

Különböző konfliktuskezelési módok és szexuális problémák táplálkozási zavarosoknál

Tartalomjegyzék

1. Absztrakt	3
2. Bevezető	4
3. Elméleti háttér	4
3.1. Evészavarok bemutatása.....	4
3.2. Szexuális zavarok	10
3.3. A konfliktuskezelésről.....	13
3.4. Táplálkozás – szexuális zavarok - konfliktuskezelés. Hogyan függnek össze?...	15
4. Hipotézisek.....	18
5. Módszerek	18
5.1. A vizsgálati minta leírása	18
5.2. A kutatási módszerek, mérőeszközök és technikai eszközök ismertetése	19
6. Eredmények.....	25
6.1. Összefüggés vizsgálat az evészavarra utaló skálák és a szexuális sémák, tévhitek között.....	26
6.2. Varianciaanalízis az evészavarra utaló skálákra és a konfliktuskezelési módokra vonatkozóan.....	33
7. Diskusszió.....	35
8. Összegzés	44
9. Irodalomjegyzék.....	45
10. Mellékletek.....	49

1. Absztrakt

Jelen munka központjában az áll, hogy vajon kölcsönhatásban vannak-e a táplálkozási zavarokkal az egyén a szexualitással kapcsolatban megjelenő szkriptjei, hiedelmei, illetve különböző konfliktuskezelési módjai. A kutatáshoz kapcsolódó internetes kérdőívet összesen 102 személy (51 nő és 51 férfi) töltötte ki. Válaszaik alapján, több helyen kimutatható összefüggés az étkezési zavart mérő kérdőívek fő skálái és a szexualitásban megjelenő kognitív sémák, valamint a szexualitással kapcsolatos tévhitek között. A Karcsúságvágy skála összefüggést mutat az öt séma közül négygel: az Érzelmi elutasítottság érzésével ($r = 0,177$, $SIG = 0,021$), az Alkalmatlanság, kudarc skálával ($r = 0,186$, $SIG = 0,013$), a Magányosság és különbözőség érzésével ($r = 0,212$, $SIG = 0,006$) és a Tehetetlenség skálával ($r = 0,208$, $SIG = 0,008$). A Bulimia összefügg az Érzelmi elutasítottság érzésével ($r = 0,181$, $SIG = 0,023$) és az Önbecsmérlés, leértékelés skálával ($r = 0,185$, $SIG = 0,025$). A Testtel való elégedettség az összes szexuális sémával összefüggést mutat: az Érzelmi elutasítottság érzésével ($r = 0,275$, $SIG = 0,000$), az Alkalmatlanság, kudarc skálával ($r = 0,275$, $SIG = 0,000$), az Önbecsmérlés, leértékelés skálával ($r = 0,193$, $SIG = 0,011$), a Magányosság és különbözőség érzése skálával ($r = 0,276$, $SIG = 0,000$), és a Tehetetlenséggel is ($r = 0,278$, $SIG = 0,000$). Az EAT skála a Magányosság, különbözőség érzésével függ össze ($r = 0,170$, $SIG = 0,022$). Az evési skálák és a női szexuális tévhitek között összefüggés két helyen látható: a Bulimia skála a Testképpel kapcsolatos hiedelmek ($r = 0,262$, $SIG = 0,033$) és az EAT skála az Anyasággal kapcsolatos tévhitek ($r = -0,218$, $SIG = 0,044$) között. Ugyanez a férfiaknál a Bulimia skála és a „Macho” hiedelem ($r = 0,397$, $SIG = 0,000$), valamint A nők szexuális kielégülésével kapcsolatos hiedelmek ($r = 0,374$, $SIG = 0,001$) között ad ki szignifikáns összefüggést. Az Interperszonális bizalmatlanság skála összevetve a szexualitásban megjelenő sémákkal és a női, illetve férfi tévhitekkel csak a kognitív sémák esetében mutat összefüggést, az Érzelmi elutasítottság érzése ($r = 0,205$, $SIG = 0,006$), az Alkalmatlanság, kudarc sémája ($r = 0,151$, $SIG = 0,039$) és az Önbecsmérlés, leértékelés séma ($r = 0,152$, $SIG = 0,044$) esetén. A konfliktuskezelési módokra futatott ANOVA elemzés nem hozott szignifikáns eredményt a mintán. Tehát kimondhatjuk, hogy az evészavarra érzékeny skálákon magasabb pontszámot elérik a szexuális sémákat és néhány tévhitet illetően is magasabb pontszámot érnek el, azonban konfliktuskezelési módjaik között nem mutatható ki eltérés.

Kulcsszavak: evészavar, konfliktuskezelés, szexualitás, kognitív sémák, szexuális tévhitek

2. Bevezető

Műhelymunkám során a különböző evészavarok és azok szexualitással, valamint konfliktuskezeléssel kapcsolatos összefüggését vizsgálom. A szexualitás, a szexuálpszichológia napjaink egyik kiemelt pszichológiai irányzata, mely sokoldalúsága miatt sokakat érdekel, és mert bizonyos vonulatai egyes párkapcsolati problémák gyökerére is rávilágíthatnak. A testtel való foglalkozás, a testsúly állandó korlátozása és a köztudatban is egyre nagyobb hangsúlyt kapó evés- és testképzavarok pedig – a hétköznapi ember számára talán megdöbbentő módon – szorosan összefüggenek a szexualitással. Láthatóan mind a két téma nagyon aktuális, hisz mindennapjainkban a tökéletesség, a hibátlan külalak fontossága, a szexuális aktivitás és a vonzó külső az, ami sokak szemében mérvadó.

Éppen ezért nagyon örülök, hogy ezzel a munkámmal is folytathatom annak a nemzetközi szexuálpszichológiai kutatásnak a bővítését, melyhez másfél évvel ezelőtt csatlakoztam, és amely a szexualitással, azon belül is a devianciákkal, problémákkal és tévhitekkel foglalkozik. Kutatásomban tehát azt a problémát igyekszem körbejárni, hogy az evési zavarral rendelkezők csoportjában fellelhető-e valamilyen szexuális negatív kognitív séma, illetve szexuális tévhit a 'normális' csoportba esőkkel szemben; továbbá pedig – ehhez kapcsolódóan – hogy a táplálkozási zavar jeleit mutatók eltérnek-e valamilyen szignifikáns módon a problémakezelésüket, konfliktuskezelési módjukat illetően az egészségesen étkezőktől. Eredményeimmel leginkább a további kutatásokat szeretném elősegíteni, és feltárni az evészavarosok terápiájának fejlesztési lehetőséget, például, hogy a szexuális zavarok kezelése hatással lehet-e az evéssel kapcsolatos zavarok javulására, illetve, hogy milyen konfliktuskezelési móddal kell szembenéznie egy terapeutának a kezelés során.

3. Elméleti háttér

3.1. Evészavarok bemutatása

Ha pontosan akarjuk megfogalmazni, hogy mit is jelent az evészavar fogalma, akkor mondhatjuk, hogy:

Teljes vagy részleges pszichés függőséget mutató problémás étkezési viselkedés, mindenekelőtt a túlzott táplálékfelvétel, a bulimia és a kóros soványság tartozik ide.

(Pszichológiai lexikon 2007, 96)

A pszichológia mai állása szerint rengeteg féle evési zavarról beszélhetünk. Egyre több fajtáját különböztetjük meg, és már nem csak a nőknél, hanem a férfiaknál is egyre inkább megjelennek – természetesen másfélék, mint a nőknél (Comer, 2005). Ezek viszonylag újak számító evészavarok, mint például az orthorexia nervosa (az egészséges ételek hajhászása és az egészséges életmód túlhajszolása (Bratman, 1997)), az izomdiszmorfia (fordított bulimia, Schwarzenegger-ideál (Pope és mtsai, 1993)), vagy az Adonisz-komplexus (a férfitest megszállottságának titkos krízise (Pope és mtsai, 2000)). Éppen ezért még viszonylag kevésbé ismertek, és nem olyan széles körben elterjedtek, mint az anorexia nervosa és a bulimia nervosa. Ezek hátterében is sokféle mechanizmus és ok fellelhető, de a szociokulturális háttér és a média szerepe itt hangsúlyosabban előtérbe kerül. Arra, hogy hogyan tudjuk őket kezelni és milyen, még ezeknél is újabb táplálkozási és testképzavarok jelennek meg, valószínűleg csak a következő évtizedekben tudjuk meg a választ.

A két legelterjedtebb (és sokáig egymástól meg nem különböztetett) evési zavar az anorexia nervosa és a bulimia nervosa ma már eléggé részletesen ismert. Mindkét betegség hátterében a soványság iránti vágy és az elhízástól való rettegés áll. Mégis, pontosan mit jelent a két betegség, milyen mechanizmusok állnak a hátterükben, hogyan lehet őket kezelni?

Anorexia nervosa

Az anorexia nervosa elterjedtsége az elmúlt évtizedekben egyre növekvő tendenciát mutat (de Silva, 1993). Még mindig a „három W” (Western White Women), azaz a nyugati fehér nők körében a legelterjedtebb, de már más kultúrákban is elterjedni látszik. Az áldozatok leginkább fiatal nők, akik minél soványabbak, és ezáltal tökéletesek akarnak lenni (Thomas és Szmukler, 1985).

Az anorexia első megjelenését Richard Morton nevéhez kötik, aki 1694-ben egy nő betegét „idegi fogyással” diagnosztizálta, és leírta róla, hogy olyan volt „mint egy csontváz, csak bőrrel borítva” (de Silva, 1993).

A betegség első leírója két orvos volt, Sir William Gull és Charles Lasegue, az 1870-es években, akik egymástól függetlenül, körülbelül ugyan abban az időben írták le a betegség tüneteit. Gull használta először az 'anorexia nervosa' elnevezést (1874-ben), míg Lasegue az 'anorexie hysterique' megnevezést használta. Mind a ketten megfogalmazták a betegség fő karaktereként az önéheztetést. Gull megemlítette a hiperaktivitást és a rendkívül magas energia szintet, valamint a menstruáció elmaradását is. Lasegue megfigyelte az anorexiás lányok sajátos attitűdjét az ételek és az evés felé, valamint a családdinamikát. Igaz, mind a

ketten használták az 'anorexia' szót, azt egyikük sem írta le, hogy ezek a lányok megszállottan aggódnak a testsúlyuk miatt és félnek az elhízástól, melyek ma már a betegség központi tüneteinek számítanak (de Silva, 1993). Ennek oka Russel szerint (1985) az lehet, hogy a betegség pszichopatológiája sokat változott az elmúlt évtizedek során.

Az anorexia nervosa jelenlegi megfogalmazása, kritériumai legpontosabban a DSM-IV (2001) alapján írhatók le. Eszerint a négy legfontosabb tünet:

- a korhoz és testmagassághoz viszonyított minimális testsúly fenntartásának visszautasítása, például súlyvesztés, amely a súlynak az elvártnál legalább 15%-al alacsonyabb szinten való fenntartásához vezet; vagy az elvárt súlynövekedés elmaradása a növekedés időszaka alatt, amely az elvártnál legalább 15%-al alacsonyabb testsúlyhoz vezet.
- intenzív félelem a súlygyarapodástól vagy az elhízástól, még soványság esetén is.
- a saját testsúly vagy alak észlelésének zavara, a testsúly vagy alak túlzott befolyása az önértékelésre, vagy a jelenlegi alacsony testsúly veszélyességének tagadása.
- nőknél legalább három egymást követő menstruációs ciklus elmaradása, ha az egyébként elvárható lenne.
- típusai a restriktív és a purgáló (bulimiás) típus.

A két típus jelentése a következő: restriktív típus – a személy először megtagadja a hizlaló, szénhidrát dús és zsíros, cukros ételek fogyasztását, majd lassanként egyre kevesebb ételt vesznek magukhoz, leginkább alacsony kalóriatartalmú ételeket, zöldségeket és gyümölcsöket. A purgáló/faló típusú személynek ismétlődő falásrohamai és purgáló viselkedésformái (önhánytatás, hashajtózás, diuretikumok (vízhajtók szedése), beöntés) vannak

Az anorexia nervosában szenvedők életének jelentős részét tehát az ételekkel kapcsolatos gondolatok, a soványság megszállott elérése teszi ki. Testüket eltorzult módon látják, nem képesek méreteik reális megítélésére, túlbecsülik saját méreteiket (Comer, 2005). Betegségükkel együtt jár nem csak a testsúly radikális csökkenése, hanem ezzel együtt a pszichés és hangulati zavarok, problémák megjelenése (például depresszió, alacsony önértékelés, szorongás, alvászavarok. Ezen felül megjelennek a test betegségei is. Elsők között a már említett amenorrhoea, vagyis a menstruáció elmaradása), a test hőmérsékletének és a vérnyomás csökkenése, majd a haj hullása, a körmök berepedezése. Komolyabb problémaként jelentkezhet a szívverés lelassulása, az anyagcsere és az elektrolit-háztartás

felborulása, szívritmuszavarok, melyek legrosszabb esetben a keringés összeomlásához, akár halálhoz is vezethetnek (Comer, 2005).

„Noha nem önmaguk pusztítása a cél, az éhezéssel való küzdelmük egyenesen pusztulásba vezet.” (Levin 1987, 48)

Bulimia nervosa

A bulimia nervosát kezdetekben az anorexia egyik alfajaként tartották számon és csak az utóbbi évtizedekben kezdték különálló betegségként kezelni, köszönhetően annak, hogy a betegség drámaian elterjedt az utóbbi 10-15 évben. A kifejezést Russell használta először 1979-ben, és ő is definiálta először a betegséget. A bulimiát 'az anorexia nervosa ominózus típusának' hívta. Központi tünete a falásrohamok fennállása, melyeket ellensúlyozásképp önhánytatás, hashajtás, illetve egyéb tevékenységek követnek (de Silva, 1993).

A DSM-IV (2001) alapján a bulimia kritériumainak ma a következőket tekintjük:

- visszatérő falási epizódok, melyekre az alábbi két pont jellemző: a) meghatározott időtartam (például 2 óra) alatt olyan mennyiségű étel elfogyasztása, amely biztosan nagyobb, mint amennyit a legtöbb ember megeenne hasonló időtartam alatt és hasonló körülmények között; b) az epizód alatt jellemző az étkezés feletti kontrollvesztés érzése (például olyan érzés, hogy nem tudja abbahagyni az evést, vagy nem tudja kontrollálni, hogy mit és mennyit eszik).
- a súlygyarapodás megakadályozása érdekében ismétlődően alkalmazott kompenzáló viselkedési formák, mint önhánytatás, hashajtózás, vízhajtózás, beöntés vagy más módszerekkel való visszaélés, koplalás vagy túlzott testgyakorlás.
- mind a falás, mind a kompenzáló viselkedés átlagában legalább hetente kétszer jelentkezik, minimum három hónapon belül.
- az önértékelést túlzottan befolyásolja a test alakja és súlya.
- a zavar nem kizárólag anorexia nervosa epizódja alatt jelentkezik.
- típusai a purgáló és a nem purgáló típus.

A purgáló típus esetében a személy rendszeresen foglalkozik önhánytatással, hashajtózással, vízhajtózással vagy beöntéssel; míg a nem purgáló típusnál a bulimia nervosa aktuális epizódja alatt a személy nem foglalkozik purgáló viselkedési formákkal (önhánytatással, hashajtózással, vízhajtózással, beöntéssel), hanem egyéb kompenzáló viselkedést alkalmaz, mint a koplalás vagy a túlzott mértékű testgyakorlás.

A bulimiában a falásrohamok körülbelül 2-40 alkalommal jelentkeznek egy héten. Ezek általában titokban és csendben, sokszor éjszaka zajlanak, és a betegek hatalmas mennyiségű táplálékot visznek be, viszonylag rövid idő alatt. A falást általában valamilyen feszültségérzés váltja ki, melynek csillapítására kezd el enni a beteg. A feszültség átmenetileg enyhül, de a roham után újabb feszültség jön, melyet immár az elfogyasztott étel mennyisége miatt érez a személy (Mizes, 1995).

Ennek a feszültségnek a csökkentésére (illetve az elhízástól való félelem hatására) következnek a rohamok után a kompenzáló viselkedések. Ezek nagy része alkalmatlan a fogyásra, legtöbbször csak a telítettségérzést csökkentik. A hányással kiürül a szervezetből az elfogyasztott táplálék, de annak egyharmada felszívódik, így ez a módszer nem akadályozza meg teljesen a hízást. Következmenyeképp a szervezet telítettségérzése teljesen felborul és a személy csak éhesebb lesz, gyakrabban törnek rá falásrohamok, és egy ördögi körbe kerül (Wooley és Wooley, 1985), ráadásul a folyamatos hányás tönkre teszi a nyelőcsövet és a fogakat is.

A hashajtók, vízhajtók, beöntések alkalmazása hasonlóan eredménytelen a hízással szemben, mivel nem akadályozzák meg a tápanyag felszívódását. A kalóriabevitel így nem válik semmissé, ráadásul hasmenéshez, fehérje-vesztéshez vezetnek (Túry, 2003).

„Harmadszorra, negyedszerre is lekotrok, újabb adagokat adva ki magamból – mindent szépen viszontlátok, amit megettem. Elégedett örömmel nyugtázom...” (Hall 1980, 5-6)

Az evészavarok okai

Ezek alapján tehát ma már viszonylag szoros keretek között tudjuk kezelni az anorexia nervosát és a bulimia nervosát. Fontos azonban tudnunk, hogy milyen mechanizmusok és okok állnak ezeknek a betegségeknek a hátterében.

A táplálkozási zavarok nagyon összetett háttérrel rendelkező betegségek. Vannak pszichológiai, szociokulturális és biológiai okaik is (Comer, 2005).

A szociokulturális okok közé soroljuk a társadalom és család felől érkező nyomást az egyénre. Kockázatot jelenthetnek a családban megjelenő minták, mint például a karcsúságideál felnagyítása, a családban előforduló evészavar vagy pszichiátriai betegség, illetve az összegabalyodott családszerkezet, vagyis a túlzott szabadon engedés, vagy éppen a túlzó féltés a családban (Túry, 2003).

A társadalmi nyomás a soványság-központúsággal, a vonzó nő kritériumainak folyamatos változásával és hangsúlyozásával járul hozzá a betegség kialakulásához. A minél vékonyabb

női test ideálja az utóbbi 3-4 évtizedben vált ennyire erőteljessé, ezért az evési zavarok leginkább a nőknél fordulnak elő. A férfiakra más elvárások, másfajta nyomás nehezedik, de jóval kevesebb ideje, mint a nők esetében (Comer, 2005).

A pszichológiai okok közé a személyiség fejletlenségét, az énfunkciók gyengeségét és a kognitív zavarokat soroljuk. Ezek eredhetnek a nem kielégítő anya-gyerek kapcsolatból, azaz hogy az anya csecsemőkorában mennyire volt effektív, mennyire elégítette ki a gyermek igényeit, vagyis hogy hogyan tudta azonosítani, tartalmazni a csecsemő belső állapotait, melynek mintájára a csecsemő folyamatosan megtanulja (illetve az elégtelen szülő esetén nem tanulja meg) saját állapotainak felismerését. Hilde Bruch (1973) szerint, hogyha ezt nem tanulja meg a gyermek, akkor nem tud saját döntéseire hagyatkozni az érzéseivel kapcsolatban, csak a szüleire, ezért állandóan meg akarnak nekik felelni. A serdülőkorral azonban az önállósodás, a leszakadás vágya egyre erőteljesebbé válik, és ez a két, teljesen ellentétes érzelem a testen gyakorolt szélsőséges kontrollban manifesztálódik. Akik uralkodni tudnak a testük felett, azok a restriktív anorexia nervosa felé, akik pedig nem olyan sikeresek a testsúly kontrollálásában, azok a bulimia nervosa felé indulnak el (Bruch, 1978).

Végül a biológiai tényezőket is figyelembe kell vennünk. Ez leginkább a hipotalamuszon belül található két, egymástól független központnak tulajdonítható, melyek a táplálkozás szabályozásában vesznek részt. Röviden ez annyit jelent, hogy a két központ teremti meg a stabilizációs pontot, azaz a test azon súlyát, mely a szervezet belső egyensúlyának fenntartása szempontjából fontos. Ha ez a két rendszer helytelenül működik (egyik az éhségérzetet váltja ki, a másik pedig elnyomja azt), akkor a két betegség valamelyike kialakulhat (Comer, 2005).

Az evészavarok kezelése

A fent említett betegségkiváltó okok sokfélesége miatt mind a két evési zavar (és természetesen általában az evészavarok) esetében összetett kezelésre van szükség.

Az anorexia nervosa esetében elsősorban a súlygyarapodás és a normális étkezés visszaállítása a fő cél, általában kórházi keretek között és orvosi felügyelet mellett. Sokszor alkalmaznak gyógyszeres kezelést, például antidepresszánsokat, melyek a hangulati zavarok helyreállításában játszanak szerepet, de a terápiás módszerek (egyéni, illetve családterápia) használata is elengedhetetlen. Ezek kombinációja segít a betegeknek az énkép és az önállóság helyreállításában, a családi mechanizmusok javításában, a testsúllyal és evéssel kapcsolatos attitűdök helyreállításában (Comer, 2005).

Sajnos az anorexia nervosás betegek teljes gyógyulásához évek kellenek – a pszichés gyógyulás hosszas folyamat része. A betegek egy része még gyógyulás után is lehet

depresszív, szorongó, sokan visszaesnek, továbbra sem elégedettek alakjukkal és újabb anorexiás folyamatok lépnek fel. A gyógyulás mértéke nagyban függ attól, hogy mennyi idő telt el a betegség kialakulása óta és hogy pre- vagy posztpubertás korban jelentkezett a zavar (Comer, 2005).

A bulimia nervosa betegek kezelése hasonlóan összetett: fontos a terápiás kezelés, az étkezési szokások normalizálása, az étellel és testsúllyal kapcsolatos nézetek átalakítása a betegben, a gyakori és rendszeres étkezés kialakítása, a súlycsökkentő viselkedések megszüntetése (Túry, 2003). Ezeket egyéni terápiában, csoportterápiában, családterápiában, viselkedésterápiában érhetjük el, illetve bulimiás betegek esetében is alkalmazzák a gyógyszeres kezelést a terápia mellett, ezek segítenek a hangulatzavarok helyreállításában (Comer, 2005).

Ennek a betegségnek is vannak sajnos utóhatásai, például a betegek egy része visszaesik, vagy van, hogy nem is tud változtatni kialakult étkezési szokásain. A tapasztalatok azonban azt mutatják, hogy a megfelelő kezeléssel hatékonyan lehet gyógyítani ezt a betegséget (Comer, 2005).

Sajnos egyetlen esetben sem lehet egy, adott magyarázatot adni a betegség kialakulására, hogy pontosan milyen mechanizmusok szükségeltetnek ahhoz, hogy valakinél evési zavar alakuljon ki, mert ez egyénenként változó. Az azonban fontos, hogy tisztában legyünk minden rizikófaktorral és az adott személy esetében minden aspektust kivizsgáljunk, hogy a neki legmegfelelőbb kezelést vagy kezelések kombinációját tudjuk alkalmazni.

3.2. Szexuális zavarok

A szexualitás, maga a szexuális együttlét a XXI. századra szinte mindennapos témává vált. Az, ami korábban (egészen a XVIII. századig) tabunak számított, hirtelen előtérbe került.

A viktoriánus korban a szex és a meztelen test tabunak számított, még beszélni sem lehetett ilyenekről, ezzel párhuzamosan viszont virágzott a szex, mint szolgáltatás, a bordélyházak tömve voltak. Hasonló a helyzet ma is, csak fordítottn. A szex előtérbe kerülésével és a témával kapcsolatos tabuk erőteljes csökkenésével párhuzamosan megjelentek a szexualitással kapcsolatos problémák is. Nyíltan beszélünk róla, a média is ezzel van tele, mégis egyre több és több a tévhit, a deviancia, az emberek alapvető dolgokat nem tudnak a szexről, ennek ellenére – hiszen szinte rájuk van kényszerítve – csinálják.

A szex mellett a testtel kapcsolatos elferdült nézetek, testképzavarok, evési zavarok is megjelentek. Minden nő egyre soványabb akar lenni, a férfiak egyre izmosabbak és mindkét nem egy elferdült és teljesíthetetlen ideált próbál megvalósítani. Ezen zavarok, tévhitok háttérében több dolog is állhat. Ilyenek lehetnek például az egyénekben lévő negatív szexuális sémák.

Az emberek mindennapi életében, cselekedeteikben fontos szerepet töltenek be a kognitív sémák. Ezek az egyén tapasztalati tudását tömörítő ismerettömbök, melyek fő funkciója, hogy szabályozzák a megismerési folyamatokat (Pogány, 2000), segítségével a személy újraalkotja a valóságot és létrehozza a valóság sajátos, rá jellemző leképeződését (Tringer, 1993).

Ezekhez nagyon hasonló módon jönnek létre a szexuális sémák, úgynevezett szkriptek, melyek elméletét Gangon és Simon dolgozta ki. Kiindulási pontjukként szolgált, hogy az emberek fiziológiai hasonlóságuk ellenére kultúránként eltérő szexuális viselkedéseket mutatnak. Elméletük szerint ez azért van, mert a társadalom és a kulturális környezet meghatározza az emberek szexuális viselkedését, egyfajta forgatókönyv (szkript), vagy más néven kognitív keret alapján (Lukács, 2010).

A szexuális sémák tehát a kognitív sémákhoz hasonlóan tanulási és szocializációs folyamatok eredményeként jönnek létre. Elméleti feltételezések szerint a forgatókönyvek automatikusan működésbe lépnek, megadják a szexuális reakciók és döntések algoritmusát (Alvarez, Garcia-Marquez, 2008).

Manapság (a már korábban említett okok miatt) sokkal rugalmasabb és szélesebb körű szerepeket kínálnak az egyes szexuális szkriptek, azonban a továbbra is etalonként emlegetett, tradicionális forgatókönyvek gyakran ellentmondanak a média által sugallt és elvárt szexuális szerepeknek.

Egy kapcsolatban mindét fél a saját szkriptjét követi és a szerint cselekszik, ezeket tehát össze kell hangolni a megfelelő és harmonikus szexuális kapcsolat érdekében. Így a szexuális zavarok, diszfunkciók háttérében sokszor ezen szkriptek hatása áll, illetve a pár közös szexuális forgatókönyvének hiánya (Lukács, 2010).

Azt, hogy mi számít szexuális zavarnak, diszfunkciónak a DSM IV definíciója adja meg a legpontosabban. Eszerint szexuális diszfunkción a szexuális válaszciklus normális mintázatának tartós zavarát értjük; hagyományosan a szexuális vágy, izgalom és orgazmus

zavarait, valamint a szexuális fájdalom szindrómákat soroljuk ide (DSM IV – TR. APA 2000).

Az egyes szexuális szkriptek, sémák és szexuális tévhitek szoros kapcsolatban állnak egymással. Hajlamosak vagyunk egy adott kultúra szexuális hiedelmeinek nagyobb érvényességet tulajdonítani, mint amennyire azok valójában igazak, pedig ezek a hiedelmek általában nehezen teljesíthetők. Ilyen hiedelem például, hogy egy igazi férfi bárhol, bármikor készen áll a szexre, ez természetesen a való életben nincs így. Azok a férfiak, akik ennek a mítosznak akarnak megfelelni, előbb-utóbb frusztráltakká válnak, mert azt tapasztalják, hogy lehetetlen ennek eleget tenni.

Ez fordítva is igaz, vagyis egyes szexuális hiedelmek facilitálhatnak negatív sémákat, például az a hiedelem, hogy a férfi, aki nem képes fenntartani az erekcióját egy csőd, aktiválhatja az „Én inkompetens vagyok”, vagyis az alkalmatlanág sémáját (Nobre és Pinto-Gouveia, 2003).

Ezen sémák és tévhitek felmérésére készített Nobre és Pinto-Gouveia (2003, 2009) két kérdőívet, melyeket egy bizonyítottan szexuálisan diszfunkcionális és egy kontrollcsoporttal vettek fel.

A szkriptekkel kapcsolatos kérdőívük (Questionnaire of Cognitive Schema Activation in Sexual Context – Kérdőív a kognitív sémák megjelenéséről a szexben) kiértékelése során öt olyan sémát találtak, melyek sikertelen szexuális aktus esetén aktiválódhatnak. Ezek az érzelmi elutasítottság; alkalmatlanság, kudarc; önbecsmérlés, leértékelés; magányosság és különbözőség érzése és a tehetetlenség (Nobre, Pinto-Gouveia, 2009).

A tévhitekről szóló kérdőívben (Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire – Kérdőív a szexuális tévhitekről) diszfunkcionális hiedelmeket és sztereotípiákat mérték fel a kutatók. Faktoranalízissel mindkét nemnél hat hiedelemfaktort azonosítottak. A nőknél ezek: szexuális konzervativizmus; a szexuális vágy és öröm, mint bűn; korral kapcsolatos hiedelmek; testképpel kapcsolatos hiedelmek; anyasággal kapcsolatos hiedelmek és vonzalommal kapcsolatos tévhitek. A férfiaknál: szexuális konzervativizmus; a nők szexuális hatalmára vonatkozó hiedelmek; a „macho” hiedelem; a nők szexuális kielégülésével kapcsolatos hiedelmek; restriktív (megszorító, korlátozó) szexuális attitűd és a szex, mint visszaélés a férfi erejével (Nobre, Pinto-Gouveia, 2003).

A kutatók azt a végkövetkeztetést vonták le, hogy az egyes női és férfi szexuális hiedelmek, tévhitek bizonyos szexuális zavarokhoz kapcsolhatók. Ugyanis ezek a hiedelmek, mítoszok

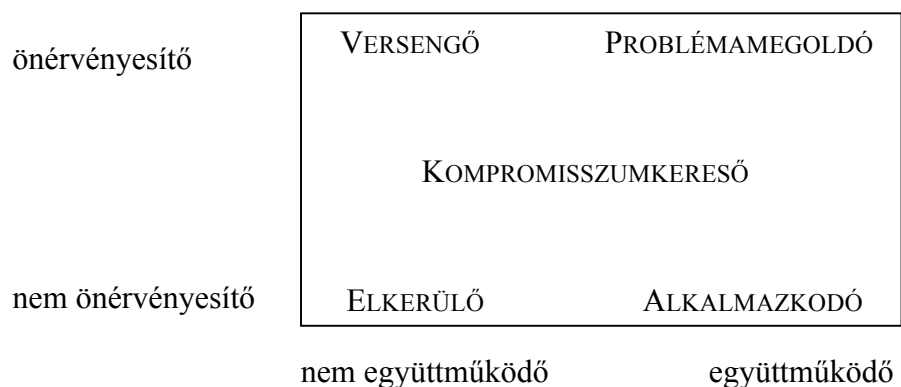
irányítják a szexuális viselkedésünket, tehát ezek felismerése és kioltása a betegből megoldásként szolgálhat a zavarok kezelésére.

3.3. A konfliktuskezelésről

Minden ember rendelkezik valamilyen domináns konfliktuskezelési móddal, mely tulajdonképpen azt jelenti, hogy az adott személy egy konfliktusos helyzetben hogyan viselkedik. Mindegyik mód hasznos, csak más-más helyzetekben, mindegyiket képesek vagyunk alkalmazni, de minden embernek megvan az a módozat, melyet az esetek döntő többségében alkalmaz.

Az, hogy az ember egy konfliktusos helyzetben hogyan viselkedik, két dimenzió mentén írható le, melyek az önérvényesítés (azaz, hogy mennyire akarjuk saját akaratunkat érvényesíteni többi felett) és az együttműködés (azaz, hogy milyen mértékben vesszük figyelembe a másik szándékait) (Mészáros, 2011).

Ezen két dimenzió mentén öt különböző konfliktuskezelési módot különböztetünk meg, melyek a következők:



1. Ábra – A konfliktuskezelési módok elhelyezkedése a két fő dimenzió

Az öt konfliktuskezelési mód jelentése:

- a versengés az önérvényesítést és a nem együttműködést ötvözi, mikor az egyén nem törődik a másik szándékaival, csak a magáét akarja érvényesnek tudni. A személy szinte bármit elkövet, hogy az ő elképzelése valósuljon meg, hogy ő nyerjen, hogy neki legyen igaza.
- az alkalmazkodásban a személy együttműködik, de nem törekszik semmilyen önérvényesítésre. Lemond a saját nézeteiről, azért, hogy a másikéi érvényesülhessenek.

- az elkerülés mindkét dimenzión a negatív tartományba esik, azaz a személy semmiféle szándékot nem akar érvényesíteni, de másét sem akarja elfogadni.
- a problémamegoldás pozitív jelet kap mindkét dimenzión, ugyanis a problémamegoldó személy egyszerre önérvényesít, de emellett elfogadja a másik álláspontját és együttműködéssel akar egy végső álláspontra jutni.
- a kompromisszumkerülő személy középen helyezkedik el, átmenetet képezve az önérvényesítés és az együttműködés dimenziója között. Az ilyen személyek egy kölcsönösen elfogadható megoldást keresnek, ezért hajlamosak lemondani bizonyos mértékig saját nézeteiről, de azért alaposan körüljárják a kérdést (igaz nem annyira alaposan, mint a problémamegoldók) (Mészáros, 2011).

Konfliktusaink során tehát valamely módozat egyikét használva jutunk túl ezeken a szituációkon. Fontos azonban tudnunk, hogy mind saját hajlamaink, mind az adott helyzet befolyással van az (általában tudattalanul) választott módunkra (Mészáros, 2011). Az adott helyzet az, ami meghatározza a konfliktusok fajtáját. Ezeket különböző szempontok szerint lehet tipizálni, azaz a konfliktus szintje, relevanciája, intenzitása és a konfliktust kiváltó okok szerint (Milicz, 2011). Az átláthatóság miatt a következő táblázatban összeszedve láthatók az ezen kategóriákba tartozó konfliktus típusok:

1. TÁBLA: A KONFLIKTUSOK TÍPUSAI KATEGÓRIÁK SZERINT

Kategóriák	Típusok
Szint szerint	Makroszintű Mikroszintű – intraperszonális, interperszonális , intézményi
Relevancia szerint	Látszat konfliktus Perem konfliktus Központi konfliktus Extrém konfliktus
Intenzitás szerint	Nézeteltérés Összeecsapás <i>Végső összeecsapás</i>
Kiváltó okok szerint	Ténykonfliktus Érdekkonfliktus Kapcsolati konfliktus Értékkonfliktus

A vastaggal kiemelt konfliktusok (és az egy dőlt betűs) olyan helyzeteket jelölnek, melyek terapeuta és páciens között is kialakulhatnak. Ezek definíciói – hogy jobban lássuk, miből is következik ez – a következők:

- intraperszonális konfliktus – az egyénen belül zajló probléma.
- interperszonális konfliktus – személyek között (tehát nem például intézmény és személy között) kialakuló konfliktus.
- extrém konfliktus – az egyén életét, egészségét, fejlődését veszélyeztető konfliktus, mely azonnali beavatkozást igényel és hosszabb távon kezelhető hatékonyan.
- végső összecsapás – amikor a cél már az ellenfél teljes megsemmisítése, eltávolítása.
- kapcsolati konfliktus – a felek közötti kapcsolatból erednek a konfliktusok, melyeket például előítéletek vagy félresiklott kommunikáció okozhat (Milicz, 2011).

Fontos ezeket ismernünk, mindezek mellett pedig tisztában lennünk azzal, hogy bizonyos helyzetek milyen módokat válthatnak ki a páciensből, és hogy hogyan tudjuk ezeket kezelni.

3.4. Táplálkozás – szexuális zavarok – konfliktuskezelés. Hogyan függnek össze?

Az evés, a táplálék magunkhoz vétele minden ember számára a legfontosabb szükséglet, melynek kielégítése nélkül nem tudunk sokáig normálisan működni. A táplálkozás éppen ezért az élet szinte minden területével összefüggésben áll, mindezekre hatással van.

Az evés a legősibb cselekvési forma, mely a csecsemőkorban már rengeteg, későbbi folyamat alapját adja. A csecsemő elsődleges szükségletkielégítője az anya, akitől a táplálékot kapja, és akihez ennek nyomán kötődik. Az evésen keresztül mutatkozik meg, hogy az anya mennyire tápláló és a gyermek is megtanulja, hogy ezen keresztül tudja kimutatni elfogadását, örömét, vagy éppen bánatát és elutasítását a külvilág felé (Bruch, 1957; Szelestey, 1999). Ez a korai kötődés adja meg a későbbi kapcsolatok milyenségének alapját, és mivel rengeteg működés alapja ez az alapvető bizalom és szeretet, ha ebben zavar keletkezik, az például a gyermek későbbi konfliktuskezelésére is kihathat.

Azok, akik édesanyjukhoz felemásan kötődnek, sokszor olyan evési zavarokkal küszködnek, mint a bulimia vagy az anorexia. Az evéshez való viszony ugyanis összefügg az édesanyához való viszonyal, így mindennemű táplálkozási zavar az édesanyával való korai kapcsolatra is

visszavezethető. A bulimiában például az étel habzsolása, majd annak purgálása az anyához való ambivalens viszonyt mutatja – a személy azonosulna is az anyával, de ugyanakkor el is akar távolodni tőle (Masterson, 1977).

Ez az anya-gyermek kapcsolat tehát minden későbbi kötődésben megjelenik, különösképpen a párkapcsolatokban. Az evéshez, az orális szakaszhoz kapcsolódó száj, mint a kielégülés szerve a párkapcsolatok során is fontos szerepet tölt be: az egymással való érintkezés egy olyan, magasabb formája, melyet sokan a szexuális együttlét egy spirituális formájának tekintenek (Morris, 1997).

Bár rengeteg férfit érintenek a táplálkozási zavarok (pl. inverz anorexia), ezek a betegségek még mindig leginkább a nők körében elterjedtek. Sokszor ezekkel a betegségekkel együtt szexuális zavarok is megjelennek, például a vaginizmus, vagyis a hüvely külső egyharmadának akarattól független izom összehúzódása, amely a közösülést ismételtén vagy tartósan lehetetlenné teszi. Ennek magyarázata, hogy a táplálkozáshoz és a szájhoz kötött frusztráció áttevődik a nemi szervre (Altomare-Riskó, 1989). Ehhez hasonlóan az anorexiások például undorodnak az erotika mindennemű megnyilvánulásától, kóros soványságukkal, fiús viselkedésükkel tiltakoznak a szexualitás ellen (Freud 1981). Ugyanígy a kövér nők egy része is egy szerelmi csalódás után hízik meg, (vagy éppen fogy le), sokan pedig szexuális vonzerejük és nem pedig egészségük növelésének érdekében kezdenek fogyókúrába. A bulimiások falásrohamai és az ezeket követő hányás/hashajtás is összefügg a szexualitással. Ezek a cselekvések egyáltalán nem kívánatosak, mégis maga a falás és az azt követő purgálás is megfelel a személy számára a szexuális aktus pótlásának: értelmezhetjük úgy, hogy orgazmust él át mindkét esetben. (Túry, Szabó, 1991). (Ehhez kapcsolható, hogy a bulimia nervosa 30%-ban olyan nőknél fordul elő, akik nemi erőszak áldozatai voltak (Schmidt és mtsai, 1995).)

Azt, hogy a két fő evési zavar, azaz az anorexia nervosa és a bulimia nervosa milyen szexuális zavarokkal függ össze (leginkább a nők esetében), azt Padmal de Silva 1993-as írása nagyon jól összefoglalja.

Az anorexia nervosában szenvedőknél – mint ahogyan azt a kritériumoknál is olvashattuk – megjelenik az amenorrhoea (azaz a menstruáció elmaradása), illetve egyéb testi változások következnek be, így nem meglepő a szexuális élet visszaesése. Garfinkel és Garner (1982) megjegyzi, hogy az anorexiás nők először általában a menstruációs zavarok vagy meddőség miatt keresik fel orvosukat, illetve szexuális zavarok, például vaginizmus vagy frigiditás

miatt. Az éheztetés és a súlyosan alacsony tápanyagbevitel hatással van a szexuális vágyra és funkciókra. Ezt az a kutatás is bizonyította, melyben 36 férfit koplaltattak 6 hónapon keresztül (Minnesota Starvation Experiment, 1944). A résztvevők – több változás mellett – beszámoltak a szexuális érdeklődés elvesztéséről (de Silva, 1993).

Fontos azonban tisztáznunk, hogy ezek a szexuális zavarok akár az evészavar kialakulása előtt is fennállhatnak a betegnél, mert a nők egy része már serdülésükkor elutasítja a szexualitás minden formáját, és ez is az anorexia egyik eleme, azaz a nőiesség tagadása.

A bulimiások esetében a helyzet kicsit összetettebb. Ők több esetben rendelkeznek szexuális tapasztalattal, mint az anorexiás betegek, de náluk is megfigyelhető a szexuális élet zavara, nehézségek a partnerrel és a szexuális izgalom visszaesése (de Silva, 1993).

Az étkezési zavarok és szexuális diszfunkciók összefüggése betudható (a már említett okok mellett) a menstruációs zavaroknak, mely vezethet a szexuális aktus során a nedvesség elmaradásához, illetve a közösülés közbeni fájdalomhoz. Emellett a pszichológiai faktorokat is számba kell vennünk, mint például az anorexia nervosával, de főként a bulimia nervosával gyakran együtt járó depressziót és szorongást, esetenként pánikrohamokat, alacsony önértékelést, melyek szintén kihatnak a szexuális életre, annak elutasítására (de Silva, 1993). (Illetve azt is figyelembe kell vennünk, hogy a bulimia nervosások 30%-a szexuális abúzus után válik bulimiássá, ez is a háttérben állhat a szexualitással való szembenállásnak (Schmidt és mtsai, 1995).)

A ma embereként gondolhatjuk tehát, hogy az eltorzult testkép megjelenése a főként a média által sugárzott testtel kapcsolatos, elferdült nézeteknek, reklámoknak köszönhető, melyek azt sugallják, hogy a soványság és a fiatalság a boldogság kulcsai (Featherstone, Hepworth, Turner, 1997), azonban ez csak az érem egyik oldala. Manapság minden nő egyre soványabb akar lenni, a férfiak egyre izmosabbak és mindkét nem egy elferdült és teljesíthetetlen ideált próbál megvalósítani. Sok munkahelyen (és a pár évvel ezelőtt még létező az egyetemi felvételi során is) a kövér, elhízott személyek sokkal kevesebb eséllyel indultak az adott posztért és sokkal kisebb arányban kerültek be a munkahelyekre, egyetemekre, mint karcsúbb társaik (Herman, 1976). Éppen ezért fontos, hogy tisztában legyünk ezen betegségek eredetével és más aspektusokat is vizsgáljunk velük kapcsolatban.

4. Hipotézisek

Hipotéziseim a következők:

- Az evészavarral rendelkezők (illetve a kritikus tartományba esők) szexuális életében többször jelennek meg negatív kognitív sémák (de Silva, 1993).
- Az evészavarral rendelkezők (illetve a kritikus tartományba esők) több, önmagukra vonatkozó (vonzalommal és testképpel kapcsolatos) tévhittel rendelkeznek (de Silva, 1993).
- Szignifikáns különbség várható az evészavarral rendelkezők és a nem rendelkezők között, konfliktuskezelési módjukat tekintve (Forgács, 2004).

5. Módszer

5.1. A vizsgálati minta leírása:

A kutatásban résztvevők, kérdőíveket kitöltő személyek nem választás, hanem önkéntes jelentkezés alapján kerültek be a kísérletbe. A kérdőíveket interneten tettem közzé, így bárki kitölthette azokat, nem volt megadott kritérium, aminek meg kellett volna felelni. (A kérdőívek kitöltése előtt a személyek egy teljes körű tájékoztatást kaptak a kísérletről, adataik felhasználásáról, a felmerülő etikai kérdésekről, így egy külön beleegyező nyilatkozat aláírása szükségtelen volt.)

A kérdőíveket összesen 102 fő töltötte ki (51 férfi és 51 nő). A következő táblázatról (2. Tábla) leolvasható a nemek szerinti megoszlás; a kitöltők átlag életkora nemek szerint megosztva; és hogy hány szexuális partnerük volt eddig a kitöltőknek.

2. TÁBLA: A KITÖLTŐK – A VIZSGÁLAT SZEMPONTJÁBÓL – FONTOSABB ADATAI

Nem			
		Férfi	Nő
		Darabszám	Darabszám
Kor	16-25	43	45
	26-35	4	3
	36-45	4	3
Eddigi szexuális partnerek száma	1	8	7
	2-4	12	18
	5 vagy több	10	8

5.2. A kutatási módszerek, mérőeszközök és technikai eszközök ismertetése:

A kísérlet résztvevői kérdőívek kitöltése alapján kerülnek vizsgálatra. Előzetes csoportba osztás nélkül, a kitöltés és az eredmények értékelése után jöttek létre a fő skálák: az evészavarosok és a 'normálisan' étkezők két végpontja között.

A személyek a teljes vizsgálat megkezdése előtt a következő utasítást kapták:

Kedves Kitöltő!

Köszönöm, hogy részt vesz a szakdolgozatomhoz készített kérdőívcsomag kitöltésében! Kérem, figyelmesen tölts ki a következő kérdőíveket! Ügyeljen, hogy minden újabb kérdés utasítását elolvassa! Fontos, hogy nincs helyes vagy helytelen válasz, mindig azt jelölje, ami igaz Önre, és mindig őszintén válaszoljon!

Mivel a program nem teszi lehetővé az egyének visszakeresését adataik alapján (és ez az anonimitásnak is kedvez), kérem, amennyiben egyéni kiértékelést szeretne, keressen meg e-mailen és elküldöm Önnek azt a kérdőívet, melyet ki szeretne tölteni és eredményét meg szeretné tudni.

A hibák elkerülése végett, itt található még egyszer a két link, nehogy a rossz nemhez tartozót tölts ki:

NÓI: <http://kwiksveys.com/s.asp?sid=thacvnupsy1713931816>

FÉRFI: <http://kwiksveys.com/s.asp?sid=wd3gvl602td7gwj40682>

Ezen felül bármilyen kérdéssel forduljon bátran hozzám!

Köszönettel,

Balló Henrietta

balloheni@gmail.com

Általános és személyes adatok

Az instrukció elolvasása után a kitöltők válaszoltak az általános adataikra vonatkozó kérdésekre, majd a kutatás szempontjából fontos, fő kérdőívek kitöltése következett.

Az általános adatokra vonatkozó kérdések:

- Kor
- Végzettség
- Családi állapot
- Mióta él párkapcsolatban?
- Hányszor él szexuális életet egy héten? (Az elmúlt egy hónap alapján, illetve ha nem él párkapcsolatban, akkor gondoljon vissza a legutóbbi párkapcsolatára és az alapján válaszoljon!)
- Hány szexuális partnere volt eddig?

Fő tesztek

Ezt követően a vizsgálat szempontjából fontos, fő tesztek kitöltése következett, melyek a következők:

1. Evési Zavar Kérdőív – Eating Disorder Inventory (EDI) (Melléklet 1.)

Az egyik leggyakrabban használt kérdőív az evészavarok vizsgálatára. Összesen 64 tételből áll, melyet a kitöltő egyénileg pontoz egy 6 fokú skálán (soha (1) – ritkán – néha – gyakran – rendszerint – mindig (6)). A kérdőív többdimenziósan (8 skálán – karcsúság iránti késztetés, bulimia, testtel való elégedetlenség, elégtelenség érzése, perfekcionizmus, interperszonális bizalmatlanság, interoceptív tudatosság, félelem a felnőtté válástól) értékeli az evészavar egyes tényezőit (Túry és Szabó, 2000). A dimenziókat tekintve az első három bír kiemelt szereppel, ugyanis ezek pontszámait viszonyítjuk megadott határértékekhez. Ez a három dimenzió, a hozzájuk tartozó tételek és küszöbértékek a következők (az aláhúzott tételeket fordítottan kódoljuk):

3. TÁBLA: AZ EDI HÁROM FŐ DIMENZIÓJA, A HOZZÁJUK TARTOZÓ ITEMÉK ÉS KÜSZÖBÉRTÉKEIK

Dimenziók	Itemek	Küszöbérték
Karcsúság iránti késztetés	<u>1</u> , 7, 11, 16, 25, 32, 49	14 pont
Bulimia	4, 5, 28, 38, 46, 53, 61	12 pont
Testtel való elégedetlenség	2, 9, <u>12</u> , <u>19</u> , <u>31</u> , 45, <u>55</u> , 59, <u>62</u>	21 pont
Elégtelenség érzése	10, 18, <u>20</u> , 24, 27, <u>37</u> , 41, <u>42</u> , <u>50</u> , 56	nincs

Perfekcionizmus	13, 29, 36, 43, 52, 63	nincs
Interperszonális bizalmatlanság	15, 17, 23, 30, 34, 54, 57	nincs
Interoceptív tudatosság	8, 21, 26, 33, 40, 44, 47, 51, 60, 64	nincs
Félelem a felnőtté válástól	3, 6, 14, 22, 35, 39, 48, 58	nincs

A dimenziók jelentése a következő:

- Karcsúság iránti készletesség: az ehhez a dimenzióhoz tartozó tételek a diétázással, karcsúsággal való túlzott foglalkozással kapcsolatosak, illetve az elhízástól való félelmet és a soványság vágyát mérik.
- Bulimia: a tételek a betegség kritériumait igyekeznek felmérni, azaz a kontrollálatlan túlevési hajlamot és az önhánytatási készletet, azonban a skála önmagában nem elegendő a betegség diagnosztizálására.
- Testtel való elégedetlenség: ez a faktor gyakran köthető a testképzavarhoz és ezáltal az egyes táplálkozási zavarokhoz. Tételei bizonyos testrészekkel való elégedetlenséget (pl. combok, fenék, csípő) mérnek.
- Elégtelenség érzése: a tételek összefüggnek a negatív önértékeléssel, azt mutatják, hogy a személy mennyire érzi elégtelennek, értéktelennek magát, és hogy mennyire érzik úgy, hogy befolyással vannak saját életükre.
- Perfekcionizmus: azt mutatja, hogy az egyén mennyire törekszik a tökéletességre, mely utal a merev felettes énré és a magas szülői elvárásoknak való megfelelni akarásra is.
- Interperszonális bizalmatlanság: az érzelmek nehéz kifejezését, a közeli kapcsolatok kerülését, bizalmatlanságot jelent.
- Interoceptív tudatosság: a belső, testi jelzések, valamint az érzelmek felismerésének bizonytalanságát méri ez a skála.
- Félelem a felnőtté válástól: a gyermekkor biztonságába, gondtalanságába akar visszahúzódní az egyén.

A faktorokhoz tartozó tételeket a válaszadás alapján összegezzük (figyelembe véve a fordított tételeket) és összevetjük a küszöbértékekkel. Fontos, hogy csak a gyakran, a rendszerint és a mindig válaszokat pontozzuk 1 – 2 – 3 ponttal, a többi válasz 0 pontot ér.

Az utolsó 5 dimenzióhoz nem tartozik küszöbérték, ezek az anorexiához tartozó pszichopatológiai személyiségvonásokat vizsgálják, azonban a teszt nem tartalmazza az összes jellegzetességet és a betegek sokszor tagadják is ezeknek a jelenlétét.

2. Evési Attitűdök Tesztje (rövid változat) – Eating Attitudes Test (EAT-26)

(Melléklet 2.)

Eating Attitudes Test hazai, 40 tételes változatának, rövidített formája, mely az evéssel kapcsolatos attitűdöket méri. A kérdőív nem alkalmas a bulimia és az anorexia nervosa elkülönítésére, mivel elkészültekor a két betegséget még nem kezelték külön, illetve diagnózis felállítására sem alkalmas.

A válaszadás alapján a tételekhez tartozó pontszámokat összeadjuk és egyeztetjük a küszöbértékkel. Mindössze csak egy fordított tétel van (26-os tétel), a többinél az állandóan 3, a nagyon gyakran 2, a gyakran válasz pedig 1 pontot ér, a többi nullát. A maximális pontszám tehát 78, 19 pont felett a személy patológiás attitűdökkel rendelkezik, így a 20 vagy annál magasabb pontszámot elérők a magas kockázató csoportba esnek, a 20-nál kevesebb pontot elérők pedig az alacsony kockázató csoportba (Túry és Szabó, 2000).

3. Thomas-Kilman-féle Konfliktuskezelési Kérdőív - Thomas-Kilman Conflict Mode Instrument (TKI) (Melléklet 3.)

Egy 30 tételből álló kérdőív, melyben egyes kijelentéspárok közül kell választani. A választás egy adott konfliktuskezelési módhoz tartozik, melyekhez tartozó választások számát összeadjuk és a legmagasabb értéket elért mód felel meg a személy konfliktuskezelési stratégiájának. Az 5 konfliktuskezelési mód a következő: versengés, alkalmazkodás, elkerülés, problémamegoldás, kompromisszumkeresés (Thomas és Kilman, 1974) (részletes leírásuk az Elméleti háttér részben (13-14. oldal) olvasható).

4. Kérdőív a Kognitív Sémák Jelenlétéről a Szexben - Questionnaire About Cognitive Schemas in Sexual Life Male/Female (Melléklet 4/a,b.)

A teszt három részből áll. Az első részben a személy szexualitással kapcsolatos szituációk előfordulásának gyakoriságát értékeli, majd a második részben adott, ezekben a szituációkban esetlegesen előforduló, állapotok közül választ, végül pedig önmagára vonatkoztatott állításokat osztályoz a kitöltő.

Az utolsó rész alapján az egyes faktorokhoz tartozó tételeket (a fordított tételeket is figyelembe véve) összeadjuk (teljesen igaz (5 pont) - igaz – néha igaz, néha hamis – hamis – teljesen hamis (1 pont)) és az esetlegesen megjelenő 5 negatív séma egykébe soroljuk a személyt. Ez az 5 séma és a hozzájuk tartozó elemek a következők (Nobre, Pinto-Gouveia, 2009):

4. TÁBLA: SZEXUÁLIS NEGATÍV SÉMÁK ÉS A HOZZÁJUK TARTOZÓ ITEMÉK

Sémák	Itemek
érzelmi elutasítottság	15, 17, 19, 20, 24, 25, 26, 27
alkalmatlanság, kudarc	2, 4, 8, 9, 10, 11, 13, 14
önbecsmérlés, leértékelés	16, 21, 22
magányosság és különbözőség érzése	5, 23, 28
tehetetlenség	1, 6, 7, 12

5. Kérdőív a Szexuális Tévhitekről – Sexual Disfunctional Beliefs Male/Female
(Melléklet 5/a,b.)

Egy 40 tételből álló, szexuális tévhiteket mérő kérdőív, melynek állításai 6 faktorba sorolhatók. A válaszadás alapján az egyes tételekhez tartozó pontszámokat összeadjuk, majd ebből számolunk az adott faktorokhoz értékeket. A magas pontszám jelöli a személy tévhiteinek típusát. A válaszokhoz rendelt pontszámok a következők: teljesen egyetértek – 5 pont, egyetértek - 4 pont, semleges – 3 pont, nem értek egyet – 2 pont, egyáltalán nem értek egyet – 1 pont. (A fordított tételeket (az aláhúzottan jelölt itemek) értelemszerűen fordítottan pontozzuk.)

A két nemnél eltérő tévhitek állapíthatók meg, ezek a következők:
nők:

5. TÁBLA: SZEXUÁLIS TÉVHITEK ÉS A HOZZÁJUK TARTOZÓ ITEMEK - NŐK

Faktorok	Itemek
szexuális konzervativizmus	2, 4, 7, 13, 14, 17, 27, 28, 32
a szexuális vágy és öröm, mint bűn	15, 34, 35, 36, 37, 39
korral kapcsolatos hiedelmek	5, 6, 8, 11, 20
testképpel kapcsolatos hiedelmek	10, 12, 38, 40
vonzalommal kapcsolatos hiedelmek	<u>1, 3, 18, 22, 23, 24</u>
anyasággal kapcsolatos tévhitek	26, 30, 31, 33

férfiak:

6. TÁBLA: SZEXUÁLIS TÉVHITEK ÉS A HOZZÁJUK TARTOZÓ ITEMEK - FÉRFIAK

Faktorok	Itemek
szexuális konzervativizmus	2, 5, 9, 18, 21, 24, 25, 26, 32, 33
a nők szexuális hatalmára vonatkozó hiedelmek	11, 15, 19, 27, 29, 38, 39, 40
a „machó” hiedelem	1, 4, 6, 17, 28, 31, <u>37</u>
a nők szexuális kielégülésével kapcsolatos hiedelmek	3, 7, 16, 35, 36
restriktív (megszorító, korlátozó) szexuális attitűd	8, 12, 13, 30
a szex, mint visszaélés a férfi erejével	10, 22, 34

(Az eredeti, nyomtatható tesztek - melyeket internetes formába átvittem - a mellékletben megtalálhatók (1, 2, 3, 4/a,b, 5/a,b Melléklet).)

A kérdőívek internetes formában kerültek kiküldésre, így a kérdőív készítő program segítségével kiküszöbölhetővé váltak az olyan hibák, mint egyes kérdések megválaszolatlanul hagyása, illetve a rendszerezésnek köszönhetően áttekinthető formában jut el a vizsgálati személyhez a kérdőívcsomag.

Link a női kérdőívhez: <http://kwiksurveys.com/s.asp?sid=thacvnpsy1713931816>

Link a férfi kérdőívhez: <http://kwiksurveys.com/s.asp?sid=wd3gvl602td7gwj40682>

6. Eredmények

A begyűjtött adatokat az SPSS statisztikai program, SPSS 15.0 for Windows Evaluation Version elnevezésű verziójával végeztem el.

Elsőként, hogy hipotéziseimet vizsgálni tudjam, kialakítottam az egyes kérdőívek megfelelő skáláit, melyek Módszerek részben olvashatók.

Természetesen a skálák képzése előtt reliabilitás vizsgálatot végeztem, hogy megtudjam, mintámon is megfelelően mérnek-e az adott itemek. Az Evési Zavar Kérdőív (innentől EDI) esetében egyedül az Interperszonális bizalmatlanság skálánál nem volt elég jó a reliabilitás (Cronbach Alpha = 0,458) (7. és 8. Tábla), de mivel ezt a kérdőívet már régóta, diagnosztikában is alkalmazzák, nem változtattam a skálák összetételén.

7. TÁBLA: A RELIABILITÁS VIZSGÁLAT EREDMÉNYEI AZ EDI EGYES SKÁLÁIRA NÉZVE

Reliabilitás elemzés		
Skála	Cronbach Alpha értéke	Elemszám
EDI-Karcsúságvágy skála	0,905	7
EDI-Bulimia skála	0,741	7
EDI-Testtel való elégedetlenség skála	0,892	9
EDI-Elégtelenség érzése	0,856	10
EDI-Perfekcionizmus	0,821	6
EDI-Interpeszronális bizalmatlanság	0,458	7
EDI-Introceptív tudatosság	0,730	10
EDI-Félelem a felnőtté válástól	0,611	8
EAT skála	0,829	13

8. TÁBLÁZAT: RELIABILITÁS VIZSGÁLAT AZ EDI INTERPERSZONÁLIS BIZALMATLANSÁG SKÁLA ITEMEREI

Reliabilitás vizsgálat		
Itemek	Korrigált Item-Total Korreláció	Cronbach's Alpha az item törlése esetén
EDI_15	0,572	0,223
EDI_17	0,390	0,326
EDI_23	0,359	0,355
EDI_30	0,262	0,403
EDI_34	0,502	0,255
EDI_54	0,518	0,287
EDI_57	-0,560	0,764

A szexuális sémák és tévhitek esetében – szintén a skálák megváltoztatlanul hagyása miatt – nem vettem figyelembe a reliabilitást. Jelzésképpen az alábbi táblázatban (9. Tábla) azoknak a szexuális skáláknak a reliabilitás eredményét láthatjuk, melyeknél a Cronbach Alpha nem érte el a 0,6-os értéket.

9. TÁBLA: A RELIABILITÁS VIZSGÁLAT EREDMÉNYEI AZ EGYES SZEXUÁLIS SÉMÁKRA ÉS TÉVHITEKRE NÉZVE

Reliabilitás elemzés		
Skála	Cronbach Alpha értéke	Elemszám
Női - Testképpel kapcsolatos hiedelmek	0,4907	4
Női - Vonzalommal kapcsolatos hiedelmek	0,4482	6
Női - Anyasággal kapcsolatos tévhitek	0,0534	4
Férfi - A „machó” hiedelem	0,5447	7
Férfi - A nők szexuális kielégülésével kapcsolatos hiedelmek	0,5145	5
Férfi - Restriktív (megszorító, korlátozó) szexuális attitűd	0,1291	4
Férfi - A szex, mint visszaélés a férfi erejével	0,3306	3

Ezután, a skálákat megalkotva végeztem el a fő számításokat hipotéziseim vizsgálatára.

6.1. Összefüggés vizsgálat az evészavarra utaló skálák és a szexuális sémák, tévhitek között

A következő táblázatokban (9. Tábla) azoknak a vizsgálatoknak az eredménye látható, melyeket arra nézve futattam, hogy van-e összefüggés a négy fő (a három, speciálisan evészavarokra vonatkozó EDI és az egy Evési Attitűd Teszt (innenről EAT)) **étkezési skála és az öt szexuális séma** között. (Az eltéréseket a színek és a csillagok szemléltetik.)

9. TÁBLA: KORRELÁCIÓ VIZSGÁLATA A 4 FŐ EVÉSI ZAVAR SKÁLA ÉS A SZEXUÁLIS SÉMÁK KÖZÖTT

Korrelációk						
			EDI-Karcsúságvágy skála	EDI-Bulimia skála	EDI-Testtel való elégedetlenség skála	EAT skála
Kendall-féle tau-b	KS-Érzelmi elutasítottság érzése	Korrelációs együttható	0,177*	0,181*	0,275**	0,117
		Szignifikancia	0,021	0,023	0,000	0,112
		Darabszám	102	102	102	102
	Ks-Alkalmatlanság, kudarc	Korrelációs együttható	0,186*	0,150	0,275**	0,134
		Szignifikancia	0,013	0,055	0,000	0,062
		Darabszám	102	102	102	102
	KS-Önbecsmérlés, leértékelés	Korrelációs együttható	0,144	0,185*	0,193*	0,087
		Szignifikancia	0,070	0,025	0,011	0,254
		Darabszám	102	102	102	102
	Ks-Magányosság és különbözőség érzése	Korrelációs együttható	0,212**	0,122	0,276**	0,170*
		Szignifikancia	0,006	0,130	0,000	0,022
		Darabszám	102	102	102	102
	Ks-Tehetlenség	Korrelációs együttható	0,208**	0,117	0,270**	0,126
		Szignifikancia	0,008	0,147	0,000	0,090
		Darabszám	102	102	102	102

Azokon a helyeken jelöltem az összefüggést, ahol a korreláció értéke nagyobb, mint 0,2 (esetemben eltekintettem a korreláció határértékeinek betartásától – ahogy a program is eszerint jelezte az összefüggéseket). Fontos jeleznem, hogy ezekben az esetekben (ahol tehát a korreláció abszolútértéke 0,2 feletti és két csillag látható) biztosabban állítható az összefüggés jelenléte

Ez alapján látható, hogy több helyen is van összefüggés, melyek a következők:

- a Karcsúságvágy skála összefüggést mutat az öt séma közül négygel, azaz az Érzelmi elutasítottság érzése ($r = 0,177$, $SIG = 0,021$), az Alkalmatlanság, kudarc ($r = 0,186$, $SIG = 0,013$), a Magányosság és különbözőség érzése ($r = 0,212$, $SIG = 0,006$) és a Tehetlenség ($r = 0,208$, $SIG = 0,008$) skálánál. Az első három skála esetében a

szignifikancia szint 0,05 alatt van, azaz 5%-os szinten szignifikáns, míg Magányosság és különbözőség érzése, illetve a Tehetetlenség skálánál 0,01 alatti, azaz 1%-os szinten szignifikáns.

- a Bulimia összefügg az Érzelmi elutasítottság érzése ($r = 0,181$, $SIG = 0,023$) és az Önbecsmérlés, leértékelés ($r = 0,185$, $SIG = 0,025$) skálával, mindkettő 5%-os szinten.
- a Testtel való elégedettség az összes szexuális sémával összefüggést mutat. Az szignifikancia értékek a sémák esetében: az Érzelmi elutasítottság érzésével ($r = 0,275$, $SIG = 0,000$), az Alkalmatlanság, kudarc skálával ($r = 0,275$, $SIG = 0,000$), az Önbecsmérlés, leértékelés skálával ($r = 0,193$, $SIG = 0,011$), a Magányosság és különbözőség érzése skálával ($r = 0,276$, $SIG = 0,000$), és a Tehetetlenséggel is ($r = 0,278$, $SIG = 0,000$). Azaz csak egyetlen esetben (Önbecsmérlés, leértékelés) 5%-os szinten (de ott is alig haladja meg, a szignifikancia a 0,01-es értéket), a többi esetben 1%-os szinten szignifikáns az összefüggés.
- az EAT skála egy esetben, a Magányosság, különbözőség érzése sémánál ($r = 0,170$) 0,022-es szignifikancia értékkel 5%-os összefüggést mutat.

A 10. Tábla mutatja az összefüggést **az evési skálák és a női szexuális tévhitek** között. Itt összefüggés két helyen látható: a Bulimia skála a Testképpel kapcsolatos hiedelmekkel ($r = 0,262$, $SIG = 0,033$) és az EAT skála az Anyasággal kapcsolatos tévhitekkel ($r = -0,218$, $SIG = 0,044$) 5%-os szinten. Fontos, hogy az EAT skála és az Anyasággal kapcsolatos tévhitek negatívan korrelálnak, azaz az összefüggés ellentétes.

10. TÁBLA: KORRELÁCIÓ VIZSGÁLATA A 4 FŐ EVÉSI ZAVAR SKÁLA ÉS A NŐI SZEXUÁLIS TÉVHITEK KÖZÖTT

Korrelációk						
			EDI-Karcsúságvágy skála	EDI-Bulimia skála	EDI-Testtel való elégedetlenség skála	EAT skála
Kendall-féle tau-b	Szexuális konzervativizmus	Korrelációs együttható	-0,001	0,151	-0,031	-0,101
		Szignifikancia	0,993	0,185	0,765	0,331
		Darabszám	51	51	51	51
	A szexuális vágy és öröm, mint bűn	Korrelációs együttható	-0,079	0,166	-0,112	-0,131
		Szignifikancia	0,492	0,175	0,314	0,240
		Darabszám	51	51	51	51
	Korral kapcsolatos hiedelmek	Korrelációs együttható	-0,003	0,219	-0,022	-0,064
		Szignifikancia	0,980	0,056	0,829	0,537
		Darabszám	51	51	51	51
	Testképpel kapcsolatos hiedelmek	Korrelációs együttható	0,011	0,262*	0,017	0,032
		Szignifikancia	0,921	0,033	0,880	0,772
		Darabszám	51	51	51	51
	Vonzalommal kapcsolatos hiedelmek	Korrelációs együttható	0,184	0,097	0,138	0,141
		Szignifikancia	0,087	0,401	0,189	0,178
		Darabszám	51	51	51	51
	Anyasággal kapcsolatos tévhitek	Korrelációs együttható	-0,140	0,027	-0,170	-0,218*
		Szignifikancia	0,205	0,823	0,116	0,044
		Darabszám	51	51	51	51

A férfiak szexuális tévhitei és az étkezési skálák közötti összefüggés vizsgálatok a 11. Táblából leolvashatók.

11. TÁBLA: KORRELÁCIÓ VIZSGÁLATA A 4 FŐ EVÉSI ZAVAR SKÁLA ÉS A FÉRFI SZEXUÁLIS TÉVHITEK KÖZÖTT

Korrelációk						
			EDI-Karcsúságvágy skála	EDI-Bulimia skála	EDI-Testtel való elégedetlenség skála	EAT skála
Kendall-féle tau-b	Szexuális konzervativizmus	Korrelációs együttható	0,143	0,130	0,173	0,136
		Szignifikancia	0,205	0,252	0,100	0,202
		Darabszám	51	51	51	51
	A nők szexuális hatalmára vonatkozó hiedelmek	Korrelációs együttható	0,119	0,122	0,110	0,093
		Szignifikancia	0,287	0,280	0,291	0,383
		Darabszám	51	51	51	51
	A "macho" hiedelem	Korrelációs együttható	-0,109	0,397**	-0,063	0,084
		Szignifikancia	0,332	0,000	0,550	0,430
		Darabszám	51	51	51	51
	A nők kielégülésével kapcsolatos hiedelmek	Korrelációs együttható	0,081	0,374**	0,077	0,140
		Szignifikancia	0,467	0,001	0,465	0,188
		Darabszám	51	51	51	51
	Restriktív szexuális attitűd	Korrelációs együttható	0,151	0,165	0,097	0,049
		Szignifikancia	0,185	0,152	0,366	0,654
		Darabszám	51	51	51	51
	A szex, mint visszaélés a férfi erejével	Korrelációs együttható	0,156	0,024	0,171	0,037
		Szignifikancia	0,179	0,837	0,117	0,740
		Darabszám	51	51	51	51

Ez esetben a Bulimia skála 1%-os szinten mutat összefüggést A „macho” hiedelemmel ($r = 0,397$, $SIG = 0,000$) és A nők szexuális kielégülésével kapcsolatos hiedelmekkel ($r = 0,374$, $SIG = 0,001$).

Az EDI 8 skálája közül a már említett, diagnosztikában is használt, küszöbértékkel rendelkező három skálán kívül az **Interperszonális bizalmatlanság skálát** is összevettem a **szexualitásban megjelenő sémákkal és a női, illetve férfi tévhitekkel**. A tévhitek esetében nem mutatkozott összefüggés egyik nem esetében sem, azonban a kognitív sémák esetében egy helyen 1%-os, két helyen pedig 5%-os összefüggés mutatható ki. Azaz az Érzelmi

elutasítottság érzésénél ($r = 0,205$, $SIG = 0,006$), az Alkalmatlanság, kudarc sémájánál ($r = 0,151$, $SIG = 0,039$) és az Önbecsmérlés, leértékelés sémánál ($r = 0,152$, $SIG = 0,044$).

12. TÁBLA: KORRELÁCIÓ VIZSGÁLATA AZ EDI INTERPERSZONÁLIS BIZALMATLANSÁG SKÁLÁJA ÉS A SZEXUÁLIS SÉMÁK KÖZÖTT

Korrelációk			
			EDI- Interperszonális bizalmatlanság skála
Kendall-féle tau-b	KS-Érzelmi elutasítottság érzése	Korrelációs együttható	0,205**
		Szignifikancia	0,006
		Darabszám	102
	Ks-Alkalmatlanság, kudarc	Korrelációs együttható	0,151*
		Szignifikancia	0,039
		Darabszám	102
	KS-Önbecsmérlés, leértékelés	Korrelációs együttható	0,105
		Szignifikancia	0,174
		Darabszám	102
	Ks-Magányosság és különbözőség érzése	Korrelációs együttható	0,152*
		Szignifikancia	0,044
		Darabszám	102
	Ks-Tehetetlenség	Korrelációs együttható	0,071
		Szignifikancia	0,352
		Darabszám	102

13. TÁBLA: KORRELÁCIÓ VIZSGÁLATA AZ EDI INTERPERSZONÁLIS BIZALMATLANSÁG SKÁLÁJA ÉS A NŐI SZEXUÁLIS TÉVHITEK KÖZÖTT

Korrelációk				
			EDI-Interperszonális bizalmatlanság skála	
Kendall-féle tau-b		Szexuális konzervativizmus	Korrelációs együttható	0,011
			Szignifikancia	0,920
			Darabszám	51
		A szexuális vágy és öröm, mint bűn	Korrelációs együttható	-0,002
			Szignifikancia	0,986
			Darabszám	51
		Korral kapcsolatos hiedelmek	Korrelációs együttható	-0,039
			Szignifikancia	0,718
			Darabszám	51
		Testképpel kapcsolatos hiedelmek	Korrelációs együttható	-0,002
			Szignifikancia	0,986
			Darabszám	51
		Vonzalommal kapcsolatos hiedelmek	Korrelációs együttható	0,114
			Szignifikancia	0,292
			Darabszám	51
		Anyasággal kapcsolatos tévhitek	Korrelációs együttható	-0,035
			Szignifikancia	0,752
			Darabszám	51

14. TÁBLA: KORRELÁCIÓ VIZSGÁLATA AZ EDI INTERPERSZONÁLIS BIZALMATLANSÁG SKÁLÁJA ÉS A FÉRFI SZEXUÁLIS TÉVHITEK KÖZÖTT

Korrelációk				
			EDI-Interperszonális bizalmatlanság skála	
Kendall-féle tau-b		Szexuális konzervativizmus	Korrelációs együttható	0,051
			Szignifikancia	0,630
			Darabszám	51
		A nők szexuális hatalmára vonatkozó hiedelmek	Korrelációs együttható	0,038
			Szignifikancia	0,721
			Darabszám	51
		A "macho" hiedelem	Korrelációs együttható	0,146
			Szignifikancia	0,167
			Darabszám	51
		A nők kielégülésével kapcsolatos hiedelmek	Korrelációs együttható	0,197
			Szignifikancia	0,063
			Darabszám	51
		Restriktív szexuális attitűd	Korrelációs együttható	-0,049
			Szignifikancia	0,651
			Darabszám	51
		A szex, mint visszaélés a férfi erejével	Korrelációs együttható	-0,011
			Szignifikancia	0,919
			Darabszám	51

6.2. Varianciaanalízis az evészavarra utaló skálákra és a konfliktuskezelési módokra vonatkozóan

Ahhoz, hogy vizsgálni lehessen a konfliktuskezelési módok eltérését az egyes, evészavarra utaló skálák esetében, először csoportokat képeztem az alapján, hogy a Thomas-Kilmann-féle Konfliktuskezelési Kérdőív (innenről TKI) öt megadott módja közül, melyhez jelölte be az adott személy a legtöbb állítást.

Ezek után arra vonatkozóan, hogy az egyes, **étkezési zavarra utaló skálák** (azaz az EDI három, speciális evészavarokra vonatkozó skálája és az EAT skála) esetében mely **konfliktuskezelési módok között van eltérés**, ANOVA elemzést futattam.

Az ANOVA elemzés előtt a szórás homogenitás vizsgálat eredményét kell figyelembe venni (15. Tábla). Ez mutatja, hogy a bulimia esetén sérül a szórás homogenitás, tehát ezzel gond

lehet, így itt majd a robusztus teszteket kell figyelembe vennünk. Mindenhol máshol maradhatunk a hagyományos elemzése eljárásonál.

15. TÁBLÁZAT: SZÓRÁS HOMOGENITÁS VIZSGÁLAT AZ ANOVA ELEMZÉS ELŐTT

Szórás homogenitás vizsgálat				
	Levene-próba	df1	df2	Szignifikancia
EDI-Karcsúságvágy skála	1,616	4	76	0,179
EDI-Bulimia skála	2,751	4	76	0,034
EDI-Testtel való elégedetlenség skála	1,766	4	76	0,144
EAT skála	1,847	4	76	0,129

A hagyományos ANOVA elemzés sehol nem mutat eltérést a négy skálán belül, egyedül a Bulimia skálájára mondhatjuk, hogy tendencia szintű eltérés tapasztalható, de mivel itt a szórás homogenitás sérül, ezzel sem számolhatunk (16. Tábla).

16. TÁBLA: ANOVA ELEMZÉS A NÉGY EVÉSI ZAVAR SKÁLÁRA NÉZVE

ANOVA elemzések		
	F	Szignifikancia
EDI-Karcsúságvágy skála	0,696	0,597
EDI-Bulimia skála	2,276	0,069
EDI-Testtel való elégedetlenség skála	1,936	0,113
EAT skála	0,663	0,620

A következő, 17. Tábla a robusztus próbákat mutatja, melyet a Bulimia skála esetében veszünk figyelembe, hiszen itt sérült a szórás homogenitás. Azonban (mivel az egyik csoport elemszáma nulla) a robusztus elemzések sem mutatnak eredményt.

17. TÁBLA: ROBOSZTUS ELEMZÉSEK A NÉGY EVÉSI SKÁLÁRA NÉZVE

Robosztus próbák				
		Df1	df2	Szignifikancia
EDI-Karcúságvágy skála	Welch	4	33,565	0,069
	Brown-Forsythe	4	54,393	0,550
EDI-Bulimia skála	Welch	-	-	-
	Brown-Forsythe	-	-	-
EDI-Testtel való elégedetlenség skála	Welch	4	32,08	0,009
	Brown-Forsythe	4	60,405	0,085
EAT skála	Welch	4	31,836	0,141
	Brown-Forsythe	4	37,841	0,639

A kapott eredmények miatt, tehát a páronkénti összehasonlítások figyelembevételétől eltekinthetünk, mivel az elemzések egy esetben sem mutattak eltérést a csoportok között.

7. Diszkusszió

A statisztikai elemzések tehát több helyen is szignifikáns eredményt hoztak.

Az eredmények azt mutatják, hogy az általam kiválasztott négy étkezési zavart mérő skála (Karcúságvágy, Bulimia, Testtel való elégedettség és EAT skála) több helyen is pozitív, egy helyen pedig negatív összefüggés mutat szexuális sémákkal, illetve a szexualitásban előforduló női és férfi tévhitek némelyikével.

Mielőtt az értelmezésre kitérnék, indokolnám azt a döntésemet, hogy miért pont ezt a négy étkezéssel kapcsolatos skálát választottam. Döntésem oka az volt, hogy az Evési Zavar Kérdőív (EDI) nyolc skálája közül ez a három az, mely küszöbértékkel is rendelkezik, illetve amelyek speciálisan az evészavarokra vonatkoznak, a többi öt az anorexia nervosa esetében fellelhető személyiségvonásokat írja le, méri fel. Mivel kutatásom célja kiterjedtebb az anorexia nervosa és a szexualitás vizsgálatánál, célszerűbbnek (és jóval átláthatóbbnak) találtam a három kiválasztott skála használatát. Második körben az Interperszonális bizonytalanság skálát azért vettem bele mégis a vizsgálatba, mert egy olyan jellemzőnek tartom, mely összefügghet a más evészavarokkal is, nem csak az anorexiával, illetve magyarázhatja az esetlegesen előtérbe kerülő konfliktuskezelési módokat, hogy miért éppen az a mód fordul elő az adott csoportban.

Az eredmények értelmezéséhez és a könnyebb átláthatóság érdekében az összefüggéseket az alábbi táblázatban (18. Tábla) és az ezt látványosabban (főként a női és férfi szexuális tévhitek esetében) ábrákkal (2., 3. és 4. Ábra) ábrázolom.

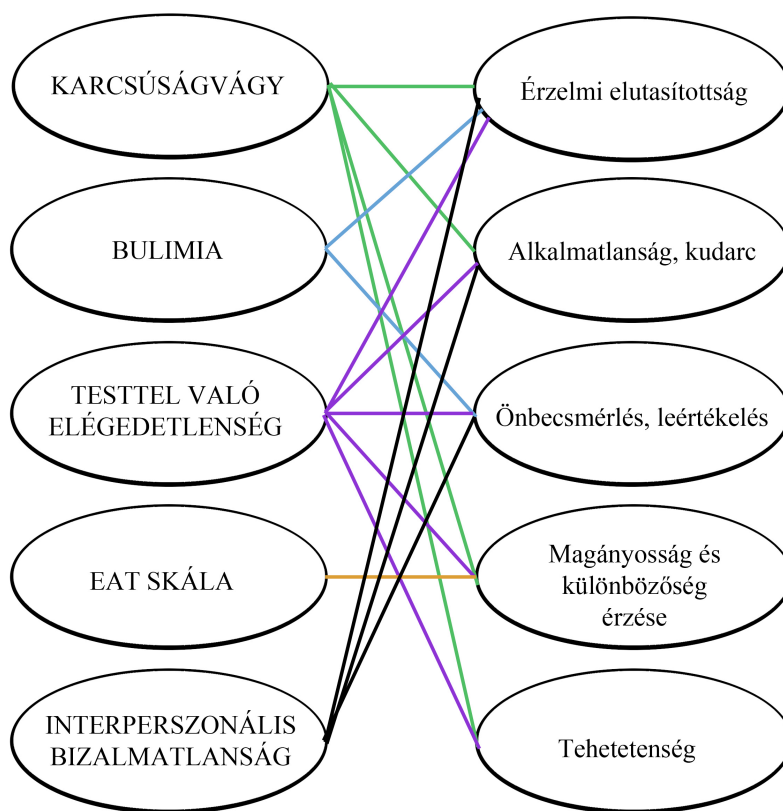
18. TÁBLA: A NÉGY ÉTKEZÉSI SKÁLA ÉS A SZEXUÁLIS SÉMÁK, TÉVHITEK, AMIKKEL ÖSSZEFÜGGENEK

Evési zavar skálák	Mivel függnek össze?		
	Sémák	Tévhitek	
		Női	Férfi
EDI-Karcsúságvágy	Érzelmi elutasítottság érzése; Alkalmatlanság, kudarc; Magányosság és különbözőség érzése; Tehetlenség	-	-
EDI-Bulimia	Érzelmi elutasítottság érzése; Önbecsmerlés, leértékelés	Testképpel kapcsolatos hiedelmek	„Macho” hiedelem; A nők kielégülésével kapcsolatos hiedelmek
EDI-Testtel való elégedetlenség	Érzelmi elutasítottság érzése; Alkalmatlanság, kudarc; Önbecsmerlés, leértékelés; Magányosság és különbözőség érzése; Tehetlenség	-	-
EAT skála	Magányosság és különbözőség	Anyasággal kapcsolatos tévhitek (negatívan!)	-
EDI-Interperszonális bizalmatlanság	Érzelmi elutasítottság érzése; Alkalmatlanság, kudarc sémája; Önbecsmerlés, leértékelés séma	-	-

Láthatjuk tehát, hogy az étkezési zavar skálák kivétel nélkül összefüggést mutatnak valamely szexuális sémával. Nincs egy adott séma, mellyel az összes összefüggene, de ha sorra vesszük őket, akkor láthatjuk, hogy együttjárásuk nem meglepő.

Ennek érzékeltetésére a következő ábrát (2. Ábra) választottam.

2. ÁBRA: AZ ÉTKEZÉSI SKÁLÁKON ÉS A SZEXUÁLIS SÉMÁKON KIMUTATOTT ÖSSZEFÜGGÉSEK



Az igaz, hogy ennek az ábrának az értelmezése eléggé nehézkes, azonban azért illesztettem mégis ide, mert nagyon jól szemlélteti, hogy az étkezési skálák igen sok esetben összefüggést mutatnak a szexualitásban előforduló negatív sémákkal.

A Karcsúságvágy, vagyis az az utáni sóvárgás, hogy személy minél vékonyabb legyen, egyértelműen maga után vonzza az elutasítottság, a kudarc, magány és tehetetlenség érzését, hiszen ha valaki nem elégedett önmagával, akkor azt sem fogja belátni, hogy mások elégedettek lehetnek vele, hogy egy értékes személy lehet. Hasonló, csak sokkal általánosabb ez a Testtel való elégedetlenség esetében is (itt az összes séma mutat összefüggést), hiszen ez már nem csak a soványság iránti sóvárgásról, hanem a test egészével, vagy valamely részével való elégedetlenséget jelenti, ez pedig felerősíti az előbb leírtakat, és előhossa az önbecsmérlés, leértékelés sémáját is (Túry, 2003).

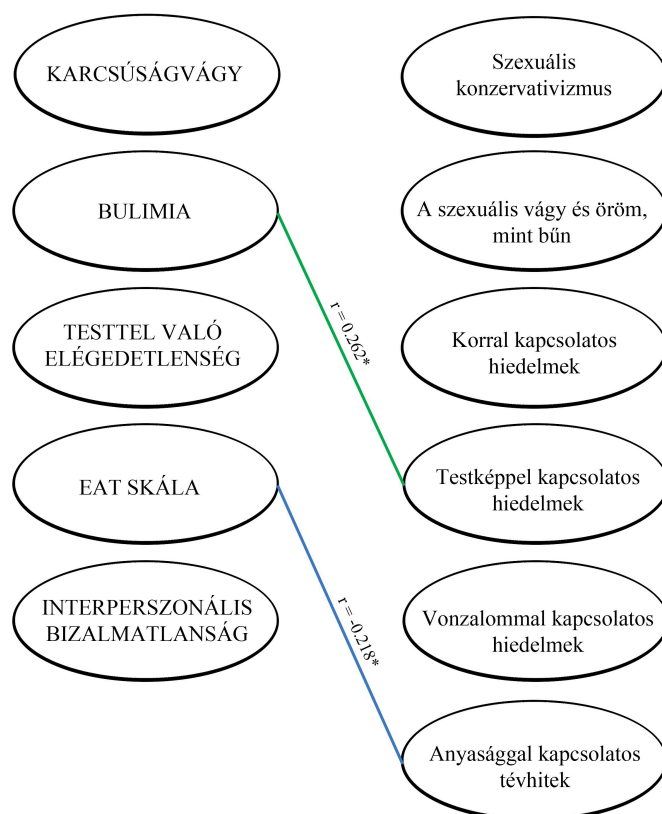
Az EDI Bulimia dimenziója szintén magába foglalhatja a fent említett dimenziókhoz tartozó érzéseket, de ami itt kitűnik, az az, hogy a személyek inkább az elutasítottság érzését élik meg, mely szintén fakadhat saját maguk önbecsmérléséből. Ez már nem csak a saját testtel való elégedetlenségből eredhet, hanem magából a betegségből, melyekkel együtt járnak nem kívánatos, sokszor undort keltő cselekvések, mint az önhánytatás vagy a hashajtás (DSM-IV, 2001).

Az Evési Attitűdök Tesztje (EAT), melynek itemei egy skálát alkotnak, nem tesz különbséget bulimia nervosa és anorexia nervosa között. Ezért ez a skála is hozott összefüggést az egyik szexuális sémával, azaz a Magányosság és különbözőség sémájával. Az étkezéssel kapcsolatos, normálistól eltérő attitűdök előfordulása tehát eredményezheti azt, hogy az egyén egyedül érzi magát, tudatában van annak, hogy valamiben más, különböző. Mindezek mellett ez a kérés is tartalmaz a testsúly miatt való aggódással, az anorexia és a bulimia jellemzőivel kapcsolatos állításokat, melyek mind eredményezhetik a magányosság érzését, a különbözőséget.

Vizsgálatom során az Interperszonális bizalmatlanság skáláját (mely szintén látható a 2. Ábrán) pluszban emeltem be az elemzésekbe, mert definíciójából fakadóan érdekesnek találtam a szexuális sémákkal és hiedelmekkel való összevetését. Egyértelmű módon az egyedülléttel, a magányossággal, leértékeltséggel, kudarcokkal kapcsolatos szexuális sémákkal mutat együttjárást. Ez ered magának a skálának a jelentéséből is, abból, amit mér, vagyis a személyes kapcsolatok hiányát, az érzelmek kifejezésének nehézségét. Ez elsősorban az anorexia nervosa egyik személyiségjegye (de ugyanúgy előfordulhat a bulimia nervosánál is), és ez a bizonytalanság csak ráerősíthet arra, hogy a személy nem tud kapcsolatokat kötni, melyből ismét csak az elutasítottság elégtelenség érzése fakad, ez pedig a további fogyókúrára sarkallhatja a személyt. Fontos ezeket az ördögi köröket szem előtt tartanunk, mert ezek segítségével, alaposabb kivizsgálásával jobban megismerhetjük és megérthetjük a betegek lelki világát és ezáltal segíthetjük őket.

Az étkezési skálák tévhitekkel való összefüggéseit a következő ábrák szemléltetik (3. és 4. Ábra):

3. ÁBRA: AZ ÉTKEZÉSI SKÁLÁKON ÉS A NŐI SZEXUÁLIS TÉVHITEKEN KIMUTATOTT ÖSSZEFÜGGÉSEK

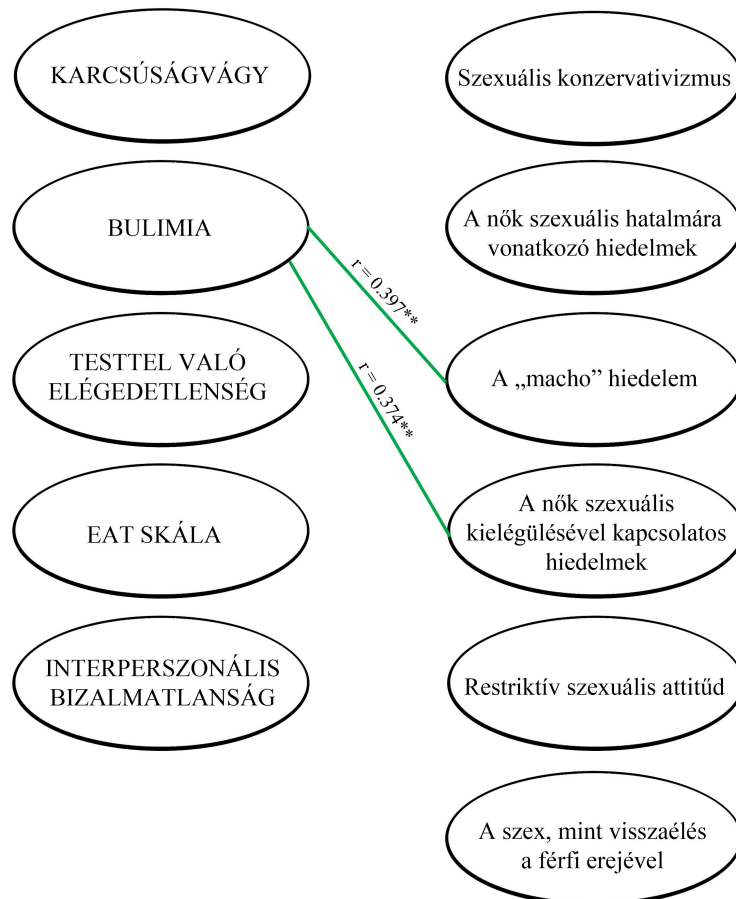


Itt (a kevesebb összefüggés miatt) átláthatóbban megmutatkozik, hogy a női tévhitek esetében a Bulimia és az EAT skála az, mely összefügg két különböző tévhittel. A szignifikancia abszolútértéke 0,2 feletti (mintámon itt húztam meg a határt), a csillagok pedig jelzik, hogy mennyire biztosan állíthatjuk, hogy valóban van összefüggés a két skála között.

Érdekes, hogy a teljes vizsgálat során az EAT skála mutat egyedülként negatív korrelációt, azaz fordított együttjárást az Anyasággal kapcsolatos hiedelmekkel. Ez jelentheti azt, hogy akik a normálistól eltérő evési attitűddel, evési zavarra való hajlammal rendelkeznek, azok alacsony pontszámot értek el az anyasággal kapcsolatos hiedelmek skáláján, azaz nem értenek egyet az ide tartozó állításokkal, mint például („Egy jó anyának kontrollálnia kell a szexuális vágyait.”), vagy éppen fordítva. Ennek a jelenségnek a további vizsgálata is érdekes lehet, hogy vajon az evési zavarral rendelkezők hogyan vélekednek az anyaságról. Ismeretes, hogy az anorexiásoknál és a bulimiásoknál is, betegségük következtében, elmarad a menstruáció (DSM-IV, 2001). Posztpubertás, illetve fiatal felnőtt korban már megjelenhet az anyaság

iránti vágy és annak felismerése, hogy a menstruáció hiánya okozhat majd később nehézséget a gyermeknemzés területén. Talán ebből is eredhet, hogy az anyaság iránti vágy, vagy annak felismerése, hogy az egyén nehezebben lehet majd anya, egy realisabb képet alakít ki a személyben az anyasággal kapcsolatban.

4. ÁBRA: AZ ÉTKEZÉSI SKÁLÁKON ÉS A FÉRFI SZEXUÁLIS TÉVHITEKEN KIMUTATOTT ÖSSZEFÜGGÉSEK



Ezen az ábrán (4. Ábra) a férfi tévhitekkel való együttjárása látható az étkezési zavar skáláinak.

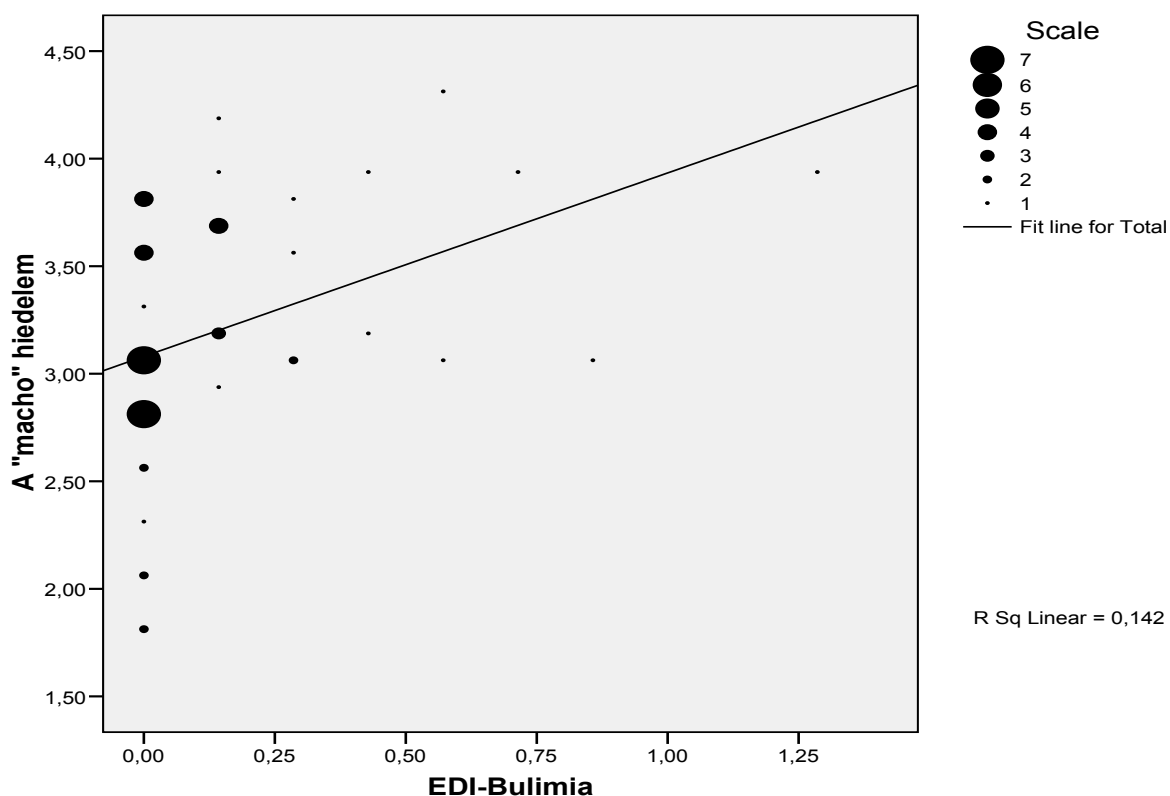
Fontos itt megemlíteni, hogy a Bulimia az egyetlen olyan skála, mely nem csak a szexuális sémákkal, hanem a női és férfi tévhitek némelyikével is összefügg. A nők esetében a Bulimia skálán elért magas pontszám együttjárást mutat a Testképpel kapcsolatos hiedelmekkel (3. Ábra), mely logikus, hiszen maga a betegség is a testtel való elégedetlenségből, a folyamatos önmonitorozásról, a külsővel való foglalkozásból ered.

Érdekes azonban, hogy a férfiaknál is fellelhető pozitív korreláció, mégpedig A „macho” hiedelem és A nők szexuális kielégülésével kapcsolatos hiedelmek esetében. Igaz, a bulimia a férfiak esetében sokkal kisebb számban fordul elő, mégis, ezen a mintán megmutatkozott, hogyha a skála magas értéket mutat, akkor a személynél előjönnek azok a hiedelmek, melyek

a férfi folyamatos teljesítőképességéhez, az úgynevezett „macho” hiedelemhez kapcsolódnak, ezzel együtt pedig azok a hiedelmek is, melyet a nők szexuális kielégüléséhez tartoznak. Ezek az állítások (mint például „Egy nőnek lehetnek kétségei a férfi férfiasságát illetően, hogyha nem ér el erekciót szex közben.”) nagyon hasonlóak a „macho” hiedelem állításaihoz. Izgalmas lenne annak a vizsgálata, hogy a bulimiás férfiaknál honnan eredhet ez az összefüggés, miért függhet össze az, hogy egy férfi esetleg falásrohamokkal küszködik, vagy éppen nem tudja felismerni saját, belső, testi érzéseit azzal, hogy fontosnak tartja a teljesítőképességet minden pillanatban. Ennek a kérdésnek a megválaszolása azonban akkor lesz csak lehetséges, hogyha többet tudunk meg a férfiaknál előforduló bulimia nervosáról, vagy annak esetleg egy „férfiasult” fajtájáról.

Mivel ez a két együttjárás igen meglepő, az SPSS statisztikai programmal pont grafikonot készítettem annak vizualizálására, hogy milyen is ez az összefüggés a két skálák között

1. DIAGRAM: A BULIMIA ÉS A „MACHO” HIEDELEM ÖSSZEFÜGGÉSÉNEK
ÁBRÁZOLÁSA

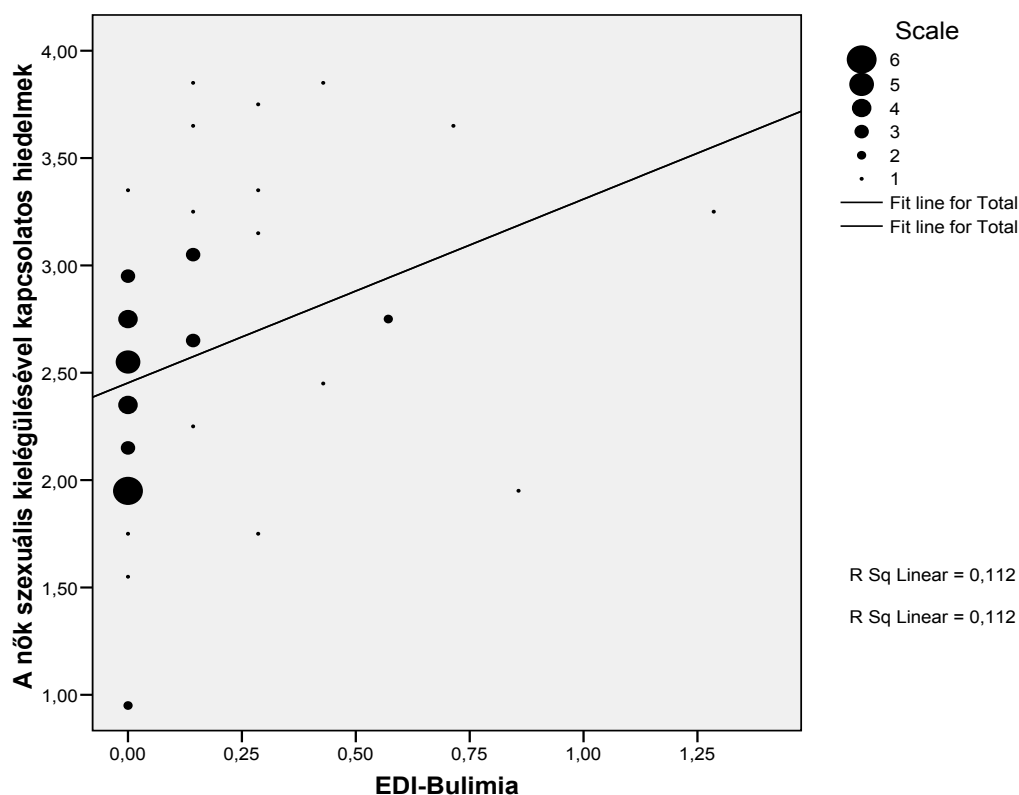


Az első diagram (1. Diagram) a Bulimia és A „macho” hiedelem, a második diagram (2. Diagram) pedig a Bulimia és A nők szexuális kielégülésével kapcsolatos hiedelmek korrelációját ábrázolja. Mindkettő között lineáris az összefüggés, melyet az egyenes jelez.

Mind a két diagramon látható, hogy a személyek minél magasabb pontszámot értek el a Bulimia skálán, annál inkább értettek egyet mind a két hiedelem skála állításaival. Azonban azt is figyelembe kell vennünk, hogy a tévhitek esetében a legtöbb személy a középső értékeket jelölte válaszul, azaz a „Semleges” opciót választották. Fontos számolnunk azzal is, hogy ez nem feltétlen jelenti a tévhit előfordulását, csupán jelzi, hogy a személyek többsége semlegesen áll hozzá ehhez a jelenséghez, ezekhez a tévhitekhez.

Természetesen – mindezek mellett - az is előfordulhat, hogy a férfiak a Bulimia skála egyes tételeire (például: „Teletömöm magam étellel.” vagy „Azt hiszem, a combjaim túl vastagok.”) pozitív, tehát mindig – rendszerint – gyakran választ jelöltek, míg a többi ide tartozó, például a purgálásra vonatkozó tételekre nem. Ennek következtében a Bulimia skála magas pontszámot adott ki, de mégsem mondható, hogy a személy bulimiás lenne.

2. DIAGRAM: A BULIMIA ÉS A NŐK SZEXUÁLIS KIELÉGÜLÉSÉVEL KAPCSOLATOS HIEDELMEK ÖSSZEFÜGGÉSÉNEK
ÁBRÁZOLÁSA



Összefoglalva tehát az eredményeket és azok lehetséges okait, választ kaphatunk az általam feltett hipotézisekre.

Első és második feltevésem az volt, hogy az evészavarral rendelkezők (illetve a kritikus tartományba esők) szexuális életében többször jelennek meg negatív kognitív sémák (de Silva, 1993), és több, önmagukra vonatkozó (vonzalommal és testképpel kapcsolatos) tévhitel rendelkeznek (de Silva, 1993).

Ennek első része bizonyítást nyert, ugyanis láthattuk, hogy a főbb étkezési zavar skálák mindegyikével összefüggést mutattak a szexualitás negatív sémái, illetve egy esetben a második állítás is beigazolódott: a Bulimia dimenzió (mind a két nemnél) megjelentek tévhitekkel való összefüggések – a nők esetében éppen a testképpel kapcsolatban. Emellett az EAT-skála és az Anyasággal kapcsolatos tévhitek negatív együttjárása egy új szempontot vet fel ezen hipotézis kapcsán.

Harmadik hipotézisemre, azaz hogy szignifikáns különbség várható az evészavarral rendelkezők és a nem rendelkezők között, konfliktuskezelési módjukat tekintve (Forgács, 2004), nem találtam igazolást.

Ennek oka lehet az, hogy az általam használt kérdőív (Thomas-Kilmann-féle Konfliktuskezelési Kérdőív) bonyolult elemzési eljárást igényelt arra nézve, hogy meg lehessen állapítani az adott személy megküzdési módját. Egy egyszerűbben elemezhető, statisztikailag is feldolgozható kérdőív használata talán elemezhetőbbé és megválaszolhatóbbá tenné ezt a kérdést.

Mindenesetre a konfliktuskezeléssel (és esetleg kibővíve a megküzdéssel) kapcsolatos vizsgálatokat fontosnak tartom, mert ezek is árnyaltabb képet adhatnak arról, hogyan is kezelhetünk egy táplálkozási zavarral rendelkező személyt. Igaz, a terápia ma már nagyon összetett és az anorexia nervosa, illetve a bulimia nervosa esetében eléggé kidolgozott, az újonnan megjelenő evészavarok, mint például az orthorexia, az Adonisz-komplexus vagy az izomdisz-morfia (melyekről az elméleti bevezető során már esett szó) rengeteg aspektusa még ismeretlen (nem beszélve az éppen megjelenő, vagy még fel sem ismert zavarokról). Ezek feltárásában már olyan tényezők, pszichológiai, biológiai és főleg társadalmi okok játszanak össze, melyek megkívánják a jelenségek teljes körű és sokoldalú vizsgálatát. Ezek nyomán a terápia, a kezelés is sokkal hatékonyabb lehet.

Visszatérve tehát a vizsgálatban kapott eredményekre, láthattuk, hogy az összes esetben a szexuális negatív sémák azok, amik összefüggést mutattak az evészavarokra való hajlammal, az evéssel kapcsolatos problémákkal, illetve az ezekkel elég szorosan összefüggő szexuális tévhitek is együttjárást mutattak néhány esetben. Érdeemes átgondolni ezeknek az okait és következményeit és ezek tudtában egy kiterjedtebb, akár diagnosztizált betegekkel elvégzett vizsgálattal továbbvinni az itt tapasztaltakat.

Korlátok:

Kutatásom eredményei a minta viszonylag alacsony létszáma, valamint a kérdőívek régi kialakítása és a konfliktuskezelés méréséhez (esetemben) szerencsétlenül választott, statisztikailag nehezen elemezhető kérdőív miatt nem teljesen megbízhatók. A hibák kiküszöbölése érdekében egy frissebb, modernebb, nemektől függetlenül mérő étkezési zavar kérdőív létrehozása fontos lenne, valamint egy egyszerűbben és könnyebben értelmezhető konfliktuskezelési kérdőív felvétele. Emellett az is elképzelhető, hogy a kitöltők (hiába volt a kérdőív teljesen anonim) nem teljesen mondtak igazat, hiszen ez egy igen kényes téma, melyről nehezen nyilatkozik, még névtelenül is az ember. Érdeemes lenne tehát egy kiterjedtebb magyarországi kutatást végezni a témában, akár diagnosztizált betegekkel is felvenni a kérdőíveket, vagy interjút készíteni velük, mely hozzájárulhatna az eddigi eredményekhez és melyben ezeket az artefaktumokat kiküszöbölve, relevánsabb értékeket és eredményeket kapnánk.

8. Összegzés

Munkám kérdései tehát arra vonatkoztak, hogy az étkezési zavarra való hajlam és a szexualitásban megjelenő negatív sémák, tévhitek összefüggenek-e egymással. Eredményeim több esetben is szignifikáns összefüggést mutattak (főként a kognitív sémákkal), de egy esetleges, nagyobb mintán elvégzett és kiterjedtebb kutatás véleményem szerint pontosabb és érdekesebb eredményeket hozhatna ebben a témában, mely aztán később nem csak a kutatásban, hanem a terápiás munkában is segítségére lehetne a pszichológusoknak.

9. Irodalomjegyzék

- APA = American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders*. (4. ed., Text Revision) American Psychiatric Association, Washington DC
- American Psychiatric Association (2001) DSM_IV. Animula Egyesület, Budapest.
- Altomare, G., & Riskó, Á. (1989). Anorexia és bulimia a mai pszichiátriai gyakorlatban. *Psychiatria Hungarica*, 4, 187-199.
- Alvarez, M. J., Garcia-Marquez, L. (2008). Condom inclusion in cognitive representations of sexual encounters. *The Journal of Sex Research*, 45, 358–379.
- Balló, H. (2011). *A sportolási szokások hatása a szexuális életre -A kognitív sémák és a szexuális tévhitek megjelenésében*. Károli Gáspár Református Egyetem.
- Balló, H. (2012). *A média és a szexuális tapasztaltság hatása a szexuális tévhitek megjelenésére tinédzsereknél*. Károli Gáspár Református Egyetem.
- Bruch, H. (1957). *The Importance of Owerweight*. Norton, New York
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1978). *The golden cage: The enigma of anorexia*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Comer, R. J. (2005). *A lélek betegségei* (3. ed.). Budapest: Osiris Kiadó.
- De Silva, P. (1993). Sexual problems in women with eating disorders. In J. M. Ussher & C. D. Baker (Eds.), *Sexual Marital Theraphy - Psychological Perspectives on Sexual Problems: New Directions in Theory and Practice* (Vol. 13, pp. 79–109). London: Routledge.
- Featherstone, M., Hepworth, M., & Turner, B. S. (1997). *A test - Társadalmi fejlődés és kulturális teória*. Budapest: József Műhely Kiadó.
- Forgács, A. (2004). *Az evés lélektana*. Budapest: Akadémia Kiadó.
- Franco, K. N. (n.d.). No Title. *Eating Disorders*. Retrieved from <http://www.clevelandclinicmeded.com/medicalpubs/diseasemanagement/psychiatry-psychology/eating-disorders/>
- Freud, S. (1981). The “Wolf man.” *Case Histories II*. (pp. 227-366). New York: Penguin Books.
- Garfinkel, P. E., Garner, M. D. (1982). *Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective*. New York, Brunner/Mazel
- Hall, L. (1980). *Eating without fear*. Santa Barbara, CA: Gruze

- Herman, E. (1976). Az elhízás pszichoszomatikus összefüggései. *Pszichoszomatikus megbetegedések* (pp. 95-109). Budapest: Medicina.
- Hyde, A., & Howlett, E. (2004). Understanding teenage sexuality in Ireland. *Crisis Pregnancy Agency Report*, (9).
- Levin, M. D. (1987). *How schools can help student eating disorders: Anorexia nervosa and bulimia*. Washington, DC: National Education Assoc.
- Lukács, E. (2011). Jelentés a szexuális jelentésekről. A szexualitás zavarai–kognitív szempontból. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 66(1), 109–120. Akadémiai Kiadó. Retrieved from <http://www.akademiai.com/index/NR5067W3224680G0.pdf>
- Masterson, J. F. (1977). Primary anorexia nervosa in the borderline adolescent – An object-relations view. In: Hartocollis, P. (ed.) *Borderline Personality Disorders*. International Universities Press, New York, 457-494.
- Mészáros, A. (2011). *Tananyag az önismeret és a konfliktuskezelési készség fejlesztése PHD-s Hallgatóknak című tréninghez*.
- Milicz, B. (2011). *A tanulókkal kapcsolatos iskolai konfliktusok pedagógiai és jogi megítélése*. Budapesti Corvinus Egyetem.
- Mizes, J. S. (1995). Eating disorders. In M. Hersen & R. T. Ammerman (Eds.), *Advanced abnormal child psychology*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Mohácsi, G. (2002). Szép, Erős, Egészséges. *Korall*, (7-8), 34-55. Retrieved from <http://epa.niif.hu/00400/00414/00005/pdf/03mohacsi.pdf>
- Morris, D. (1997). *Az emberállat. Személyes vélemény az emberi fajról*. Budapest: Magyar Könyvklub.
- Nobre, P., Gouveia, J. P., & Gomes, F. A. (2003). Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire: An instrument to assess sexual dysfunctional beliefs as vulnerability factors to sexual problems. *Sexual and Relationship Therapy*, 18(2), 171-204.
- Nobre, P., Pinto-Gouveia, J. (2009). Questionnaire of cognitive schema activation in sexual context: a measure to assess cognitive schemas activated in unsuccessful sexual situations. *Journal of Sex Research*, 46, 425–447.
- Pogány, J. (2000). A kognitív szemlélet fejlődése a pszichopatológiában: diszfunkcionális sémák és terápiás szempontok; in: *Pszichoterápia*, IX. évf. 5. sz. 355 -362. old.
- Pszichológiai lexikon*. (2007). (p. 96). Budapest: Helikon.
- Russel, G. F. M. (1985). *The changing nature of anorexia nervosa*. *Journal of Psychiatric Research* 19, 101-9
- Schmidt, U. (1995). Puberty, sexual milestones and abuse: how they related in eating disorders patients? *Psychological Medicine*, 25, 410-417.

- Szekszárdi, J. (2004). A konfliktusok pedagógiája. In A. Dombi, J. Oláh, & I. Varga, *A nevelélmélet alapkérdései* (old.: 334-348). Gyula: APC-Stúdió.
- Szelestey, J. (1999). *Táplálkozással és elhízással kapcsolatos attitűdök vizsgálata szemantikus differenciálal*. Műhelymunka. KLTE, Debrecen.
- Thomas, J. & Szukler, G. I. (1985). *Anorexia nervosa in patients of Afro-Caribbean extraction*. British Journal of Psychiatry 146, 653-6.
- Todd, J., Currie, C. & Smith, R. (1999) Health behaviour of Scottish school children, technical report 2: sexual health in the 1990s. Health Education Board for Scotland, Edinburgh.
- Tringer, L. (1993). *Viselkedésterápia - kognitív pszichoterápia*; in: Psychiatria Hungarica, VIII. évf. 3. sz. 141 - 150. old.
- Túry, F. (2003). A bulimia - modern szenvedély. Retrieved from <http://www.lelekbenotthon.hu/2003/04/tury-ferenc-a-bulimia-modern-szenvedely/>.
- Túry, F., & Szabó, P. (1991). Bulimia nervosa. I-II. *Psychiatria Hungarica*, 6, 43-59, 61-68.
- Wooley, S. C., & Wooley, O. W. (1985). Intensive outpatient and residential treatment for bulimia. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford
- Zweig, S. (1981). *A tegnap világa*. Budapest.
- A használt kérdőívek hivatkozásai:
- Evési Zavar Kérdőív – *Eating Disorder Inventory (EDI)*, Garner DM, Olmsted MP, Polivy J, 1983 (Ford. Túry F, Sáfrán Zs, Wildmann M. és László Zs.)
- Evési Attitűdök Tesztje (rövid változat) – *Eating Attitude Test (EAT-26)*, Garner MD, Garfinkel PE, 1979 (Ford. Szabó P. és Túry F.)
- Thomas-Kilman-féle Konfliktuskezelési Kérdőív - *Thomas-Kilmann Conflict Test (TKI)*
- Thomas, K. W., Kilmann, R. H. (1974). *Thomas-Kilmann conflict mode instrument*. New York: Xicom.
- Kérdőív a Kognitív Sémák Jelenlétéről a Szexben (női/férfi) - *Questionnaire About Cognitive Schemas (female/male)*
- Nobre, P., Pinto-Gouveia, J. (2009). Questionnaire of cognitive schema activation in sexual context: a measure to assess cognitive schemas activated in unsuccessful sexual situations. *Journal of Sex Research*, 46, 425–447.

Kérdőív a Szexuális Tévhitokról (női/férfi) – *Sexual Dysfunctional Beliefs (female/male)*

Nobre, P., Gouveia, J. P., & Gomes, F. A. (2003). Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire: An instrument to assess sexual dysfunctional beliefs as vulnerability factors to sexual problems. *Sexual and Relationship Therapy*, 18(2), 171-204.

10. Mellékletek

Melléklet 1: Evési Zavar Kérdőív – Eating Disorder Inventory (EDI)

Melléklet 2: Evési Attitűdök Tesztje (rövid változat) – Eating Attitudes Test (EAT-26)

Melléklet 3: Thomas-Kilman-féle Konfliktuskezelési Kérdőív - Thomas-Kilman Conflict Mode Instrument (TKI)

Melléklet 4/a, b: Kérdőív a Kognitív Sémák Jelenlétéről a Szexben - Questionnaire About Cognitive Schemas in Sexual Life Male/Female

Melléklet 5/a, b: Kérdőív a Szexuális Tévhitekről – Sexual Disfunctional Beliefs Male/Female

Melléklet 1.

Evési Zavar Kérdőív

Név: _____

Dátum: _____

Ez a kérdőív különböző véleményeket és viselkedéseket mér. A tételek némelyike az ételekkel és evéssel kapcsolatos. Más tételek az ÖN saját magával kapcsolatos érzéseire vonatkozik. Nincs jó vagy rossz válasz, próbáljon tehát őszintén válaszolni. AZ eredményeket szigorúan bizalmasan kezeljük. Olvassa el mindegyik tételt és jelölje kereszttel a megfelelő négyzetet. Kérjük, hogy minden kérdésre nagyon gondosan válaszoljon. Köszönjük!

mindig	rendszerint	gyakran	néha	ritkán	soha
6	5	4	3	2	1

1.	Édességeket és szénhidrátokat anélkül eszem, hogy idegessé válnék.	6	5	4	3	2	1
2.	Azt hiszem, hogy a gyomrom túl nagy.	6	5	4	3	2	1
3.	Szívesen visszatérnék a gyermekkor biztonságához.	6	5	4	3	2	1
4.	Eszem, ha nyugtalan vagyok.	6	5	4	3	2	1
5.	Teletömöm magam étellel.	6	5	4	3	2	1
6.	Szívesen lennék fiatalabb.	6	5	4	3	2	1
7.	Diétázásra gondolok.	6	5	4	3	2	1
8.	Aggódok, hogy az érzelmeim nagyon erősek.	6	5	4	3	2	1
9.	Azt hiszem, a combjaim túl vastagok.	6	5	4	3	2	1
10.	Tehetetlennek érzem magam.	6	5	4	3	2	1
11.	Nagyon dühösnek érzem magam túlevés után.	6	5	4	3	2	1
12.	Azt hiszem, a gyomrom éppen jó méretű.	6	5	4	3	2	1
13.	Csak a kiemelkedő teljesítmény elég jó, megfelelő a családban.	6	5	4	3	2	1
14.	A legboldogabb korszak az életemben a gyermekkor.	6	5	4	3	2	1
15.	Nyíltan kimutatom az érzelmeimet.	6	5	4	3	2	1
16.	Szorongok a hízástól.	6	5	4	3	2	1
17.	Megbízom másokban.	6	5	4	3	2	1
18.	Egyedül érzem magam a világban.	6	5	4	3	2	1
19.	Elégedett vagyok az alakommal.	6	5	4	3	2	1
20.	Általában úgy érzem, hogy a dolgokat ellenőrzés alatt kell tartanom.	6	5	4	3	2	1
21.	Megzavar az, hogy milyen érzelmet is érzek néha.	6	5	4	3	2	1
22.	Inkább felnőtt lennék, mint gyermek.	6	5	4	3	2	1
23.	Könnyen kapcsolatba tudok kerülni másokkal.	6	5	4	3	2	1
24.	Bárcsak valaki más lennék.	6	5	4	3	2	1
25.	Eltúlzom vagy felnagyítom a testsúly fontosságát.	6	5	4	3	2	1
26.	Világosan meg tudom állapítani, hogy milyen érzelmet érzek.	6	5	4	3	2	1
27.	Elégtelennek érzem magam.	6	5	4	3	2	1
28.	Voltak evési, falási rohamaim, amikor úgy éreztem, hogy nem tudom	6	5	4	3	2	1

	abbahagyni.						
29.	Gyermekeként nagyon erősen megpróbáltam elkerülni, hogy a nagyszüleim vagy a barátaim csalódjanak bennem.	6	5	4	3	2	1
30.	Közelebbi barátaim vannak.	6	5	4	3	2	1
31.	Tetszik a fenekem formája.	6	5	4	3	2	1
32.	Nagyon foglalkoztat a vágy, hogy soványabb legyek.	6	5	4	3	2	1
33.	Nem tudom, mi zajlik bennem.	6	5	4	3	2	1
34.	Nehezemre esik, hogy másoknak kimutassam az érzelmeimet.	6	5	4	3	2	1
35.	A felnőttkor elvárásai túl nagyok.	6	5	4	3	2	1
36.	Gyűlölöm azt, ha nem a legjobbat teljesítem.	6	5	4	3	2	1
37.	Önbizalmam van.	6	5	4	3	2	1
38.	Töprengök a falásrohamokon (túlevésen).	6	5	4	3	2	1
39.	Boldog vagyok, hogy már nem vagyok gyermek.	6	5	4	3	2	1
40.	Nem tudom, éhes vagyok-e vagy nem.	6	5	4	3	2	1
41.	Rossz véleményem van magamról.	6	5	4	3	2	1
42.	Úgy érzem, el tudom érni a céljaimat.	6	5	4	3	2	1
43.	Szüleim kiemelkedőt vártak tőlem.	6	5	4	3	2	1
44.	Aggódok, hogy érzéseim fölött elveszítem az uralmat.	6	5	4	3	2	1
45.	Azt hiszem, a csípőm túl nagy.	6	5	4	3	2	1
46.	Mások előtt alig eszem, de teletömöm magam, ha elmentek.	6	5	4	3	2	1
47.	Normális étkezés után felfúvódottnak érzem magam.	6	5	4	3	2	1
48.	Azt hiszem, az emberek gyermekkorukban a legboldogabbak.	6	5	4	3	2	1
49.	Ha hízom 1 kg-ot, félek, hogy elhízom.	6	5	4	3	2	1
50.	Úgy érzem, értékes személy vagyok.	6	5	4	3	2	1
51.	Ha zaklatott vagyok, nem tudom, hogy szomorú vagyok, szorongok, vagy dühös vagyok.	6	5	4	3	2	1
52.	Úgy érzem, hogy vagy tökéletesen kell csinálnom a dolgokat, vagy sehogy.	6	5	4	3	2	1
53.	Azt gondolom, meg kell próbálnom hányni, hogy fogyni tudjak.	6	5	4	3	2	1
54.	Az embereket bizonyos távolságra kell tartanom (kényelmetlen számomra, ha valaki túl közel próbál jönni).	6	5	4	3	2	1
55.	Azt hiszem, a combjaim éppen megfelelő méretűek.	6	5	4	3	2	1
56.	Belülről (érzelmileg) üresnek érzem magam.	6	5	4	3	2	1
57.	Tudok személyes gondolatokról, érzelmekről beszélni.	6	5	4	3	2	1
58.	Az élet legszebb éve az, amikor az ember felnőtté válik.	6	5	4	3	2	1
59.	Azt hiszem, a fenekem túl nagy.	6	5	4	3	2	1
60.	Vannak nehezen meghatározható érzelmeim.	6	5	4	3	2	1
61.	Titokban eszem vagy iszom.	6	5	4	3	2	1
62.	Azt hiszem, a csípőm éppen jó méretű.	6	5	4	3	2	1
63.	Igen magas céljaim vannak.	6	5	4	3	2	1
64.	Ha zaklatott vagyok, félek, hogy enni kezdek.	6	5	4	3	2	1

Melléklet 2.

Evési Attitűdök Tesztje – rövidített változat

Név: _____

Dátum: _____

Karikázza be a megfelelő választ az alábbiak szerint:

soha	ritkán	néha	gyakran	nagyon gyakran	állandóan
1	2	3	4	5	6

1.	Rettegek attól, hogy elhízom.	6	5	4	3	2	1
2.	Kerülöm az evést, ha éhes vagyok.	6	5	4	3	2	1
3.	Úgy érzem, aggodalmat jelent számomra a táplálkozás.	6	5	4	3	2	1
4.	Voltak falási rohamaim, amikor úgy éreztem, nem vagyok képes abbahagyni az evést.	6	5	4	3	2	1
5.	Ételemet apró darabokra vágom.	6	5	4	3	2	1
6.	Tisztában vagyok az általam fogyasztott ételek kalóriatartalmával.	6	5	4	3	2	1
7.	A magas szénhidráttartalmú ételeket (kenyér, burgonya, rizs, stb.) különösen kerülöm.	6	5	4	3	2	1
8.	Úgy érzem, mások szeretnék, ha többet ennék.	6	5	4	3	2	1
9.	Evés után hányok.	6	5	4	3	2	1
10.	Evés után erős büntudatom van.	6	5	4	3	2	1
11.	Foglalkoztat a vágy, hogy soványabb legyek.	6	5	4	3	2	1
12.	Ha sportolok, mozgok, arra gondolok, hogy kalóriát égetek el.	6	5	4	3	2	1
13.	Mások azt gondolják, túl sovány vagyok.	6	5	4	3	2	1
14.	Aggaszt a gondolat, hogy hájas a testem.	6	5	4	3	2	1
15.	Több időt vesz igénybe az evés, mint másnak.	6	5	4	3	2	1
16.	Kerülöm a cukortartalmú ételeket.	6	5	4	3	2	1
17.	Diétás ételeket eszem.	6	5	4	3	2	1
18.	Úgy érzem, a táplálkozás uralja az életemet.	6	5	4	3	2	1
19.	Van önuralmam az étkezéssel kapcsolatban.	6	5	4	3	2	1
20.	Úgy érzem, mások nyomást gyakorolnak rám, hogy egyek.	6	5	4	3	2	1
21.	Túl sok időt és gondolatot szentelek a táplálkozásnak.	6	5	4	3	2	1
22.	Édességek fogyasztása után kellemetlenül érzem magam.	6	5	4	3	2	1
23.	Diétázom.	6	5	4	3	2	1
24.	Szeretem, ha a gyomrom üres.	6	5	4	3	2	1
25.	Szeretek tápláló ételújdonosságokat kipróbálni.	6	5	4	3	2	1
26.	Evési után hányási késztetésem van.	6	5	4	3	2	1

Melléklet 3.

Konfliktuskezelési kérdőív

Gondoljon olyan szituációkra, melyekben az Ön kívánságai eltérnek egy másik személyétől. Hogyan szokott reagálni ezekben a helyzetekben? A következő oldalakon több állítás-párt talál, amelyek lehetséges viselkedési reakciókat jeleznek. Minden párnál karikázza be azt az állítást, ami a legjellemzőbb az Ön magatartására. Sok esetben előfordulhat, hogy sem az „A”, sem a „B” állítás nem jellemző Önre, mégis kérjük, válassza ki azt, amelyiket nagyobb valószínűséggel csinálná.

- | | |
|---|---|
| 1. A. Előfordul, hogy a problémamegoldás felelősségét átengedem másoknak. | B. A vitás kérdések megtárgyalása helyett azokat a pontokat hangsúlyozom, amelyekben egyetértünk. |
| 2. A. Megpróbálok kompromisszumos megoldást találni. | B. Megpróbálok mind az ő, mind az én érdekeimmel foglalkozni. |
| 3. A. Rendszerint kitartok céljaim elérése mellett. | B. Esetleg megpróbálok a másik érzéseit csillapítani és megőrizni kapcsolatunkat. |
| 4. A. Megpróbálok kompromisszumos megoldást találni. | B. Néha saját kívánságaimat feláldozom mások kívánságaiért. |
| 5. A. Következtesen keresem a másik ember segítségét a megoldás kidolgozásában. | B. Az értelmetlen feszültségek elkerülése érdekében megpróbálok azt tenni, ami szükséges. |
| 6. A. Megpróbálok elkerülni, hogy kellemtelenséget okozzak magamnak. | B. Megpróbálok megnyerni a pozícióm. |
| 7. A. Megpróbálok a kérdést addig halogatni, amíg lesz időm átgondolni. | B. Egyes pontokat másokért cserébe feladok. |
| 8. A. Rendszerint kitartok céljaim elérése mellett. | B. Megkísérlem, hogy minden érdek és kérdés azonnal felszínre kerüljön. |
| 9. A. Úgy vélem, hogy a különbségek miatt nem érdemes mindig idegeskedni. | B. Töreksem arra, hogy az én elképzelésem valósuljon meg. |
| 10. A. Rendszerint kitartok céljaim elérése mellett. | B. Megpróbálok kompromisszumos megoldást találni. |
| 11. A. Megkísérlem, hogy minden érdek és kérdés azonnal felszínre kerüljön. | B. Esetleg megpróbálok a másik érzéseit csillapítani és megőrizni kapcsolatunkat. |
| 12. A. Néha kerülöm olyan álláspontok elfoglalását, amelyek vitát szülhetnek. | B. Hagyom, hogy a másik megőrizze néhány pozícióját, ha én is megőrizhetem néhány pozícióm. |
| 13. A. Köztes utat javasolok. | B. Ragaszkodom saját elképzeléseim megvalósításához. |

14. **A.** Elmondom a saját gondolataimat és rákérdezek az ő gondolataira.
15. **A.** Esetleg megpróbálom a másik érzéseit csillapítani és megőrizni kapcsolatunkat.
16. **A.** Megpróbálom nem megsérteni a másik érzéseit.
17. **A.** Rendszerint kitartok céljaim elérése mellett.
18. **A.** Ha az a másikat boldoggá teszi, esetleg hagyom, hogy kitartson nézetei mellett.
19. **A.** Megkísérlem, hogy minden érdek és kérdés azonnal felszínre kerüljön.
20. **A.** Megpróbálom, hogy azonnal végigvegyük a kettőnk közötti különbségeket.
21. **A.** A tárgyalásokon úgy közelítek, hogy megpróbáljam figyelembe venni a másik kívánságait.
22. **A.** Megpróbálok olyan pozíciót találni, ami a kettőnk eredeti pozíciója között van.
23. **A.** Nagyon gyakran törődöm azzal, hogy minden kívánságunk teljesüljön.
24. **A.** Ha a másik pozíciója nagyon fontosnak látszik neki, megpróbálom kielégíteni kívánságait.
25. **A.** Megpróbálom megmutatni az én pozícióm logikáját és előnyeit.
26. **A.** Köztes utat javasolok.
27. **A.** Néha elkerülöm olyan álláspontok elfoglalását, amelyek vitát szülhetnek.
28. **A.** Rendszerint kitartok céljaim elérése mellett.
29. **A.** Köztes utat javasolok.
- B.** Megpróbálom megmutatni neki az én pozícióm logikáját és előnyeit.
- B.** Az értelmetlen feszültségek elkerülése érdekében megpróbálom azt tenni, ami szükséges.
- B.** Megpróbálom a másikat meggyőzni saját pozícióm értékeiről.
- B.** Az értelmetlen feszültségek elkerülése érdekében megpróbálom azt tenni, ami szükséges.
- B.** Hagyom, hogy a másik megőrizze néhány pozícióját, ha én is megőrizhetem néhány pozíciómat.
- B.** Megpróbálom a kérdést addig halogatni, amíg lesz időm átgondolni.
- B.** Megpróbálom az előnyök és a veszteségek olyan kombinációját megtalálni, ami mindkettőnk számára igazságos.
- B.** Mindig hajlok a probléma közvetlen megvitatására.
- B.** Kinyilvánítom a kívánságaimat.
- B.** Előfordul, hogy a problémamegoldás felelősségét átengedem másoknak.
- B.** Megpróbálom kompromisszumra rávenni.
- B.** A tárgyalásokon úgy közelítek, hogy megpróbáljam figyelembe venni a másik kívánságait.
- B.** Majdnem mindig törődöm azzal, hogy minden kívánságunk teljesüljön.
- B.** Ha az a másikat boldoggá teszi, esetleg hagyom, hogy kitartson nézetei mellett.
- B.** Rendszerint keresem a másik ember segítségét a megoldás kidolgozásában.
- B.** Úgy vélem, hogy a különbségek miatt nem érdemes mindig idegeskedni.

30. A. Megpróbálom nem megsérteni a másik érzéseit.

B. Mindig megosztom a problémát a másikkal, hogy megoldhassuk.

Karikázza be mindenütt azt a betűt, amit az egyes kérdéseknél a kérdőíven bekarikázott.

1.			A	B
2.		B	A	
3.	A			B
4.			A	B
5.		A		B
6.	B			A
7.			B	A
8.	A	B		
9.	B			A
10.	A		B	
11.		A		B
12.			B	A
13.	B		A	
14.	B	A		
15.			B	A
16.	B			A
17.	A		B	
18.			B	A
19.		A		B
20.		A	B	
21.		B		A
22.	B		A	
23.		A		B
24.			B	A
25.	A			B
26.		B	A	
27.			A	B
28.	A	B		
29.			A	B
30.		B		A
A bekarikázott betűk száma oszloponként:				

Melléklet 4/a.

KÉRDŐÍV A KOGNITÍV SÉMÁK JELENLÉTÉRŐL / MEGJELENÉSÉRŐL SZEXUÁLIS KONTEXTUSBAN / A SZEXUÁLIS VISELKEDÉSBEN (NŐI VERZIÓ)

Olvassa el figyelmesen az alább leírt szituációkat és jelölje, milyen gyakran történnek meg Önnel úgy, hogy bekarikázza a megfelelő számot. (1 – soha, 5 – gyakran)

Egyedül vagyok a partneremmel. Úgy tűnik, hogy szeretkezni akar velem és különösen hosszan próbál felizgatni. Nekem azonban egyáltalán nincs kedvem hozzá, úgyhogy inkább úgy teszek, mintha fáradt lennék és témát váltok. Ő azonban tovább próbálkozik / nem tágít. Csalódottnak tűnik, és azt mondja, hogy nem szeretem már annyira, mint régen.

soha 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 gyakran megtörténik

Szeretkezem a partneremmel. Erősen próbál felizgatni, de én nem érzek semmit. Helyette úgy érzem, hogy egy kötelezettséget teljesítek. Azt kérdezem magamtól: „Ennek feltétlen / mindig így kell lennie?”

soha 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 gyakran megtörténik

A partnerem hozzám ér és én nagyon felizgulok. Egy pár perccel később megpróbál belém hatolni, de a hüvelyizmain összeszorulnak és a partnerem nem tud behatolni. Tovább próbálkozik sikertelenül, és így, ami egy felejthetetlen pillanatnak indult, zavarba ejtő / frusztráló élménnyé válik.

soha 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 gyakran megtörténik

A partnerem és én előjátékban fonódunk össze, ő különböző módokon próbál izgatni / stimulálni engem, amit élvezek. De ennek ellenére nem tudok eljutni az orgazmusig. A partnerem tovább próbálkozik, egyre inkább fáradni látszik, én pedig kezdek frusztrált lenni. Nyugtalanul kezdem érezni magam és érzem, hogy a valószínűsége annak, hogy orgazmusom lesz egyre kisebb és kisebb.

soha 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 gyakran megtörténik

Karikázza be az összes érzést, melyeket érzett, amikor elképzelte azt a szituációt, amely a leggyakrabban előfordul Önnel!

aggódás szomorúság kiábrándultság félelem bűntudat szégyen düh sértett gyönyör
elégedettség

Gondoljon arra a szituációra, amely a leggyakrabban előfordul Önnel! Olvassa el figyelmesen az alábbi kijelentéseket és karikázza be azt, amely leginkább leírja, hogy az adott helyzetben mit gondol és érez! (1 – teljesen hamis, 5 – teljesen igaz)

Sémák	Teljesen hamis	Hamis	Néha igaz, néha hamis	Igaz	Teljesen igaz
1. Gyámoltalan vagyok.	1	2	3	4	5
2. Tehetetlen vagyok.	1	2	3	4	5
3. Nem uralom a cselekedeteimet.	1	2	3	4	5
4. Gyenge vagyok.	1	2	3	4	5
5. Sebezhető vagyok.	1	2	3	4	5
6. Rászoruló vagyok.	1	2	3	4	5
7. Csapdába esett vagyok.	1	2	3	4	5
8. Nem vagyok kielégítő.	1	2	3	4	5
9. Eredménytelen vagyok.	1	2	3	4	5
10. Nem vagyok hozzáértő.	1	2	3	4	5
11. Egy csőd vagyok.	1	2	3	4	5
12. Nem vagyok tiszteletre méltó.	1	2	3	4	5
13. Nem vagyok tökéletes (kevesebb vagyok másoknál).	1	2	3	4	5
14. Nem vagyok elég jó (teljesítményben).	1	2	3	4	5

Sémák	Teljesen hamis	Hamis	Néha igaz, néha hamis	Igaz	Teljesen igaz
15. Nem vagyok szerethető.	1	2	3	4	5
16. Nem vagyok kedvelhető.	1	2	3	4	5
17. Nemkívánatos személy vagyok.	1	2	3	4	5
18. Nem vagyok vonzó.	1	2	3	4	5
19. Nem akart személy/nő vagyok.	1	2	3	4	5
20. Elhanyagolt vagyok.	1	2	3	4	5
21. Rossz vagyok.	1	2	3	4	5
22. Méltatlan / érdemtelen vagyok.	1	2	3	4	5
23. Más vagyok. / Különbözöm másoktól.	1	2	3	4	5
24. Hiányos vagyok (nem szeretett).	1	2	3	4	5
25. Nem vagyok elég jó (elég szerethető).	1	2	3	4	5
26. Visszautasításra vagyok ítélve.	1	2	3	4	5
27. Elhagyatottságra vagyok ítélve.	1	2	3	4	5
28. Egyedüllétre vagyok ítélve.	1	2	3	4	5

Melléklet 4/b.

KÉRDŐÍV A KOGNITÍV SÉMÁK JELENLÉTÉRŐL / MEGJELENÉSÉRŐL SZEXUÁLIS KONTEXTUSBAN / A SZEXUÁLIS VISELKEDÉSBEN (FÉRFI VERZIÓ)

Olvassa el figyelmesen az alább leírt szituációkat és jelölje, milyen gyakran történnek meg Önnel úgy, hogy bekarikázza a megfelelő számot. (1 – soha, 5 – gyakran)

Egyedül vagyok a partneremmel. Úgy tűnik, hogy szeretkezni akar velem és különösen hosszan próbál felizgatni. Nekem azonban egyáltalán nincs kedvem hozzá, úgyhogy inkább úgy teszek, mintha fáradt lennék és témát váltok. Ő azonban tovább próbálkozik / nem tágít. Csalódottnak tűnik, és azt mondja, hogy nem szeretem már annyira, mint régen.

soha 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 gyakran megtörténik

Cirógatom, csókolgatom a partnerem, amit ő élvez, és úgy tűnik készen áll a szexuális aktusra. A behatolással való kísérletezéskor észlelem, hogy az erekcióm nem olyan kemény, mint amilyen általában lenni szokott, és a teljes behatolás lehetetlennek tűnik. Próbálkozásom eredménytelen, így abbahagyom.

soha 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 gyakran megtörténik

A partnerem izgat, amire én nagyon felizgulok. Nagyon izgatott leszek, és azonnal megpróbálok behatolni. Elvesztem az eszem és nagyon hamar elérem az orgazmust, ekkor az aktus véget ér. A partnerem nagyon csalódottnak tűnik, mintha többet várt volna tőlem.

soha 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 gyakran megtörténik

Teljesen belefeledkezem a szeretkezésbe és elkezdek behatolni a partnerembe. Az elején minden rendben van, de az idő elteltével érzem, hogy nem leszek képesek elérni az orgazmust. A partnerem egyre fáradtabbnak tűnik. Akármilyen erősen próbálom, az orgazmus egyre elérhetlenebbnek tűnik.

soha 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 gyakran megtörténik

Karikázza be az összes érzést, melyeket érzett, amikor elképzelte azt a szituációt, amely a leggyakrabban előfordul Önnel!

aggódás szomorúság kiábrándultság félelem büntudat szégyen düh sértett gyönyör
elégedettség

Gondoljon arra a szituációra, amely a leggyakrabban előfordul Önnel! Olvassa el figyelmesen az alábbi kijelentéseket és karikázza be azt, amely leginkább leírja, hogy az adott helyzetben mit gondol és érez! (1 – teljesen hamis, 5 – teljesen igaz)

Sémák	Teljesen hamis	Hamis	Néha igaz, néha hamis	Igaz	Teljesen igaz
1. Gyámoltalan vagyok.	1	2	3	4	5
2. Tehetetlen vagyok.	1	2	3	4	5
3. Nem uralom a cselekedeteimet.	1	2	3	4	5
4. Gyenge vagyok.	1	2	3	4	5
5. Sebezhető vagyok.	1	2	3	4	5
6. Rászoruló vagyok.	1	2	3	4	5
7. Csapdába esett vagyok.	1	2	3	4	5
8. Nem vagyok kielégítő.	1	2	3	4	5
9. Eredménytelen vagyok.	1	2	3	4	5
10. Nem vagyok hozzáértő.	1	2	3	4	5
11. Egy csőd vagyok.	1	2	3	4	5
12. Nem vagyok tiszteletre méltó.	1	2	3	4	5
13. Nem vagyok tökéletes (kevesebb vagyok másoknál).	1	2	3	4	5
14. Nem vagyok elég jó (teljesítményben).	1	2	3	4	5

Sémák	Teljesen hamis	Hamis	Néha igaz, néha hamis	Igaz	Teljesen igaz
15. Nem vagyok szerethető.	1	2	3	4	5
16. Nem vagyok kedvelhető.	1	2	3	4	5
17. Nem kívánatos személy vagyok.	1	2	3	4	5
18. Nem vagyok vonzó.	1	2	3	4	5
19. Nem akart személy/nő vagyok.	1	2	3	4	5
20. Elhanyagolt vagyok.	1	2	3	4	5
21. Rossz vagyok.	1	2	3	4	5
22. Méltatlan / érdemtelen vagyok.	1	2	3	4	5
23. Más vagyok. / Különbözöm másoktól.	1	2	3	4	5
24. Hiányos vagyok (nem szeretett).	1	2	3	4	5
25. Nem vagyok elég jó (elég szerethető).	1	2	3	4	5
26. Visszautasításra vagyok ítélve.	1	2	3	4	5
27. Elhagyatottságra vagyok ítélve.	1	2	3	4	5
28. Egyedüllétre vagyok ítélve.	1	2	3	4	5

Melléklet 5/a.

KÉRDŐÍV A SZEXUÁLIS TÉVHITEKRŐL (NŐI VERZIÓ)

Az alábbi lista szexualitással kapcsolatos állításokat tartalmaz. Kérem, olvassa el figyelmesen őket és karikázzon be mindegyik állításnál egyet a jobboldali oszlopokban lévő számok közül annak megfelelően, hogy Ön egyetért vagy nem az állítással (állításonként csak egy számot jelöljön meg – 1-től – egyáltalán nem értek egyet – 5-ig – teljesen egyetértek). Nincs rossz vagy jó válasz, de nagyon fontos hogy őszinte legyen, és mindegyik állításra válaszoljon.

SZEXUÁLIS TÉVHITEK	Egyáltalán nem értek egyet	Nem értek egyet	Semleges	Egyetértek	Teljesen egyetértek
1. A jó szexhez szükséges szerelem és vonzalom a partner felől.	1	2	3	4	5
2. A maszturbálás / önkielégítés rossz és bűnös dolog.	1	2	3	4	5
3. A szex legfontosabb alkotóeleme a közös vonzalom.	1	2	3	4	5
4. A legnagyobb ajándék, amit egy nő vihet a házasságba, a szüzessége.	1	2	3	4	5
5. Klimax / Menopauza után egy nő nem érez szexuális vágyat.	1	2	3	4	5
6. Az a nő, akinek szexuális fantáziái vannak, perverz.	1	2	3	4	5
7. A maszturbálás / önkielégítés nem helyes tevékenység egy tiszteletreméltó nőnek.	1	2	3	4	5
8. Klimax / Menopauza után a nők nem tudják elérni az orgazmust.	1	2	3	4	5
9. Különböző módokon lehet gyönyört érezni és orgazmust elérni.	1	2	3	4	5
10. A fizikailag nem vonzó nők nem kielégíthetők szexuálisan.	1	2	3	4	5
11. A hálószobában a férfi a főnök.	1	2	3	4	5
12. Egy jó anya nem lehet szexuálisan aktív.	1	2	3	4	5
13. Az orgazmus férfiaknál elfogadható, nőknél nem.	1	2	3	4	5
14. A szexuális aktust a férfi kell kezdeményezze.	1	2	3	4	5
15. A szex erkölcstelen és bűnös dolog.	1	2	3	4	5
16. A partnerek egyidejű orgazmusa alapvető a kielégítő szexuális együttlélhez.	1	2	3	4	5
17. Orgazmus csak vaginális úton érhető el.	1	2	3	4	5
18. A szex célja a férfi kielégülése.	1	2	3	4	5
19. A sikeres szakmai karrier magában foglalja a szexuális viselkedés feletti kontrollt.	1	2	3	4	5
20. A nők korosodásával párhuzamosan a szex közben átélt örömeik csökken.	1	2	3	4	5
21. A férfiakat csak a fiatal, vonzó nők érdeklik.	1	2	3	4	5
22. A szex egy gyönyörű és tiszta dolog.	1	2	3	4	5
23. A szex szerelem nélkül olyan, mint az étel íz nélkül.	1	2	3	4	5
24. Amíg mindkét fél hozzájárul, bármi megtörténhet köztük.	1	2	3	4	5
25. Bármely nő, aki szexuális aktust kezdeményez, erkölcstelen.	1	2	3	4	5
26. A szexuális aktus egyetlen célja az utódnemzés.	1	2	3	4	5
27. Menstruáció alatt történő szexuális aktus egészségügyi problémákat okozhat.	1	2	3	4	5
28. AZ orális szex az egyik legnagyobb perverzió.	1	2	3	4	5
29. Ha egy nő elengedi magát szexuálisan, akkor a férfi irányítása alatt áll.	1	2	3	4	5
30. Kedves lenni a férfiakhoz és mosolyogni rájuk, veszélyes lehet.	1	2	3	4	5
31. A legcsodálatosabb érzés, amit egy nő érezhet, az az anyaság érzése.	1	2	3	4	5

32. Az anális szex perverz dolog.	1	2	3	4	5
33. A házasság előtti szexuális aktus bűn.	1	2	3	4	5
34. Szexuális aktus csak a férfi kezdeményezéséből történhet.	1	2	3	4	5
35. Csak egy elfogadható pozíció van a szexben (misszionárius póz).	1	2	3	4	5
36. Gyönyört érezni szexuális aktus közben nem elfogadható egy erkölcsös nő esetében.	1	2	3	4	5
37. Egy jó anyának kontrollálnia kell a szexuális vágyait.	1	2	3	4	5
38. Egy csúnya nő nem képes szexuálisan kielégíteni a partnerét.	1	2	3	4	5
39. Az a nő, aki csak a klitoris / csikló izgatására érez szexuális gyönyört, az beteg vagy perverz.	1	2	3	4	5
40. Tiszta / erkölcsös lányok nem létesítenek szexuális kapcsolatot.	1	2	3	4	5

Melléklet 5/b.

KÉRDŐÍV A SZEXUÁLIS TÉVHITEKRŐL (FÉRFI VERZIÓ)

Az alábbi lista szexualitással kapcsolatos állításokat tartalmaz. Kérem, olvassa el figyelmesen őket és karikázzon be mindegyik állításnál egyet a jobboldali oszlopokban lévő számok közül annak megfelelően, hogy Ön egyetért vagy nem az állítással (állításonként csak egy számot jelöljön meg – 1-től – egyáltalán nem értek egyet – 5-ig – teljesen egyetértek). Nincs rossz vagy jó válasz, de nagyon fontos hogy őszinte legyen és mindegyik állításra válaszoljon.

SZEXUÁLIS TÉVHITEK	Egyetértés				
	Egyáltalán nem értek egyet	Nem értek egyet	Semleges	Egyetértek	Teljesen egyetértek
1. Egy igazi férfi nagyon gyakran létesít szexuális kapcsolatot.	1	2	3	4	5
2. Orgazmus csak vaginális érintkezés útján érhető el.	1	2	3	4	5
3. A pénisz erektioja elengedhetetlen egy nő szexuális kielégítéséhez.	1	2	3	4	5
4. A homoszexualitás betegség.	1	2	3	4	5
5. Egy nőnek nincs más választása, minthogy szexuálisan alávetett legyen a férfi erejének.	1	2	3	4	5
6. Egy igazi férfinak szexuális aktus közben ki kell várnia azt a szükséges időt, hogy a nőt szexuálisan kielégítse.	1	2	3	4	5
7. Egy nőnek lehetnek kétségei a férfi férfiasságát illetően, hogyha nem ér el erekciót szex közben.	1	2	3	4	5
8. Ismételt orális és anális szex komoly egészségügyi problémákat okozhat.	1	2	3	4	5
9. Egy rövidebb ideig tartó szexuális aktus a férfi erejének jele.	1	2	3	4	5
10. A szex a férfi erejének helytelen használata.	1	2	3	4	5
11. A szexuális kudarc következménye katasztrófa.	1	2	3	4	5
12. A nőt csak a fiatal, vonzó férfiak érdeklik.	1	2	3	4	5
13. Nem illő szexuálisan fantáziálni szex közben.	1	2	3	4	5
14. Vannak bizonyos univerzális szabályok arról, hogy mi a normális egy szexuális aktus közben.	1	2	3	4	5
15. Az ágyban a nő a főnök.	1	2	3	4	5
16. Azok a férfiak, akik nem képesek behatolni a nőbe, nem tudják őket szexuálisan kielégíteni.	1	2	3	4	5
17. A szexben eljutni az a legfontosabb, hogy a felek eljussanak az orgazmusig.	1	2	3	4	5
18. A szexben minden elfogadható, kivéve a vaginális közösülés.	1	2	3	4	5
19. A nő legnagyobb fegyvere a teste.	1	2	3	4	5
20. Egy nő kiábrándulhat / „kiszeregethet” egy férfiből, ha az nem képes őt szexuálisan kielégíteni.	1	2	3	4	5
21. A vaginális szex az egyetlen törvényes típusú szex.	1	2	3	4	5
22. Az erekció minősége az, ami a leginkább kielégíti a nőt.	1	2	3	4	5
23. A sikeres karrier magában foglalja a szexuális vágy feletti kontrollt.	1	2	3	4	5
24. Az előjáték csak időpocsékolás.	1	2	3	4	5
25. A szexuális aktus egyetlen célja az utódnemzés.	1	2	3	4	5
26. A szex minél gyorsabb, annál jobb.	1	2	3	4	5
27. Azok az emberek, akik nem kontrollálják a szexuális vágyaikat, azokat	1	2	3	4	5

könnyebben irányítják mások.					
28. Egy igazi férfi mindig készen áll a szexre és képes kell legyen kielégíteni bármely nőt.	1	2	3	4	5
29. Ha egy férfi elengedi magát szexuálisan, akkor a nő irányítása alatt áll.	1	2	3	4	5
30. Az anális szex perverz dolog.	1	2	3	4	5
31. Egy férfinak képesnek kell lenni fenntartania az erekciót a szexuális aktus végéig.	1	2	3	4	5
32. Csak egy elfogadható pozíció van a szexben (misszionárius póz).	1	2	3	4	5
33. A házasság előtti szexuális aktus bűn.	1	2	3	4	5
34. A szex a nő testével szembeni erőszak.	1	2	3	4	5
35. Az a férfi, aki nem képes kielégíteni egy nőt, az sikertelen /csőd.	1	2	3	4	5
36. Akármikor, ha olyan helyzet adódik, egy igazi férfi képes kell legyen a behatolásra.	1	2	3	4	5
37. A szex orgazmus nélkül is jó lehet.	1	2	3	4	5
38. Egy igazi férfinak nincs szüksége túl sok izgatásra, hogy elérje az orgazmust.	1	2	3	4	5
39. Egy nő szexualitásának csúcsán bármit megkaphat a férfitől.	1	2	3	4	5
40. Minél nagyobb az intimitás a szexben, annál nagyobb a sérülés esélye.	1	2	3	4	5