

# Az evészavarok prevenciója

## Kérdések és ellentmondások

Szumska Irena, Túry Ferenc, Jakabfi Péter

Az evészavarok (obesitas, anorexia nervosa, bulimia nervosa) növekvő egészségügyi feladatot jelentenek. A prevenciójukkal kapcsolatos eddigi vizsgálatok ellentmondó eredményeket hoztak. Egyes megfigyelések szerint a fiatalok körében végzett prevenció programok hatékonyak, mások viszont paradox hatásra is utalnak. A szerzők áttekintik a prevenció stratégiákat, bemutatják a Norvégiában alkalmazott komplex programot és a Nagy-Britanniában kidolgozott ajánlásokat. A primer prevencióban reaktív és proaktív stratégiákat különböztetnek meg. Lényeges, hogy a prevenció stratégiáknak társadalmi szinten kell megvalósulniuk. Reális és hatékony prevenció nem érhető el a társadalmi-kulturális környezet attitűdjének megváltoztatása, a médiumok által közvetített értékek befolyásolása nélkül.

**evészavarok, prevenció,  
proaktív és reaktív stratégiák,  
kulturális értékek, tömegtájékoztatás**

### THE PREVENTION OF EATING DISORDERS – QUESTIONS AND CONTROVERSIES

Eating disorders (obesity, anorexia nervosa, bulimia nervosa) present an increasing public health problem. Research relating to the prevention of these disorders show controversial results. On the basis of some observations prevention programs performed in young populations are effective, other studies present paradoxical effect. The present overview summarises the prevention strategies and discusses a complex program developed in Norway as well as the recommendations of the British Medical Association. In primary prevention reactive and proactive strategies can be distinguished. It is essential that prevention strategies should be realised at a macrosocial level. The real and effective prevention must involve the change in the attitude of the sociocultural environment and the influence of the cultural values mediated by mass media.

**eating disorders, prevention,  
proactive and reactive strategies,  
cultural values, mass media**

Szumska Irena (levelező szerző/correspondent), dr. Túry Ferenc: Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet/Semmelweis University, Institute of Behavioural Sciences; H-1089 Budapest, Nagyvárad tér 4. dr. Jakabfi Péter: Semmelweis Egyetem, Közegészségtani Intézet/Semmelweis University, Institute of Public Health

Érkezett: 2002. szeptember 17.      Elfogadva: 2003. január 8.

Az utóbbi évtizedekben széles teret nyert az evészavarok (anorexia nervosa, bulimia nervosa) kutatása a pszichológiában, a szociológiában és az antropológiában. Számos közlés hangsúlyozza az evészavarok prevenciójának szükségességét is. Ezt részben az evészavarok gyakorisága indokolja, részben az a jelenség, hogy az evészavarok klinikai kritériumait el nem érő, zavart táplálkozási magatartás a fiatalok széles körét érinti – ez *Lucas (1)* szerint növekvő tendenciát mutat. A prevenció programok létrehozását a fiatal nők közötti magas előfordulási arány mellett az anorexia nervosa magas mortalitása, az evészavarok következtében kialakuló számos (nemritkán késői következményként jelentkező) testi szövődemény (2), továbbá a krónikussá válás veszélye indokolja. A hazai adatok a nyugati országokhoz hasonló ké-

pet mutatnak Magyarországon: diákok körében több vizsgálat készült (3–9). Egyetemisták között végzett nemzetközi összehasonlító prevalenciavizsgálatban – amelyben Ausztria, a volt NDK és Magyarország vett részt – a bulimia nervosa legmagasabb prevalenciaértékeit Magyarországon mérték (1%). A felmérésben szubklinikai anorexia nervosa csak Magyarországon fordult elő (9).

Az 1998–99-ben a fiatal magyar nők egészségi és lelkiállapotát vizsgáló országos reprezentatív felmérés egy része az evészavarok feltérképezését célozta (10). A fenti vizsgálat keretében névtelenül írt kérdőív segítségével 3615, 15–24 éves nő adatait elemeztük. Az egész vizsgált csoport 28,1%-ának a testsúlya alacsony volt (testtömegindex, BMI <19 ttkg/m<sup>2</sup>), 8,7%-uknál 17,5 ttkg/m<sup>2</sup>-nél alacsonyabb BMI-t regisztráltunk.

Legalább három hónapon át tartó amenorrhoea a vizsgált nők 2,5%-ánál fordult elő, rendszertelen menstruációt 24,9%-uknál találtunk. A minta majdnem egynegyedében (22,8%) a karcsúság iránti késztetés kifejezetten magasnak bizonyult, jelezve, hogy mennyire fontos a korosztály számára a karcsúságideál. A klinikai és szubklinikai zavarok összes előfordulása 3%-os volt. A tanulók és a nem tanulók mintájának összehasonlításában a két csoport között jelentős eltérést tapasztaltunk. A tanulók mintájában gyakrabban fordultak elő az evészavarok: ez ismét alátámasztja azt az állítást, hogy a diákpopuláció veszélyeztetett az evészavarok szempontjából.

Az evészavarok prevenciójának említésekor külön problémakört jelent a gyermek- és ifjúkori elhízás, amelynek eredményes kezelése mindössze 8–10%-ra tehető. Ez az igen szerény eredmény egyértelműen a prevenció irányába kell, hogy terelje a figyelmet. Statisztikai adatok szerint az elhízott szülők gyermekei igen nagy valószínűséggel maguk is elhízottak lesznek. Ezért azokban az esetekben, amelyekben az egyik vagy mindkét szülő elhízott, a primer prevenciónak már a csecsemőkorból meg kell kezdődnie. Fokozott figyelmet igényel a beiskolázás alatti, valamint a pubertás kezdetén lévő gyermekkorosztály. Az iskolaorvosi munkában az elhízott gyermekek kiszűrésére a testtömegindex meghatározása a legalkalmasabb módszer. A gyermek- és ifjúkorúak fizikai állapotának javítása társadalmi feladat. Katonai sorozások szomorú adatai minősítik az elmúlt évtizedek hiányosságait ezen a téren. *Irving és Neumark-Sztainer (11)* felhívják a figyelmet arra, hogy az evészavarok prevenció programjainak az obesitást és az egészségtelen súlycsökkentő szokásokat is integrálnia kell.

A megelőzés szükségességét senki sem vitatja. Az viszont élénk vita tárgya, hogy az evészavarok esetében mit takar a fogalom, milyen módszerek hasznosak, és hogyan értelmezzük az eddigi kutatások eredményeit. Az utóbbi másfél évtizedben a nyugati országokban egyre több prevenció beavatkozás történt (12, 13). Magyarországon – bár egyre gyakrabban hallhatunk és olvashatunk az evészavarokról – még nem voltak prevenció beavatkozások ezen a területen.

## Irodalmi áttekintés

*Caplan (14)* a megelőzés három szintjét írja le. Az elsődleges vagy primer prevenció azokra irányul, akik még nem mutatják egy adott betegség jeleit; a másodlagos prevenció azokat célozza, akiknél bizonyos tünetek már jelen vannak, de még nem alakult ki a teljes betegség; a harmadlagos prevenció a már meglévő betegség következményeit igyekszik visszaszorítani.

*Catalano és Dooley (15)* az elsődleges megelőzésnél reaktív és proaktív stratégiákat különböztet meg. A reaktív primer prevenció magában foglalja azokat a stratégiákat, amelyek segítenek megküzdenni a potenciálisan ártalmas stresszorokkal és erősíteni a velük szembeni ellenállást. A proaktív primer prevenció pedig azo-

kat a stratégiákat jelenti, amelyek kizárják az oki tényezőket, azaz igyekeznek elkerülni a stresszort. Az evészavarok prevenciójában gyakran használják a reaktív stratégiát – igyekeznek megerősíteni az ellenállást, a fiatalokra kifejtett nyomást mind a média, mind a kortársak részéről.

Lényeges, hogy a megelőzésnél különböző szinteken avatkozzunk be, tehát ne csak az egyéni szinten, hanem mind a mikro-, mind a makrokörnyezetben, hiszen a szociális, kulturális tényezők fontos szerepet játszanak a viselkedés kialakításában. *Austin (16)* húsz ilyen prevenció vizsgálatot elemez, metaanalízisét részletesen áttekintjük. A hatékonyságot tekintve a szerző a következő eredményt kapta:

húsz intervencióból négy esetben tapasztaltak pozitív változást a viselkedési szinten, öt vizsgálatnál a tudásszint növekedett, néhánynál a testtel és súllyal kapcsolatos attitűdök és aggodalmak változását regisztrálták. Négy vizsgálat esetén viszont az utóvizsgálatnál a tünetek rosszabbodását tapasztalták. Felmerül a gyanú, hogy ha csupán az evészavarokkal kapcsolatos ismereteket közvetítik, és nem vonnak be alapvetőbb diszfunkciókat a megelőző program fókuszába – például: alacsony önértékelés, a szociális kompetencia hiánya, érzelmi labilitás stb. –, akkor a zavarok gyakoribbá is válhatnak (12). E kételyek tisztázására is rendkívül fontosak a prevenció területén végzett vizsgálatok.

Az intervenciók felében csak fiatal lányok és nők vettek részt. Ez egyrésztől ésszerűnek tűnhet, hiszen náluk az evészavarok tízszer gyakoribbak, mint a férfiak között. Ha viszont hatékony környezeti intervenciókra törekszünk, hibás felfogásnak tűnik, hogy kihagyjuk a férfiakat, mivel ők is részei annak a szociális környezetnek, amely alakítja és fenntartja az egészségtelen diétázási normákat. Néhány kutatás során azt találták, hogy a fiúk a lányoknál jóval negatívabb attitűdökkel rendelkeznek a túlsúlyos emberekkel szemben, gyakrabban kezdeményeznek testsúllyal kapcsolatos ugratásokat és megszégyenítést. Ha kihagyjuk őket, figyelmen kívül hagyjuk negatív szerepüket és potenciális pozitív hatásukat is.

Az intervenciók többsége rövid volt. Némelyik csak egy alkalomból állt, néhány pedig pár hónapig tartott. Két program – intézményes keretek között – éveken át folytatódott. Rövid programoktól reálisan nem várhatunk olyan változásokat, amelyek tartósan fennmaradnak anélkül, hogy környezeti változások is létrejönnének. E változásoknak kellene semlegesíteniük a média és a szociokulturális faktorok által éveken keresztül gyakorolt hatást. A rövid programoktól inkább az várható el, hogy gondolatébresztők legyenek.

Miközben az evészavarok prevenció beavatkozásai valamilyen mértékben szociokulturális dimenziókat érintenek, a kutatók kimondottan az egyéni szintet célozzák, és a reaktív prevenció stratégiákat alkalmaz-

Élénk vita tárgya, hogy az evészavarok esetében mit takar a megelőzés, milyen módszerek hasznosak, és hogyan értelmezzük az eddigi kutatások eredményeit.

Ha hatékony környezeti intervenciókra törekszünk, hibás felfogásnak tűnik, hogy kihagyjuk a férfiakat. A fiúk a lányoknál jóval negatívabb attitűdökkel rendelkeznek a túlsúlyos emberekkel szemben.

zák, amelyeknek célja, hogy az egyének kritikus szemmel nézzék a média által közvetített karcsúságideált, és megtanuljanak ellenállni a súlykontroll irányába kifejtett nyomásnak. Némely szerző osztja azt a feminista kritikát, amely szerint a kutatók a könnyebb utat választják azzal, hogy a fiatalok attitűdjeinek és viselkedésének megváltoztatását célozzák a politikailag sokkal erősebb célok helyett: ilyenek lehetnek a médiumok vagy a diétákra, szépségre specializálódott ipar.

Az evészavarok megelőzése túlzottan klinikai területnek számít, miközben a proaktív elsődleges prevenció, amely más területeken sikeres (dohányzás, drog stb.), messze meghaladja a klinikai módszertant és az elméleti kereteket. Az elemzett intervenciók többsége a diákokat célozta meg, egy felnőtt iskolaközösségre irányult, négyenél a gyerekeken kívül bevonták a szülőket és a tanárokat, akik a gyere-

kekkel dolgoztak. Tekintve a szülők szerepét a test alakjával kapcsolatos attitűdök kialakulásában, a prevenció programok egyik alkalmas célja lehet a szülői viselkedés befolyásolása, amint erre egyes vizsgálatok utalnak (17). Hasonló célpontként az iskolai személyzet is bevonható a prevenció programokba (18).

## A norvég evészavar-prevenció program

A meglévő prevenció programok közül a legátfogóbb és a leginkább szociális környezetre irányuló program Norvégiában született (19), így ezt részletesen bemutatjuk.

1992-ben a norvég egészségügyi minisztérium és az oktatási és kutatási minisztérium együttműködésével létrejött az átfogó, evészavarokra vonatkozó oktató-csomag, amelyet az összes középiskola és kollégium, az iskolai egészségügyi szervezetek, a pedagógiai főiskolák és az egészségügyi iskolák is megkaptak. Az oktatóanyag hét fejezetből állt. Mindegyik fejezet háttéranyagot (diákat és oktatófóliákat) tartalmazott a tanárok vagy iskolai védőnők számára, ezt számos feladat követte a diákok részére.

### Tartalom:

- Bevezetés.
- Általános információk az evészavarokról: tünetek, jelek, az anorexia, bulimia és a kényszerezés pszichológiai aspektusai.
- Az evészavarok szomatikus és pszichológiai következményei.
- Test és diétázás. Cél: elfogadni az egyéni különbségeket. A zsír funkciója. Genetikai vonatkozások. Szociális izoláció a túlsúly miatt.
- Szociokulturális tényezők. Cél: ellenállni a nem

egészséges kulturális üzeneteknek. Az ideálok múltkonysága; történelmi áttekintés.

– Pubertáskor. Testi változások. Testzsír és pubertásfejlődés. Egészséges coping- (megküzdési) stratégiák; asszertivitás. Ajánlatok az asszertív szerepjátékokra.

– Mi a teendő evészavar gyanúja esetén? A korai intervenció irányelvei a tanárok, védőnők, tanácsadók részére. Hogyan kommunikáljunk ilyen diákkal?

Oktató- és videofilmet is készítettek, amely az evészavarokra vonatkozó információkon kívül mindkét nemű beteggel készült interjú is magába foglalt, és követte az egyik beteg életét. Ezenkívül az egészségügyi szolgálatok részére rövid tájékoztatót írtak azzal a céllal, hogy az egészségügyben dolgozók jobban felismerjék és kezelni tudják az evészavarokat. Az iskolai egészségügyi szolgálatok is kaptak egy kézikönyvet, ez sok példán keresztül mutatja be, hogyan viszonyulnak a különböző súlyosságú problémákkal küzdő fiatalokhoz.

A program második része 1993–94-ben kezdődött; ennek az volt a célja, hogy biztosítsák a meglévő anyagok használatát, szakmai tréningeket folytassanak, és erősítsék a szakemberek és intézmények közötti együttműködést. Ez a rész négy elemből állt:

– Kidolgoztak egy írásos útmutatót, amelyet szétküldtek az iskolákba és az egészségügyi intézményekbe. A cél, hogy a segítők megértsék saját szerepüket, kompetenciájukat és ennek határait, és azt, hogy mit várnak tőlük különböző helyzetekben.

– A kompetencia növelése. Az evészavarokkal kapcsolatos kompetencia és tudás növelésére tanfolyamokat ajánlottak fel az iskolai és az egészségügyi személyzet részére. 136 kurzust tartottak körülbelül 10 000 ember számára.

– Támogató csoportok. Olyan csoportok létrehozása a középiskolákban, amelyekben a szubklinikai problémákkal küzdő diákok vehettek részt. Kétnapos kurzust szerveztek, amelyen azok, akiknek már volt alaptudásuk az evészavarokról, alapkészségeket sajátítottak el a csoportvezetésben.

– Csoportmodell. A részvétel a csoportban önkéntes volt. Keretek: tíz héten keresztül 90–120 perces találkozók, két csoportvezető, egy csoportban öt-nyolc ember. Mindegyik ülés valamilyen speciális témával foglalkozott.

Ezután kidolgoztak egy újabb, átdolgozott információs csomagot az iskolák részére, amely „A kultúráról, a testről és a kommunikációról – az evészavarok prevenció anyaga” címet kapta és következőket tartalmazta:

### Általános rész

- Az ifjúkorról,
- az önértékelés,
- a kommunikáció,
- az asszertivitás,
- a stressz kezelése,
- mire van szüksége a testnek: a táplálkozásról és a diétázásról,
- mit szeret a test: az edzésről és a sportolásról.

*Speciális rész*

- Az evészavarokról: tünetek, testi és lelki következmények,
- szociokulturális faktorok és az evészavarok,
- bevezetés a másodlagos prevencióba,
- teendők az evészavar jeleinek mutatkozásakor,
- a kezelés lehetőségei.

A bemutatott program átfogó, többszintű és jól felépített. Példáson mutatja, hogyan működhetnek együtt az egészségügyi szakemberek tanárokkal, miben és hogyan nyújthatnak segítséget egymásnak. Hosszú távú hatásainak értékelésére azonban még várni kell.

Hasonlóan többkomponensű, de egyszerűbb prevenció programokat mások is közölnek (20, 21).

## A British Medical Association jelentése

Az eddigi kutatások legfontosabb tanulsága, hogy a proaktív prevenció beavatkozások nélkül a reaktív prevenció beavatkozások legfeljebb figyelemfelkeltők. Ezért az evészavarok prevenciójában mindkettőnek párhuzamosan kell történnie. Ezen a területen sok a tennivaló. A British Medical Association által 2000 májusában kiadott, az „Evészavarok, testkép és média” című jelentés jól körvonalazza a teendőket (22). Amellett, hogy felhívja a figyelmet az evészavarok egyre gyakoribb előfordulására és veszélyeire, a jelentés a következő javaslatokat fogalmazza meg:

*Média*

A médiumoknak felelősségteljesebb attitűdöt kell mutatniuk az extrém vékony nők mint szerepmoделlek bemutatásával, és a testkép realisabb spektrumát kell ábrázolniuk.

A tévék és újságok reklámproducereinek megfontoltabbnak kell lenniük a sovány nők alkalmazására vonatkozóan a különböző termékek reklámjaiban, a független televíziós bizottságnak pedig ki kell alakítania saját álláspontját a sovány nők alkalmazásával kapcsolatban más, nem fogyókúrás szerek reklámjaiban.

Az egészségügyi szakembereknek együtt kell működniük a tévéiparral annak érdekében, hogy tudatosabban felmérjék a sugárzott műsorok hatását a fiatalokra, és azért, hogy bátorítsák, támogassák az egészséges táplálkozási minták terjesztését a műsorokban.

*Diéta és táplálkozás*

Az egészségügyi dolgozóknak együtt kell működniük az élelmiszeriparral és a reklámügynökségekkel, hogy világossá válják, melyek azok a fő táplálkozási kérdések, amelyek befolyásolják a fiatalokat. Ez különösen a pubertáskorban fontos a rossz, nem megfelelő táplálkozás hatásaira nézve.

Az iskolai tanrendeknek tartalmazniuk kell azoknak az elemeknek a kidolgozását, amelyek segítik a fiatalokat abban, hogy kritikus szemmel nézzék és értelmezzék különböző élelmiszerek reklámjait. Médiaelemző

programokat javasolnak, különösen fiatal gyermekek részére.

Döntő fontosságú, hogy az igazi diétázást megkülönböztessük attól a „diétázástól”, ami a táplálkozás visszafogását, a koplalást jelenti. Ha szükséges a diétázás, világos, elérhető és biológiailag adekvát célokot kell kitűzni.

*Oktatás*

Az iskoláknak lépéseket kell tenniük az iskolákon belül előforduló durva bánásmóddal, erőszakossággal és a túlsúlyos gyermekek megszegyenyítésével szemben.

Az iskolákban ki kell dolgozni azokat az elveket, módszereket, amelyek alapján lehetőség nyílik a korai tünetek azonosítására.

Helyet kell biztosítani az iskolai tanácsadói szolgálatoknak, ahol a fiatalok foglalkozhatnak az önértékelés, a testkép, a szociális elfogadás kérdéseivel.

Át kell gondolni azokat a problémákat, amelyekkel a fiatalok a testnevelésórákon találkozhatnak (félelem, hogy nem választják be őket a csoportba stb.). Az örömet és az erőnlétet a legfontosabbnak kell tekinteni, mindegyik gyermeket be kell vonni ezekre az órákra, és lehetőségeikhez képest kell értékelni őket.

*A kormány egészségi stratégiája*

A kormány egészségügyi stratégiájának világosan megfogalmazott célokot kell tartalmaznia, az evészavarok gyakoriságának visszaszorításában tett primer prevenció intézkedések, lépések megfogalmazásával.

Növelni kell a felvilágosítást a diétázás, fizikai aktivitás és egészség kapcsolatáról, valamint az evészavarok és az alacsony testsúly egészségügyi kockázatairól.

Több forrást kell biztosítani a mentális egészséggel foglalkozó szolgálatoknak, különösen az evészavarral foglalkozó klinikáknak.

*További kutatások*

A legfőbb prioritást a primer prevenció kutatásának kell kapnia. Itt jól kivitelezett kutatásokról van szó, kontrollcsoportokkal, követéssel, teljes értékeléssel.

Több olyan kutatás szükséges, amely a média gyermekekre és serdülőkre gyakorolt hatásait vizsgálja, különös tekintettel a testélezésre és az egészséges táplálkozássra.

Több kutatásra van szükség az evészavarok szempontjából protektív faktorokkal kapcsolatban.

A jelentés következtében kormány szinten is foglalkoztak az evészavar problémáival. *Tessa Jowell* nőügyi miniszter összehívott egy konferenciát, amelyen egészségügyi dolgozók, modellügynökségek, tinédzser-folyóiratok képviselői vettek részt. A találkozás célja az volt, hogy a médiában megjelenő szereplők realisabb testképet közvetítsenek a fiatalok felé.

Az eddigi kutatások legfontosabb tanulsága, hogy a proaktív beavatkozások nélkül a reaktív prevenció beavatkozások legfeljebb figyelemfelkeltők.

## Következtetések

Az idézett irodalmi adatok nyomán felmerül, hogy a prevenciók stratégiáknak ösztársadalmi szinten kell megvalósulniuk; egy-egy iskolai prevenciók program kivitelezése nem elegendő és néha nem is hatásos. Természetesen ez nem azt jelenti, hogy nincsen szükség rájuk. Az iskolai programok kipróbálása és eredményeik értékelése jobban rámutat, hogy milyen elemeket kell tartalmazniuk, mire érdemes hangsúlyt fektetni, milyen módszereket érdemes alkalmazni. Am a szociális környezet magatartásának, hozzáállásának megváltoztatása nélkül – és ezek az iskolai környezettől kezdve a tágabb

értelemben vett szociális attitűdöket jelentik –, a média által közvetített értékek megváltoztatása nélkül nem valószínűsíthető meg a valódi prevenció. Az evészavarok megelőzésében lezárult az első korszak, amelyet többnyire egymástól elszigetelten zajlott különböző prevenciók intervenciók jellemeznek, a hangsúlyt az egyénre helyezve. A British Medical Association jelentése és javaslatai megjelölik azokat a területeket, amelyeket meg kell célozni – a norvég prevenciók program pedig szép példát mutat egy jól kidolgozott elképzelés gyakorlati megvalósítására. Tekintve a hazánkban detektált evészavar-morbiditást, egyre sürgetőbb az evészavarok megelőzésének hazai átgondolása.

## IRODALOM

1. Lucas AR. The eating disorder "epidemic": more apparent than real? *Pediatric Annals* 1992;21:746-51.
2. Szabó P, Túry F. A pszichoszomatikus táplálkozásvizsgálatok szövődésének eredményei. *Orvosi Hetilap* 1994;135:1067-72.
3. Túry F, Szabó P, Szendrey G. Evészavarok prevalenciája egyetemista populációban. *Ideggyógy Szle* 1990;43:409-18.
4. Túry F, Kollár M, Szabó P. Táplálkozási attitűdök középiskolások között. *Ideggyógy Szle* 1991;44:173-81.
5. Túry F, Kollár M, Szabó P, Pető Z, Boda K. Táplálkozásvizsgálatok két középiskolás populációban. *Végeken* 1993;4(3):14-9.
6. Túry F, Rathner G, Szabó P, Forgács A. A táplálkozási magatartás zavarainak hazai epidemiológiai adatai: újabb eredmények. *Orvosi Hetilap* 1994;135:787-91.
7. Szabó P, Túry F. The prevalence of bulimia nervosa in a Hungarian college and secondary school population. *Psychother Psychosom* 1991;56:43-7.
8. Túry F. Adatok a táplálkozási viselkedés zavarainak epidemiológiájához és terápiájához. Kandidátusi értekezés. *Miskolc*, 1993.
9. Rathner G, Túry F, Szabó P, Geyer M, Rumpold G, Forgács A, et al. Prevalence of eating disorders and minor psychiatric morbidity in Central Europe before the political changes in 1989: a cross-cultural study. *Psychol Med* 1995;25:1027-35.
10. Szumska I, Túry F, Hajnal A, Csoboth Cs, Purebl Gy, Réthelyi J. Evészavarok prevalenciája fiatal nők hazai reprezentatív mintájában. *Psychiatria Hungarica* 2001;16:374-83.
11. Irving LM, Neumark-Sztainer D. Integrating the prevention of eating disorders and obesity: feasible or futile? *Prev Med* 2002;34:299-309.
12. Carter JC, Stewart DA, Dunn VJ, Fairburn CG. Primary prevention of eating disorders: might it do more harm than good? *Int J Eating Dis* 1997;22:167-72.
13. Neumark-Sztainer D, Sherwood NE, Collier T, Hannan PJ. Primary prevention of disordered eating among preadolescent girls: feasibility and short-term effect of a community-based intervention. *J American Dietetic Association* 2000;100:1466-73.
14. Caplan G. Principles of Preventive Psychiatry. New York: Basic Books; 1964.
15. Catalano R, Dooley D. Economic change in primary prevention. In: Prevention in mental health. Research, policy, and practice (Price RH, Kerterer RF, Bader BC, Monahan J ed.). Beverly Hills: Sage Publications, CA; 1980. p. 21-40.
16. Austin SB. Prevention research in eating disorders: theory and new directions. *Psychol Med* 2000;30:1249-62.
17. Smolak L, Levine MP, Schermer F. Parental input and weight concerns among elementary school children. *Int J Eating Dis* 1999;25:263-71.
18. Chally PS. An eating disorders prevention program. *J Child & Adolescent Psychiatr Nurs* 1998;11:51-60.
19. Gresko RB, Rosenvinge JH. The Norwegian school-based prevention model: development and evaluation. In: The prevention of eating disorder (Vandereycken W ed.). New York: University Press; 1998.
20. Buddeberg-Fischer B, Kalghofer R, Gnam G, Buddeberg C. Prevention of disturbed eating behaviour: a prospective intervention study in 14- to 19-year-old Swiss students. *Acta Psychiatr Scand* 1998;98:146-55.
21. Taylor CB, Altman T. Priorities in prevention research for eating disorders. *Psychopharmacol Bull* 1997;33:413-7.
22. Darvell M. Eating disorders, body image & the media. British Medical Association, 2000. <http://www.bma.org.uk/ap.nsf>



## APRÓHIRDETÉS

Fővárosi, 2500 fős felnőtt-háziorvosi praxisjog eladó.  
Telefon: 06-30-982-1325.