

A kötődés szerepének vizsgálata evészavarokban Komplex modellezés és terápiás implikációk

Doktori tézisek

Szalai Tamás Dömötör

Semmelweis Egyetem
Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



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

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

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

Budapest
2019

Bevezetés

Az evészavarok a fiatalok egyik leggyakoribb, mortalitási rátájukat tekintve legsúlyosabb pszichiátriai zavarai. Testi szövődményeik és magas komorbiditásuk mellett az érintettek egynegyede krónicizálódik, a relapszus magas arányú. Az intervenciók optimalizálása érdekében óriási a nyomás újabb rizikófaktorok feltárására, és az ezeket integráló, többváltozós modellek alkotására. Etiológiájuk multifaktoriális; legfontosabb predisponáló, precipitáló és fenntartó tényezői közé tartoznak a személyiség és a családi működés diszfunkciói. A szülői és felnőtt kötődés jellemzői hozzájárulhatnak e diszfunkciókhoz, és közvetíthetik ezek kapcsolatát.

E mentén a kötődési jellemzők vizsgálata az evészavarkutatás fontos elméleti és gyakorlati implikációkkal bíró területévé nőtte ki magát. Több száz publikáció bizonyította a diszfunkcionális kötődés és az evészavarok kapcsolatát. Szakirodalmi vizsgálatom alapján e kapcsolat nyolcféleképpen is megvalósulhat: 1. neurobiológiai alapokon; 2. a kötődéssel összefüggő mentális állapotok transzgenerációs transzmissziója révén; 3. személyiségvonások mediálásával a kötődés és evészavarok közt. 4. A kötődés közvetíthet a korai negatív élmények és a felnőttkori tünetek; 5. illetve az intrapszichés és interperszonális élmények közt; 6. és moderálhatja az evészavarok rizikótényezői és az evési magatartások kapcsolatát. 7. A kötődési jellemzők hozzájárulhatnak az evészavarok fenntartó mechanizmusaihoz; 8. de egyes evészavartípusokkal közvetlen kapcsolatot is mutatnak.

A diszfunkcionális kötődés és az evészavartünetek kapcsolatát továbbá 13 kutatási és terápiás relevanciával bíró pszichológiai tényező is közvetítheti: 1. ilyen az énkép és önértékelés; 2. a testtel való elégedetlenség; 3. a személyiségjellemzők; 4. a perfekcionizmus; 5. a depresszió; 6. a szorongás; 7. az érzelemdiszreguláció; 8. a személyközi szenzitivitás; 9. az alexithymia; 10. a mentális koherencia; 11. a tudatos jelenlét; 12. az információfeldolgozás; 13. a mentalizáció és reflektív készségek zavarai. Ennek ellenére az eddigi vizsgálatok fényében kirajzolódó összefüggéscsoportok mentén több kérdés vár megválaszolásra:

1. Az evészavartól szenvedők nagy része bizonytalan kötődési stílusú. Felnőtt kötődésüket magas bizonytalanság és aggodalmaskodás, szülői bánásmódjukat alacsony törődés és magas túlvédést jellemezheti. Kérdés, hogy egy minden

felnőttkori evészavartípust magában foglaló hazai mintán e jellemzők elkülönítik-e az evészavartól szenvedő és az attól mentes személyeket?

2. A kötődési jellemzők és a különböző evészavarok kapcsolatának specifikussága kérdéses. Hazánkban a falászavartól, az egyéb evészavartól, az érzelmi evéstől, a purgáló és multiimpulzív tünetektől szenvedő, illetve a remisszióban lévő személyek kötődése feltáratlan. Kérdés, hogy szülői bánásmódjuk és felnőtt kötődésük elkülönítheti-e az egyes evészavartípusokat?
3. Bár az evészavartünetek súlyossága összefügg a kötődés bizonytalanságának fokával, kérdés, hogy az életkor és BMI, a depresszió és szorongás kontrolljával is bejósolja-e az evészavarokat?
4. Egyes eredmények alapján a kötődés erősebb kapcsolatban áll a tüneti jellemzőkkel, például azok intenzitásával, restriktív vagy impulzív jellegével. A magas kötődési aggodalmaskodás és a bizalmatlanság hozzájárulnak az impulzivitáshoz. Ezért kérdés, hogy a kötődés kapcsolatban áll-e a multiimpulzivitással evészavarokban?
5. A bizonytalan kötődés hozzájárul az érzelmek alulszabályozásához; az érzelmi evés pedig maladaptív érzelemszabályozási kísérlet. Kérdés, hogy egyes kötődési jellemzők összefüggnek-e az érzelmi evés hajlamával?
6. A purgáló tünetektől szenvedőket erősebb szülői bánásmód és felnőtt kötődési diszfunkciók jellemezhetik. Kérdés, hogy a kötődési jellemzők megkülönböztetik-e a purgáló és a restriktív evészavartól szenvedőket?
7. A diszfunkcionális szülői bánásmód összefügg az érzelmi instabilitással, a hangulatzavarokkal és a testtel való elégedetlenséggel. Ezek fokozhatják az evészavar kockázatát. Kérdés ezért, hogy a szülői bánásmód és evészavartünetek kapcsolatát közvetítheti-e a neuroticizmus, a depresszió és a testtel való elégedetlenség?

Az evészavarkutatások leggyakoribb torzító eleme a vizsgált tényezők szelektivitásában rejlő elfogultság. Ezt kívántam ellensúlyozni a multikauzális keretben gondolkodás, a többváltozós elemzések és a közvetítőváltozókat integráló modellalkotás révén. A kötődés különböző vonásai eltérő útvonalakon kapcsolódhatnak egyes tünetekhez. Ezért a vizsgálatot a szülői bánásmód és a felnőtt kötődés több dimenziója mentén különböző evészavarokkal és tünettípusokkal összefüggésben kiviteleztem.

Célkitűzés

E kérdések alapján a vizsgálat célkitűzései a következők voltak:

1. Az evészavartól szenvedő és attól mentes csoportok szülői bánásmódjának, felnőtt kötődési stílusainak, dimenzióinak és egyéb jellemzőinek összehasonlítása.
2. Az egyes evészavartípusok, tehát az AN, a BN, a falászavar, az egyéb evészavar, a túlsúlytól és érzelmi evéstől szenvedő, a remisszióban lévő és az evészavartól mentes személyek kötődés jellemzőinek összehasonlítása.
3. Az evészavarok prediktorainak tesztelése.
4. A klasszikus és multiimpulzív evészavarok kötődési jellemzőinek összehasonlítása.
5. Az érzelmi evés prediktorainak tesztelése.
6. A purgáló és nem purgáló evészavarok kötődési jellemzőinek összehasonlítása.
7. A szülői bánásmód és az evészavartünetek kapcsolatának útelemzéses vizsgálata.

Módszerek

A keresztmetszeti online kérdőíves vizsgálat 2015-2017 áprilisa között zajlott az ETT TUKEB etikai engedélyével (56922/2015/EKU). Az evészavartól szenvedő résztvevők bevonása szakértői mintavétellel történt, a Semmelweis Egyetem pszichiáter szakorvosaival és klinikai szakpszichológusaival folytatott diagnosztikai interjú alapján. Az összehasonlító csoportban hozzáférhetőségi mintavételt alkalmaztam.

A kérdőívcsomag szociodemográfiai és antropometriai adatokat, betegségétörténetére vonatkozó kéréseket, az Evési Zavar Kérdőívet, az Evészavartünetek Súlyossági Skáláját, a Háromfaktoros Evési Kérdőívet, a Kapcsolati Skálák Kérdőívet, a Szülői Bánásmód Kérdőívet, a Big Five 44 Kérdőívet, a CES-D Depresszió Kérdőívet, a Spielberger Vonásszorongás Skálát, egy falászavar és egy multiimpulzív tünetleltárt tartalmazott. Az „evészavartünetek” változót az Evészavartünetek Súlyossági Skáláján mért legalább heti gyakoriságú tünetek száma képezte.

A teljes minta 258 nőből állt; életkorátlaguk 31,6 év (SD = 11,35 év), BMI átlaguk 23,3 (SD = 6,59) volt. A minta négy csoportra oszlott: 1. *Evészavar csoport*: 95 fő; anorexia nervosa (44 fő), bulimia nervosa (23 fő), falászavar (11 fő), egyéb evészavar diagnózissal (17 fő). 2. *Evészavartól mentes csoport*: 117 fő. 3. *Túlsúlytól és érzelmi evéstől szenvedők*: 28 fő (BMI \geq 25, legalább három érzelmi evés tünet). 4. *Remisszióban lévő személyek*: 18 fő (múltban evészavar; BMI > 17,5; nincs falászavar

és bulimia tünet). A multiimpulzív csoport (27 fő) az evészavar mellett legalább három impulzív tünetet; a purgáló csoport (36 fő) legalább heti egy purgáló tünetet mutatott.

Eredmények

A vizsgálat alapváltozóinak együttjárásai. A magasabb életkor közepes mértékben együttjárt a növekvő BMI-vel, kismértékben a kötődés biztonságosságával és az anyai törődés alacsonyabb fokával. Az alacsonyabb kötődési biztonságosság, a magasabb aggodalmaskodás és bizalmatlanság magasabb, az alacsonyabb anyai és apai törődés, és a magasabb alapi túlvédés kis- illetve közepes mértékben korreláltak a karcsúság iránti készlettel, a testtel való elégedetlenséggel, a bulimiás és egyéb evészavartünetekkel.

Az evészavartól szenvedő és attól mentes csoportok összehasonlítása. Az evészavar csoport átlagéletkora ($t(210) = 6,922$; $p < 0,001$; Cohen- $d = 0,94$) alacsonyabb volt az evészavartól mentes csoporténál. Ezért azokban az esetekben, ahol az életkor szignifikáns együttjárást mutatott a mért változóval, az összehasonlítás során kontrolláltam az életkort. Az evészavar csoport BMI-je az életkor kontrollja mellett is alacsonyabb volt ($F(1) = 13,000$; $p < 0,001$; Cohen- $d = 0,84$). *Személyiségüket* magasabb neuroticizmus ($F(1) = 32,971$; $p < 0,001$; Cohen- $d = 0,96$), alacsonyabb extravertió ($t(210) = 4,895$; $p < 0,001$; Cohen- $d = 0,68$), barátságosság ($t(210) = 2,815$; $p < 0,01$; Cohen- $d = 0,39$) és nyitottság ($t(171) = 2,526$; $p < 0,05$; Cohen- $d = 0,36$) jellemezte. A depresszió ($F(1) = 27,704$; $p < 0,001$; Cohen- $d = 0,87$) és a vonásszorongás ($F(1) = 50,865$; $p < 0,001$; Cohen- $d = 1,1$) szintje szintén magasabb volt körükben.

A felnőtt kötődési stílusok gyakorisága eltért a két csoport közt ($\chi^2(3) = 23,783$; Cramer- $V = 0,335$; $p < 0,001$). Az evészavar csoport mindössze 15,8%-a volt biztonságos, 25,3%-a bizalmatlan, 40,0%-a aggodalmaskodó, 18,9%-a elkerülő kötődésű. Az evészavartól mentes személyek 44,6%-a biztonságos, 22,3%-a bizalmatlan, 17,0%-a aggodalmaskodó, 20,1%-a elkerülő stílusú volt. A *kötődés dimenzionális jellemzőit* tekintve az evészavar csoport alacsonyabb biztonságosságot ($F(1) = 32,933$; $p < 0,001$; Cohen- $d = 0,86$), magasabb aggodalmaskodást ($t(172) = -3,092$; $p < 0,001$; Cohen- $d = 0,44$) és bizalmatlanságot mutatott ($t(210) = -3,105$; $p < 0,001$; Cohen- $d = 0,43$). Azonban szülői törődésük és túlvédésük mértéke nem tért el az evészavartól mentes csoportétól.

Az egyes evészavartípusok szülői bánásmód és a felnőtt kötődés jellemzői. Az evészavartól mentes személyek kötődésének biztonságossága az anorexia, a bulimia, a falászavar, az egyéb evészavar és az érzelmi evés csoportokénál is alacsonyabb volt ($F = 6,427$; $df = 6$; $p < 0,001$), de a remisszióban lévő személyekétől nem különbözött. A bulimiától szenvedők aggodalmaskodóbban ($F = 3,570$; $df = 6$; $p = 0,005$), bizalmatlanabban ($F = 3,090$; $df = 6$; $p = 0,006$) kötődtek, mint az evészavartól mentes személyek. Az anyai törődés az érzelmi evő csoportban alacsonyabb ($\chi = 12,711$; $df = 6$; $p = 0,048$); az anyai túlvédés az érzelmi evő és a remisszióban lévő személyek közt magasabb volt ($F = 3,695$; $df = 6$; $p = 0,004$), mint az evészavartól mentes csoportban. A felnőtt kötődési elkerülés, az apai törődés és túlvédés mértéke nem különbözött a hét alcsoport közt.

Az evészavarok prediktorai. A felnőtt kötődés jellemzői az evészavarok varianciájának 20,9%-át magyarázták, közülük csak a biztonságosság alacsonyabb foka volt az evészavarok prediktora ($OR = 0,37$; $p < 0,001$). A fiatalabb életkor ($OR = 0,92$; $p < 0,001$), az alacsonyabb BMI ($OR = 0,89$; $p < 0,001$) és a magasabb vonásszorongás ($OR = 1,11$; $p < 0,001$) szintén kapcsolatot mutatott az evészavarok fokozott valószínűségével. A teljes modell varianciájuk 50,9%-át magyarázta.

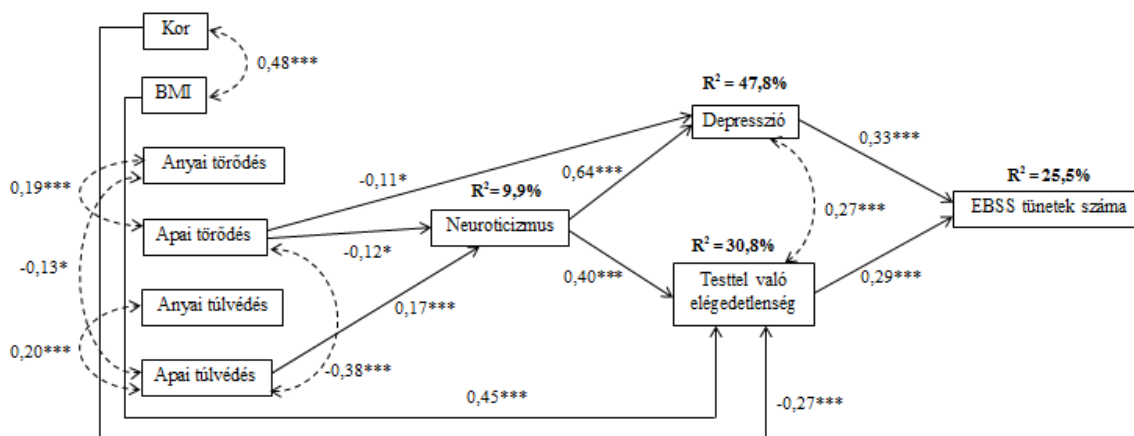
Kötődési jellemzők multiimpulzív evészavarokban. Az evészavartól szenvedők 28,4%-a volt multiimpulzivitással jellemezhető. A diszfunkcionális kötődés jellemzők kismértékben ($r_s = 0,25-0,38$; $p < 0,001$), a depresszió és a vonásszorongás nagymértékben együttjártak ($r_s = 0,60-0,62$; $p < 0,001$) a multiimpulzivitas mértékével. A multiimpulzív személyeket a súlyosabb tünetek ($Z = 2,373$; $p < 0,05$; Cohen-d = 0,51) és magasabb vonásszorongás ($t(71) = -3,125$; $p < 0,01$; Cohen-d = 0,61) mellett az anyai ($Z = -2,710$; $p < 0,01$; Cohen-d = 0,54) és apai törődés alacsonyabb foka ($t(93) = 2,529$; $p < 0,05$; Cohen-d = 0,58) különítette el a klasszikus evészavarban szenvedőktől.

Az érzelmi evés prediktorai. Az érzelmi evés hajlamának gyakorisága 27,5% volt a teljes mintán. A magasabb kötődési aggodalmaskodás ($OR = 2,00$; $p = 0,001$), és az alacsonyabb anyai törődés ($OR = 0,95$; $p = 0,006$) az érzelmi evés prediktorának bizonyult; csakúgy mint a magasabb BMI és a depresszió. A modell az érzelmi evés varianciájának 29,4%-át magyarázta.

Kötődési jellemzők purgáló evészavarban. Az evészavar csoport 37,9%-a mutatott legalább egy, minimum heti purgáló tünetet. A purgálás gyakorisága magasabb, 52,3%-

os volt az aggodalmaskodó, mint az egyéb kötődési stílusok esetén ($\chi^2(3) = 12,779$; $p = 0,005$; Cramer-V = 0,229). A purgáló evészavartól szenvedőket három kötődési jellemző, a magasabb aggodalmaskodás ($t(93) = 2,265$; $p < 0,05$; Cohen-d = 0,48), illetve az alacsonyabb anyai ($Z = -2,996$; $p < 0,01$; Cohen-d = 0,72) és apai törődés ($t(93) = -2,940$; $p < 0,01$; Cohen-d = 0,63) különítette el a nem purgáló személyektől.

A szülői bánásmód és az evészavartünetek kapcsolatának modellje. A szaturált útelemzéses modell ($\chi^2(30) = 373,41$; $p < 0,001$; CFI = 1,000; TLI = 1,000; RMSEA = 0,000; RMSEA CI90: 0,000-0,000; SRMR = 0,000) alapján a szülői bánásmód két dimenziója mutatott közvetett kapcsolatot az evészavartünetekkel. Az alacsonyabb apai törődés 1. a depresszió ($\beta = -0,04$; $p = 0,067$) mediálásával; illetve 2. a neuroticizmuson keresztül a. a depresszió ($\beta = -0,03$; $p = 0,075$), és b.) 3. a testtel való elégedetlenség ($\beta = -0,01$; $p = 0,088$) mediálásával állt kapcsolatban a tünetekkel. A magasabb apai túlvédés 1. a neuroticizmuson keresztül a depresszió ($\beta = 0,04$; $p = 0,039$); és 2. a neuroticizmuson keresztül a testtel való elégedetlenség ($\beta = 0,02$; $p = 0,030$) mediálásával állt kapcsolatban az evészavartünetek magasabb számával. A modell a neuroticizmus 9,9%-át, a depresszió 47,8%-át, a testtel való elégedetlenség 30,8%-át, és az evészavartünetek varianciájának 25,5%-át magyarázta.



Következtetések

Ez az első vizsgálat, amely ötnél több betegcsoport szülői bánásmódját és felnőtt kötődését mérte fel egyszerre, beleértve a multiimpulzív, a purgáló, a túlsúlyos érzelmi evő, és a remisszióban lévő személyek szinte feltáratlan kötődését. S multifaktoriális, interakciós szemlélet alkalmazott a szülői bánásmód és evészavartünetek kapcsolatára. Az eredmények mentén levont következtetések 11 pontban összegezhetőek:

1. **Kötődési stílusok tekintetében** az evészavartól szenvedőket a biztonságos kötődés jelentősen alacsonyabb, és az aggodalmaskodó kötődés magasabb aránya jellemezte, mint az evészavartól mentes személyeket; azonban minden evészavarban mind a négy kötődési stílus megjelent. Tehát a kötődési stílusok és evészavartípusok kapcsolata nem specifikus.
2. **Az evészavartól szenvedők felnőtt kötődése** kevésbé biztonságos és aggodalmaskodóbb volt az evészavartól mentes személyekénél. Alcsoportokra bontva azonban csak az alacsonyabb kötődési biztonságosság különítette el az anorexiától, bulimiától, falászavartól, egyéb evészavartól és érzelmi evéstől szenvedőket az evészavartól mentes személyektől. Az aggodalmaskodás és a bizalmatlanság csak a bulimia esetén volt magasabb az evészavartól mentes személyeknél. Az evészavarokkal kapcsolatos általános konklúziók helyett az egyes alcsoportok kötődési jellemzőit érdemes elkülöníteni. A biztonságosság fejlesztésének és az aggodalmaskodás csökkentésének intervenciók értékét egyes evészavarokban nagymintás, longitudinális vizsgálatok ellenőrizhetik.
3. **Az anyai és apai törődés és túlvédés** mértéke nem különítette el az evészavartól szenvedő és az attól mentes csoportokat; azonban több evészavartünet intenzitásával korrelált. Alcsoportokra bontva az anyai túlvédés a remisszióban lévő és érzelmi evéstől szenvedők esetén magasabb, az anyai törődés pedig utóbbi csoport esetén alacsonyabb volt az evészavartól mentes csoporténál. A szülői bánásmód minősége tehát nem különíti el az evészavaros jelleget; hanem egyes alcsoportok esetén diszfunkcionálisabb, és meghatározott tünetek intenzitásával áll összefüggésben. Az érintettek számára nem a törődés és túlvédés objektív mértéke, hanem annak észlelt jellemzői lehetnek meghatározóak. Ez a szülő-fiatal interakcióját feltételezi a tünetképzésben.
4. **Az evészavarban érintettek személyisége** introvertáltabb, érzelmileg instabilabb, kevésbé barátságos és nyitott volt. Magasabb depresszió és vonásszorongás jellemezte őket, mint az evészavartól mentes személyeket. A kötődés relevanciája az evészavarosok személyiség- és komorbid jellemzőinek alakulásban longitudinális vizsgálatokat ösztönöz.
5. **Az evészavarok prediktorának** csak az alacsonyabb biztonságosság bizonyult a kötődési jellemzők közül – ezek az evészavarok varianciájának egyötödét

magyarázták. Az alacsonyabb életkor és BMI, és a magasabb vonásszorongás is emelte rizikójukat. Ez az alacsonyabb kötődési biztonságosság részleges, általános, más tényezőkkel együtt fokozott rizikószerepét támogatja evészavarokban. A kötődési biztonságosság fejlesztése, és a szorongás csökkentése alultáplált fiatalok esetén a célzott prevenció eszközeként szolgálhat.

6. **A multiimpulzív evészavart** a magasabb vonásszorongás és az intenzívebb tünetek mellett az anyai és apai törődés alacsonyabb foka különböztette meg a klasszikus evészavaroktól. Az alacsonyabb szülői törődés ezért a multiimpulzív személyek megkülönböztető jegye és a terápiájuk releváns pontja lehet. A szülői törődés fejlesztését és a szorongás csökkentését is célzó multimodális megközelítések a multiimpulzív evészavarok kezelésében új hatékonyságvizsgálatokat ösztönöznek.
7. **Az érzelmi evéstől szenvedők** anyai bánásmódja és felnőtt kötődése diszfunkcionálisabb volt az evészavartól mentes személyekénél. A magasabb aggodalmaskodás és az alacsonyabb anyai törődés bejósolta az érzelmi evésre való hajlamot. A diszfunkcionális kötődés tehát szerepet játszhat az érzelmi evésben. Az érzelmi evésre hajlamos, túlsúlyos személyek kötődésének felmérése releváns lehet. Stresszkezelő módszereik fókuszát jelenthetik a társas készségek fejlesztése, a törődés fokozása és az aggodalmaskodás csökkentése – hatékonyságvizsgálatokat ösztönözve.
8. **A purgáló evészavartól szenvedőket** kizárólag a magasabb aggodalmaskodás, illetve az alacsonyabb anyai és apai törődés különítették el a purgáló tüneteket nem mutató személyektől. Tehát a kötődési jellemzők elkülöníthetik a purgáló és a nem purgáló evészavartól szenvedő egyéneket. A szülőkapcsolatban megélt törődéshiány és a kapcsolati aggodalmaskodás szerepe a purgáló tünetekben esetszinten mérlegelendő; és intervenció alapú vizsgálatokat ösztönöz.
9. **A bulimiában szenvedők** kötődése egyedüli csoportként aggodalmaskodóbb és bizalmatlanabb volt az evészavartól mentes személyekénél, és a remisszióban lévő személyeknél is bizonytalanabban kötődtek. Ez a kötődési diszfunkciók, a fokozott aggodalmaskodás és bizalmatlanság jelentőségét sugallja bulimiában. Kötődésük felmérése a vonásalapú diagnosztika, és a személyreszabott intervencióválasztás kiemelt pontja lehet. Mivel a bizonytalanság és aggodalmaskodás csökkenése

enyhíti a depressziót és a falásrohamokat bulimiában, a kötődés tünetreleváns aspektusait célzó intervenciók ellátásuk gyakori elemét képezhetik.

10. **A remisszióban lévő személyek** kötődése az evészavartól mentes személyekéhez hasonló mértékben biztonságos, anyai túlvédésük viszont magasabb volt. Ez a kötődési bizalom fejlesztésének, így a kapcsolati szorongás és elkerülés enyhítésének terápiás értékét sugallja. A fokozott anyai túlvédés az evészavarból gyógyult személy iránti aggodalom és kontroll fixálódását feltételezi a tünetek után is. Ez a családterápiás utógondozás, és a relapszusprevenció kiemelt pontja lehet. Az aktív és a remisszióban lévő betegek összehasonlító vizsgálata fontos implikációkkal bírhat.
11. **A szülői bánásmód** jellemzői közül csak az alacsonyabb apai törődés és a magasabb apai túlvédés állt közvetett kapcsolatban evészavartünetek magasabb számával. A multifinalitás elve alapján diszfunkcionális szülői bánásmód különböző vonásai egyéb jellemzőkkel kölcsönhatásban eltérő útvonalakon jelenthetnek rizikót a tünetekre és egyes tünettípusokra. Az eredmények alapján ilyen a neuroticizmus személyiségvonásán keresztül, a magasabb szintű depresszió és a testtel való elégedetlenség útvonala. E tényezők transzdiagnosztikus szinten meghatározóak az evészavarokban, így általános intervenciók pontokat jelenthetnek. Az eredmények az apakapcsolat mellett a szülői bánásmód és az evészavartól szenvedő jellemzőinek interakcióját hangsúlyozzák a tünetképzésben. Az anyai és apai bánásmód hatásának összehasonlítása, és ezek interakciójának vizsgálata az evészavaros funkcionálásával fontos terápiás perspektívát nyújthat.

Disszertációhoz kapcsolódó tudományos közlemények

1. **Szalai TD.** (2019) Review of attachment interventions in eating disorders: Implications for psychotherapy. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 20: 78-102.
2. **Szalai TD,** Czeglédi E, Vargha A, Grezsa F. (2017) Parental attachment and body satisfaction in adolescents. *J Child Fam Stud*, 26: 1007-1017. IF:1,588
3. **Szalai TD.** (2017) A kötődési jellemzők és multiimpulzív tünetek kapcsolata evészavarokban. *Orvosi Hetilap*, 158: 1081-1089. IF: 0,349
4. **Szalai TD.** Czeglédi E. (2017) Parental and Adult Attachment and Eating Symptomology in Eating Disorder Patients and Sine Morbo Individuals. *Int J Soc Sci Stud*, 5: 43-60.
5. **Szalai TD.** (2016) Cognitive-behavioral and attachment interventions in the transdiagnostic treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 17: 353-375.
6. **Szalai TD.** Czeglédi E. (2015) Attachment as a predictor of risk for eating disorders on a representative Hungarian adult sample. *Ideggyogy Szle*, 68: 409–416. IF: 0,376
7. **Szalai TD.** (2014) A korai kötődési minták és kötődési szorongás jelentősége az egészségben, betegségben, evészavarokban. *Kapocs*, 13: 48-57.

Disszertációtól független tudományos közlemények

1. Túry F, **Szalai TD**, Szumska I. (2019) Compulsory treatment in eating disorders: Control, provocation, and the coercion paradox. *J Clin Psychol*, 1-11. DOI: 10.1002/jclp.22783. IF: 2,33
2. **Szalai TD**, Cserép M. (2017) Treatment methods of avoidant/restrictive food intake disorder: Review with therapeutic implications. *Psihijatrija Danas*, 49: 5-24.
3. Péntes I, Czeglédi E, **Szalai TD**, Csala I, Túry F. (2016) Adult attachment and parental bonding in irritable bowel syndrome and in panic disorder: Implications for psychotherapy. *Ideggyogy Szle*, 69: 327-334. IF: 0,376
4. Túry F, Szumska I, **Szalai TD.** Az evészavarok gyakori dilemmája: egyéni vagy családterápia?. In: Spannraft M, Korpics M, Németh L (szerk.), *A család és közösség szolgálatában.* L'Harmattan, Budapest, 2016: 249-258.

5. Kövesdi A, **Szalai TD**, Pászthy B, Harasztiné Sárosdi I. (2014) Investigation of anorexic adolescents' personality traits with Szondi test. *Confin Psychopath*, 2: 151-168.
6. **Szalai TD**. A testtömegindex (BMI) összefüggései a párkapcsolattal, szexualitással, baráti kapcsolattal és szerhasználattal a magyar ifjúság körében. In Nagy Á, Székely L (szerk.), *Másodkézből – Magyar ifjúság*. ISZT Alapítvány, Budapest: 2014: 113-147.