

A Testképvizsgálati Program

Iván Eszter és Lantos Katalin

Szegedi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar,
Pszichológia Tanszék, Szeged

e-mail: ivan.eszter@invitel.hu; lantoscatalin@freemail.hu

Témavezetők:

dr. Jámbori Szilvia (Szegedi Tudományegyetem, Pszichológia Tanszék)
Gali Zsuzsanna (SZTE-ÁOK Gyermekek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály)

Absztrakt

Vizsgálatunk célja, hogy az általunk kifejlesztett Testképvizsgálati Programot a gyakorlatban összehasonlítsuk a Fallon-Rozin Emberalakrajz Teszttel. A Testképvizsgálati Program egy számítógépes eszköz, mely a testképzavar diagnosztizálását segíti. Alapja a Fallon-Rozin Teszt, azzal a fő különbséggel, hogy amíg a Fallon-Rozin Tesztben egész emberalakok közül választanak a vizsgálati személyek, addig a Testképvizsgálati Programban testrészenként választhatják ki és rakhatják ki a számukra megfelelő testalakot. Mindkét tesztet felvettük 15 evészavaros beteggel (anorexia nervosa: 8 fő, bulimia nervosa: 6 fő, bulimarexia: egy fő), és nyolcvanöt egészséges személlyel. Megvizsgáltuk még, hogy mekkora a különbség az ideális és jelenlegi testalak között, illetve vizsgáltuk a torzítás mértékét is. Mivel az eredeti teszt és saját programunk is szubjektív ítéleteket tartalmaz, az elemzés során minden vizsgálati személyünkről testrészenként, illetve a Fallon-Rozin Teszt alapján is eldöntöttük, hogy mely kategóriákba tartoznak. Ez nyújtotta az összehasonlítási alapot a torzítás mértékének meghatározásához. Az eredményeket az SPSS 10.0 statisztikai program segítségével vizsgáltuk meg. A vizsgálatunk eredményei alapján azt mondhatjuk, hogy a Testképvizsgálati Programunk alapját képezheti egy új diagnosztikai segédeszköznek.

A legtöbb esetben van átfedés a Fallon-Rozin Teszt eredményei és a mi Testképvizsgálati Programunk között.

Kulcsszavak: Testképvizsgálati Program, Fallon-Rozin Emberalakrajz Teszt, testkép, evészavar

A vizsgálatunk célja, hogy a Testképvizsgálati Program egy új pszichodiagnosztikai segédeszköz legyen a táplálkozási magatartás zavaraival küszködők kiszűrésére. Napjainkban a táplálkozási zavarok és a testképzavar is nagy nyilvánosságot kapnak, ám az emberek mégsem tudnak eleget ezekről a betegségekről, illetve a köztük lévő kapcsolatáról. Az evészavar ugyanis nem feltétlenül jár együtt a testképzavarral, illetve a testképzavar önmagában is megjelenhet. Az evészavar diagnosztizálása után rendkívül fontos annak vizsgálata, hogy van-e testképzavar, mivel a megfelelő terápia kiválasztása csak ezután lehetséges. Hazánkban a testképvizsgálati módszerek közül a gyakorlatban a Fallon-Rozin Emberalakrajz Tesztet használják (1. melléklet), emellett létezik még néhány módszer, de ezek nem standardizáltak, és leginkább a beteg önmagáról alkotott képével való szembesít-

tésre alkalmasak. A Fallon-Rozin teszt 1985-ben készült, és használata több szempontból is elavultnak tekinthető. Orvosok és pszichológusok elmondása alapján az ábrák nem elég látványosak, a betegek nem tudnak azonosulni velük, a skála nem elég differenciált, nem elég demonstratív. Az Emberalakrajz Tesztnak nincsenek előre meghatározott kóros tartományai vagyis a vizsgáló szubjektív véleménye alapján dönti el, hogy fenn áll-e a testképzavar a vizsgálati személynél. Az is információt nyújt a beteg problémájának összetettségéről, hogy hány egységnyi a különbség a jelenlegi és az ideális testkép között. Testképvizsgálati Programunkkal az volt a célunk, hogy egy új, hatékony segédeszköz létrehozásával kiküszöböljük a fennálló problémákat. A program előnye, hogy az ábrák szemléletesek és a kevésbé motivált személyek is szívesebben kitöltik, mint az eredeti tesztet. A Fallon-Rozinhoz hasonlóan a vizsgáló szubjektíven dönti el a program segítségével, hogy a beteg testkép zavaros-e vagy sem. Annak érdekében, hogy ez egy új, érvényes pszichodiagnosztikai segédeszköz lehessen, meg kell vizsgálnunk, hogy akár az egészségeseknél, akár a betegeknél (anorexiásoknál és bulimiásoknál) az önmagukról, illetve a másokról kialakított testképet méri-e, hasonlóan a Fallon-Rozin Teszthez. További kérdésünk, hogy ha az Emberalakrajz Tesztben megjelenik a testkép torzítása, ez megjelenik-e a program eredményeiben is. Harmadik kérdésünk, hogy kínál-e lehetőséget a program a külön testrészekre korlátozódó testképzavar megjelenítésére. Végül célunk azt is megvizsgálni, hogy van-e jelentős különbség az önmagukról alkotott testkép és az ideális testképe között illetve, hogy az egészségesek és a beteg személyek ideális testképe között van-e eltérés.

Elméleti áttekintés

I. Az anorexia nervosa (AN) és a bulimia nervosa (BN)

Az önéheztesítés leírásának történetében megkülönböztetünk három nagyobb szakaszt: kezdetben a vallásos magyarázatok uralkodtak, majd a látványosság dominált, végül pedig a medikalizáció folyamatában orvosi zavarrá vált (TÚRY és SZABÓ 2000, 15). Az anorexia betegségének a későbbi korok által elfogadott leírói: SIR WILLIAM WITHEY GULL és ERNEST CHARLES LASÉGUE. Kettőjük egymástól való független közlésének köszönhetően vált 1873-ban hivatalos kórképpé az anorexia nervosa (TÚRY és SZABÓ, 2000). 1960 után HILDE BRUCH munkájának köszönhetően a testképzavar szerepe nyilvánvalóvá vált az anorexia nervosában szenvedőknél. A két alapvető forma mellett (anorexia nervosa, bulimia nervosa), amelyeket dolgozatunkban mi is ismertetünk, megjelent a kényszerezés vagy túlevéses zavar (TÚRY és SZABÓ, 2000). A bulimia újabb kórképnek számít, mint az anorexia. A tüneteit e betegségnek kezdetben az anorexia nervosa tüneteinek vélték, majd RUSSELL 1979-ben önálló betegségként írta le a bulimia nervosát, amely az amerikai betegségsztyalizációs rendszerben (DSM-III) 1980-ban nyert polgárjogot bulimia néven (FÜREDI, 2003, 439). KEEL és KLUMP (2003) kitérnek arra, hogy a 19. századig a feltételei sem voltak adottak a bulimia megjelenésének, hiszen a legtöbb ember számára az élelem csak korlátozott mértékben állt rendelkezésre.

A táplálkozási magatartás zavarai a pszichopatológia legdinamikusabban változó területéhez tartoznak, az utóbbi 30 évben a legváltozatosabb kórképek jelentek meg a már említetteken kívül, például az inverz anorexia, amely a soványságtól való félelem (FORGÁCS, 2004).

Az evészavarok kritériumai

Az evészavarok kritériumait, tüneteit a BNO-10 (WHO, 1992 idézi: TÚRY és SZABÓ, 2000) alapján ismertetnénk, de mindezt megelőzően néhány gondolat erről a betegségről, amelyek önmagukért beszélnek:

BNO-10 (WHO, 1992 idézi: TÚRY és SZABÓ 2000, 47) szerint az anorexia nervosa kritériumai a következők (1. táblázat):

A.	A testsúly legalább 15%-kal kisebb az ideálisnál (a súlyhiány vagy fogyás következménye, vagy ki sem alakult testtömegre utal), vagy a Quetelet-féle testtömegindex 17,5 kg/m ² , illetve ennél kisebb. A serdülő páciensek a növekedés során nem mindig érik el a kívánt testsúlyt.
B.	Szándékos fogyás, amit részint a zsíros ételek kerülése, részint az alábbi viselkedésformák valamilyen kombinációja jellemez: intenzív testgyakorlás, önhánytatás, hashajtás, étvágycsökkentők szedése, valamint vizelethajtók használata.
C.	A testséma zavara meghatározott pszichopatológiai képet mutat: rettegés a kövérségtől, a nem megfelelő testarányoktól túlértékelt gondolatként jelenik meg, és a beteg saját maga számára igen alacsony „ideális” testsúlyt szab meg.
D.	Számos endokrin eltérés észlelhető, pl. a hypothalamus-hypophysis-gonad tengelyen, ami a nőknél amenorrhoea formájában, a férfiaknál a szexuális érdeklődés csökkenésében és potenciazavarban jelentkezhet (kivételt képeznek azok, akik hormonális szubsztitúcióban részesülnek, pl.: fogamzásgátló tablettát szednek). A növekedési hormon és a kortizol szintje emelkedhet, a pajzsmirigy hormonjainak megváltozott perifériás metabolizmusa fordulhat elő.
E.	Ha a zavar a serdülőkor előtt kezdődik, akkor a nemi érés késleltetett vagy el is maradhat (pl. a növekedés stagnál, a lányoknál a mell nem fejlődik ki, primaer amenorrhoea tapasztalható, a fiúknál a genitálék nem válnak férfiassá). A felépülést követően a pubertás normálisan végbemegy, de a menarche késhet.

BNO-10 (WHO, 1992 idézi: TÚRY és SZABÓ 2000, 48) szerint a bulimia nervosa kritériumai a következők (2. táblázat):

A.	A beteg állandóan az evéssel foglalkozik, és ellenállhatatlan vágyat érez az ételek iránt; falásrohamai vannak, melyek során hatalmas mennyiségű ételt fogyaszt el rövid idő alatt.
B.	A beteg az ételek hizlaló hatását a következő módszerekkel próbálja elkerülni: önhánytatás, hashajtó használata, koplalás, étvágycsökkentő gyógyszerek, pajzsmirigyhormon-készítmények, vizelethajtók szedése. A diabetes mellitusban szenvedő elhanyagolja az inzulin adagolását.

C.	A beteg fél az elhízástól, pontosan meghatározza testsúlytartományát, ami lényegesen alatta van az ideális, orvosok által is ajánlott és a betegség előtti értéknek. A zavar kialakulását gyakran néhány hónappal vagy évvel korábban anorexia nervosa epizódja előzte meg. Ez lehetett teljes formájában jelentkező anorexia nervosa vagy annak csak rejtett formája, némi súlyvesztéssel és/vagy – nőknél – átmeneti amenorrhoeával.
----	--

A BNO-10 szerint a diagnózis felállításához szükséges súlyvesztés mértékét a testtömegindex (= testúly/testmagasság négyzete; a normál tartomány 20-25kg/m²) alapján adják meg.

A BN tünetei sokban hasonlítanak, de el is térnek az AN tüneteitől. A két betegség összehasonlítása TÚRY FERENC és SZABÓ PÁL nyomán (2000) a következőképpen összegezhető:

- a testsúlyideál az anorexiások esetében a normális alatt van, míg a bulimiásoknál normális
- a testsúlya az anorexiásoknak alacsony, a bulimiásoknak vagy normális, vagy pedig e fölött
- a bulimiásoknak van éhségérzete, de az anorexiások ezt tagadják, akárcsak a betegségüket
- mindkettő betegség esetében van súlyfóbia
- a bulimiások szexualitása aktív, míg az anorexiásoké korlátozott akár az aszexualitásig is bekövetkezhet
- az anorexiások félnek a kontrollvesztéstől, míg a bulimiások esetében a kontrollvesztés jelen van
- bulimiások tünetei rejtettek, az anorexiásoké demonstratívák
- az anorexiások családi kötődése igen erős, a bulimiásoké pedig lazább.

Az evészavarok jellegzetesen a fiatal lányok körében elterjedt betegségek. Az AN kezdetének szempontjából a legveszélyeztetettebb korosztály a 12 és 18 év közöttiek. A tizenévesek három leggyakoribb betegsége között a harmadik helyen áll az anorexia nervosa, az obezitas és asthma bronchiale után. A BN szempontjából a 17-25 év közötti időszak a legveszélyesebb (FÜREDI, 2003). A BN 12 éves kor alatti előfordulása szokatlan jelenségnek számít (TREASURE, 2003). A bulimia 2-3-szor gyakoribb, mint az AN. A férfiaknál megjelenő evészavarok arányaiban a női zavarokhoz képest, azok 2-10%-ra tehető. Transzkulturális különbségeket is találtak, a fehérek között gyakoribb az evészavar előfordulása, mint a feketék között (FÜREDI, 2003).

Az evészavarok diagnosztizálásában használt legelterjedtebb teszt, az Evészavar Kérdőív.

A GARNER és munkatársai által kidolgozott Evészavar Kérdőív (EDI, Eating Disorder Inventory) az Evési Attitűdök Tesztjének (EAT, Eating Attitudes Test) a tovább fejlesztett változata. Hazai adaptációját TÚRY FERENC és munkatársai dolgozták ki 1997-ben (lásd: TÚRY és SZABÓ, 2000, 323–326). Ez az evészavar teszt az evészavarok több dimenziós felfogásán alapul. Likert-típusú skálát használó önpontozó kérdőív, melynek 64 tétele van. Az evészavar kérdőív (EDI) tételeinek egy része az evéssel, étellel kapcsolatos, másik része, pedig a vizsgálati személy saját magával kapcsolatos érzéseire vonatkozik. A kér-

dőívnek összesen nyolc alskálája van, amelyeket a következő táblázatban (3. táblázat) foglaltunk össze (TÚRY és SZABÓ, 2000):

EDI-alskála neve:	Mit foglal magába az alskála?	Küszöbértéke:
1. Karcúság iránti késztetés	diétázással való túlzott foglalkozást; soványságra, fogyásra való törekvést; hízástól való intenzív félelmet	14 pont
2. Bulimia	kontrollálatlan túlevéseket; önhánytatásra való késztetés megjelenését; ez az alskála önmagában nem teszi lehetővé a bulimia diagnosztizálását	14 pont
3. Testtel való elégedetlenség	azt a meggyőződést tükrözi, hogy az egyes testrészek túlzottan kövérek és ezen változtatni kell; alacsony önértékelést	21 pont
4. Elégtelenség érzése	személyes hatékonyság hiányát; negatív önértékelést; saját élet feletti kontroll hiányának érzését	Nincs meghatározva.
5. Perfekcionizmus	kimagasló, tökéletes teljesítményre való törekvést; túlzott elvárásokat; szülők magas elvárásaihoz való túlzott alkalmazkodást	Nincs meghatározva.
6. Interperszonális bizalmatlanság	közeli kapcsolatoktól való elidegenedést; érzelmek kifejezésének nehézségeit; bizalmatlanságot	Nincs meghatározva.
7. Interoceptív tudatosság	belső érzékelések és az érzelmek felismerésében, azonosításában való bizonytalanságot	Nincs meghatározva.
8. Félelem a felnőtté válástól	a nyomasztó felnőtté válást; visszavonulást a gyermekkor biztonságába; érettségfejlődés elutasítását	Nincs meghatározva.

Az első 3 alskála az evésre, a test alakjára vonatkozó attitűdöket, viselkedéseket hivatott mérni. E három alskálára van szükségünk, ha szűrővizsgálatot végzünk. Ez egy önbeszámolón alapuló kérdőív, így torzításra adhat okot, illetve ezen túl még figyelembe kell venni, hogy az 1-es és a 3-as dimenziók értékét a testsúly is befolyásolja. A többi alskála az anorexia nervosa pszichopatológiai jellegzetességeiként azonosított személyiségvonásokat értékeli, mivel ezek általános személyiségvonásokat tükröznek, így nincs szükség kóros határra (TÚRY és SZABÓ 2000, 79–81).

II. A testkép

A testkép összetett, több komponensből álló élmények, érzések és gondolatok összessége, amely az énkép és az önértékelés szerves része. Napjainkban számos kutatás központi témájaként szerepel, főként az evészavarok kontextusában.

A testkép és az evészavar kapcsolata

A testképpel való elégedetlenség nagy szerepet játszik az evészavarok (mind az anorexia nervosa, mind a bulimia nervosa) kialakulásában, itt már testképzavarról beszélhetünk. A testképzavar a testélmény összetett zavara (TÚRY, 2001) Az evészavarosok testképzavarát számos vizsgálattal bebizonyították. Az első objektív vizsgálatot 1973-ban SLADE és RUSSELL (TÚRY és SZABÓ, 2000) végezte. A betegeket vizuális méretbecsléssel tesztelték, és azt tapasztalták, hogy 25-55 százalékos torzulás is előfordulhat. A testkép torzulása azonban nem feltétlenül kapcsolódik a látványhoz, a test vizuális élményéhez, ugyanis TOUYZ és MCFARLANE (TÚRY és SZABÓ, 2000) vak anorexiás betegekről számolnak be, ahol a testképzavar diagnosztikai kritérium. FREEMAN és munkatársai is hasonló eredményeket kaptak. Ők anorexia nervosában illetve bulimia nervosában szenvedő betegeket hasonlítottak össze egészséges kontrollszemélyekkel, és azt figyelték meg, hogy a beteg személyek eltúlozzák alakjukat, illetve ideálként kirívóan vékony alakot tüntetnek fel. A legnagyobb különbséget az ideális és jelenlegi testalak között a bulimiás betegek mutatták. A témában azonban nincs teljes egyetértés, egyes szerzők a testképzavar túlhangsúlyozásáról beszélnek. PENNER és munkatársai alacsony, sovány nőket és anorexiás személyeket vizsgálva azt tapasztalta, hogy az egészséges személyek a betegekhez hasonlóan túlbecslik méreteiket.

Ettől eltekintve mégis túlsúlyban vannak azon kutatások, amelyek a testképzavar fontos szerepét hangsúlyozzák az evészavar kialakulásában (TÚRY és SZABÓ, 2000).

Az evészavaros személyek terápiájában is fontos szerepet kap a testképzavar (TÚRY, 2001). Az anorexiás betegek testüket idegennek élik meg, úgy érzik, hogy a testük uralkodik rajtuk, evésre kényszeríti őket. Ahhoz, hogy testüket személyiségük szerves részeként éljék meg, sokat segít a táncterápia, a saját testből fakadó örömök megtapasztalása. Érdekes jelenség azonban, hogy a betegek különbséget tesznek a terhesség, illetve hízás okozta alakváltozás között, ezért várandósság alatt nem veszélyeztettek az anorexia szempontjából. A legtöbbben nem mutatnak anorexiás viselkedést a terhesség alatt, de nem is híznak el túlságosan. (KALUCY, 1992).

A testkép mérőeszközei

A testkép mérőeszközeinek részletes összefoglalóját TIFFANY M. STEWART (2002, 5–17) írásában olvashatjuk. Összesen négy nagy csoportra bontja az eszközöket: a figurális ingereket alkalmazó tesztek, a testméretek becslésének mértéke, a szubjektív komponens mérése, és a számítógépes módszerek. Az első csoportba tartozó tesztek mindegyike emberi alakok sorozatát alkalmazza (a tesztek összefoglalását a 2. melléklet tartalmazza). A tesztek általában az egészen vékony alkattól a túlsúlyosig tartalmaznak figurákat. A vizsgálati személyek feladata bejelölni a jelenlegi testalakot illetve a kívánt testalakot. A két alak közti különbség kiszámításával megkapható a testi elégedettség foka. Ezen eljárások előnye, hogy megbízhatóságuk és belső érvényességük magas, és az eredmények könnyen adminisztrálhatóak. Egyszerűen felvehetőek, és kiértékelésük nem igényel hosszadalmas eljárást, valamint a legtöbb populációban alkalmazhatóak. Hátrányuk egyrészt, hogy a legtöbb teszt nem tartalmaz eléggé túlsúlyos figurákat, így nem mindenki tudja magát azonosítani a figurákkal, valamint a skálák durvák, nem elég szélesek, nem folyamatos az átmenet az alakok között (a durva skálák pedig nem érzékenyek az apró változásokra,

eltérésekre). Másrészt a figurák nem realiztikusak, nem eléggé „emberszerűek”. STEWART összefoglalásában a második csoport a testméretek becslésének mértékével foglalkozik (összefoglalásuk az 3. mellékletben). Ezek az eszközök a testkép észlelési komponensét vizsgálják. Az eszközök mindegyike vizuális módszerrel dolgozik, egy része a testről készített képeket manipuláltatja a vizsgálati személyekkel. Ezen vizsgálati módszerek belső érvényessége és megbízhatósága magas, kivéve az Image Marking Procedure elnevezésű eljárást. Hátrányuk, hogy vizsgálati labor szükséges az eljárások mindegyikéhez. Kritika érte még a videót használó torzító eljárásokat is, mivel hogy nem realiztikusak, illetve használatuk bonyolult. A harmadik csoportba azok az eszközök tartoznak, amelyek a testtel való elégedettséget vizsgálják (az eszközök összefoglalása a 4. mellékletben olvasható). Ezek nem vizuális technikák, jellemzőbbek a kérdőíves módszerek. Ezen eljárások előnye, hogy belső megbízhatóságuk és érvényességük magas, és könnyen kezelhetőek (egyszerű felvenni a tesztek és könnyű adminisztrálni az eredményeket). Hátrányuk, hogy nem adnak információt a testkép torzításáról, mivel csak a testhez, alakhoz kapcsolódó szubjektív érzéseket vizsgálják. A negyedik csoportba a számítógépes módszerek tartoznak. STEWART (2002, 5–17) leírásában a Body Image Testing System, BITS elnevezésű eszközt említi. Ez az eszköz a testkép kognitív és affektív komponenseit is méri. A program emberi alakok körvonalait tartalmazza, ám ezek sematikusak, nem tartalmaznak külön női és férfi ábrákat. A vizsgálati személyeknek be tudják állítani 9 különböző testrészüik nagyságát, így összeállítják a jelenlegi, és az ideális testalakot, illetve azt, ahogyan érzik a testüket. Hátránya, hogy az emberalakok nem realiztikusak, csak körvonalakból állnak, így a vizsgálati személyeknek nehéz azonosulni a figurákkal.

Külön kiemelendő FALLON és ROZIN Emberalakrjz Tesztje (1985), mivel ennek át-dolgozását végeztük el. A Fallon-Rozin teszt 9 női és 9 férfialak sematikus ábráját tartalmazza. Az alakok az egészen vékonytól a túlsúlyosig terjednek. A vizsgálati személyek hét instrukciót kapnak (lásd 1. melléklet). A teszt előnye, hogy könnyen és gyorsan felvehető, használata egyszerű. Mivel a gyakorlatban ezt diagnosztikai segédeszközként használják, a vizsgálatvezető szubjektív módon maga dönti el, hogy a vizsgálati személy testképzavarát milyen mértékben tekinti súlyosnak. Mivel a teszt egész alakokat használ, nincs lehetőség az egyes testrészekhez kötődő torzítások vizsgálatára. A teszt hátránya még, hogy az ábrák nem elég szemléletesek, nehéz azonosulni velük.

A testkép mérőeszközeinek részletes összefoglalója alapján azt mondhatjuk, hogy míg a nemzetközi viszonylatban rendkívül sok típusú eszköz áll a szakemberek rendelkezésére (figurális ingereket alkalmazó tesztek, a testméretek becslésének mértéke, a szubjektív komponens mérése, és a számítógépes módszerek), addig Magyarországon csak a Fallon-Rozin Tesztet alkalmazzák. Mivel napjainkban mind az evés-, mind a testképzavar központi problémát jelent, nagy szükség van egy korszerűbb mérőeszközre. A Fallon-Rozin Teszt hátrányaiból kiindulva alkottuk meg a Testképvizsgálati Programot, majd hatékonyságának vizsgálatára végeztük el kutatásunkat.

A kutatás módszerei

Részvevők

15 fő evészavaros beteggel és 85 egészséges személlyel készítettük a vizsgálatot. A vizsgálati személyeink mindegyike nő volt. A 15 fő beteggel vettük fel a tesztek Szege- den és Budapesten. A betegek, akik közül 6 fő bulimia nervosával, 8 fő anorexia nervosával és 1 fő mindkettővel küzd, 10 és 47 év közöttiek (átlag életkor: bulimiásoknál: 26 év; anorexiásoknál: 15 év). Mindegyikük diagnosztizáltan evészavaros. Egy anorexiás lányt végül ki kellett hagynunk a vizsgálatunkból, mivel nem volt hajlandó együtt működni a Testképvizsgálati Program első kérdésére adott válasza után. A vizsgálatból kihagytuk az egyetlen bulimarexiás személyünket. Az egészséges személyeket ismeretségi körünkből kényelmi mintavétellel választottuk ki, és mi magunk is meggyőződünk az Evészavar (EDI) szűrő teszt segítségével, hogy nem evészavarosak. Az egészséges, kontroll személyek 14 és 44 év közöttiek (átlag életkor: 18 év). A vizsgálati személyek a tesztek kitöltése és a Testképvizsgálati Programunk feladatsorának teljesítését követően nem részesültek fizetségben vagy más jutalomban.

Eszközök

Az adatfelvétel során összesen három tesztet alkalmaztunk: az Evészavar Kérdőívet (EDI), a Fallon-Rozin Emberalakrajz Tesztet, és a Testképvizsgálati Programot. Az *Evészavar Kérdőívet* (leírását lásd az I./c./1. alpontban) csak a kontrollszemélyek töltötték ki, mivel ez alapján döntöttük el, hogy valóban egészségesek-e. Egy kontrollszemélyünkél állt fenn az evészavar gyanúja, így őt kihagytuk a vizsgálatból. Mivel beteg személyeink mindegyike diagnosztizáltan evészavaros, náluk nem volt szükség szűrőtesztre. A *Fallon-Rozin Emberalakrajz Tesztet* (leírását lásd a II./f alpontban) mind az egészséges, mind a beteg személyek kitöltötték. Ez a gyakorlatban is használt teszt volt a kiinduló alapja saját programunknak. Funkciója az volt, hogy megvizsgáljuk, vajon az ebben megjelenő esetleges torzítások megjelennek-e a Testképvizsgálati Programban is. A *Testképvizsgálati Program* alapja tehát az Emberalakrajz Teszt volt, ám felépítése mégsem követi teljesen az eredeti papír-ceruza tesztet. A leglényegesebb különbség az, hogy a Testképvizsgálati Program felvétele számítógépet (a mi esetünkben laptopot) igényel. Ez azonban nem nehezíti meg a használatát, mivel manapság minden kórházi osztály rendelkezik informatikai eszközökkel. További különbség az, hogy a Testképvizsgálati Program ábrái nem egész alakok, hanem a vizsgálati személyek testrészenként tudják összeállítani a figurákat. Ez a program egyik legnagyobb előnye, mivel így differenciáltabb képet tud nyújtani az esetleges testkép torzításról. A testrészek rajzai nem csak körvonalakból állnak, hanem a minimális árnyékolás is jelen van. Ez utóbbi miatt sokkal szemléletesebbek, mint a Fallon-Rozin teszt sziluett figurái. A programban a vizsgálati személy tíz, különböző méretű testrészből választhat. Ez szintén különbség a két tesztben, mivel a Fallon-Rozin teszt kilenc figurát tartalmaz. A két tesztben a kérdések tekintetében vonhatunk párhuzamokat. A program is hét kérdést tartalmaz. Ezek a programnak megfelelően módosított változatai az Emberalakrajz Teszt kérdéseinek:

1. Kérjük, a testrészekből válassza ki azokat a testrészeket, amelyekről úgy gondolja, hogy a leginkább hasonlítanak az önéhez és készítsen belőle egy emberalakit.
2. Kérjük, a testrészekből válassza ki azokat a testrészeket, amelyekről úgy gondolja, hogy a legideálisabbak lennének az ön számára és készítsen belőle egy emberalakit.
3. Kérjük, a testrészekből válassza ki azokat a testrészeket, amelyekről úgy gondolja, hogy ideális lenne általában a nők számára és készítsen belőle egy női alakot.
4. Kérjük, a testrészekből válassza ki azokat a testrészeket, amelyekről úgy gondolja, hogy ideális lenne általában a férfiak számára és készítsen belőle egy férfi alakot.
5. Kérjük, a testrészekből válassza ki azokat a női testrészeket, amelyekről úgy gondolja, hogy, az Ön számára a legvisszataszítóbbak és készítsen belőle egy női alakot.
6. Kérjük, a testrészekből válassza ki azokat a férfi testrészeket, amelyekről úgy gondolja, hogy, az Ön számára a legvisszataszítóbb és készítsen belőle egy férfi alakot.
7. Kérjük, a testrészekből válassza ki azokat a testrészeket, amelyekről úgy gondolja, hogy a másik nem számára a legvonzóbb és készítsen belőle egy emberalakit.

A program felépítése a következő:

- Instrukciós ablak, amely alapján a vizsgálati személy használni tudja a programot. A „Program indítása” linkre kattintva ez az ablak eltűnik.
- A következő ablakban a vizsgálati személy kiválasztja a nemét. Ez az ablak automatikusan eltűnik.
- Ezután az első instrukció következik. A képernyő bal oldalán piros betűkkel megjelenik a feladat. A jobb oldalon kis ablakok láthatóak, amelyeken a testrészek nevei olvashatóak (*fej, kar, mellkas, hát, has, fenék, és láb* a nőknél, a férfiaknál a *mellkas* és a *has* csak együtt választható).
- A program kijelöli, mely testrésze kardinthat a vizsgálati személy (az aktív testrész más betűszínnel jelenik meg a képernyőn). A testrész linkjére kattintva a képernyőn megjelenik a tíz, különböző méretű testrész (5. melléklet). Ha a vizsgálati személy kiválasztotta a kérdésnek megfelelő testrészt, rákattintva automatikusan eltűnnek a rajzok, és a program a képernyő bal oldalán megjeleníti a kiválasztott testrészt. Mire a személy kiválasztja az összes testrészt, a képernyőn egy egész emberalak lesz látható (6-7. melléklet).
- Amikor a vizsgálati személy összeállította az egész alakot, a program automatikusan adja a következő kérdést.
- Ha a vizsgálati személy mind a hét instrukció alapján összeállította az emberalakit, egy „Köszönjük” feliratú ablak jelenik meg, és a program automatikusan kilép. Az eredményeket szöveges formátumban elmenti a számítógép memóriájába (a winchesterre), patient.doc néven. Itt megtalálhatjuk a vizsgálati személy által kiválasztott összes testrész sorszámát (0-9ig; 0: legvékonyabb, 9: legkövérebb). A program ezen kívül elmenti a személy önmagáról alkotott képét is (patient.bmp), hogy ezzel vizuálisan is megjeleníthető legyen az esetleges torzítás.
- Ahhoz, hogy a programot új emberrel felvehessük a számítógép memóriájában elmentett fájlokat át kell hogy nevezzük, ha ezt nem tesszük meg, akkor ezeket az eredményeket a program felülírja.

Végül egy digitális fényképezőgép segítségével készítettünk azokról a vizsgálati személyekről fényképet, akik beleegyeztek.

A kutatás lefolytatása

Miután a Testkép Vizsgálati Programot megterveztük, Antal Mihály, a Budapesti Műszaki Egyetem villamos mérnök szakos hallgatója a gyakorlatban megvalósította az elképzeléseinket. A programunkhoz Bubla Éva, a Szegedi Tudományegyetem angol-rajz szakos hallgatójának az egész alakos rajzait használta fel. Az egészséges személyekkel a Tanulmányi és Információs Központban és egy szegedi gimnáziumban vettük fel a vizsgálatunkat, míg a betegekkel szegedi és budapesti pszichiátriai osztályokon. Minden vizsgálati személlyel a vizsgálat előtt ismertettük a vizsgálat jellegét, menetét és megkértük őket, hogy őszintén válaszoljanak a kérdéseinkre. Biztosítottuk őket afelől, hogy bizalmasan kezeljük az adataikat, eredményeiket és a róluk készített fényképről az arcukat lemontírozzuk. A vizsgálati személyekkel való találkozás folyamán az EDI kérdőív kitöltése után a Fallon-Rozin tesztet töltöttük ki. Megkértük, hogy írják fel a testtömegüket és a testmagasságukat is erre a tesztre. Ezek után a programunkat laptop segítségével vettük fel. A programunk használatát szóban is ismertettük velük. Miután végeztek a programmal, egy digitális fényképet készítettünk róluk. Többen nem vállalták ezt. Az adatok feldolgozása folyamatosan zajlott: az EDI kérdőívek kiértékelése; a BMI - testtömeg index számolása; SPSS 10.0 statisztikai programba való adatbevitel (az adatbevitel során, amit a program 0 értékűnek jelölt, azt mi 1-es értékűnek írtuk át az és így végig az 1-es helyett 2-est, a 2-es helyett 3-ast, a 3-as helyett 4-est, az 5-ös helyett 6-ost stb. írtunk); fényképek alapján a vizsgálati személyek testrészeinek besorolása a programunknak megfelelő kategóriákba; a fényképek szerint a Fallon-Rozin Emberalakrajz Teszt első kérdésének megfelelő sziluett figura számának kiválasztása. Az adatbevitel során derült ki, hogy a programunkban volt egy kisebb meghibásodás, amely a vizsgálati személyek mellkas számát érintette a nőkre vonatkozó kérdésekben. Ezért a mellkasra vonatkozó adatfeldolgozást az 1.;2.;3.;5.;7. kérdésekre nem tettük meg. A program meghibásodását korrigáltattuk. A későbbiek során nem fordultak elő másféle meghibásodások.

Végül részletes adatfeldolgozás és elemzés következett.

Az eredmények bemutatása és elemzése

I. A következő kérdéseinkre páros t-próbák alkalmazásával kerestünk választ:

1. A Testképvizsgálati Programunk a vizsgálati személyek önmagukról kialakított testképét méri-e hasonlóan a Fallon-Rozin Teszthez?

2. Illetve, hogy az ideális és az önmagukról kialakított testképek között van-e különbség a vizsgálati személyeknél, és, hogy ez a különbség mind a két tesztben megjelenik-e?

a.) 1. Az *egészséges személyeknél* páros t-próba alkalmazásával összehasonlítottuk a Testképvizsgálati Program első kérdésére adott válaszaikat a mi általunk a számukra meghatározott kategóriákkal. A vizsgálati személyeink testrészeit a Testképvizsgálati Program kategóriáinak megfelelően mi is besoroltuk. Például XY vizsgálati személy karját mi 5-nek ítéltük meg, a hasát 3-nak stb. A vizsgálati személy globális testalakjának megfelelő sorszámát a Fallon-Rozin Teszt sziluett figuráiból választottuk ki. Például XY vizsgálati személy 4-es testalakú. Mindezekre azért volt szükség, hogy mint külső szemlélők képviseljük a vizsgálati személy testképének objektív megítélését, szemben a vizsgá-

lati személy szubjektív testképével. Tehát mindezt az esetleges torzítás kimutatására használtuk fel. Eredményeink szerint van szignifikáns különbség aközött, ahogy ők magukat és, ahogy mi őket látjuk minden testrész esetében (fej: $t(84)=-8,859$; $p<0,01$ hát: $t(84)=2,217$; $p=0,029$ has: $t(84)=-4,938$; $p<0,01$ fenék: $t(84)=-3,152$; $p=0,002$, láb $t(84)=6,694$; $p<0,01$, kivétel a karnál $t(84)=1,974$; $p=0,052$). Ezt az eredményt magyarázza az, hogy mi az egészséges vizsgálati személyeink többségét csak akkor láttuk először életünkben, ami pedig kevés ahhoz, hogy testrészekre lebontva kellően objektíven tudjunk dönteni a kategorizációban. A digitális fénykép ezen a problémánkon próbált volna segíteni, de azt sem vállalta mindenki, illetve nem fürdőruhás képek készültek a vizsgálati személyekről. Ezek alapján feltételezhetnénk, hogy az egészséges személyeknél is van testképzavar, ami nem társul evészavarral, de egyénekenkénti lebontásban is megvizsgáltuk, hogy mekkora a különbség számszerűen az általunk és az általuk meghatározott testkép kategóriák között. A határértéket, ami 3 egység, önkényesen határoztuk meg. E felett, ha már valaki több egységgel eltérőnek jelölte magát legalább 4 testrész esetében a 7 testrészből, ahhoz képest, ahogy mi jelöltük őt, akkor testképzavarosnak tekintjük. Ilyen személyt nem találtunk. Ezt alátámasztják azon eredményeink is, amelyet a már említett különbségek átlagaként kaptunk meg (lásd: Az eredmények bemutatása és elemzésének IV. alpontja). A Fallon-Rozin Emberalakrajz Tesztben az önmagukról alkotott kép és a mi általunk róluk meghatározott kép között nem jelent meg szignifikáns különbség ($t(84)=-0,373$; $p=0,710$). Ez utóbbi eredmény alapján kizárhatjuk annak esélyét, hogy az egészséges személyek testképzavarosok lennének.

2. Mindezek után összehasonlítottuk az önmagukról gondolt és az ideálisnak tartott testképet a mi programunk eredményei és a Fallon-Rozin Emberalakrajz eredményei szerint. Az utóbbi szerint van szignifikáns különbség e két testkép között ($t(84)= 8,036$; $p<0,01$), ami azt jelenti, hogy az egészséges személyek mást tartanak ideálisnak, mint amilyenek valójában, de az erre való törekvés nem ölt kóros formát náluk. Ezt alátámasztják a mi programunk által kapott eredmények is, hiszen ott is van szignifikáns különbség mind-egyik testrésznél (fej: $t(84)=2,395$; $p=0,019$ hát $t(84)=6,616$; $p<0,01$; has $t(84)=2,071$; $p=0,041$; fenék: $t(84)=4,182$; $p<0,01$; láb: $t(84)=5,051$, $p<0,01$) kivétel a karnál.

b.) 1. Először az *anorexiás betegek* saját testükről kialakított képét, illetve az általunk a betegekről kialakított képet hasonlítottuk össze a saját programunk alapján. Célunk itt is az volt, hogy az esetleges torzításokat kiszűrjük. Az eredmények alapján azt mondhatjuk, hogy a hat testrészből négyenél megjelent a torzítás: a hátnál ($t(6)= 5,196$; $p=0,002$), a hasnál ($t(6)=2,646$; $p=0,038$), fenéknél ($t(6)= 3,00$; $p=0,024$), és a lábnál ($t(6)=4,478$; $p=0,004$). Nem kaptunk szignifikáns különbséget a fejnél ($t(6)= 1,591$; $p=0,163$) és a karnál ($t(6)=2,274$; $p=0,063$). Ugyanezt az összehasonlítást elvégezve a Fallon-Rozin Tesztnél szintén megjelent a torzítás ($t(6)= 3,29$; $p=0,017$). Ez alapján tehát azt mondhatjuk, hogy a programunk hasonló torzítást mutat, mint az Emberalakrajz Teszt. A test középső részénél megjelenő szignifikáns különbségek a program azon előnyét mutatják, hogy differenciált torzításra ad lehetőséget.

2. Második lépésben a betegek jelenlegi testképét hasonlítottuk össze az általuk ideálisnak ítélt testalakkal. Eredményeink azt mutatják, hogy egyik testrésznél sem különbözött szignifikánsan a jelenlegi és az ideális testkép (fej: $t(6)=0,596$; $p=0,573$; kar: $t(6)=-1,648$; $p=0,150$; hát: $t(6)=-0,172$; $p= 0,869$; has: $t(6)=-1,449$; $p=0,197$; fenék:

t (6)=1,296; p=0,242, láb: t (6)= 0; p=1,00). Az Emberalakrajz Tesztben szintén nem jelentkezett különbség a jelenlegi és az ideális testalak között (t (6)=0,956; p= 0,376). Az eredmények szerint a programunk és a Fallon-Rozin Teszt ugyanazt mutatja, így felmerül az a kérdés, hogy ha nincs szignifikáns különbség a jelenlegi és a vágyott testalak között, akkor miért éhezettük magukat az anorexiások. Arra a kérdésre, hogy vajon miért nem jelentkezik különbség a vágyott és jelenlegi testalaknál, a kis elemszám lehet az egyik magyarázat. A másik magyarázat az lehet, hogy a válaszokban megmutatkozhatott a környezetnek való megfelelési vágy. Ezen anorexiás betegek ugyanis már terápiás kezelésben vesznek részt, és tisztában vannak vele, hogy a saját testükkel szemben támasztott elvárásaik irreálisak, ezért nem jelöltek ideálisnak kórosan sovány testalakot.

c.) *Bulimiás személyeinknél* páros t-próbával ugyanazokat az összehasonlításokat végeztük el, mint az egészséges és anorexiás személyeink esetében.

1. Az eredményeink szerint hat testrészből öt esetében a bulimiás betegek ugyanúgy látják magukat, mint ahogyan mi látjuk őket (fej: t (5)=0,176; p=0,867; kar: t (5)=1,195; p=0,286; hát: t (5)=1,387; p=0,224; has: t (5)=0,155; p=0,883; fenék: t (5)=1,074; p=0,332). Az egyetlen testrész, amely torzítást mutat, a láb (t (5)=4,719; p=0,005). A Fallon-Rozin Tesztnél ugyanezt az összehasonlítást elvégezve jelentkezett torzítás (t (5)=3,796; p=0,013). Ennek magyarázata az lehet, hogy az Emberalakrajz Teszt globálisan az egész testre vonatkozóan kér véleményt, így egy jellemző, például egy teltebb has, vagy vastagabb comb eltorzíthatja az egész testre vonatkozó ítéletet. Mivel a program testrészekre lebontva kér ítéletet, így könnyebb olyan testalakot összeállítani, amelynek csak bizonyos részei torzultak (jelenlegi kisszámú mintánk esetében a láb).

2. Második kérdésünk alapján kapott eredmények szerint meglepő módon egyik testrésze vonatkozóan sem kaptunk szignifikáns különbséget (fej: t (5)=0,745 p=0,490; kar:t (5)=-0,542; p=0,611; hát: t (5)=0,291; p=0,783; has: t (5)=1,955; p=0,108; fenék: t (5)= 2,440; p=0,059; láb: t (5)=1,192; p=0,287). A Fallon-Rozin Teszt eredményeit tekintve ugyanez a helyzet áll fenn (t (5)= 2,445; p=0,058). Tehát mindkét teszt alapján arra következtethetnénk, hogy a bulimiások nem szeretnék jelenlegi alakjuktól eltérő testalakot, ám a különböző kutatások szerint ez nem így van. Az eredmények hátterében a kis minta állhat, illetve lehet, hogy az evészavaruk hátterében más probléma áll.

II. Arra a kérdésre, hogy mekkora a torzítás mértéke a vizsgálati személyeknél, először különbségét képeztük az önmagukról alkotott és a mi általunk a számukra megválasztott kategória értékeknek. Mindezt megtettük a programunk és a Fallon-Rozin Emberalakrajz Teszt értékei szerint is. Ezen különbségek átlagértékét és szórását is kiszámoltuk, amit az alábbi táblázat tartalmaz. Ha az átlag érték pozitív, az azt jelenti, hogy ők magukat nagyobb méretekkel jellemezték, mint mi őket. Ha ez az érték negatív, akkor pedig mi látjuk őket nagyobb méretekkel rendelkezőknek. Ha az érték nulla, akkor nincs különbség átlagosan a között, ahogy mi őket és ahogy ők magukat látják.

A TESTKÉPVIZSGÁLATI PROGRAM

	Egészséges:		Bulimiások:		Anorexiások:	
	Átlag:	Szórás	Átlag:	Szórás:	Átlag:	Szórás
Fej	-1,3294	1,3835	2,1381	2,1381	1,2857	2,1381
Kar	0,3647	1,7033	1,4960	1,4960	1,2857	1,4960
Hát	0,2941	1,2230	1,5275	1,5275	3,0000	1,5275
Has	- 0,8118	1,5157	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
Fenék	-0,4824	1,4109	2,6458	2,6458	3,0000	2,6458
Láb	0,9765	1,3450	1,9024	1,6036	2,7143	1,6036
Fallon-Rozin figura	-0,05	1,1640	1,9760	1,3801	1,7143	1,3801

4. táblázat

A 4. táblázat adatai alapján megállapíthatjuk, hogy az egészséges személyeket mi átlagosan nagyobbnak vagy pedig ugyanolyannak láttuk, mint ők magukat. Tehát valóban nincs testkép torzításuk, amit a Fallon–Rozin Emberalakrajz Teszt eredményei is alátámasztanak. Az átlagos különbség nem nagyobb, mint 0,1. A bulimiások és az anorexiások esetében megjelenik, hogy ők átlagosan magukat nagyobb méretekkel jellemezték, mint mi őket. Ez a torzítás átlagosan 1,5 érték felett van. Ez igazolja azt a feltevést, miszerint a beteg személyeink nem reálisan látják magukat a mi megítéléseinkkel összehasonlítva.

Konklúzió

Eredményeink alapján kijelenthetjük, hogy a Testképvizsgálati Programunk alapját képezheti egy új diagnosztikai segédeszköznek. A Testképvizsgálati Programunk előnye az, hogy testrészekre lebontott torzítást mutat, szemben az Emberalakrajz Teszt globális figuráival. Az anorexiások esetében szignifikánsan nagyobb mértékű torzítás van jelen önmagukra nézve, mint az egészségeseknél. Az egészséges személyeinknél az ideális és a jelenlegi testalak eltér, míg ez az anorexiásoknál és bulimiásoknál nem jelenik meg. A Fallon-Rozin Emberalakrajz Teszt eredményei mindezt a legtöbb esetben alátámasztják. Ahol a különbségek megjelennek, annak az lehet az egyik oka, hogy a mi programunk differenciált válaszadási lehetőséget nyújt.

A vizsgálat továbbfejlesztési lehetőségei

Jelen vizsgálatunkat nagymértékben megnehezítette az alacsony elemszám, így mindenképpen érdemes lenne elvégezni nagyobb méretű almintákkal. Vizsgálatra érdemes lenne a mellkas elemzése, mivel ezt jelenlegi kutatásunkból a program kezdeti meghibásodása miatt ki kellett hagynunk. A visszajelzések alapján még látványosabbá kellene tenni a rajzok közötti méretbeli és átmeneti különbségeket, hogy megfelelően mutassa az eltéréseket. A program lehetőséget nyújt arra, hogy férfiakkal is felvegyük. Ez lehetőséget nyújtana arra, hogy a nemek közti különbségeket vizsgálhassuk. További kutatásokkal kellene vizsgálni azt az elképzelést, hogy a program az inverz anorexiában megjelenő testképzavar vizsgálatára is alkalmas-e. Illetve meg kellene vizsgálni, hogy a terápiás hatékonyság indikátoraként fel lehet-e használni a programunkat.

Köszönjük dr. Jámbori Szilviának, Gali Zsuzsannának, dr. Túry Ferencnek, Németh Laurának, Antal Mihálynak, Bubla Évának, Farkas Adriennek, Koncz Évának, Kígyós Tamásnak, Czikora Leventének, Novotny Katalinnak, Tóth Rolandnak és az összes vizsgálati személynek a segítségét.

Irodalom

- FALLON, A. E., ROZIN, P.: Sex Differences in Perceptions of Desirable Body Shape (1985), *Journal of abnormal Psychology*, vol. 94, No. 1, 102–105.
- FORGÁCS ATTILA (2004). *Az evés lélektana*, Akadémia Kiadó, Budapest
- FÜREDI JÁNOS, NÉMETH ATTILA, TARISKA PÉTER (szerk.) (2003). *A pszichiátria magyar kézikönyve*, Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest
- KALUCY, R. S.: Anorexia Nervosa – A súlyváltozás okozta stressz. In: K.E. Sheppard, J. H. Boublik, J. W. Funder (szerk.): *Stress and Reproduction*, 1992, New York fordította és az összefoglalót készítette: Kelemen Anikó), www.behsci.sote.hu
- KEEL, P. K., KLUMP, K. K. (2003). *Are eating disorders culture-bound Syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. Psychological Bulletin 129: 747–769.*
- STEWART, T. M.: The body morph assessment version 2.0 (BMA 2.0), A psychometric study (5-17. oldal)
http://etd02.lnx390.lsu.edu/docs/submitted/etd-1023102-140854/unrestricted/Stewart_dis.pdf,
- TREASURE, J., SCHMIDT, U., VAN FURTH, E. (2003). *Handbook of Eating Disorders* Wiley
- TURNER, S., HAMILTON, H., JACOBS, M., ANGOOD, L.M., DWYER, D. H. (1997). The influence of fashion magazines on the body image satisfaction of college women: An exploratory analysis, in: *Adolescence*, 32 (127), 603–614. Idézi: Peter Prevos: Differences in Body Image between Man and Woman (2005),
http://www.prevos.net/ola/body_image.pdf
- TÚRY FERENC, SZABÓ PÁL (2000). *A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és bulimia nervosa*, Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest
- TÚRY FERENC: *Anorexia-bulimia Az evés zavarai* (2001), B+V (medical and technical) Lap- és Könyvkiadó Kft.

The Body-image Examination Program

Abstract

The aim of this study is to compare our Body-image Examination Program with the Fallon-Rozin Figuredrawing Test in practice. The Body-image Examination Program is a computerised instrument which helps in recognising body-image disorder. The basis of this is the Fallon-Rozin Test with the main difference that while in the Fallon-Rozin Test subjects can choose from whole figures, in the Body-image Examination Program they can choose and assemble the appropriate figure from different parts of the body. We took both tests with 15 subjects suffering from eating disorders (8 subjects with anorexia nervosa and 6 subjects with bulimia nervosa) and with 85 healthy subjects. The difference between the ideal and the present figure and the degree of distortion was examined, as well. Since our test and the original one also contains subjective answers, each subject was put into a category according to the Fallon-Rozin Test and the parts of the body. This gave the basis to the definition of the degree of distortion. The results were examined with

SPSS 10.0 statistic program. According to the results of this study, our Body-image Examination Program can be the basis of a new diagnostic tool. In most of the cases there is an overlap between the results of the Fallon-Rozin Test and our Body-image Examination Program.

Supervisors:

Szilvia Jámbori dr. (University of Szeged, Department of Psychology)

Zsuzsanna Gali (University of Szeged, Faculty of Medicine, Department of Psychiatry)

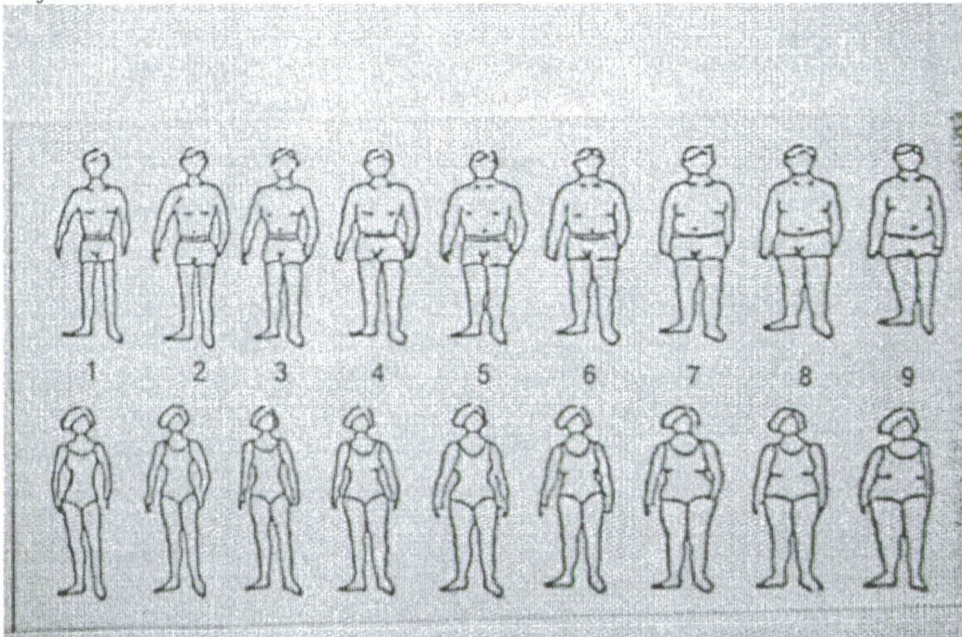
Keywords: Body-image Examination Program, Fallon–Rozin Figuredrawing Test, body-image, eating disorder

Mellékletek

1. melléklet

Emberalakrajzok Tesztje (Fallon-Rozin-teszt)

Most szeretnénk megtudni, hogy mi a véleménye a saját és más emberek (nők, férfiak) alakjáról.



1. Legyen szíves, válassza ki a fenti képek közül azt, amelyik megítélése szerint a leginkább hasonlít Önhöz! (A nők az alsó sorból, a férfiak a felső sorból válasszanak.)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

2. Melyik alakot tartaná kívánatosnak (ideálisnak) az Ön számára? (A nők az alsó sorból, a férfiak a felső sorból válasszanak.)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

3. Melyik alakot tartja ideálisnak általában
 a) a nők számára: 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 b) a férfiak számára: 1 2 3 4 5 6 7 8 9
4. Az Ön számára melyik alak a legvisszataszítóbb
 a) a nők számára: 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 b) a férfiak számára: 1 2 3 4 5 6 7 8 9
5. Mit gondol, a másik nem számára melyik alak a legvonzóbb? (A nők az alsó sorból, a férfiak a felső sorból válasszanak.)
 1 2 3 4 5 6 7 8 9

2. melléklet

Az eszköz neve	Szerzők	Leírás
Body Image Assessment (BIA)	Williamson, Davis, Bennett, Goreczny, Gleaves (1989)	A teszt kilenc figurát tartalmaz, amelyek alakja az egészen vékonytól a túlsúlyosig változik
Body Image Assessment for Obesity (BIA-O)	Williamson, Womble, Zucker, Reas, White, Blouin, Greenway (2000)	A teszt 18 figurát tartalmaz, amelyek alakja az egészen vékonytól a túlsúlyosig változik
Body Image Silhouette Scale	Powers, Erickson (1986)	A teszt 7 figurát tartalmaz, amelyek alakja az egészen vékonytól a túlsúlyosig változik
Breast/Chest Rating Scale (BCRS)	Thompson, Tantleff (1992)	A teszt 5 női és 5 férfi sematikus ábráját tartalmazza, amelyek a kicsitől az egészen nagy méretig terjednek
Contour Drawing Rating Scale	Thompson, Gray (1995)	A teszt 9 férfi és 9 női sematikus ábrát tartalmaz, amelyek alakja az egészen soványtól a túlsúlyosig változik
Figure rating Scale (FRS)	1. Stunkard és munkatársai (1983) 2. Thompson, Altabe (1991)	A teszt 9 emberi sematikus ábrát tartalmaz, amelyek alakja az egészen soványtól a túlsúlyosig változik
(Stewart összefoglalásában nem szerepel) Emberalakrajzok Tesztje	Fallon, Rozin (1985)	A teszt 9 emberi sematikus ábrát tartalmaz, amelyek alakja az egészen soványtól a túlsúlyosig változik

3. melléklet

Az eszköz neve	Szerzők	Leírás
Adjustable Light Beam (ALBA)	1. Thompson, Spana (1988) 2. Thompson, Coover (nyomatásban)	4, falra vetített fénynyaláb segítségével a vizsgálati személy beállítja az arc, a derék, a csípő, és a comb vélt szélességét
Body Image Detection Device (BIDD)	1. Ruff, Barrios (1986) 2. Barrios és munkatársai (1989)	Falra vetített fénynyalábok segítségével a vizsgálati személy beállítja különböző testrészeinek méretét
Image Marking Procedure (IMP)	1. Askevold (1975) 2. Barrios és munkatársai (1989) 3. Gleghorn és munkatársai (1987) 4. Bowden és munkatársai (1989)	A vizsgálati személyek életnagyságú papíron bejelölik észlelt méreteik két végpontját
Movable Caliber Technique (MCT) Visual Size Estimation (VSE)	1. Slade, Russell (1973) 2. Slade (1985) 3. Ben-Tovim, Crisp (1984) 4. Ben-Tovim és munkatársai (1990)	A vizsgálati személyek beállítják testrészeik észlelt méretét két fény segítségével
Distorting Mirror	Brodie és munkatársai (1989)	A vizsgálati személy torzító tükörrel vékonyabbra, illetve teltebbre állíthatja alakját
Distorting Photograph Technique	1. Glucksman, Hirsch (1969) 2. Garfinkel és munkatársai (1978) 3. Garfinkel és munkatársai (1979)	A vizsgálati személy megbecsüli méreteit olyan fotó segítségével, amelyen 20 százalékos torzítást hajtanak végre mind vékonyabb, mind teltebb irányba
Distorting Television Method	Bowden és munkatársai (1989)	Fényképek torzítása videokamera segítségével, 50 százalékos nagyítással/vékonyítással
Distorting Video Camera	1. Freman és munkatársai (1984) 2. Brodie és munkatársai (1989)	A vizsgálati személyek megbecsülik alakjukat egy videó kép segítségével, amely 60 százalékos nagyítás és 25 százalékos vékonyítás között mozog

Distorting Video Technique	Touyz és munkatársai (1985)	A vizsgálati személy megbecsüli méreteit olyan fotó segítségével, amelyen 20 százalékos torzítást hajtanak végre mind vékonyabb, mind teltebb irányba
TV-Video Method	1. Gardener és munkatársai (1987) 2. Gardner és Moncrieff (1988)	A vizsgálati személyek megbecsülik videó képük észlelt méreteit

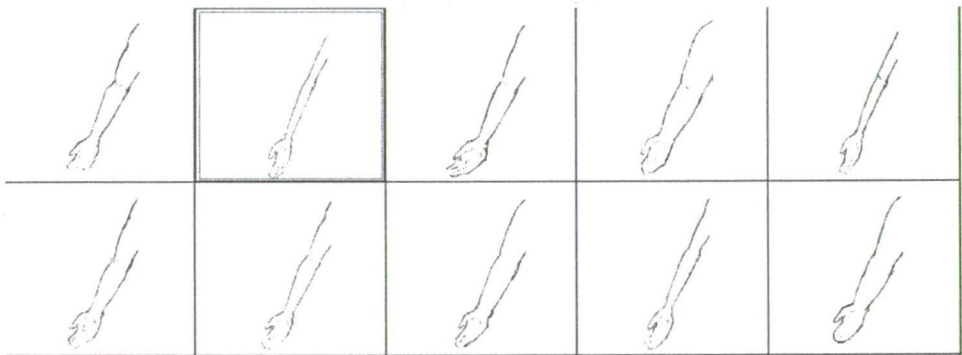
4. melléklet

Az eszköz neve	Szerzők	Leírás
Body Cathexis Scale	Seord, Jourard (1953)	A vizsgálati személyek megjelölik az egyes testrészekkel kapcsolatos pozitív érzéseik fokát
Revise Body Cathexis Scale	Ward, McKeown, Mayhew, Jackson, Piper (1990)	A vizsgálati személyek bejelölik az elégedettségük fokát az eredeti Body Cathexis Scale 22 itemében
Body Esteem Scale	Franzoi, Shields (1984)	A Body Cathexis Scale módosított változata, 16 új itemmel
Body Satisfaction Scale (BSS)	Slade, Dewey, Newton, Brodie, Kiemle (1990)	A vizsgálati személyek bejelölik elégedettségük fokát 16 testrészükkel kapcsolatban
Body Self-Relations Questionnaire (BSRQ)	Thompson (1990)	A vizsgálati személyek bejelölik egyetértésük fokát 140 állítással kapcsolatban
Body Shape Questionnaire	Cooper és munkatársai (1987)	A vizsgálati személyek meghatározzák aggodalmuk fokát az alakjukkal kapcsolatos 34 itemben
Color-A-Person Dissatisfaction Test	Wooley, Roll (1991)	A vizsgálati személyek öt színnel kiszíneznék egy sematikus emberalakot aszerint, hogy egyes testrészeikkel mennyire elégedettek

A TESTKÉPVIZSGÁLATI PROGRAM

Eating Disorder Inventory-2: Body Dissatisfaction Scale	1. Garner, Olmsted, Polivy (1983) 2. Shore, Porter (1990) 3. Allison (1995)	A vizsgálati személyek bejelölik egyetértésük mértékét kilenc állítással kapcsolatban, amelyek egyes testrészeik nagyságára vonatkoznak
Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire: Body Areas Satisfaction Scale	1. Cash, Winstead, Janda (1986) 2. Brown, Cash, Mikulka (1990) 3. Cash (1990)	A vizsgálati személyek bejelölik elégedettségük fokát 8 specifikus testrészükkel kapcsolatban
Physical Appearance State and Trait Anxiety Scale (PASTAS)	Red és munkatársai (1991)	A vizsgálati személyek bejelölik szorongásuk mértékét 16 testrészükkel kapcsolatban

5. melléklet



6-7. melléklet

