330.
95. Túry F, Sáfrán Zs, Wildmann M, László Zs. (1997) Az Evési Zavar Kérdőív (Eating Disorder Inventory) hazai adaptációja. *Szenvedélybetegségek*, 5: 336-342.
96. Túry F, Szabó P. A táplálkozási magatartás zavarai: anorexia nervosa és bulimia nervosa. *Medicina Könyvkiadó*, Budapest, 2000: 19-24, 59-76, 336-342.
97. Zuckerman M. Ingerkeresés. In: Szakács F. (szerk.), *Személyiséglélektani szöveggyűjtemény* 4 (1). Tankönyvkiadó, Budapest, 1989: 291-362.

98. Varga M, KonkoŸ 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 Psychiatry*, 14(59).
<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/59>. 2014.06.13.
99. Vingender I. A test biológiai és szociális reprezentációja. In: Mészáros J (szerk.), *Antropológiai felütesek – egy kortárs szemléletmód fejezeteiből*. Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Budapest, 2007: 195-235.
100. Warburton DER, Nicol CW, Bredin SSD. (2006) Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian Medical Association J*, 174(6): 801-809.
101. Yeung RR, Hemsley DR. (1997) Personality, exercise and psychological well-being: static relationship in the community. *Personality and Individual Differences*, 22: 47-53.
102. Youngman J D. (2007) Risk for Exercise Addiction: A Comparision os Triathletes Training for Sprint-, Olimpic-, Half-Ironman-, and Ironman – Distance Trathlons. *Open Access Dissertations*. Paper 12.
http://scholarlyrepository.miami.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1011&context=oa_dissertations 2014. 09. 08.

Saját publikációk jegyzéke

1. Menczel Zs., Griffith M. D., Vingender I., Eisinger A., Farkas J., Magi A., Mervó B., Kökönyei Gy., Demetrovics Zs.. (2016) Exercise dependence in amateur competitor and non-competitor recreational exercisers. *Int J of Mental Health & Addiction*, pp. 1-8 (in press).
2. Menczel Zs., Kovács E., Eisinger A., Magi A., Vingender I., Demetrovics Zs. (2014). Exercise dependence among hungarian fitness center users: preliminary results. *New Medicine*. 18(3): 103-108.
3. Menczel Zs. A meggedzett étvágy. In: Gyömbér N., Kovács K., Imre Tóvári Zs., Lénárt Á., Hevesi K., Menczel Zs. Fejben dől el. Sportpszichológia mindenkinek. Noran Libro, Budapest, 2012: 240-250.
4. Menczel Zs., Kovács E., Vingender I. (2011) A testedzésfüggőség: egy újabb viselkedéses addikció a modern evés- és testképzavarok sorában. *Addiktológia Hungarica*. 10(4): 301-317.
5. Liptai-Menczel Zs. (2010). A fitness-jelenség. *Új ifjúsági szemle*. 8.(3): 85-93.

Az értekezés témájától eltérő publikációk jegyzéke

6. Petke Zs., Csorba J., Mészáros J., Vingender I., Farkas J., Demetrovics Zs., Kovács Zs., Menczel Zs., Pataki Z., Simor P., Havasi A., Melles K., Márványkövi F., Rác J. (2012). Buprenorphine/naloxone szubsztitúció alatt álló opiátfüggők pszichoszociális tüneteinek változásai hathónapos terápia során. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*. 14.(1): 7-17.
7. Petke Zs., Mészáros J., Vingender I., Demetrovics Zs., Farkas J., Kovács Zs., Menczel Zs., Havas A., Simor P., Rác J. (2011). Early dropout after one month of Buprenorphine/Naloxon maintenance therapy. *New Medicine*. 15(2): 72-75.
8. Petke Zs., Csorba J., Mészáros J., Vingender I., Farkas J., Demetrovics Zs., Balázs H., Hoffman K., Kovács Zs., Menczel Zs., Pataki Z., Simor P., Havasi A., Melles K., Márványkövi F., Rác J. (2011). Kezelésben maradásra ható tényezők vizsgálata metadon- és buprenorphine/naloxone terápiaiban részesülő opiátfüggőknél. *Addiktológia Hungarica*. 10(1): 5-31.

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

Köszönetnyilvánítás

Elsősorban szeretném megköszönni témavezetőm Dr. Vingender István felbecsülhetetlen értékű segítségét. Mind kollégaként, mind diákként mentoromnak tekintem, aki mindig kész volt segíteni, ha elakadtam, tanácsai és iránymutatása nélkül én is szegényebb lennék.

Köszönöm továbbá Demetrovics Zsoltnak, valamint az ELTE PPK Klinikai Pszichológia és Addiktológia Tanszék munkatársainak és hallgatóinak, akik részt vettek a kutatás megvalósulásának valamely fázisában, hogy részt vehettem ebben a számomra különösen érdekes kutatásban, hogy immár az egyetem elvégzése óta kapcsolatban maradhattunk, és példát mutatgat számomra abban, hogyan kell minőségi, szakmai munkát végezni.

Köszönettel tartozom Prof. Dr. Túry Ferencnek, aki először megismertetett ezzel a hozzám közel álló, izgalmas jelenséggel.

Különösen sokat jelentett közvetlen főnököm, Dr. Hoyer Mária bizalma, mellyel mindig körbevett, és hogy soha sem kételkedett abban, hogy képes vagyok ezt az „akadályt” is sikerrel venni. Köszönöm, hogy amikor elbizonytalanodtam, elkeseredtem egy-egy nehézség során, mindig mellettem állt és erőt adott biztató szavaival. Köszönöm továbbá kollégáimnak is a kedves szavakat, és bátorítást, amit tőlük kaptam.

Köszönettel tartozom Dr. Kovács Eszternek a kitartásáért, hogy az évek során nem fáradt bele bátorításomba. Az ő támogatása, statisztikai segítsége, valamint angol nyelvű lektorálása nélkül ez a dolgozat is szegényebb lenne. Köszönöm továbbá Hajdú Miklósnak is a statisztikai segítséget, hogy kicsit biztonságosabban tudok mozogni már e téren is. Köszönöm Máthé Gábor türelmét és odafigyelését, segítségével dolgozatom külalakja is a megfelelő formát nyerhette el.

Végül köszönöm a résztvevő fitnesztermek irányítóinak, hogy helyet biztosítottak kutatásunk lebonyolításához, valamint mindenkinek, akik kitöltötte kérdőívünket, ezzel is segítve munkánkat.

Leginkább pedig köszönöm családomnak, szeretteimnek, kisfiamnak az érzelmi támogatást, különösen pedig szüleimnek, hogy mindig mellettem álltak, segítettek, kitartóan és megkérdőjelezhetetlenül bíztak bennem.

Mellékletek

1. melléklet Táblázatok jegyzéke

1. táblázat Családi állapot (N=1737)	66
2. táblázat. Iskolai végzettség (N=1740)	66
3. táblázat. A minta leíró statisztikai adatai (N=1743).....	67
4. táblázat. A minta pszichológiai változóinak leíró statisztikai mutatói (N=1743)	67
5. táblázat. A testedzésfüggőség előfordulása nemi megoszlás szerint (N=1431).....	70
6. táblázat. A testedzésfüggőség előfordulása a családi állapot tekintetében (N=1426).....	71
7. táblázat. A testedzésfüggőség megoszlása az edzési szokások szerint	73
8. táblázat. A testedzésfüggőség megoszlása választott mozgásforma tekintetében.....	74
9. táblázat. A testedzésfüggőség megoszlása a sportolás helyszíne szerint (N=1421) ...	75
10. táblázat. Szerhasználati gyakoriságok megoszlása (N=1438).....	77
11. táblázat. A testedzésfüggőség és a drog használati jellemzők kapcsolata (N=1430).....	77
12. táblázat Az önértékelés összefüggése korcsoportok szerint (N=1432)	79
13. táblázat. A szenzoros élménykeresés alskáláinak konfidencia-intervallum értékei ..	80
14. táblázat. A testedzésfüggőség összefüggései a szenzoros élménykeresés alfaktoraival (N=1428)	81
15. táblázat. A testedzésfüggőség megoszlása a tünetmentes és érintett csoportok mentén (N=1431).....	82
16. táblázat. A logisztikus regressziós próbával vizsgált változók	82
17. táblázat. Logisztikus regressziós esélyhányadosok az EAI skálán	83
18. táblázat. Logisztikus regressziós esélyhányadosok az EDS-HU skálán	83

2. melléklet Ábrák jegyzéke

1. ábra. A testedzésfüggőség kialakulását befolyásoló tényezők	52
2. ábra. A testedzésfüggőség mértéke a Testedzés Addikció Kérdőíven (N=1439)	68
3. ábra. A testedzésfüggőség mértéke a Testedzésfüggőség Kérdőíven (N=1439)	69
4. ábra. A leggyakrabban üzött sportformák megoszlása %-os arányban (N=1730).....	72
5. ábra. Az elmúlt havi alkohol fogyasztás gyakorisági megoszlása (N=1438)	76
6. ábra. Szenzoros élményeresés - alfaktorok.....	80

3. melléklet A logisztikus regressziós eljárás során használt referencia kategóriák

Referencia kategóriák								
		Gyakoriság	Kódszámok					
			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Hetente hány alkalommal sportol?	ritkábban, mint hetente	35	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	1 alkalom	224	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	2 alkalom	433	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00
	3 alkalom	371	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00
	4 alkalom	196	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00
	5 alkalom	89	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00
	több, mint 5 alkalom	60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Sportolásra elköltött pénz	0 Ft	27	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	0-5.000 Ft	115	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	
	5-10.000 Ft.	428	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	
	11-20.000 Ft	583	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	
	21-30.000 Ft	145	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	
	több, mint 30.000 Ft	110	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Korcsoport 5 kategória	18-24	228	1,00	0,00	0,00	0,00		
	25-29	402	0,00	1,00	0,00	0,00		
	30-34	353	0,00	0,00	1,00	0,00		
	35-39	191	0,00	0,00	0,00	1,00		
	40-	234	0,00	0,00	0,00	0,00		
Iskolai végzettség 3 kategória	legfeljebb szakmunkás	37	1,00	0,00				
	érettségizett	446	0,00	1,00				
	diplomás	925	0,00	0,00				
Kivel sportol	társakkal	876	1,00					
	egyedül	532	0,00					
Súlykülönbség vágyott	ideális v kevesebb	471	1,00					
	túlsúlyos	937	0,00					
Nem	ffi	640	1,00					
	nő	768	0,00					

4. melléklet Az EAI kérdőív logisztikus regressziós vizsgálata a belépő változók relációjában

		Belépő változók					
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
1. lépés a	sport_alkalom			45,274	6	,000	
	sport_alkalom(1)	-1,619	,530	9,335	1	,002	,198
	sport_alkalom(2)	-1,086	,429	6,418	1	,011	,338
	sport_alkalom(3)	-,272	,424	,412	1	,521	,761
	sport_alkalom(4)	-,297	,428	,483	1	,487	,743
	sport_alkalom(5)	,267	,472	,320	1	,572	1,306
	sport_alkalom(6)	,160	,534	,090	1	,764	1,174
	Konstans	2,024	,402	25,340	1	,000	7,571
2. lépés b	sport_alkalom			43,292	6	,000	
	sport_alkalom(1)	-1,637	,535	9,361	1	,002	,195
	sport_alkalom(2)	-1,071	,432	6,137	1	,013	,343
	sport_alkalom(3)	-,288	,428	,452	1	,501	,750
	sport_alkalom(4)	-,290	,431	,453	1	,501	,748
	sport_alkalom(5)	,213	,476	,201	1	,654	1,238
	sport_alkalom(6)	,233	,539	,187	1	,666	1,262
	élmény	,220	,049	19,883	1	,000	1,247
Konstans	1,009	,459	4,826	1	,028	2,742	
3. lépés c	sport_penz			15,534	5	,008	
	sport_penz(1)	-,792	,549	2,080	1	,149	,453
	sport_penz(2)	-,536	,383	1,958	1	,162	,585
	sport_penz(3)	-,570	,331	2,964	1	,085	,566
	sport_penz(4)	,023	,329	,005	1	,944	1,023
	sport_penz(5)	,022	,397	,003	1	,955	1,022
	sport_alkalom			34,502	6	,000	
	sport_alkalom(1)	-1,489	,544	7,494	1	,006	,225
	sport_alkalom(2)	-,892	,439	4,130	1	,042	,410
	sport_alkalom(3)	-,119	,434	,075	1	,784	,888
	sport_alkalom(4)	-,199	,435	,209	1	,648	,820
	sport_alkalom(5)	,204	,478	,183	1	,669	1,227
	sport_alkalom(6)	,276	,542	,259	1	,611	1,317
	élmény	,221	,050	19,875	1	,000	1,248
	Konstans	1,140	,524	4,727	1	,030	3,127

a. Belépő változók: 1. sportolási gyakoriság

b. Belépő változók: 2. élménykeresés

c. Belépő változók: 3. sportolásra fordított pénz

Ahol: B= regressziós paraméter; S.E.= standard hiba; Sig: szignifikancia; Exp (B): esélyhányados

5. melléklet Az EDS-HU kérdőív logisztikus regressziós vizsgálata a belépő változók relációjában

		Belépő változók					
		B	S.E	Wald	df	Sig.	Exp(B)
1 lépés^a	Kalandkeresés	,222	,033	44,368	1	,000	1,249
	Konstans	,354	,100	12,586	1	,000	1,425
2 lépés^b	sport_alkalom			45,986	6	,000	
	sport_alkalom(1)	-1,677	,502	11,164	1	,001	,187
	sport_alkalom(2)	-1,396	,391	12,740	1	,000	,248
	sport_alkalom(3)	-,854	,381	5,021	1	,025	,426
	sport_alkalom(4)	-,591	,386	2,352	1	,125	,554
	sport_alkalom(5)	-,147	,415	,126	1	,723	,863
	sport_alkalom(6)	-,486	,448	1,180	1	,277	,615
	Kalandkeresés	,213	,034	38,938	1	,000	1,238
	Konstans	1,151	,375	9,416	1	,002	3,160
3 lépés^c	sport_alkalom			48,112	6	,000	
	sport_alkalom(1)	-1,656	,507	10,658	1	,001	,191
	sport_alkalom(2)	-1,390	,393	12,483	1	,000	,249
	sport_alkalom(3)	-,832	,383	4,708	1	,030	,435
	sport_alkalom(4)	-,538	,388	1,924	1	,165	,584
	sport_alkalom(5)	-,089	,417	,045	1	,831	,915
	sport_alkalom(6)	-,417	,450	,858	1	,354	,659
	Önértékelés	-,075	,014	28,799	1	,000	,928
	Kalandkeresés	,209	,034	36,626	1	,000	1,232
	Konstans	2,770	,488	32,172	1	,000	15,951
4. lépés^d	sport_alkalom			47,627	6	,000	
	sport_alkalom(1)	-1,681	,510	10,882	1	,001	,186
	sport_alkalom(2)	-1,383	,396	12,222	1	,000	,251
	sport_alkalom(3)	-,852	,385	4,886	1	,027	,427
	sport_alkalom(4)	-,536	,390	1,885	1	,170	,585
	sport_alkalom(5)	-,109	,420	,068	1	,794	,896
	sport_alkalom(6)	-,384	,453	,719	1	,396	,681
	Önértékelés	-,073	,014	27,084	1	,000	,930
	Élménykeresés	,133	,044	9,053	1	,003	1,142
	Kalandkeresés	,175	,036	23,343	1	,000	1,191
Konstans	2,200	,523	17,668	1	,000	9,021	

		Belépő változók					
		B	S.E	Wald	df	Sig.	Exp(B)
5. lépés^e	sport_penz			15,027	5	,010	
	sport_penz(1)	-,976	,523	3,475	1	,062	,377
	sport_penz(2)	-,919	,349	6,938	1	,008	,399
	sport_penz(3)	-,940	,300	9,825	1	,002	,391
	sport_penz(4)	-,589	,294	4,014	1	,045	,555
	sport_penz(5)	-,443	,345	1,648	1	,199	,642
	sport_alkalom			35,993	6	,000	
	sport_alkalom(1)	-1,498	,515	8,451	1	,004	,224
	sport_alkalom(2)	-1,171	,400	8,568	1	,003	,310
	sport_alkalom(3)	-,649	,390	2,769	1	,096	,523
	sport_alkalom(4)	-,383	,394	,948	1	,330	,682
	sport_alkalom(5)	-,063	,421	,023	1	,881	,939
	sport_alkalom(6)	-,290	,457	,402	1	,526	,749
	Önértékelés	-,077	,014	29,855	1	,000	,926
	Élménykeresés	,138	,044	9,631	1	,002	1,147
	Kalandkeresés	,171	,037	21,788	1	,000	1,186
	Konstans	2,810	,583	23,221	1	,000	16,611
6. lépés^f	sport_penz			15,098	5	,010	
	sport_penz(1)	-,947	,525	3,259	1	,071	,388
	sport_penz(2)	-,926	,349	7,033	1	,008	,396
	sport_penz(3)	-,948	,301	9,938	1	,002	,388
	sport_penz(4)	-,597	,295	4,104	1	,043	,550
	sport_penz(5)	-,442	,346	1,637	1	,201	,643
	sport_alkalom			36,313	6	,000	
	sport_alkalom(1)	-1,566	,518	9,132	1	,003	,209
	sport_alkalom(2)	-1,206	,401	9,040	1	,003	,299
	sport_alkalom(3)	-,695	,391	3,155	1	,076	,499
	sport_alkalom(4)	-,433	,395	1,204	1	,272	,648
	sport_alkalom(5)	-,102	,422	,059	1	,809	,903
	sport_alkalom(6)	-,302	,458	,435	1	,509	,739
	EDI	,028	,014	4,164	1	,041	1,028
	Önértékelés	-,068	,015	21,457	1	,000	,934
	Élménykeresés	,138	,044	9,733	1	,002	1,149
	Kalandkeresés	,173	,037	22,339	1	,000	1,189
Konstans	2,509	,601	17,424	1	,000	12,290	

a. Belépő változók: 1.: kalandkeresés

b. Belépő változók: 2. sportolási gyakoriság

c. Belépő változók: 3. önértékelés

d. Belépő változók: 4. élménykeresés

e. Belépő változók: 5 sportolásra fordított pénz

f. Belépő változók: 6: testi elégedetlenség

Ahol: B= regressziós paraméter; S.E.= standard hiba; Sig: szignifikancia; Exp (B): esélyhányados