



PÁZMÁNY PÉTER KATOLIKUS EGYETEM
Bölcsészet- és Társadalomtudományi Kar

GÉCZY ANNA

Az evés pszichopatológiája és az evészavarok kezelésének pszichoterápiás lehetőségei

egyetemi jegyzet

ISBN 978-963-308-081-8

Budapest, 2012.

Bevezető

A jegyzet a PPKE BTK pszichológia szakos hallgatóinak készült. A BA és a MA képzésre járók egyaránt haszonnal forgathatják, mivel az első témák – például a táplálék felvételének szabályozása, a táplálkozás alapvető motívumai, az emóciókkal való kapcsolata, valamint kultúrtörténete, szociális meghatározottsága fejezetek az alapozó tárgyakhoz kapcsolódnak, míg az evészavarok diagnosztikája és terápiája a mesterképzésre járóknak igyekszik naprakész (2012-ben) információkat adni.

Mivel az táplálék felvétele az élet fenntartásának egyik alapeleme, az evés mindenkit érint, és mindenki számára fontos. A szükséglet-hierarchia alján elhelyezkedő táplálkozás, valamint az alapszükséglet kielégülés módja – csecsemő- és kisgyermekkorban a táplálás -, nagymértékben befolyásolja a többi szükséglet kielégülését, és ezen keresztül a személyiség fejlődését.

Napjainkban a világ kettéosztottsága figyelhető meg. Míg a gazdaságilag elmaradott országokban az éhezés kényszerűség, és gazdasági-társadalmi probléma, melynek hátterében a táplálék hozzáféréseinek nehézsége áll, addig az ún. "fejlett nyugati társadalmakban" az önkéntes éhezés és az elhízás komplex bio-pszichoszociális jelenségével állunk szemben. Ezt a személyiségbeli sajátosságok, például a sérülékenységgel mellett az élelem túlzottan könnyű megszerzésének lehetősége, a túlhajtott fogyasztásban érdekelt gazdaság, és az állandó konzumálásra buzdító média is nagymértékben befolyásolja. Sajnálatos módon hazánkban a felnőtt lakosságnak több a mint fele túlsúlyos.

Az evéssel kapcsolatos megbetegedések a posztmodern kor kórképei. Bár az anorexiás tünetek leírása sporadikusan mintegy két évszázada már megjelent, és már a DSM I-ben mint pszichofiziológia reakciót határozták meg, a bulimia nervosa a BNO és a DSM diagnosztikai rendszerekben önálló kórképként csak az utóbbi évtizedekben található meg, és néhány egészen új tünetegyüttesről (pl. izomdiszmorfiáról, orthorexia nervosáról, diszmorfofóbiáról stb.), még az utolsó kiadású DSM-IV-TR, ill. BNO-10 diagnosztikai kézikönyvekben sincsenek szisztematikus diagnosztikai leírások.

A jegyzet tartalmazza az evéssel kapcsolatos fiziológiai, pszichológiai és szociálpszichológiai alapismereteket, betekintést nyújt az evéssel kapcsolatos pszichés zavarokba, ismerteti az ide tartozó kórképeket, valamint a diagnosztizálást segítő, hazánkban használatban lévő kérdőíveket.

Az evészavarok leginkább a fiatal, gimnazista és egyetemista populációt érintik, és sajnos még napjainkban is előfordul, hogy a betegséget a közvetlen környezet és a család előtt is sikerül eltitkolni. Részben ennek következménye, hogy sok páciens csak évek elteltével, már krónicizálódott formában kerül szakemberhez. Bár a végzetes kimenetelű esetek száma valamelyest csökkent, ma is előfordul, hogy a késői kezelés eredménytelen, és az anorexia nervosában szenvedő beteg meghal.

A mentális zavarok között az utóbbi évtizedekben „sztárrá” váltak a táplálkozással kapcsolatos zavarok. A betegek száma jelentősen megnőtt, ugyanakkor a tünetekben rendkívüli változatosság regisztrálható, sőt új szindrómák is megjelentek.

A kóros elhízást, az obezitást elsősorban szomatikus betegségként kezelik, azonban - mint azt látni fogjuk - a táplálkozás szabályozását a testi tényezőkön kívül számos pszichés és szociális hatás befolyásolja, ezért az elhízást a betegek túlnyomó többségénél nem szomatikus zavar okozza. A klinikai tapasztalatok azt mutatják, hogy az obezitást csupán testre fókuszáló terápiával tartósan nem lehet megszüntetni.

Az evészavarok ma már nemcsak a nők, hanem a férfiak körében is terjednek, s egyre változatosabb formákat öltenek. Ezért a könyvben az evészavarok felismerését segítő információk mellett kiemelten foglalkozom az evészavarok kezelésének lehetőségeivel is. A jegyzet célja, hogy a hallgatókat megismertesse a mára szinte járványossá vált evészavarokkal kapcsolatos legfontosabb információkkal, illetve, hogy az érdeklődők egyebek között a leggyakrabban alkalmazott mérőeszközök megismerésén keresztül egy esetleges saját kutatás megtervezéséhez, és lebonyolításához is segítséget kapjanak.

Fontos, hogy a segítő foglalkozású szakemberek képesek legyenek a zavart korai stádiumban felismerni, és a velük esetleg más probléma köntösében kapcsolatba került klienseket a megfelelő terápia felé irányítsák.

Köszönetnyilvánítás

Hála és köszönet illeti elsősorban Varga Tamást és Varga Márkot, akik a jegyzet illusztrációit rajzolták és szerkesztették.

Köszönetemet szeretném kifejezni az ötletadónak, Gimes Júliának, aki évekkel ezelőtt egy rádió interjú kapcsán felvetette, hogy az evészavarokkal kapcsolatban évtizedek alatt összegyűjtött ismereteimet és gyakorlati tapasztalataimat írjam meg könyv formájában, és akinek ezen kívül a jegyzet anyanyelvi lektoraként is múlhatatlan érdemei vannak.

Köszönöm az „Az evés pszichológiája” kurzusaimon részt vevő hallgatóimnak, hogy a közös munka során az ötleteikkel segítettek.

Köszönöm Pataky Ilonának, hogy nemcsak nógatott, de lelkiileg is támogatott a jegyzet írásában.

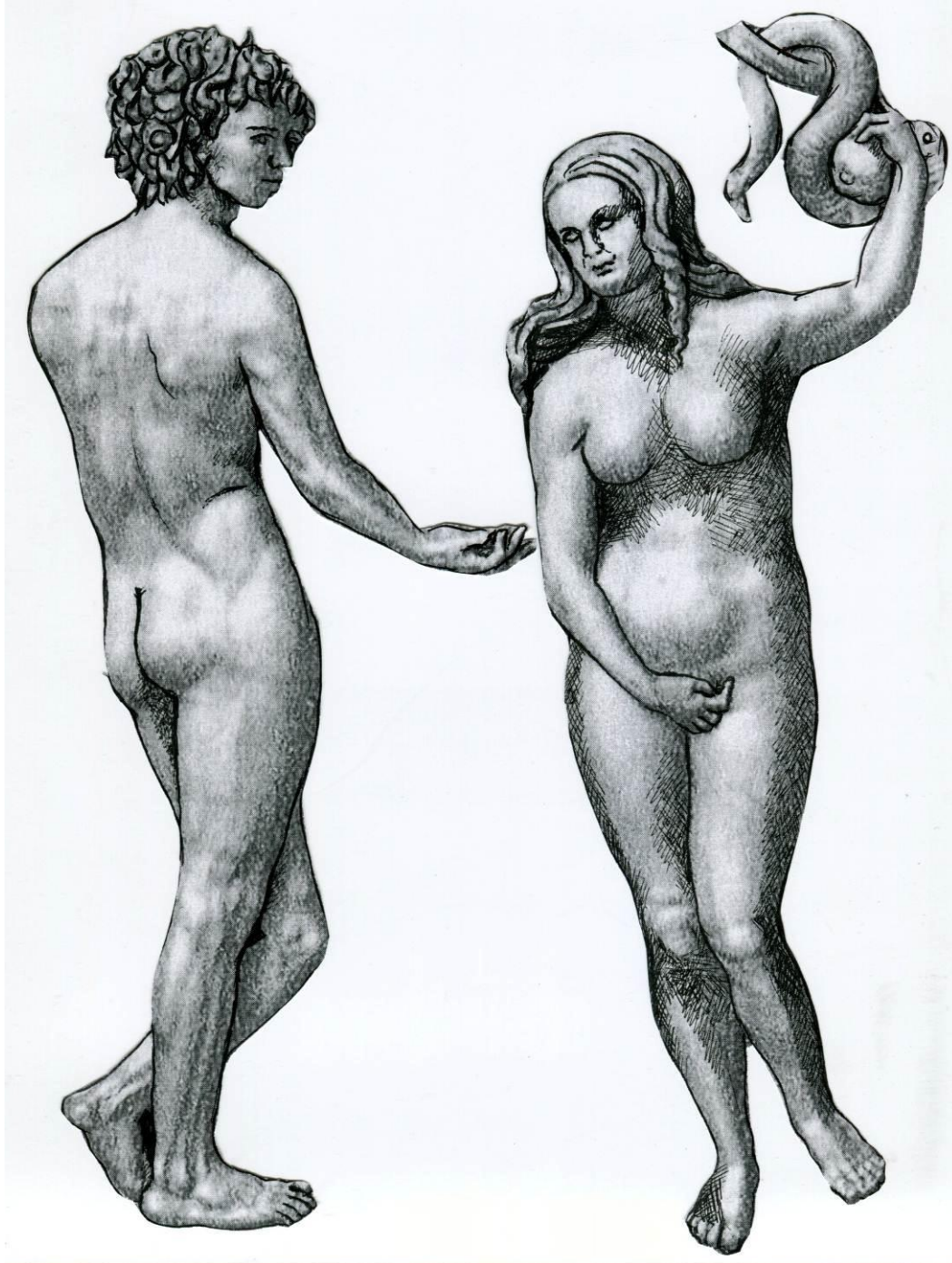
Végül, de semmiképpen sem utolsó sorban, köszönöm Botos Máté Dékán úrnak, hogy a jegyzet létrejöttét segítette.

Tartalom

1.	Az étkezés kultúrtörténete és szépség ideál változása	5
1.1	Óskor	6
1.2.	Ókor	10
1.3.	Középkor	17
1.4.	Újkor	26
2.	A táplálkozás biológiai szabályozása	37
2.1.	Az evés mint alapvető szükséglet	37
2.2.	Az éhség szerepe	42
3.	A normalitás-abnormalitás problémája	47
4.	Az evészavarok	49
4.1.	Történeti áttekintés	49
4.2.	A diagnosztikai kritériumok története	61
4.2.1.	Anorexia nervosa	61
4.2.2.	Bulimia nervosa	65
4.2.3.	Evés- és testképzavarral kapcsolatos új szindrómák	68
4.3.	A klasszikus evészavarok tünettana	76
4.3.1.	Anorexia nervosa	76
4.3.2.	Bulimia nervosa	82
4.3.3.	Atípusos evészavarok	84
4.3.4.	Komorbiditás	85
4.3.5.	Az evészavar spektrum	92
4.4.	Epidemiológia	93
4.5.	Etiopatogenezis	96
4.6.	Új típusú evés- és testképzavarok	107
4.6.1.	Elsődlegesen evészavarok	107
4.6.1.1.	Falászavar	107
4.6.1.2.	Purgáló zavar	109
4.6.1.3.	Orthorexia nervosa	110
4.6.2.	Elsődlegesen testképzavarok	117
4.6.2.1.	Dizmorfofóbia	118
4.6.2.2.	Apotemnofilia	124
4.6.2.3.	Izomdiszmorfia	124
4.6.2.4.	Testépítő típusú evészavar	130
4.6.2.5.	Nem hagyományos női szerep	131
4.6.2.6.	Testedzésfüggőség	131
5.	Az evés- és testképzavarok mérése	137
6.	Obezitás/elhízás	179
6.1.	Az elhízás definíciója és diagnosztikája	179
6.2.	Az elhízás kezelése	188

7.	Az evészavarok terápiája	193
7.1.	Az evészavarok integratív kezelése	194
7.1.1.	Biológiai terápiák	195
7.1.2.	Nutritív terápiák	197
7.1.3.	Mozgásterápiák	197
7.2.	Az evészavarok pszichoterápiája	198
7.2.1	Pszichodinamikus	198
7.2.2.	Hipnózis	202
7.2.3.	Interperszonális	204
7.2.4.	Családterápia	207
7.2.5.	Csoportterápiák	213
7.2.6.	Pszichodráma	213
7.2.7.	Kognitív-viselkedésterápiák	214
7.3.	Az obezitás pszichoterápiája	224
7.4.	Az evészavarok prevenciója	234
8.	Ajánlott irodalom	237
9.	Hivatkozások	240

1. Az étkezés kultúrtörténete és szépségideál változása

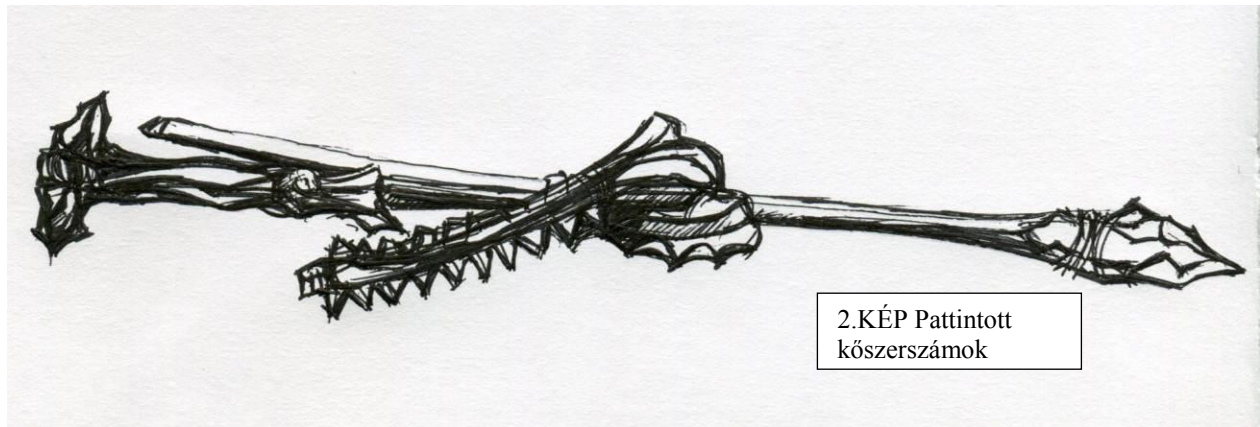


1.KÉP. BŰNBEESÉS
KÖRTEFA
SALZBURG 1515

„Eleink tudtak élni” és evés-ivás dolgában is kipróbáltak mindent, amit lehetett. Ez a téma, az ősi múltba vezet.

Az ide tartozó első nyelvemlékünk a Halotti beszéd és könyörgés (1192-95 körül), a „Látjátok feleim...” kezdetű szöveg, a tiltott gyümölcs megevéséről, és mint következményéről, a paradicsomból történt kiűzetésről szól (1.számú kép).

Az ősi kő, amiről a Paleolitikumot elnevezték, marokba fogható kemény (pl. obszidián, vulkáni üveg, SiO₂, Magyarországon található: pl. Tolcsva, Erdőbénye, Mád határában) kavics, amit egy másikhoz kocogtatva kialakítható egy szakóca (marokkő) nevű borotvaéles őrsszerszám, ami ügyesen nyélre szerelve szinte mindenre jó (T.Bíró, 2008). Oldalával lehet kalapálni, élével vágni, nyúzni, fűrészek, nyílhegynek is jók a kis darabok. Utóbbi vadászatra, és hadi célra is kiváló. Hasonlóan készült a dárda, és a csatabárd (2.számú kép).



Ha pedig tűzkőből készül a szakóca, ami Európa nagy részén a fő kőeszköz-nyersanyag volt, akkor tűzgyújtásra is remek. A Pápa környéki Nagytevel határában van az egyetlen magyarországi őskori tűzkőbánya (Bíró és Regénye 2007).

Az ideálisnak tartott emberi test, és alakváltozásai a táplálkozás kultúrtörténetének tükrében

1.1. Őskor A Paleolitikum

A Neandervölgyi ősember robusztus testfelépítésű, vaskos csontozatú volt, vadászó, gyűjtögető életmódot folytatott, ezért energiaszükséglete lényegesen magasabb volt, mint a mai emberé. A nők például télen napi 5200-5300 kcal-t, férfiak 6700-6800 kcal-t fogyasztottak. Táplálékuk jórészt a nagytestű növényevő állatok húsból, zsírából, belsősegeiből állt, növényi eredetű ételt alig ettek.

A Homo sapiens kb 300 000 éve jelent meg. A jégkorszak utáni felmelegedéssel egyre több növényt fogyasztott, és a hús és a hal mellett puhatestűeket, illetve rovarokat evett (Kiss és mtsai 2012).

A legrégebb leletek az írott történelmet jóval megelőző, a Krisztus előtti 20-35000 évtől datálhatók. Vénusznak nevezett néhány tíz centis dús idomú ősasszonyok ezek.

Tápláléktartalékaikat testükben őrzik, formáikban a lét-, és a fajfenntartása dominál. Ők a gyűjtögető életmód asszonyai. Ha beszélni tudnának, hallanánk: egyél, amikor van mit! Ezek a szobrok egy régmúlt, gyakorlatias szépségideálról szólnak. (3. számú kép).



3.KÉP Willendorfi Vénusz mészkő

Ausztria kr.e.22000

Józsa László (2010, 2012a, 2012b) közel száz őskori lelet vizsgálata alapján arra az eredményre jutott, hogy a paleolitikból és a neolitikból származó szobrok, torzók alapján az ősasszony antropológiai jellemzőire következtethetünk. Bár lehetséges értelmezés lenne a figurákat a Magna

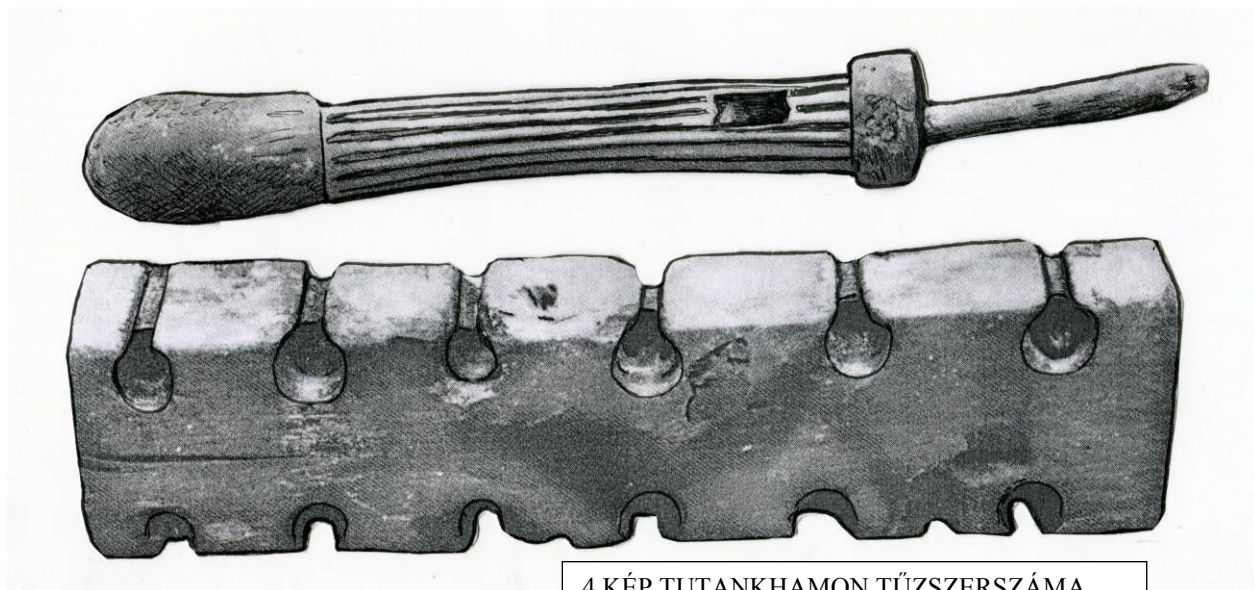
Mater istennő ábrázolás, illetve szexuális (termékenységi) varázslás eszközének felfogni, vagy egyszerűen a szépség ábrázolásaként.

A barlangrajzok

A telt asszonyi termetek párja a barlangfestmények szikár, csupa energia harcos, és vadász férfialakja. Az ősközösségi társadalom emberalakjai ők. A terület közös, a törzsé, a kevés tartalék a faj túlélését szolgálja. Az élet központi tevékenysége az élelemszerzés, és az evés. Az őskori ember – akárcsak a ma is természeti körülmények között élő törzsek tagjai – gyűjtögető, vadászó életmódot folytatott, ezért a szükséges kalória bevitel érdekében sokkal gyakrabban kellett ennie, mint a későbbi korok emberének. A táplálék összetétele a szénhidrátot kivéve – ekkor még nem volt gabonatermelés – jórészt hasonló a mai kor emberének ennivalójához. A főleg gyűjtögetésből származó növényi eredetű táplálék, gyümölcsök, magvak, gyökerek mellett húsféléket is ettek, ha sikerült vadat vagy halat elejteniük. Az őseemberek tejet, tejterméket nem ettek, viszont a gyerekeket az anyák hosszú évekig szoptatták. A vadászó, gyűjtögető életmód miatt az emberek állandóan vándoroltak, tehát sok energiát fogyasztottak. A paleolit kor embere gyűjtött minden használhatót és nyersen ette, amit népe ehetőnek ítélt. Dárdával, parittyával, fűvócsóval, nyíllal, vagyis az első löfegyverekkel a cca. max. 30 méterre lévő zsákmányt elejtette. Késével megnyúzta, és feldarabolta. A zsákmány fejéből kultusztárgy, csontjából eszköz, ékszer, síp, bőrből ruha lett. Húsát frissen, vagy szárítva ették.

Az állat megöléséhez túlvilági jóváhagyást kértek. Vadászmágiájuk jeleneit barlangszentélyeik falán láthatjuk. A paleolit közösség egyik első háziállatával, a kutyaival, és csapdáival a legrettegettebb nagyvadakra is sikerrel vadászott. Feleslegét szárítással, aszalással, és mézzel tartósíthatta. Edényei terméshéjak, fonott ágkosarak voltak. A nyers koszt erős fogakat igényelt. Az idősebb (mármint a húsz évnél idősebb), nehezen táplálkozó, foghíjas személyek életesélyei radikálisan lecsökkentek, ezért a tapasztalataikat a közösség nem hasznosíthatta. Fogat pótolni ekkor még nem tudtak. Erre (állatfogból készült korona) Kr. e. 4500-ból van a legrégibbi leletünk.

A tűz rendszeres felhasználása változást hozott a táplálkozásban. A tüzet villámcsapás, vagy vulkáni formájában felfedezni nem kellett. Újabb analógiákból gondolható, hogy komoly feladat lehetett a természet gyűjtögette tüzet megővni. (vö. Vesta szüzek). A tűz minden óvó igyekezet ellenére kialudt olykor, ezért a tűzszerszám - dörzsölő, csíholós vagy később hegyikristály (nagyító változatban) - nagy találmány volt. A mitológia a jelenséget Prométheusz - aki az istenektől ellopta a tüzet - alakjában őrzi. A tábortűz elriasztotta a ragadozókat, de bevált másra is (4. számú kép).



4.KÉP TUTANKHAMON TŰZSZERSZÁMA
KR.E.14.SZ

Az első tűzzel történő ételkészítési eljárás vélhetően a (hús) sütés volt felhevített kőlapon, de biztosak ebben nem lehetünk, mert sziklamélyedésben, tökhéjban, fadézsában is lehet levest főzni, ha forró köveket dobálunk bele (Tusor é.n.). Kemencék szélén megfigyelhetőek valószínűleg a hőtartás javítására, vagy közvetlenül forralásra használt főzőkövek. Ezek többnyire helyi nyersanyag, kavicsok, gyakran égés- és hasadásnyomokkal (T. Biró, 2008). A húst ekkortól, a kevésbé hatékony szárítás helyett füsttel tartósították, sózták és fűszerezték is.

Neolitikum

Időben tízezer éveket ugorva, a táplálkozási szokásokban az újkőkor (neolitikum), valamikor az i.e. 5000-ig zajló történések hoztak változásokat. Az emberek a vadászó-gyűjtögető életmódról áttértek az állattenyésztésre, és a növénytermesztésre. A táplálékban a hús és hal mellett egyre több növényi eredetű étel szerepelt. Ebből a korból vannak az elhízásra utaló első emlékeink: főként nőket ábrázoló szobrocskák, melyek hatalmas emlőkkel és hassal, farral ábrázolják az egyébként kidolgozatlan fejű női alakokat (Józsa 2008, 2010).

A tengerek mellett élő őszindianok étrendjében például a tengeri állatok, halak, kagylók, és egyéb puhatestűek álltak az első helyen, a táplálék mintegy 90%-át adva.

A növénytermesztés mintegy tizenkétezer évvel ezelőtt, területileg Délkelet-Ázsia esősebb részein indulhatott el. Kezdetben a magokat – árpa, búza - inkább rágsálták, később kezdték el az őrlésüket, és a kenyérfélék készítését (Kiss és mtsai 2012). Az ember étlapján megjelent a tej és a tejtermékek, valamint a tojás. Az életmód jelentősen megváltozott, a mozgás mennyisége és ezzel együtt a kalória szükséglet is jelentősen csökkent. A növényi eredetű táplálék fokozatosan kiszorította a fehérjét a vezető helyről.

Az egyiptomiak kr.e.2000 körül főleg halakat és növényi táplálékot fogyasztottak. Később a növényi táplálék (gabonafélék, bab, tök, káposzta, stb.) vált az alapvető élelmiszerré, főképpen az alsóbb társadalmi osztályoknál.

A tengerparti népesség a tenger „gyümölcseit” (kagyló, rák, polip, hal) fogyasztotta, és ezek füstölt, sózott változatai a szárazföldre is eljutottak.

A neolit ember állataival körülvéve - velük egy fedél alatt - épített házban, sőt tervezett alaprajzú falvakban lakott, ahol már csatornázásra is történt kísérlet (Scara Brae lelet). A perifériákon a földbe vájt, fa és bőr tetőzetű kunyhók voltak a házak, ezek hőszigetelését - a régészek öröme - a körük dobált szemét fokozta. A szabad tűzhely, fölötté a jó nagy lyukkal, hogy a füst eltávozhasson, a közösségi élet centruma volt. Beépített bútorzatul, alvóhelyül padkák szolgáltak, az összkép, különösen ahol szabvány házakat(!) soroltak egymáshoz, ellenállhatatlanul hasonlít a Flinston család c. rajzfilm kőkori díszleteihez (Scara Brae Kr. e. 3180- Kr. e 2500 Skócia).

A neolit ember háziállatai: az ősi társ, a kutya a juh, a szarvasmarha, a baromfi. Bár eszközei a földműveléshez éppen csak megfeleltek, mégis termesztett búzát, árpat, kölest, sőt, cukrásszal is kísérletezett. Megtanulta az őrlést, és a lepény, amit sütött, kenyérünk őse volt. Háziállatai okán rendszeres húsfogyasztóvá lett. Savanyúságot, sört, sőt bort is tudott készíteni.

A kor eszményi testű embere teste kontúrjaiban már nem feltétlen jelenítette meg túlélési - táplálékhoz jutási - esélyeit. Sőt, ekkortól lett divattá az uralkodó réteghez való tartozást a fizikai munkát akadályozó testi jegyekkel jelezni: potrohos „tekintélyes” férfi, illetve vézna női szépség, de ilyenek a máig tartó testtorzítási szokások, vagy a hosszú köröm is. A nők főleg szépségük, a férfiak főleg hatalmuk kiemelésére mindig hordtak ékszert. A nomád népek egész kincstárukat testükön viselték.

Ekkor jelenhetett meg az uralkodó elit ifjainak máig tartó szokása, hogy az arányos, tökéletes testet értelmező eszközökkel - pl. sporteszközök -, kell köríteni, hogy ezek eloszlassák azt a félreértést, hogy az illető, a szép testet esetleg munkával szerezte (vö. sportruházat a hétköznapiakra, illetve teniszütő az autó ablakában).

A neolitikumot - valamikor i.e. 3000-ig - követő bronzkori és kora vaskori társadalmak állattenyésztése és mezőgazdasága megoldotta a szaporodó népesség ellátását. Újabb haszonnövényeket, tenyészállatokat, mezőgazdasági-, és tartósítási technikákat használtak (pl. öntözés, vagy a sózásos tartósítás elterjedése a sószegény vidékeken). Élelemtartékokat tudtak felhalmozni, és így még nagyobb népességet lehetett biztonságosan táplálni, és addig ismeretlen államszervezési, építési, és kulturális szintet értek el.

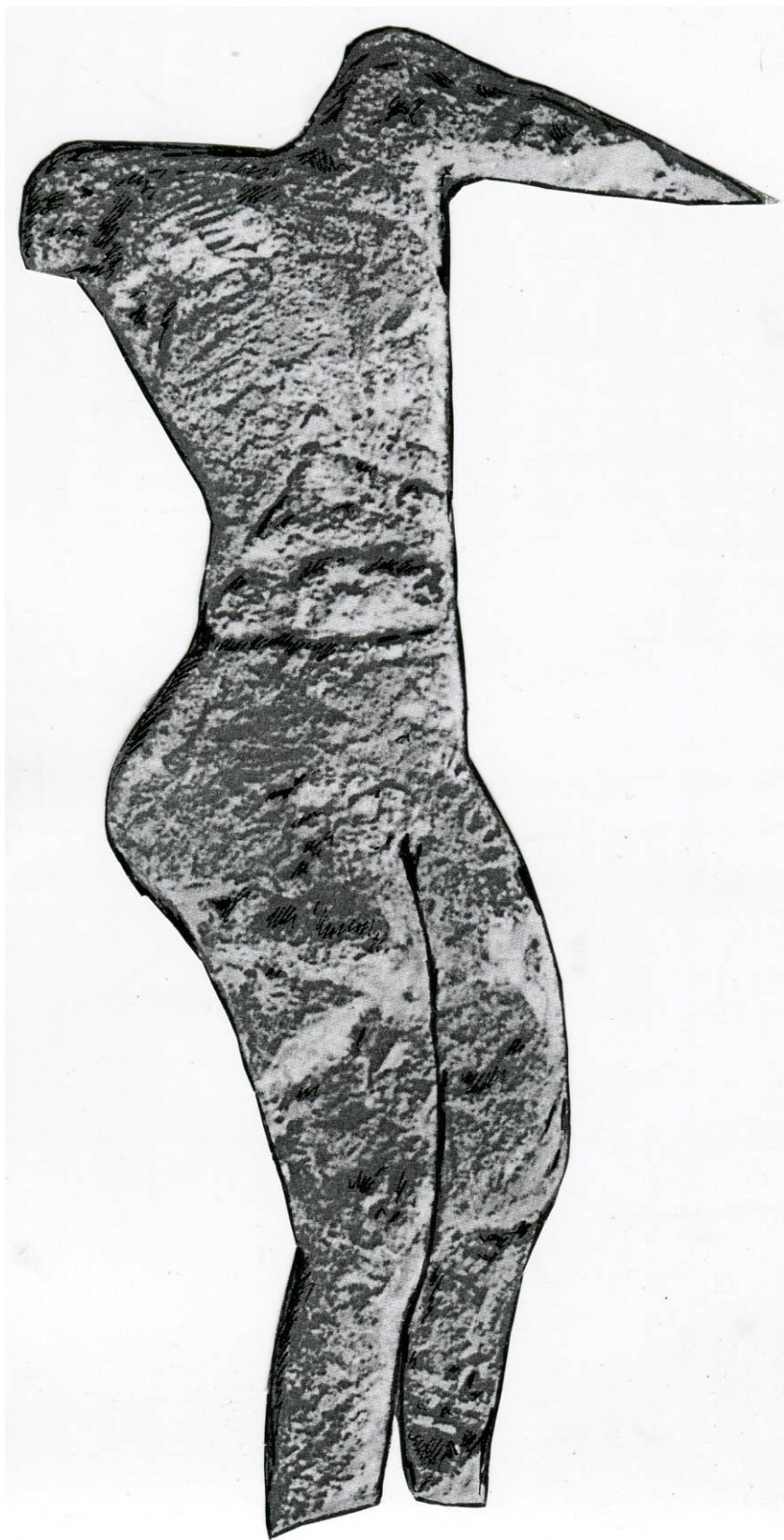


1.2 Ókor

Az ókori Egyiptom

A korszakok esetlegességének és a technológiai robbanásnak példája a történeti idő határán, a nehezen emészthető ötszáz év, ami elég volt az egyiptomi istencsászárok világának, hogy a predinasztikus fejedelemségekből teljes fegyverzetben előlépjen, kifejlesztve ez alatt az antikvitás egyik legdifferenciáltabb politeista vallási, és kultuszrendszerét, monumentális művészetét, időt szakítva a birodalomszervezéshez, és a nagy építésekhez kellő tömegélelmezési és technikai gyakorlat megszerzésére (5.számú kép).

5.KÉP IV. AMENOPHIS-EHNATON
ÉS NEFERTITI KR. E. 14. SZ.



6.KÉP PALEOLIT EMBERALAK,
SZIKLADOMBORMŰ
KR. E. 30000

A következő évezredekben mindezen már alig módosítva „csak” dolgoztak az óriási építkezéseken, lerakva a csillagászat, az orvoslás és a mérnöki tudományok alapjait. A piramisépítésekről maradtak ránk feljegyzések, például éppen az építők ételkészítéséről. Zahi Hawass az egyiptomi legfelsőbb régészeti tanács jelenlegi vezetője szerint Kr. e. 2500 körül, amikor a nagy piramisok épültek, a piramisokon dolgozó kb. tízezer ember naponta 21 bivalyt, 23 birkát, hagymát és sört kapott naponta. A tömegek ételmezésének az előbbieknél nem kevesebb innovációt tartalmazó megoldása játszott szerepet a távolabbi területek használatba vételében is. A haderő ellátása például tartósított élelemmel, de ilyen egy pásztortarisznya megpakolása is, a magyar lebbencs és a tarhonya, szárított pörkölt hús az őskonzervek. Az emberalak művészi megjelenítése a paleolitikumtól (6. számú kép) a bronz- és a kora vaskorig sokat változott, de az őskori idolk formáit a természeti népek és a konzervatív manufaktúrák máig éltetik (ld. a magyar Miska kancsó).



Mezopotámia

Civilizációnk bölcsője, legalábbis élelmezési újítások dolgában, mindenképpen az ókori kelet volt. Európai történelmünket jóval megelőzőleg a Tigris és az Eufrátesz közén emeletes házakból álló városok álltak, a városi lét minden kellékével felszerelve. A búza őse Mezopotámiából, az ős-árpa Afganisztánból, a rizs, datolya, csirke, tevé, a ló és az öntözéses mezőgazdaság például Indiából terjedt el.

Mükénéi

Schliemann, akit kortársai álmodozónak véltek, élete álmát, és Homéroszt szó szerint véve kiásta az antik görög világot. Ott ahol a költő mondta feküdt a kopár gazos rétek alatt a dúsaranyú antik Mükéné és Ilion vulgo Trója.

Archaikus görög kor

*„... és a vitéz kérőkre talált tüstént,
kik az ajtón kívül kocka vetésével szívüket vidítetták,
ültek az ökrök bőre fölött melyeket maguk öltek,
köztük a hírnökök, és a serény szolgák raja sürgött,
voltak, akik keverőkben a bort vízzel vegyítették,
mások az asztalokat mosták lucskos szivacsokkal
és elibük tették, mások sok húst szeleteltek.”*

Homérosz: Odüsszea

(7.számú kép)

7. KÉP PÁROSZI KÜKLÁDIKUS IDOL
KR. E. 2000 K.



Görög virágkor

A poliszrendszer demokráciája a mainak előképe, gazdagságuk szorgalmuknak, és a rabszolgák munkájának volt köszönhető. Építészetünk formanyelve, jogszokásaink antik gyökerei, mind a görögségé voltak valaha. (8. számú kép)

Stílussteremtő hatásuk alól senki nem tudta kivonni magát. Kultúrájukat a nyitottság jellemezte, ez a rugalmasság a kulcsa, hogy formanyelvük, és, szokásaik összeurópaivá válhattak. (8. és 9. számú kép)

8. KÉP ZEUSZ ELRABOLJA GANIMÉDESZT
OLÜMPIAI MÚZEUM, KR. E. 470

Az ókori Róma

Az ókori kulturált étkezés nem csupán a mértékletességet, de az ízléses tálalást, a változatos étrendet is jelentette, ami az előkelő családokra általában is jellemző is volt. Voltak azonban szélsőséges, tékozló és szertelen változatok is, amelyek bizonyos emberek személyes sorsával, vagy a társadalom változásaival álltak kapcsolatban. Egyik jellemző példa erre Lucius Licinius Lucullus (Kr.e.117 – 58), aki kiváló római hadvezér, de „bukott politikus” volt, s a bátor,

erkölcsös, mértéktartó férfi végül a nagy zabálásokról híresült el, amiket a közéletből való kényszerű visszavonulása után rendezett.

A császárkor idején a római lakomák féktelenné váltak. Lucius Annaeus Seneca (Kr.e. 4. körül - Kr.u. 65.) Seneca fia (Seneca Minor) nem kis iróniával így ír a korabeli előkelőség étkezési szokásairól: *„vomunt ut edant, edunt ut vomant, et epulas quas toto orbe conquirunt nec concoquere dignantur.”* Vagyis: *Esznek, hogy hányhassanak, hányanak, hogy ehessenek, és a minden világrészből összehordott ételeket még csak meg sem akarják emészteni* (idézi Szlávik 2011, 139.o). A társadalom ugyanakkor szélsőségesen polarizálódott, egy felsőbb szűk réteg habzsolta az életet, miközben az emberek többsége szegény volt, illetve nyomorgott.

Az ókor hanyatló korszakaiban a falás és a purgálás a bőséget és a pazarlást jelentette. Gaius Petronius Arbiter Trimalchió lakomája című szatírájában az extrém evési szokások kigúnyolása mellett, a korabeli társadalom értékzavarait is bemutatja. Annak ellenére azonban, hogy a bulimia és az ókori étkezési „bizarréria” egymással sok hasonlóságot mutat, az ókori szokás nem tekinthető a mai evészavarokkal analóg kórtünetnek, inkább kórtünetnek (Péter 2008).



9. KÉP MILÓI VÉNUSZ, KR. E. 130 K.
HELLENISZTIKUS

Az ókori rómaiak a racionalitás és a hadtáp megszállottjai voltak. Világunk alatt máig ott van az antik Róma, a szó szoros értelmében. Útjaink alatt útjaik vannak, a vasút nyomtávját ők írták elő (szekérhez). Vizeinket abból a forrásból vesszük, amit ők kijelöltek, városaink alatt az övék nyugszik. Az élelmezés központi szerepét, katonai doktrínájukban, és nevelésükben ezek az expanzív hatalmi alakulatok korán felismerték, kihangsúlyozva az igénytelenséget és a tűrőképességet, mint katonai erényt. Habár az ésszerűség követelményét, hogy ti. katonái ellátását (pl. a győztes háború után városépítővé átváltozó légionisták) saját magukkal

végeztesse, ilyen mélyre főleg az egyebekben is olykor szabályszegő legnagyobb hódító Róma „züllött”, megszegve az ősi, „a harcos nem dolgozik” szabályt.

Miként az is Róma, aki önnön puritán hagyományait feledve hanyatlásában a legfényűzőbb, legpazarlóbb lakomák emlékét hagyta ránk. Ételsoruk „*ab ovo usque ad mala*” (Horacius), vagyis a tojástól az almáig, ma is a menü szokásos sorrendje. Alkoholizmusnak tartották a tiszta bor ivását, egyébként is elvi alapokon faltak, lakomáztak félkönyéken, mint az etruszkok, a temetőkultuszok ősi hedonista külsőségeit betartva. A birodalom széthullásával a fényűző lakomák elenyésztek, de az ősi evés-ivás emléke pletykaszinten, a provinciákon tovább élt. Például egy legenda szerint Domitianus császár egy éjjel összehívatta az államtanácsot, hogy döntsék el, hogyan kell tálni a lepényhalat. (10. számú kép)



10. KÉP LARTHIA SEIANTI SZARKOFÁGJA
CHIUSI KR.E.III.SZ.

A római kor emléke hazánkban máig él. Budapest (ofen - pest jelentése kemence, németül és szlávul) építésze legjobban Rómához hasonlít, mivel onnan másolták. Városlakó szokásaink, legalapvetőbb élelmiszereink, és ételünk is onnan eredeztethetőek (de még a fröccs története is, bár Dácia – provincia borvizein kívül többnyire buborék nélkül).

Az ebben korban új erőre kapó, de jellemzően megalitikus gyökerű ókori birodalmak (India, Kína, Japán, Prekolumbián) diktálták környezetük számára a feltételeket, fennálltak és hódítottak, de buktak el rendre, amint jólétükben elpuhultak, vagy élelem utánpótlási vonalaik túl hosszúvá nyúltak.

A római birodalomba betörő népek új szokásai, és az eddig háttérbe szorult helybeli népek erőre kapása lassan átrendezte a táplálkozási szokásokat. Az antikvitás fejlett urbánus kultúráját az addig félt, és lenézett barbár szokások színezték át. Ha a kifinomult táplálkozási, és fürdőkultúrát nem is, de a birodalmi infrastruktúrát (utak, vízvezetékek) örököseik próbálták életben tartani, a központi hatalom megszűntét, civilizációs szempontból a hanyatlás, társadalmilag a helyi kiskirályok klán- uralma követte. A Nyugati területen, az átmenet századaiban étkezési és testkultúráról inkább csak idézőjelben beszélhetünk. Valójában az átrendeződés, a feudalizmus

kialakulása a városi, és nemesi élet lezüllesztését jelentette, a volt kulturális központokban is. Étkezési, és egyáltalán bármilyen kulturális folyamatosságot csak az egyházi közösségek, a formálódó szerzetesi rendek jelentettek

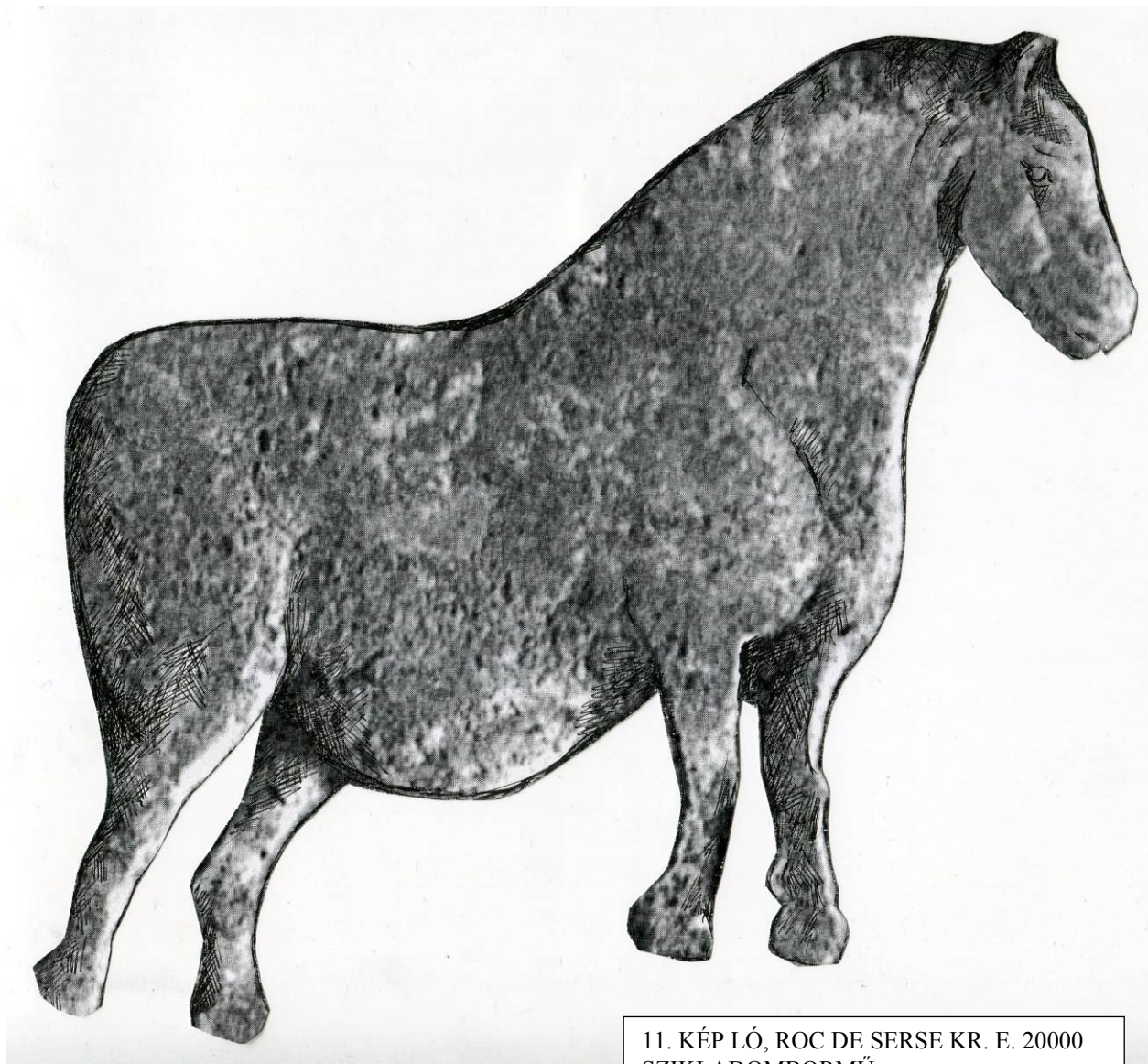
1.3.Középkor

A magyarság

Ilyen ellentmondó hatások között jelent meg Európában a magyarság. A tatárok nyomása elől (az első évezred végén), a felderítőik által már bejárt vidékre érkezett nomadizáló népelődünk, kiváló, legeltetésre alkalmas területre, és honos szláv népre talált. A nagy vándorlást követően hazára talált nép hozta magával ázsiai étkezési szokásait. Főleg húst (birka, marha, sertés, hal, baromfi) és tejtermékeket ettek, majd letelepedésük után a növénytermesztéssel, a gabona, a lencse, a hagyma, a tök, és számos gyümölcs is felkerült az étlapra (Kiss és mtsai 2012).

Anonymus többször említ alkalmi, győzelmi ünnepeket. Az ünneplés középpontjában a közös lakoma elfogyasztása, az áldomás áll: „...et more paganismo fecerunt aldumas et gaudium adnuntiantibus diversa doha presentaverunt.” Pogány módra áldomást csaptak és azoknak, kik az örömhírt hozták, különféle ajándékokat adtak. Árpád vezér és főemberei a vígságnak ilyen okáért egy egész héten át ünnepet ülve úgy lakmároztak, s majdnem minden nap megittasodtak (Anonymus, idézi Dömötör, 2004).

Az áldomáshoz járult az állatáldozat, mégpedig első sorban a fehér ló feláldozása, mely még a múlt században az obi-uguroknál is (ahol a ló nehezen megszerezhető volt) a legelőkelőbb, legértékesebb áldozati állatnak számított. Ismét Anonymusnál olvashatjuk: „...in eodem loco more paganismo occiso equo pinguissimo magnum aldumas fecerunt.” (Mindjárt azon a helyen, pogány szokás szerint egy kövér lovat ölte le, nagy áldomást csaptak.) (11. számú kép)



11. KÉP LÓ, ROC DE SERSE KR. E. 20000
SZIKLADOMBORMŰ

Az emberi élet nagy ünnepeit, a születést és lakodalmat, a lakomákon kívül versenyjátékokkal is ünnepelték. Mikor Árpád fia, Zoltán megszületett, a krónikás szerint játszottak az ifjak: „Abban az esztendőben született Árpád vezérnek Zolta nevű fia. És lett nagy öröm a magyarok között. A vezér és nemesei számos napon át nagy vendégséget tartottak, ifjaik pedig ott játszottak a vezérnek meg nemeseinek színe előtt, mint a juhok bárányai a kosok előtt” (Dömötör 2004).

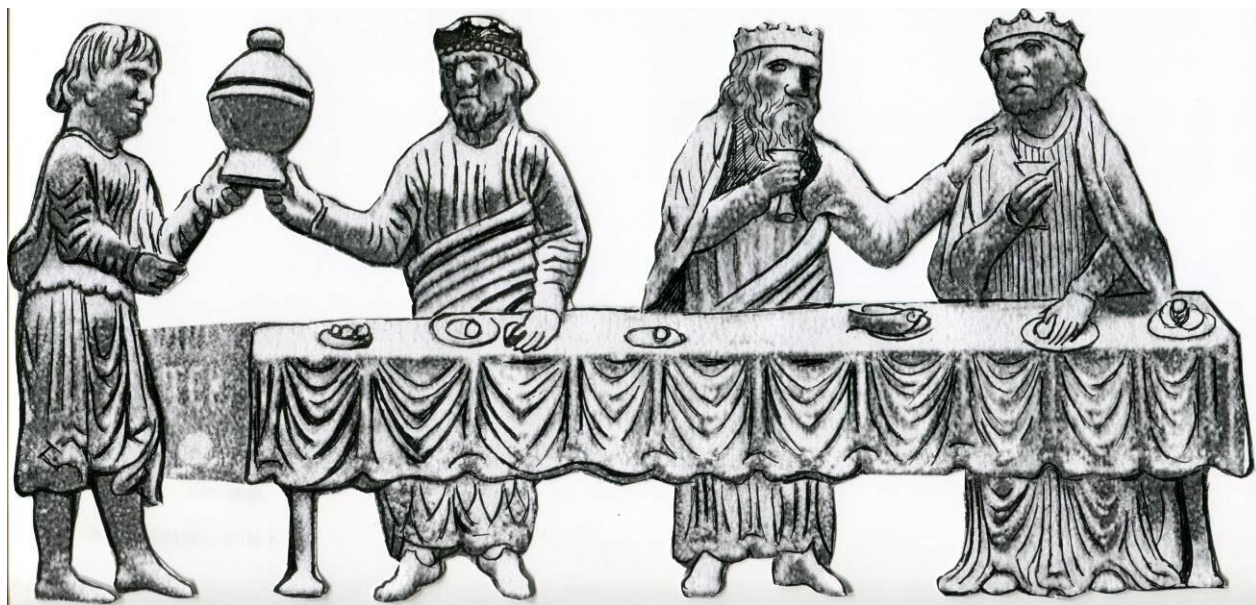
Modern gondolkodású államalapító uralkodónk bölcsességét, és előrelátását dicséri, hogy népünk a vándorló életmód lezártaival nyitottá vált a helyi, és a nyugatabbi szokások átvételére.

A Románkor

Az első millenniumhoz közeledve szerveződtek újjá a nyugati, megerősödő feudális hatalmi és kultúrközpontok, a királyi, főúri udvarok és a kegyúri védelem alatti, és szabad királyi városok. A birodalom újjáalkotásának vágya érezhető az új évezredet jellemző román stílusban is. A kereszténység felfogása a táplálkozás dolgaiban elvben, és az egyre nagyobb világi befolyással rendelkező szerzetesi közösségekben a gyakorlatban is, a mértéktartásra hajlott, de az aszkézist az egyház csak kivételesen helyeselte.

Az általános civilizációs emelkedéssel újra fejlődésnek indult a táplálkozáskultúra is. Az antik egészségi, és testkultúra felélesztéséhez azonban csak kerülőkön át vezetett az út. A szigorú román stílusú falak mögött az úri renden levők egyre kényelmesebben, és egyre nagyobb biztonságban laktak. Rendszeresen jóllakott viszont a falusi nép is.

Szépségisményeik művészi megjelenéséről: az ókeresztény művészet eredményeit relativizálva az államvallássá válást követő kereszténység, tartva attól hogy a képek-szobrok a széteső birodalom éledő bálványimádó kultuszait erősíthetik, inkább tartózkodott a képzőművészettől. Utóbb az egyház megerősödésével ez a szigor enyhült. Innen tudjuk, hogy román kori eleink ideálja, a biztonság érzetét keltő, az épületekhez szorosan kapcsolódó emberalak volt. A román kori figurák még a legéteribb témákban is megtartják földies jellegüket, mintha paraszti jelenetből léptek volna elő, megjelenítve a kor szépségideáljaként a biztonságot. (12. számú kép)



12.KÉP BENEDETTO ANTEAMI
PORTÁL, PÁRMA 1200

XI. századtól fő táplálék a kenyér lett. Minél fehérebb volt a kenyér, annál „nemesebbnek”, (búzából készült) és minél feketébb, annál silányabbnak számító gabonából (rozs, árpa, köles, cirok) készült. Éhínség idején a kenyérbe tápérték nélküli adalékanyagokat (pl. föld) keverték, és úgy sütötték meg. Bőség idején az élelmiszer paletta bővült (a mediterrán országokban főként különböző húsfélékkel), s a lakoma a vendéglátó gazdagságát is hivatott volt jelképezni. Az ételek bősége, változatossága feltehetően nem csupán az ünnepi alkalmakra volt jellemző (Montanari, 1992).

A Gótika

A csúcsíves szerkezetű épített tér áttörtté, magasra törővé vált. A liturgikus terek, bár még mindig az antik mintát fejlesztve, egyre bonyolultabb alaprajzot követtek. Az épületek falai mivel teherviselő szerepüket az ívek bordázata - az épületeken sokszor külső támpillérként túlnyúlva átvette -, megnyílhattak. A nagyobb nyílásokon üvegablakokkal megszínezett fény áramlott be. Az új stílus az egyházi építőműhelyekből robbanásszerűen szétterjedve új világi, lovagi embereszményt, és új, romantikus gondolatokat hozott előtérbe. Az eszményi emberi alak az épített környezet változásával összhangban éteribbé, megnyúlttá, és drapériák mögé rejtetté vált. (13. számú kép)



13. kép MARTIN SCHONGAUER
AZ OKOS SZŰZ 1480

Evés-ivás dolgában nem tudunk róla, hogy visszafogták volna magukat. A jelek szerint szét tudták választani gótikus eszményeiket, testük igényeitől. Mind a szigorúbb román, mind az azt követő szárnyaló gótika (nálunk az Anjouk stílusa) embereszményében felfedezhetőek az ókori gyökerek, de az antik értékekhez való visszatérést programként, csak a következő stílus, a reneszánsz fogalmazta meg, Itália földjén. (14. számú kép)



14. DIRK (DIERIC) BOUTS 1460
AZ UTOLSÓ VACSORA

Reneszánsz

Mátyás, a reneszánsz király, az antik építészet újraélesztését, a klasszikus görög, és római kultúra, és művészet újra felvirágoztatását (beleértve ebbe a csatornázást is) tűzte humanistáival zászlajára. A művelt elit, az arisztokrácia, a papság, és a gazdagodó polgárság újdonságigénye, és a javuló gazdasági helyzet új lehetőségei szerencsés módon találkoztak az új stílusban, megfogalmazva a „reneszánsz ember”, a cselekvő, művelt polihisztor eszményét. Az olasz és francia központokból szétsugárzó friss, és világiasabb levegő hamarosan az egész művelt világot átalakította. A reneszánsz ember a világ dolgaiban az egyéniség szerepét hangsúlyozta, sokoldalúságra, klasszikus műveltségre, cselekedeteiben arányosságra törekedett. Hosszú idő után - antik formákban újrafogalmazva – egy demokratikusabb szabadságeszményt hirdettek.

Bőség idején az élelmiszer paletta kiszínesedett (a mediterrán országokban főként különböző húsfélékkel). A lakoma a vendéglátó gazdagságát is hivatott volt jelképezni. Az ételek sokasága, változatossága feltehetően nem csupán az ünnepi alkalmakra volt jellemző (Montanari, 1992).
(15. számú kép)

A tehetősebb emberek életvitelükben, táplálkozásukban is választékosságra, arányosságra törekedtek. Gyűjtötték, és másolták az antik műveket. A művészet és a reneszánsz szépségeszmény a figyelem középpontjába hozta az atlétikus emberi testet, ismét kánonként fogalmazva meg annak részarányait. A falaik biztonsága mögött habzsoló elhízott emberek egy időre kimentek a divatból, átadva társasági helyüket atléta alkatú, délceg férfiaknak, és testileg és szellemileg is arányos, hölgyeknek, hogy illően, lakomázzanak egy tetszetősen vad, de azért házasított antikvitásban.



15. KÉP ALBRECHT DÜRER PARASZTOK A VÁSÁRON 1510, RÉZKARC

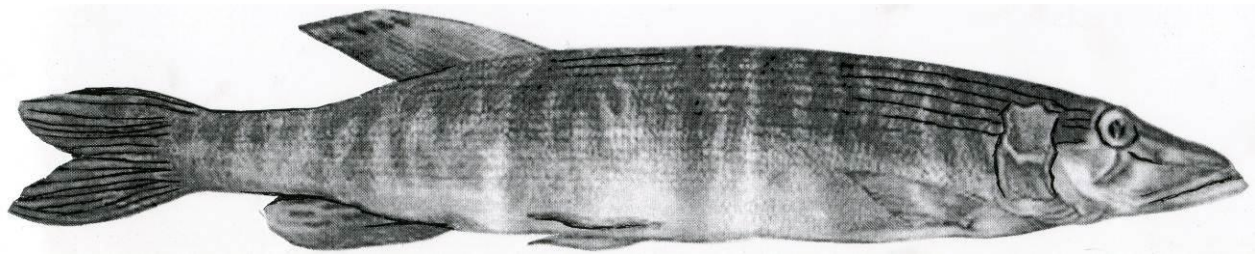
Kedvelt reneszánsz királyunk, a nagyorrú hedonista figura, tudjuk, nyitott volt a kulináris újításokra, Itáliából hozatott különlegességeket: pl. forli hagymát, parmezánsajtot, stb. Néhány adoma az ételekkel kapcsolatban fenn is maradt róla, íme, egy mutatóba:

A király igen szerette a csukamáját, amit bizonyít ez a kis história: Mátyás király megszállt egyszer Csór, fehér megyei falu fogadójában, és csukát rendelt. Amikor a halat kihozták rögtön látta az uralkodó, hogy a mája nincs a tálon.

- *Hát a mája hol van?- kérdezte*
- *Ez csóri csuka, felelte a fogadós, ki maga is igen kedvelte a fejedelmi falatot. A csóri csukának pedig nincsen mája.*
- *Ez meg palotai pálca - szólt erre Mátyás. A palotai pálcának pedig nincsen száma.*

A csukamáj legott az asztalon termett. (Tóth, 1899) 16. számú kép)

A király – Beatrix unszolására - megtanult evőeszközzel enni (az újdonság, villával is). De, amíg kézzel evett, sose pecsételte le magát.



16.KÉP CSUKA /ESOX LUCIUS/
MAGYARORSZÁGI HALAK
1726 LUIGI FERDINANDO MARSIGLI GRÓF

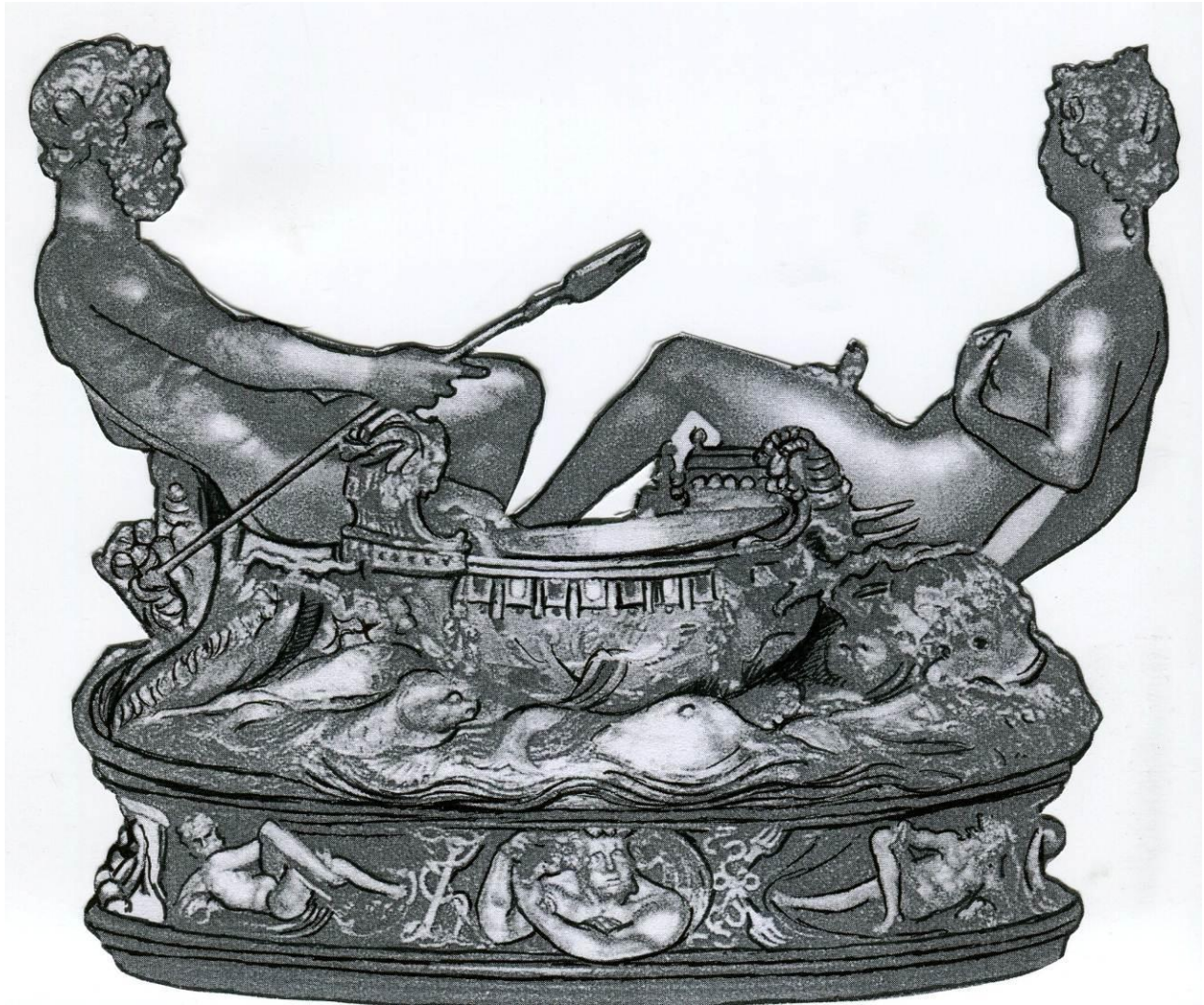
A középkorban gabona és kenyér szűke volt. Alacsonyak voltak a termésátlagok, a gabona vetőmag alig adott párszor többet, mint saját maga. Ha a parasztnak termett búzája, rozsa, eladta, és a kenyeret kölessel, hajdinával pótolta. De kárpótolta magát hússal is. A szalonna az egész középkorban népi étel volt.

A XV. században Amerika felfedezése új, a gabonát helyettesítő, nagy terméshozamú növényeket is hozott Európába. Elsősorban a kukorica és a burgonya jelentett újdonságot, amelyek nagy terméshozamuk, és termesztésük igénytelensége miatt sok ember táplálására voltak alkalmasak. Bár Olaszország északi részén már a XVI. században voltak sikeres kukoricatermesztési próbálkozások – ezek a növények egész Európában széleskörűen csak a XVIII. században terjedtek el, az újra és újra pusztító éhínség hatására (Montanari, 1992).

1.4.Újkor

A Manierizmus

A stílusra önmagára koncentráló útkeresés volt. Átmeneti jellegű stílusnak mondják két nagy között, ami nem akadályozta meg például Tiziant, hogy a világ legnagyobb festője legyen, sem El Greco-valami hasonlóban. Cellini sótartója e korból való. (17. számú kép)



17. KÉP BENVENUTO CELLINI
KIRÁLY SÓTARTÓJA 1550

I. FERENC FRANCIA

A Barokk

A feudális abszolutizmust a tökélyre fejlesztve, annak minden résztvevője életérzését egyszerre megjeleníteni kívánva, vagyis, a totalitásra törekvés jegyében létrejövő új (barokk) stílus, a túlzásaival ismét formát adott a hitélet igényeinek, az extázisnak, a reneszánsz arányosság jegyében szinte elfeledett szenvedélyeknek, de ugyanez a stílus életképeiben a vulgaritást is monumentális témává tette. A barokk felfokozott plaszticitása az emberi test

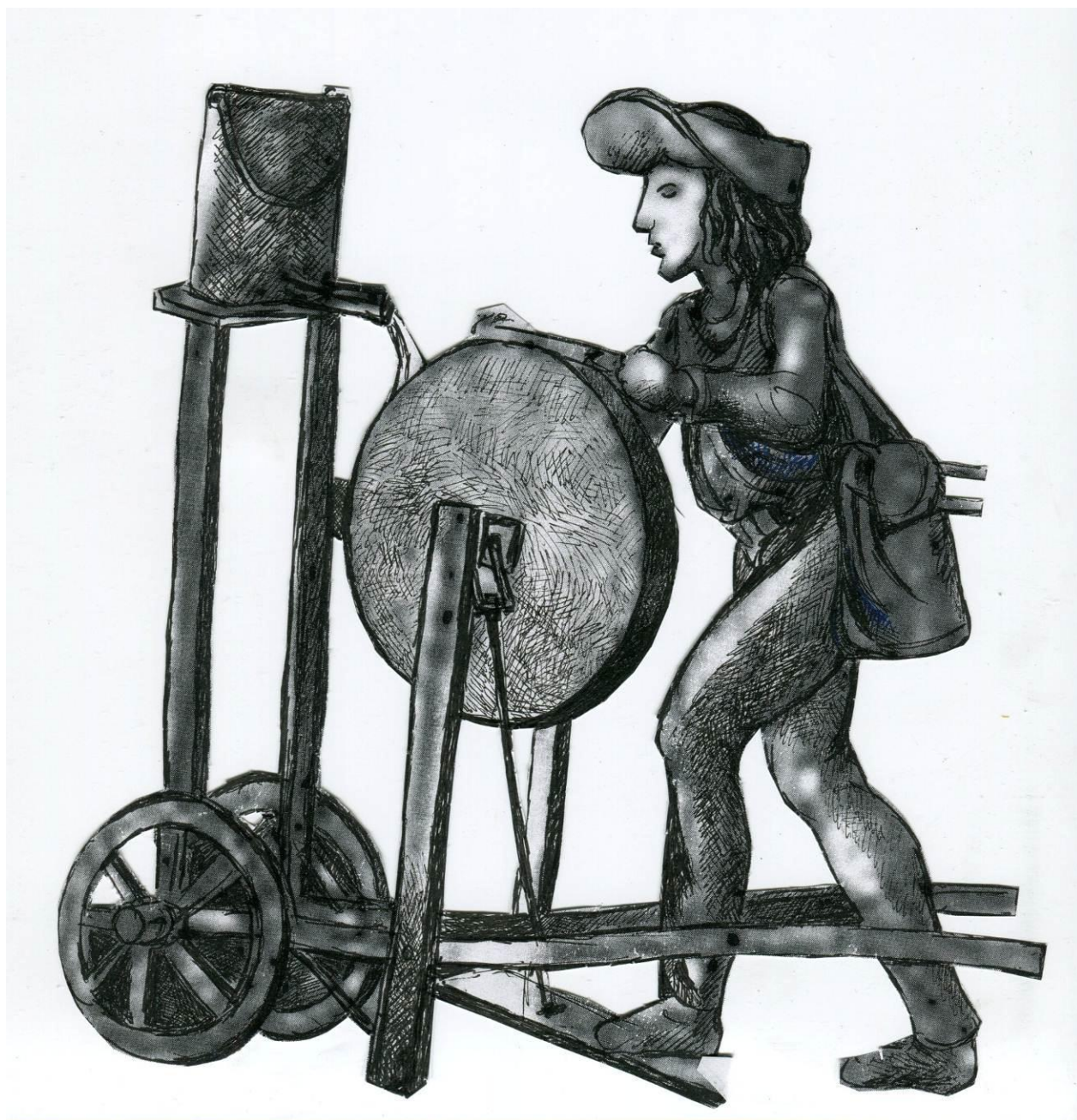
megjelenítésében sajátos, himnikus hús-ünnepet hozott szokásba. Mai szemmel olykor talán kövérnek látszó Vénuszaik (vö. az ős Vénuszok), és hasonló más alakjaik monumentálisak, életteliak, erőteljesek. Ebből a túlzó attitűdből nagyon is meggyőző egyházművészetet, építészetet, és minden korok egyik leghatásosabb monumentális szobrászatát tudták létrehozni. Festészetükben hasonló a helyzet. Látszólag a testiség ül ünnepet, hatásában mégsem hétköznapi, földies, csupán irigylésre méltóan erőteljes a művük. A nagy testek kavardását, a sajátos fényeffekteket, a vérbő paraszti életképeket szemlélve a barokk embereszménye a legkevésbé sem profán. Természetszemlélete a túlzó, vad képzetekben a magasztosat, az erőt keresi - és találja meg. (18. számú kép)



18.KÉP PIETER PAUL RUBENS A HÁROM
GRÁCIA 1636

A Rokokó

Az európai barokk minden tökélye ellenére is, vagy talán éppen azért, végül hanyatlásba fordult. Ennek a pompás dekadenciának adták a rokokó nevet. A főbb mesterművekben a rokokó fantasztikus élet-díszleteket alkotott. Hanyatló volta inkább abban érhető tetten, hogy szemben a barokkal, amely még sokadik másolatban, parasztiparosok kezén is nagyszabású, és erőteljes, a rokokó, ha nem a legnagyobb mester az alkotó, akkor már túl díszes, túlcukrozott. A művészet mivolta annyira kevésen múlik, a nagyszerű a nevetségesbe olyan könnyen fordul át, hogy emiatt nem másolható. Így lett a mesterműveiben felülmúlhatatlan, csodás rokokó, mint korstílus, gyengébb kópiáiban a giccs, a cikornyás, mézesmázos, talmi szépelgés, a művészi kifejezőerőt a bazári aranyozott bájolgásra lecserélő „leértékelt művészet”, az addig ismeretlen művészi züllés mintaképe. Így vált a rokokó formavilág, bár főbb műveiben a legnagyobb korstílusokkal áll egy nívón, mára a nemtelen giccsparádé szinonimájává, pedig alighanem minden vétke csak annyi, hogy túl szépre sikerült. (19. számú kép)



19.KÉP VÁNDORKÖSZÖRŰS
LE JEU DE PARIS EN MINIATURE (1815)

Egy eredeti rokokó étkészlet, a díszein leheletnyit átsejlő acélkemény szerkezetével a szépség maga, míg ugyanennek a legnagyobb elszánással készült utánérzései csupán nevetségesek.

A Copf és a klasszicizmus

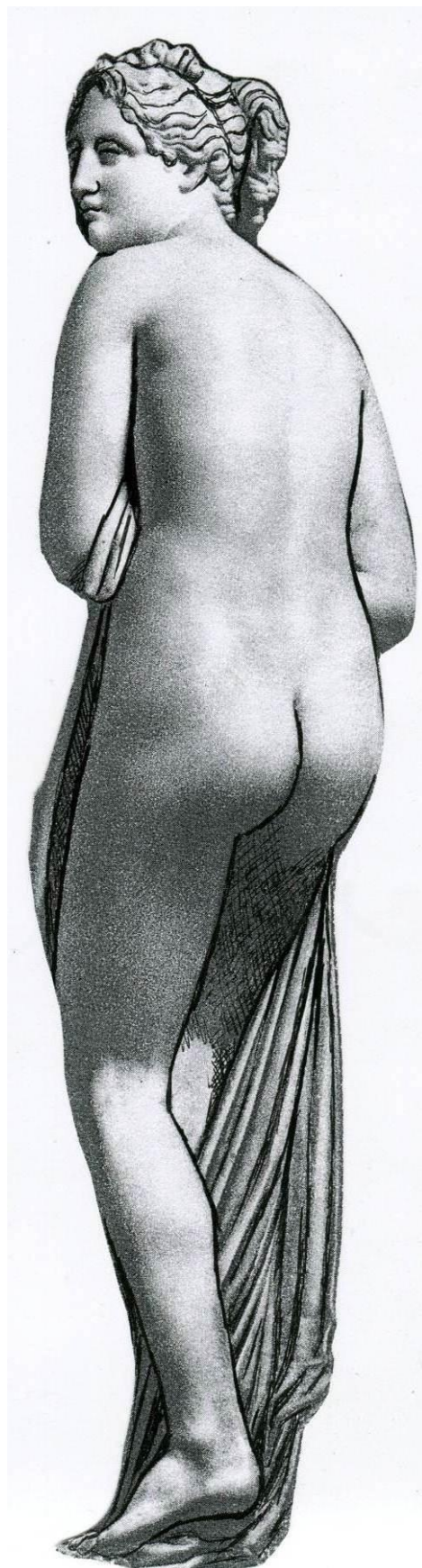
A copfstílus korai klasszicizáló irányzat volt, és mint ilyen, a vidékesebb ízlésű magyarság kedvence. Nemesi kúriáink templomaink otthonos, mégis relatíve elegáns összképére ismerhetünk benne. A hangulat érzékeltetésére: A kolduló barátokról sok jóízű tréfa járt szájról szájra. A közmondás azt tartja róluk: a kocsisnak a torka, a barátnak a zsákja ritkán telik meg. Debrecen város főbírájához beüzent egyszer egy kolduló barát, hogy csak három szót szeretne vele szólani. Bebocsájtották, de csakis azzal a föltétellel, hogy nem mond többet három szónál. A barát állt szavának, és csak ennyit mondott. –Bort! Búzá! Szalonnát! A nevető főbíró bőven adott neki mind a háromból.(20. számú kép)

20.KÉP CANOVA OLASZ VÉNUSZ A
MEDICI
VÉNUSZ MÁSOLATA,AMI EGY
GÖRÖG SZOBOR MÁSOLATA
1800 KÖRÜL PALAZZO PITTI

A Francia Forradalom és a háborúk során eltűnt a rokokó cikornyaáradat (de csak pillanatokra, hogy rövidesen újra megjelenjen a giccspiacon ahol máig egyeduralkodó).

Helyébe egyszerűbb külsőségek, klasszicizáló, méltóságteljes, de legalábbis antikizáló díszletek között kívánták a polgár frissen kivívott hatalmát, a hajdanvolt birodalmak, és a feudális világ megkopott, de irigyelt kliséivel igazolni.

Étkezési kultúrájukban is a családi-as-polgári légkör színezte át a feudális asztali szokásokat. Tálaló-eszközeikben megjelentek a kezdődő ipari termelés által sokszorosított tárgyak, de ezek a széria termékek nagyon magas, a kézműipar javát idéző nívón készültek. A berendezkedő polgárság minden addig irigyelt és nélkülözött pompakelléket gyárilag elkészített magának. A stílus még kissé átvett, de a technikai tökély és



a darabszám minden fizetőképes keresletet kielégített. Idővel a klasszicizmus virágkorára a polgári sznobéria merev utánzási kényszere oldódott. Az alkotásokban már nem az újonnan jöttek kényszeredettsége, hanem valami modernebb válságérzés, a „mindent szabad” talajtalansága okozta, hogy műveik, az eddig volt nagy stílusokénál talán valamivel halványabbnak, a dekorativitást a külsőségekben keresőknek hatnak. (21. Számú kép)



21.KÉP A FEHÉRVÁRI ÚT ELEJÉN
EGYKOR ÁLLT HALÁSZCSÁRDA,
LEBONTVA 1910-BEN

Az Empire

A polgári forradalmak után, melyben a polgár kivívta, a nemes elvesztette jogait, valamiféle visszarendeződés kezdődött, amiben végül a még cselekvőképes feudalizmus erői kiegyeztek a friss polgársággal, utóbbiak az addig áhított rangokat és díszeket, előbbieket pedig az ősi címet újra aranyozó készpénzt kapták. Stílusként a folyamat neve Empire. Végeredményben polgárként viselkedő arisztokraták, és arisztokrataként viselkedő polgárok jöttek létre. Mindez áll asztali kultúrájukra is. (22. számú kép)

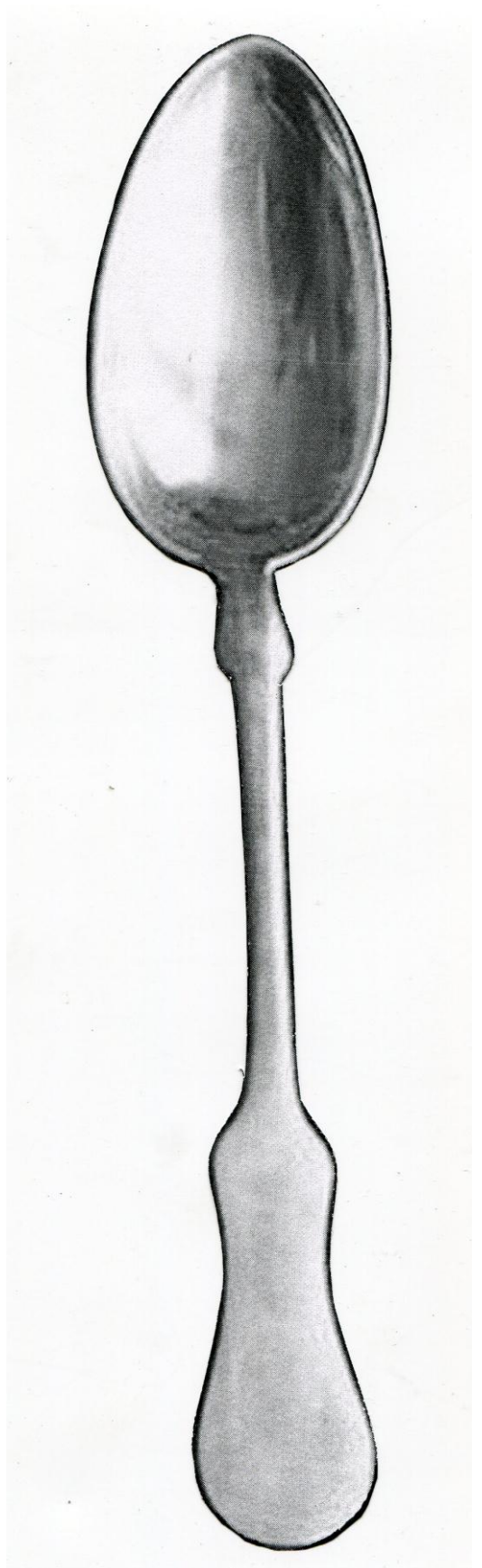


22.KÉP JAMES GILLRAY: VESZÉLYBEN
A KARÁCSONYI PUDING, 1805.
RÉZMETSZET, BRITISH MUSEUM,

A XVIII. század végén, és a XIX. század elején az iparosodás, – ezen belül az élelmiszer feldolgozás- és tartósítás, valamint a vasúti közlekedés fejlődése miatt egyre szélesebb körben elterjedt a húsfogyasztás is. A nagyipari kapitalizmusban már mindenki hozzáfért az ételek teljes köréhez, legfeljebb nem ugyanazt a minőséget kapta a munkás, mint egy előkelő társadalmi osztály tagja. Ez mégis jelentős társadalmi, kulturális előrelépés volt, a fogyasztás demokratizálódását jelentette (Montanari, 1999).

A Biedermeier

A klasszicizmust, majd ellenhatásaként a különböző kalandos korokat felidéző romantikát követően, az immár magabiztosan berendezkedett polgár igényét a fesztelen stílusú biedermeier töltötte be. A biedermeier, és a neo - biedermeier bútorok, háztartási eszközök máig a megbízhatóság, a kényelem, az arányos és elnyűhetetlen örök darabok korukat megelőző etalonjai. Egy biedermeier fotelból nem érdemes felállni, és ha valaki a világtörténelem legtokéletesebb ezüst leveseskanalát keresi, alighanem azt is itt találja meg, hegedű alakú nyéllal. (23. számú kép)



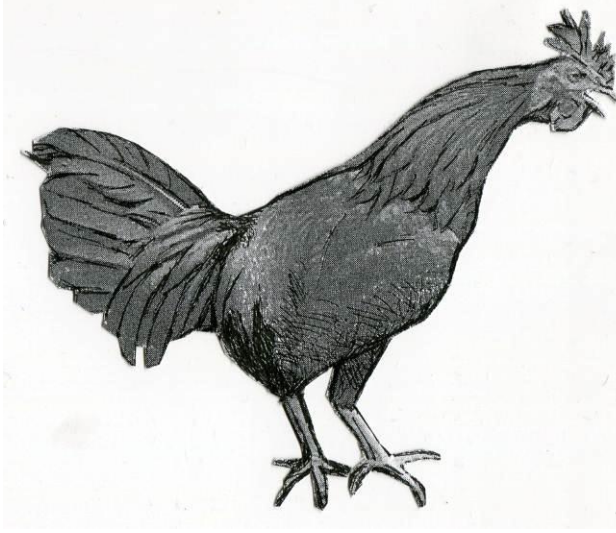
Deák Ferencnek híres volt a mákadomája. A magyar gazdát szokta vele jellemezni. A soha meg nem elégedett gazdaembert, akinek az sem jó, ha esik, az sem, ha melegen tűz a nap. Azt tudakolta egyszer valamelyik ismerőstől, hogy milyen az idei termés. Nem jó, bátyámuram. Nem jó? Talán rosszul fizetett a búza? Dehogyan, búzáink hálaistennek szépecskén van. Hát a rozs? Az is bevált. Hát az árpa? Az is bőven lett. No de a zab? A zab? Meg lehetünk vele elégedve. Hát akkor öcsém mi panaszod van a termésre? Hogy mi panaszom van rá? Az, hogy más kevés termett!

Gazdasági érdek szerinti divatok irányítják, hogy mit, és miért tartunk egészséges tápláléknak. Ami az ember testének alakítását, dekorálását illeti, ez ma korlátlanul lehetséges. A kozmetikai ipar és sebészet, a konditermek, a szépségszalonok rendelkezésre állnak, lehet testékszereket, tetoválásokat venni, külsőnket már-már korlátlanul alakíthatjuk.

A XX-XXI. században a demokratizálódással együtt járt az iparilag előállított ételek egyformasága, egyhangúsága is. Az élelmiszeripari termékek és a gyorséttermi ételek ugyan mindenki számára hozzáférhetőek, minőségileg mégis a gasztronómia leszálló ágát jelentik.

Az ezredfordulón a gazdaságilag fejlett országokban az egészség- és szépség, valamint a fogyasztás

kultusza hódít. A szépség a soványságot, a karcsúságot jelenti, ami nehezen egyeztethető össze a mértéktelen fogyasztással. A kor szimbóluma lehetne a mindent bekebelező, majd visszaöklendező kiskakas Arany László meséjében (Arany 1982). (24. számú kép)



24.KÉP KISKAKAS

A kiskakas gyémánt félkrajcárja

Volt a világon egy szegény asszony, annak volt egy kis kakasa. Csak ott keresgél, csak ott kapargál a kis kakas a szeméten, egyszer talál egy gyémánt félkrajcárt. Arra megy a török császár, meglátja a kis kakasnál a gyémánt félkrajcárt, azt mondja neki:

- Kis kakas, add nekem a gyémánt félkrajcárod.

- Nem adom biz én, kell a gazdasszonyomnak.

De a török császár erővel is elvette tőle, hazavitte, betette a kincseskamarájába. A kis kakas megharagudott, felszállt a kerítés tetejére, elkezdett kiabálni:

- Kukurikú, török császár, add vissza a gyémánt félkrajcárom!

A török császár, csak hogy ne hallja, bement a házba, de akkor meg a kis kakas az ablakába repült, onnan kiabálta:

- Kukurikú, török császár, add vissza a gyémánt félkrajcárom!

Megharagudott erre a török császár.

- Eredj, te szolgáló, fogd meg azt a kis kakast, hogy ne kiabáljon, vedd belé a kútba.

A szolgáló megfogta, kútba vetette. De a kis kakas csak elkezdte a kútban:

- Szídd fel begyem a sok vizet, szídd fel begyem a sok vizet! - Arra a begye mind felszitta a vizet a kútból.

A kis kakas megint felszállt a török császár ablakába.

- Kukurikú, török császár, add vissza a gyémánt félkrajcárom!

Megint azt mondja erre a török császár a szolgálójának:

- Eredj, te szolgáló, fogd meg azt a kis kakast, vesd belé az égő kemencébe.

A szolgáló megint megfogta a kis kakast, az égő kemencébe vetette. De a kis kakas megint csak elkezd:

- Ereszd ki begyem a vizet, hadd oltsa el a tüzet! Ereszd ki begyem a vizet, hadd oltsa el a tüzet!

Erre a begye mind kieresztette a vizet, eloltotta a tüzet. Akkor megint csak felszállott az ablakba.

- Kukurikú, török császár, add vissza a gyémánt félkrajcárom!

Még nagyobb méregbe jött erre a török császár.

- Eredj, te szolgáló, fogd meg azt a kis kakast, vesd belé a méhes kasba, hadd csípjék agyon a darazsak.

A szolgáló belévetette a kis kakast a méhes kasba. Ott megint elkezd a kis kakas:

- Szídd fel begyem a darázst; szídd fel begyem a darázst !



Arra a begye mind felszította a darázst. Akkor megint felszállott a török császár ablakába.



- Kukurikú, török császár, add vissza a gyémánt félkrajcárom!

Már a török császár nem tudta, mit csináljon vele.

- Eredj, te szolgáló, hozd ide azt a kis kakast, hadd tegyem ide a bő bugyogóm fenekébe.

Megfogja a szolgáló a kis kakast; a török császár beteszi a bő bugyogója fenekébe.

Akkor a kis kakas megint csak elkezd:



- Ereszd ki begyem a darázst, hadd csípje meg a farát; ereszd ki begyem a darázst, hadd csípje meg a farát!

A begye mind kieresztette a darázst, azok jól megcsipkedték a török császár farát. Felugrik erre a török császár.

- Jaj, jaj, a fránya egye meg ezt a kis kakast! Vigyétek hamar a kincseskamarába, hadd keresse meg a maga gyémánt félkrajcárját.

Bevitték a kis kakast a kincseskamarába, ott megint elkezd a maga mondókáját:

- Szídd fel begyem a sok pénzt, szídd fel begyem a sok pénzt! - Erre a begye mind felszította a török császár három kád pénzét. A kis kakas hazavitte, odaadta a gazdasszonyának; gazdag asszony lett belőle, még máig is él, ha meg nem halt.

2.A táplálkozás biológiai szabályozása

2.1. Az evés mint alapvető szükséglet

A táplálkozás a létfenntartás alapja, az egyik legfontosabb tényező a szervezet homeosztázisának fenntartásában. Az elfogyasztott ételek szolgáltatják a szervezet felépítéséhez és működéséhez szükséges szénhidrátokat, fehérjéket, zsírokat, ásványi anyagokat, vitaminokat, nyomelemeket. Az emésztés során lebontott szerves anyagok biztosítják az aktuálisan szükséges energiát, a többlet pedig zsír, fehérje, illetve glikogén formájában raktározódik.

A táplálkozási folyamat három szakaszból áll:

Az első az ún. kefalikus fázis, amely külső és belső ingerek hatására felkészíti a szervezetet az evésre.

A második, az abszorpciós szakasz, amelyben az emésztés következtében a véráramba kerülő tápanyagok felhasználódnak, ill. a főleg elraktározódik.

A harmadik az éhezési szakasz, amikor a korábbi táplálékfelvételtől felhalmozott zsírtartalékokat használja fel a szervezet (Pinel, 2000).

Habár az éhség az egyik legalapvetőbb motívum, a táplálék-felvétel szabályozásának központi, de nem kizárólagos tényezője az éhségérzet. Mégis alapvető, hiszen a táplálék a szervezet felépítéséhez szükséges alapanyagokat és a működéséhez szükséges energiát szolgáltatja.

A testsúly szabályozásáról régebben úgy vélték, hogy egyszerűen levezethető a táplálékfelvétel–energiafelhasználás elraktározott energia képlettel (Túry és Szabó, 2000).

A főleg állatokkal, de olykor emberekkel is végzett empirikus vizsgálatok eredményei – azonban bebizonyították, hogy a fiziológiai tényezők mellett számtalan pszichológiai és szociokulturális faktor is fontos hatást gyakorol a táplálkozásra.

Kezdjük az alapoktól, a szervezet a fiziológiai folyamataitól. Az evést, az energiaháztartást és a testsúlyt biokémiaiilag az alábbi tényezők szabályozzák (Túry és Szabó, 2000, 155.o.):

1. a különböző tápanyagokból származó energiahordozó szubsztrátok (zsírsavak, aminosavak, glukóz) mennyisége a vérben;
2. a neurotranszmitterek (a gyors változásokért felelősek);
3. a hosszabb távú alkalmazkodást biztosító, nagyobb molekulatömegű neuropeptidek;
4. a neuromodulátor- és metabolikus hatással is rendelkező hormonok.

A táplálkozás elindításáért és befejezéséért, valamint a testsúly szabályozásáért felelős tényezők bonyolult kölcsönhatásokban állnak egymással. A hagyományos „éhség és jóllakottság központ” – teória szerint a LH (laterális hipotalamusz) ingerlése elindítja és fenntartja a táplálkozást, a VMH (ventromedialis hipotalamusz) ingerlése viszont az LH gátlása révén leállítja az evést (Teitelbaum és Epstein, 1962). Mára ez az elmélet túlhaladott, mivel az azóta végzett kutatások

eredménye szerint, bár a két hipotalamikus központ részt vesz az evés, és a testsúly szabályozásában, működésük csupán a komplex centrális és perifériális visszacsatolási rendszer részét képezik (Túry és Szabó 2000).

Nisbett (1972) standard elmélete szerint a test tömege biológiailag determinált; a zsírsejtek száma genetikailag meghatározott, számuk a kisgyermekkor végéig, valamint a pubertás elején növekszik, később csak méretük változik. Van, aki kövérebb, van, aki soványabb standarddal rendelkezik, s a táplálékfelvétellel mindenki a saját standard értékét igyekszik tartani (idézi Ley 1988).

A ma leginkább elfogadott teória, az ún. stabilizációs pont (set point) hipotézis szerint az evést és a testsúlyt a perifériális és centrális mechanizmusok bonyolult kölcsönhatása szabályozza (Powley és Keeseey, 1970; Pinel, Assanand és Lehman, 2000; Körner, 2008).

A VMH (ventromediális hipotalamusz) sérült patkány (Teitelbaum és Epstein, 1962, Ley 1988) és a kövér ember közötti hasonlóságok a következők: az étel íze jelentősen befolyásolja, hogy mennyit esznek, kevesebbszer, többet és gyorsabban esznek, az étel megszerzésére nem tesznek nagyobb erőfeszítéseket, érzelmi ingerekre fokozottan reaktívilisek, és testsúlyuk az eredetinel valamivel magasabb szinten stabilizálódik.

A (LH) laterális hipotalamusz sérültek viszont egyáltalán nem esznek, akár az éhen halni is képesek, ha viszont mesterségesen táplálják őket, később súlyukat az eredetinel alacsonyabb szinten tartják (Powley and Keeseey, 1970). Ezeket a testsúlyértékeket hívjuk stabilizációs pontoknak. Ezek a stabilizációs pontok mindkét irányba megnehezítik a testsúly megváltoztatását. Ezért megfontolandó a központi idegrendszerre ható gyógyszerek alkalmazása, mivel - többnyire mellékhatásként - ezt a bizonyos stabilizációs pontot megváltoztathatják, s ennek következtében a beteg meghízik, vagy ritkábban, ha a stabilizációs pont lefelé mozdul, akkor lefogy.

A perifériális hatások szintén befolyásolják a táplálkozási viselkedést. Legfontosabbak ezek közül: a vércukorszint emelkedése vagy csökkenése, a gyomor telítettségének, illetve a testhőmérséklet változásai. Ezek a tényezők közvetlenül vagy közvetetten hatnak az agytörzsre, illetve a limbikus rendszerre, melyek együttesen az agykéreg prefrontális területének működését befolyásolják, ami szintén jelentős mértékben visszahat az evési magatartásra.

A glukosztatikus szabályozás normál anyagcsere mellett viszonylag egyértelmű: a vércukorszint csökkenése éhségérzetet okoz, növekedése pedig leállítja az evést. De mivel a glukóz az inzulin közvetítésével kerül a sejtekbe, ezért az inzulinhiányos cukorbetegsgek akkor is éhesek, ha a vércukorszintjük magas.

A testben raktározott zsíroknak fontos szerepük van a táplálkozás és a testsúly szabályozásában. A szervezetben tárolt zsír mennyisége, és az evés között fordított kapcsolat van. A zsírtartalékok csökkenése evéshez, a raktárak feltöltéséhez vezet, a tárolt zsírmennyiség növekedése viszont leállítja az evést. A zsírtartalék mennyiségét a hipotalamusznak egy 167 aminosavból álló polipeptid, a leptin jelzi (Zhang és mtsai, 1994). A leptin a zsírsejtekben termelődik, és termelődését az ún. ob gén szabályozza. Vagyis a szervezet zsírtartalékának mennyisége meghatározza a leptinszintet, a leptin pedig jelzi a hipotalamusznak a szervezetben lévő

zsírmennyiséget. A liposztatikus szabályozás negatív visszacsatolással magas leptin szint esetén leállítja a táplálkozást, illetve fokozza az aktivitást, a hőtermelést.

A leptin szint nem specifikus különbségeket is mutat: azonos testsúly mellett a nőkben magasabb, mint a férfiakban. A leptin mennyisége a gonádok, és a zsírszövet kapcsolatát is befolyásolja. A korán érő lányok leptin szintje magasabb, mint a későn érőké, sőt bizonyos kritikus zsírmennyiség alatt a menstruáció nem is indul be. Anorexiás nőknél például a normál súlyúakhoz képest alacsonyabb leptin szintet találtak, és igaz az is, hogy a nagyobb zsírtömeg magasabb leptin szinttel jár. A kövér embereknél viszont a magas leptin szint ellenére sem csökken a táplálékfelvétel. Ez a leptin receptorok kifáradását valószínűsíti, aminek következtében a negatív visszacsatolási mechanizmus nem működik jól (Túry és Szabó, 2000).

A zsírszövetben termelődő, az utóbbi években azonosított szerepű hormonok még az adiponektin és a rezisztin. Ezek is befolyásolják az étvágyat, és a szervezetben lejátszódó anyagcsere folyamatokat (Pan és Kastin, 2007 idézi Körner, 2008).

A telítettség érzésnek a gyomorfal mechanikus feszülésén kívüli perifériás közvetítője a (CCK), kolekisztokinin mely gátolja a táplálék felvételét. Az evést gátolja továbbá a glukagon, a szomatosztatin, a bombezin, a gasztrin-releasing peptid, a (TRH) thyrotropin-releasing hormon és a kalcitonin.

A centrális szabályozásban a neurotranszmitterek közül a szerotonerg, a dopaminerg és a béta-adrenerg rendszer gátolja, míg az alfa-noradrenerg rendszer fokozza a táplálékfelvételt.

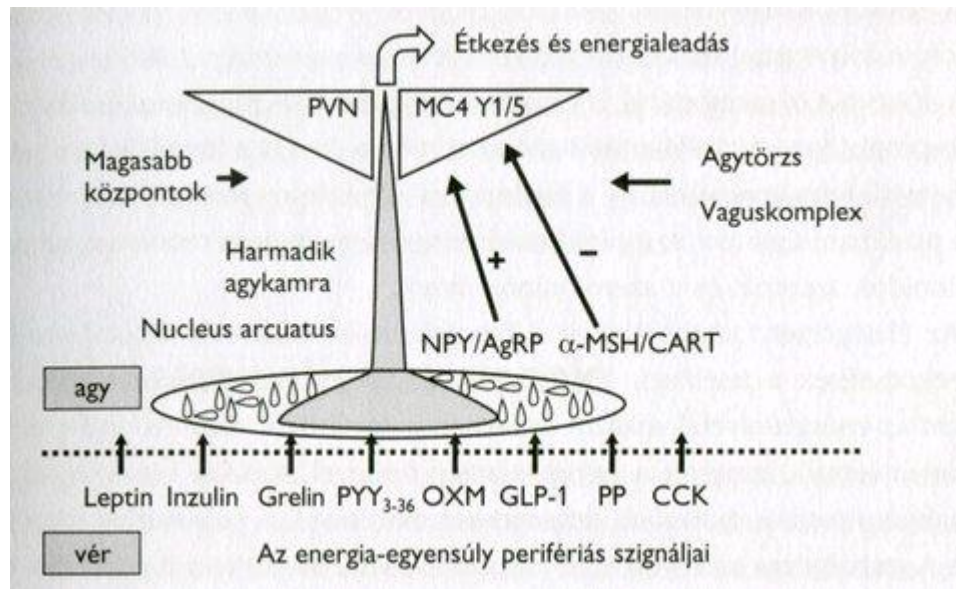
A neuropeptidek közül a béta-endorfinok szerepe meghatározó, mert ezek nem csupán a táplálékfelvételt fokozzák, de szénhidrát- és zsírpreferenciát is okoznak. A hasnyálmirigyben termelődő neuropeptid Y (NPY) a szénhidrátfogyasztást fokozza, ezért buliminnek is nevezik, annak ellenére, hogy bulimiás betegeknél a liquor NPY szintjében nem találtak eltérést. A peptid YY (PYY) az egyik legerősebben orexigén hatóanyag. A táplálékfelvétel szabályozásában résztvevő legfontosabb neuropeptidek és neurotranszmitterek az alábbi, Túry és Szabó által 2000-ben közölt összefoglaló az 1. számú táblázatban láthatók. (A táblázatot az azóta felfedezett ghrelinnel kiegészítettem.)

1. számú táblázat**A táplálékfelvételt befolyásoló fontosabb neurotranszmitterek és neuropeptidek**

(Túry és Szabó, 2000, 163.o.)

A táplálékfelvételt fokozza	A táplálékfelvételt gátolja
noradrenalin (α_2 -receptor)	
γ -amino-vajsav (GABA)	szerotonin
β -endorfinok	dopamin (D_2 -receptor)
neuropeptid Y (NPY)	noradrenalin (α_1 -receptor)
peptid YY (PYY)	bombezín
galanin	kolecisztokinin (CCK)
a növekedési hormon releasing hormonja (GHRH)	CRH (corticotrop releasing hormon)
ghrelin	leptin

A táplálkozást és a testsúlyt a központi és perifériás mechanizmusok összehangolt működése szabályozza. A táplálékfelvétel és energia-egyensúly hormonális szabályozását mutatja az 1.számú ábra (Körner 2008, 149.o.)



1.ábra A táplálékfelvétel és energia-egyensúly hormonális szabályozása

PVN: nucleus paraventricularis
MC4: melanokortinreceptor-4
NPY: neuropeptid Y
Y1/5: NPY-receptor
AgRP: agoutihoz kapcsolt peptid (agouti-related peptide)
 α -MSH: α -melanocitastimuláló hormon
PYY₃₋₃₆: peptid YY 3-36
OXM: oxitomodulin
GLP-1: glukagonszerű peptid-1
PP: pancreaspolipeptid
CCK: koleszcisztokinin
CART: kokain- és amfetaminstimulálta fehérje
(cocaine and amphetamine regulated transcript)

Újabban kiemelt szerepet tulajdonítanak a nemrégiben felfedezett ghrelin nevű peptidnek, amely az elsődlegesen a gyomor mirigyeiben termelődik, és a nucleus arcuatuson keresztül a leptinnel ellentétes hatást fejt ki. A ghrelin komplex hatású hormon, amely a növekedési hormon szekréciójának serkentésén kívül növeli a táplálékfelvételt, és a szervezetben csökkenti a zsír felhasználását (Sótonyi 2010).

Energiamentes étel vagy ital (pl. víz) fogyasztása esetén szintje nem csökken, ezért valószínű, hogy elválasztását a gyomorfal feszülése önmagában nem regulálja. Obezitásban az éhomi (étkezés után legalább nyolc órával) ghrelinszint alacsonyabb, mint normál testsúlyú személyekben, és evés hatására náluk a csökkenés kevésbé kifejezett. A ghrelinszint az evés várt

időpontja előtt megemelkedik, és fokozza a gyomorsav szekréciót valamint a gyomor motilitását is, felkészítendő a gastrointestinalis traktust a táplálék fogadására. Emellett a ghrelin a növekedési hormon elválasztásának stimulálásán keresztül a szénhidrát- és a lipidanyagcserét is modifikálja (Palik, 2008).

A táplálkozás leállításában szerepet játszó jóllakottsági jelek a felső gastrointestinalis traktusból származó afferensekkel együtt a nervus vagus afferens rostjain keresztül részben a nyúltvelőbe, részben a gerincvelőbe futnak be. Az információk végül a nucleus tractus solitarii-ben futnak össze, valamint az ízérzés és a gastrointestinalis peptidhormonok közvetítette jelzések értékelési is itt történik meg. A jóllakottsági szignálok szorosan kapcsolódnak a szervezet energiatartalékainak változása és az adipozitási szignálok által kiváltott reakciókhoz.

A táplálkozás indításában és leállításában a hipotalamuszban a LH és a VMH területeken kívül a nucleus arcuatusnak is fontos szerepe van. A központi idegrendszerben itt található a legtöbb leptin receptor. A leptin receptorok aktivációja az anorexigén szignálok expresszióját fokozza, az orexigénét csökkenti. A ghrelin is részben itt fejt ki a leptinével ellentétes hatását (Palik, 2008).

2.2. Az éhség szerepe a táplálkozásban

Mit észlelünk, mit érzünk, mit gondolunk éhségnek?

"A szeretett személy, és a kedvenc étel megközelítése mögött azonos fázisban, azonos intenzitással működő regulatív mechanizmus állhat, mégis egyik esetben szeretetnek, a másikban étvágyaként érzékeljük őket" (Grastyán, 1981).

Az élő szervezet a homeosztázis fenntartására törekszik. Az éhség és a gyomormozgás kapcsolatát vizsgálva Stunkard és Koch (1964) azt találták, hogy a normál súlyú személyek esetében a gyomor kontrakciója egybeesett a szubjektív éhségérzettel, míg a kövérek esetében ez az összefüggés nem volt kimutatható. A normál súlyú személyek a gyomor összehúzódását (néha hangjelzéssel - korgását) éhségként detektálták, a kövérek viszont ettől teljesen függetlenül érezték magukat éhesnek vagy sem.

„Éhes disznó makkal álmodik”

Az éhezés szomatikus és pszichés hatásairól számtalan irodalmi és szakirodalmi leírás van. Gondolhatunk a háborús naplókra, amelyekben leírták, hogy amikor nagyon éhesek voltak, „fejben főztek”, vagy a fogolytáborból sokszor tartós éhezés után hazatérő emberek – nem ritkán végzetes - mohó falásrohamaira.

Hermann és Mack (1975) szellemes kísérlettel bizonyította, hogy a koplalás még egészségesek embereknél is falást provokálhat. A vizsgálatban a fogyókúrázóknál egy turmix előzetes fogyasztása (tehát már nem volt üres a gyomruk) után nem csökkentett a később felkínált fagylaltból megevett mennyiség, míg azok, akik nem koplaltak, a turmix után szignifikánsan kevesebb fagylaltot fogyasztottak.

Hilda Bruch pszichoanalitikus elmélete szerint a kövér betegek bizonyos emocionális állapotokat hajlamosak összekeverni az éhséggel. Feltételezi, hogy ennek hátterében az állhat, hogy nem tanulták meg a testi-lelki állapotokat megkülönböztetni egymástól. Valószínű, hogy az anya nem tudta a csecsemő jelzéseit megfelelően dekódolni, ezért minden esetben, amikor a baba sírt, megetette, függetlenül attól, hogy mi volt a panasz oka. Éhség, fáradtság, félelem, vagy valami egyéb. Ennek következtében, ezek a kövér emberek csecsemőkorukban azt tanulták meg, hogy minden belső aurasal állapotot éhségnek címkéznek (Bruch 1961).

Ez azt is jelenti, hogy bizonyos személyek fiziológiai jelzéseiket (interoceptív érzékelés) nem képesek értelmezni, ill. hajlamosak azokat félreérteni. Ez a kövérség externalitás elméletének az alapja is (Schachter, 1967).

Schachter Hilda Bruch elméletéből kiindulva szellemes kísérleteket végzett a feltevés igazolására. Egyik vizsgálatában azt mérte meg, hogy a kísérleti személyek mennyi kekszet esznek tele, illetve üres gyomorral. Eredményei azt mutatják, hogy a normál súlyú személyek többet esznek, ha üres, kevesebbet, ha tele van a gyomruk. A kövéreknél nem talált ilyen összefüggést, sőt, tele gyomorral, valamivel többet ettek.

Egy másik kísérletben a normál súlyú és elhízott vizsgálati személyeknek büntetésképpen enyhe áramütést helyeztek kilátásba. Félelmi helyzetben a normál testsúlyú alanyok kevesebbet, míg a kövérek valamivel többet ettek. E kísérletek alapján Schachter az a következtetést vonta le, hogy a normál testsúlyú személyeknél az evés elkezdéséért és abbahagyásáért a külső és a belső tényezők kölcsönhatása a felelős, a kövéreknél viszont a belső/internális faktorok (gyomormozgás, hiperglikémia) nem jelentősek, sokkal inkább a külső/externális hatások (íz, szag, az idő múlása, vizuális ingerek, stb.) dominálnak.

Nisbett (1968) vizsgálata igazolta, hogy a kövérek esetében a táplálék „külső” tulajdonságai (ízletesség) fontosabb szerepet játszanak az étkezési magatartás szabályozásában, mint a tápérték. Kísérletében a kövérek a jó ízű ételből ették a legtöbbet, és legkevesebbet keserűből, míg a sovány személyek fordítva fogyasztottak. A normál súlyúak mindkét esetben közepén helyezkedtek el.

A külső ingerek (látvány, szag, stb.) hatásának szerepét indirekt módon is igazolták. Yom Kippur napján (hagyományosan szigorú zsidó böjt, 24 órán keresztül tilos enni és inni) a zsinagógában (inger depriváció) több időt töltenek a kövér zsidók, mint a normál súlyúak. (Schachter 1967).

Az éhség és az idő kapcsolatára Schachter és Gross (1967) végzett kísérletet. Ezzel a vizsgálattal a szokások kondicionálására is lehet következtetni. „Gyorsan” és „lassan” járó órák segítségével bebizonyították, hogy a kövérek hajlamosak az óra által mutatott idő alapján éhséget érezni, míg a normál súlyú személyek az óra által mutatott időtől függetlenül, a valóságos időtartamnak megfelelően voltak éhesek vagy sem (idézi Schachter 1967).

Az evés pozitív incentív elmélete szerint, melyet az evolúciós szemlélet is alátámaszt, az evés anticipált élvezete, és az étel vonzó mivolta ösztönöz evésre (Pinel, 2000). Az íz meghatározó szerepet kap az étel incentív értékelésében. Az állatok és az ember is a természetben azokat az ételeket találja leginkább vonzónak, amelyek a túlélést szolgálják. Ezek az ételek általában édes,

és sós ízűek, és a leggazdagabbak energiában, vitaminokban és ásványi anyagokban. Az emberi íz preferenciában tehát nem véletlenül ezek az ízek vannak az első helyeken.

A természetben előforduló keserű anyagok viszont a leggyakrabban mérgezőek, tehát ezek elkerülése szintén evolúciós értékű. Az emberek jelentős részében máig fennmaradt a keserű ízzel kapcsolatos averzió.

Becslések szerint a kövér emberek zsírraktáraiban több mint egy évre elegendő energia tárolódik, de még a normál testsúlyúak is több mint két hónapos tartalékokkal rendelkeznek (Pinel és mtsai 2000).

Az éhségérzetben a tanulás szerepét számtalan kísérlet bizonyítja. A klasszikusok közül is az első a „Pavlov kutyája” féle „klasszikus kondicionálásos” kísérlet, a feltételes kondicionálásos tanulás, amelyet az ember esetében akár „déli harangszó” effektusnak is nevezhetünk: a nyáltermelődés a legtöbb embernél az ebédidő jelzésre akkor is elindul, ha fiziológiai mutatói aktuálisan nem jeleznek éhséget.

Az emberi táplálkozás rendszeres időközönként történik, naponta általában 3-5 alkalommal. A felkészülés az evésre kb. 10 perccel a szokásos időpont előtt megkezdődik, elindul az inzulintermelés, ami a vércukorszintet hirtelen jelentősen csökkenti. Ezt a mintegy 8-10%-os vércukorszint csökkenést éhségként dekódoljuk (Campfield and Smith, 1990).

Az evés befejezését a telítettség motiválja. A telítettség érzését a táplálék mennyiségén kívül minősége befolyásolja, mely szintén evolúciós értékű. Az ún. íz specifikus telítettség a változatos táplálkozást segíti elő. Vagyis bizonyos mennyiség elfogyasztása után egy adott étel vonzereje jelentősen csökken, míg más ételek kíváncsisága nem telítődik. Ezzel biztosítjuk, hogy a különböző zsírokhoz, fehérjékhez, szénhidrátokhoz, vitaminokhoz és ásványi anyagokhoz kellő mennyiségben hozzájussunk.

Az előzetes tapasztalatoknak, a tanulásnak, nem csupán a táplálék felvételére, de az evés befejezésére is hatása van. Az áletetési kísérletek (az állat nyelőcsőjét kivezetik, így nem kerül táplálék a gyomorba) bizonyították, hogy az állat először a korábbi tapasztalatai alapján eszik sokat vagy keveset, és később mindenből egyre többet fogyaszt (Weingarten, 1983).

Természetesen a testsúly és az anyagcsere szabályozásában genetikai faktorok is szerepet játszanak. Ilyen például a zsírsejtek száma, az alapanyagcsere sebessége, stb. A témával részletesen a kórképeknél foglalkozunk.

A fejezet összefoglalása

A táplálkozás a létfenntartás alapja. A táplálkozási viselkedést egyik alapvető szükségletünkön, az éhségen kívül számtalan egyéb pszichológiai és szociális ágens befolyásolja.

A táplálkozási folyamat három szakaszból áll:

Az első az ún. kefalikus fázis, amely külső és belső ingerek hatására felkészíti a szervezetet az evésre. A következő fázis, az abszorpciós szakasz, amelyben az emésztés következtében a véráramba kerülő tápanyagok felhasználódnak, ill. a fölösleg elraktározódik. A harmadik az éhezési szakasz, amikor a korábbi táplálékfelvételtől felhalmozott zsírtartalékokat használja fel a szervezet (Pinel, 2000).

Mindhárom szakasz cirkuláris módon hat a másikra, és mindegyiket biológiai és pszichológiai faktorok egyaránt jelentősen befolyásolják.

A táplálkozás és a testsúly szabályozásában központi és perifériális mechanizmusok vesznek részt, és ezen belül vannak rövid és hosszú távú regulációs rendszerek. A stabilizációs pont (set point) hipotézis szerint a táplálkozási magatartást és a testsúlyt a perifériális és centrális mechanizmusok bonyolult kölcsönhatása szabályozza (Pinel, Assanand and Lehman, 2000; Körner, 2008).

A táplálékfelvételt befolyásoló centrális szabályozásban részt vesznek: a hipotalamusz (kiemelten a ventromediális és a laterális terület), az agytörzsi magvak, a limbikus rendszer (amygdala), valamint az agykéreg frontális területei.

A táplálékfelvételt befolyásoló perifériális mechanizmusok és anyagok:

a jóllakottság jelzései: gyomor teltsége (mechanoreceptorok),
hideg/meleg környezet és fizikai aktivitás hatása
vércukorszint, inzulin, leptin,olecisztokinin (CCK), bombezin, stb.

A periféria és a centrum közötti információk közvetítésében és koordinációjában a nervus vagusnak tulajdonítanak fontos szerepet.

Az táplálkozási magatartást a két ellentétes állapot, az éhség és a jóllakottság,- cirkuláris mechanizmusok révén szabályozza.

A táplálékfelvételt fokozza:

Noradrenalin ($\alpha 2$ -receptor), γ -aminovajsav (GABA), β -endorfinok, neuropeptid Y, peptid YY, galanin, a növekedési hormon releasing hormonja, ghrelin.

A táplálékfelvételt gátolja:

Szerotonin, dopamin, noradrenalin ($\alpha 1$ -receptor), bombezin, CCK, CRH (corticotrop releasing hormon), leptin.

A rövid távú regulációs rendszer a vércukorszintre érzékeny és az aktuális táplálékfelvételt szabályozza. A hosszú távú szabályozó rendszer alapja a vér szabad zsírsavszintje. Ez a testsúly állandó szinten tartását biztosítja.

Mindezen biológiai tényezők mellett az éhség érzetét és a táplálkozási viselkedést számos pszichológiai és szociokulturális faktor is jelentős mértékben meghatározza.

Az evés pozitív incentív elmélete szerint táplálkozásra az evés anticipált élvezete, és az étel vonzósága ösztönöz (Pinel, 2000). Az íz meghatározó szerepet kap az étel incentív értékelésében. Az állatok és az ember is a természetben azokat az ételeket találják leginkább vonzónak, amelyek a túlélést szolgálják. Ezek az ételek általában édes, sós és zsíros ízűek, és a leggazdagabbak energiában, vitaminokban és ásványi anyagokban. Leggyakrabban viszont a természetben előforduló keserű anyagok mérgezőek, ezek elkerülése tehát szintén evolúciós értékű.

A pszichés faktorok közül Schachter (1967) externalitás elméletét érdemes kiemelni, mely szerint a kövér emberek interoceptív érzékelése sérült, belső, fiziológia szükségleteik jelzéseit nem tudják helyesen értelmezni, vagy hajlamosak tévesen dekódolni, ezért étkezési magatartásukat a külső ingerhatások erősebben befolyásolják, mint testük szükségletei.

A táplálkozási magatartás kialakulásában a kondicionálási és modellkövetési tanulási mechanizmusoknak is fontos szerepük van.

Mindezekre ráépül a modern nyugati társadalmak agresszív, fogyasztásra buzdító reklám hadjárata a színes, érdekes, vonzó ingerekkel evésre csábító reklámokkal, melyek épp a legsérülékenyebb, externális meghatározottságú kövéreket ösztönzik táplálkozásra, és sodorják ezzel veszélybe.

3.Normalitás és az abnormalitás problémája a táplálkozási magatartásban

A normális testsúly meghatározása relatíve egyszerű feladat, bár ennek definíciója hosszú évszázadok alatt alakult ki. Mára elég jól körülhatárolt, hogy mit tekintünk normális súlynak. Jelenleg legelterjedtebben az Adolphe Quetelet (1796-1874) belga társadalom statisztikus által bevezetett BMI indexet (ez az angol body mass indexből képzett mozaikszó) használjuk. A BMI-t úgy számoljuk, hogy a testsúly kilogrammban mért értékét elosztjuk a testmagasság méterben megadott értékének négyzetével (kg/m^2).

A pszichopatológia alapproblémája a normális nem normálistól való megkülönböztetése. Mivel a lelki jelenségek valamint a viselkedésminták nem önálló, diszkrét entitások, és szociokulturálisan is meghatározottak, érdemes több dimenzióban és dinamikusan értelmezni ezeket. A mentális zavarok gazdasági-társadalmi-kulturális meghatározottságát bizonyítják a diagnosztikai rendszerek gyors változásai. A betegségek, kórképek egyúttal korképek is. Gondoljunk csak azokra a nagy járványokra, amelyek jellemzőek voltak egy adott korra, de napjainkban eltűntek, vagy csak bizonyos területeken jelentkeznek (tbc, malária, kolera, stb.). A mai epidémiák is az adott korra, területre, populációra jellemzőek (AIDS, allergiák, cukorbetegség, stb.).

A mentális zavarokra fokozottan érvényes az adott kor tünettanra gyakorolt hatása. Vannak kórképek, amelyeket már évszázadokkal ezelőtt leírtak, de a tüneteik azóta jelentősen megváltoztak. Például a téveszmék tartalma és megítélése koronként, kultúránként eltérő. A XIX. században a nagyzasos téveszmék gyakran Napóleonhoz, és más uralkodókhoz kapcsolódtak, ma inkább a földönkívüliekkel való találkozáshoz.

A XX.-XXI. században a szomatikus és a mentális betegségek között is új kórképek tűntek fel, vagy szaporodtak meg. A járványszerűen terjedő új mentális zavarok közé tartoznak az evés- és testképzavarok.

Az egyik ilyen általánosan alkalmazott szemléleti modell az ún. négy D modell, amelynek keretében számos pszichés zavar jól értelmezhető, és ez a modell segít a diagnosztikai klasszifikációban is (Comer, 2000).

Az első D a deviancia

A deviancia első jelentése: eltérés az átlagtól. Ha az evészavar spektrumot statisztikailag értelmezzük, az átlagos/normális táplálkozási magatartás és súly a spektrum közepén helyezkedik el, míg az egyik szélén a ritka/kevés evés és az alacsony súly az anorexiát, a másik véglet a nagyevést és az elhízást jelenti. Közöttük helyezhetők el az átmeneti állapotok, a szubklinikus evészavarok, az evészavarok kevert formái, de ahhoz, hogy az újabb evészavarokat is besorolhassuk (orthorexia, izomdiszmorfia, stb.) egy újabb, minőségi tengelyt is fel kell vennünk. Ugyanakkor gondoljunk az éhezõ szentekre, vagy a társadalmi cél érdekében éhségstrájkoló Ghandira. Mondhatjuk-e ezekről az emberekről, hogy abnormálisak? Nyilvánvalóan nem a válasz.

A deviancia másik értelmezése a normától való eltérés. Itt társadalmi normáról beszélünk, és ezek a társadalmi normák kultúránként jelentősen különbözhetnek, és általában különböznek is. Ebből az következik, hogy az, ami az egyik kultúrában normális, egy másikban kifejezetten abnormális lehet (lásd a szociokultúra fejezetet). Az ideális súly is korszakról-korszakra jelentősen változott, amit az egyik kultúrában szépnek tartottak (pl. a gömbölyded formák a barokkban), azt egy másikban elutasítják (ugyanaz a modern társadalmakban). Mint láttuk, az étkezési magatartással kapcsolatban ez fokozottan érvényes. Az étkezési szokások természeti-társadalmi és kulturális-vallási meghatározottságúak, azt, hogy mit szabad enni, és mit nem, vagy hogyan kell enni, a legtöbb kultúra pontosan előírja. Szélsőséges példa erre kannibalizmus, ami például Európában abnormálisnak számít, de bizonyos természeti körülmények között élő törzseknél még a közelmúltban is elfogadott volt.

A második D a diszfunkcionalitás

A diszfunkcionalitás nagyon fontos kritérium, mely a kognitív-viselkedésterápiában a viselkedésdiagnosztika alapja. Egy viselkedés (egyéb szempontok mellett) akkor válik tünetté, amikor nem szolgálja, súlyosabb esetben gátolja az alkalmazkodást. Az evészavarok fontos kritériuma, hogy a tünetek oly mértékben uralják a személy hétköznapijait, hogy megnehezítik a mindennapi élethez való alkalmazkodást. Ugyanakkor éppen az evészavarban szenvedő betegek jellemző, hogy tüneteiket hosszú időn keresztül annyira képesek eltitkolni, hogy gyakran a közvetlen hozzátartozók sem veszik észre, vagyis többé-kevésbé meg tudnak felelni a hétköznapi kihívásainak.

A harmadik D a distressz (rossz közérzet)

A lelki zavarok jelentős részében talán a distressz a legkönnyebben értelmezhető fogalom. . A rossz közérzet a manifold állapotokat leszámítva szinte valamennyi pszichés betegségénél jelen van, mégsem olyan egyszerű ezt a szempontot sem értelmezni. Gondoljunk csak az anorexiás beteg örömeire, hogy végre talált valamit a saját életében, amit képes kontrollálni. Vagy akár az orthorexiás betegre, aki boldog, hogy végre meglegelte az egészséges élethez vezető igaz utat! És gondolhatunk a bulimiás paciensekre is, aki úgy érzi „büntetlenül bűnözhet”, hiszen a falásnak nem lesz kilókban mérhető következménye.

A negyedik D a Danger (veszélyeztetés)

A danger szintén nehezen értelmezhető szempont a patopszichológiában. Természetesen vannak súlyos pszichotikus állapotok, amikor felmerül, hogy a személy magatartása „ön- és/vagy közveszélyes”, vagyis önmagára, és/vagy másokra veszélyt jelent (pl. depressziós stupor, homicid téveszmék, stb.). a legtöbb lelki beteg azonban sem önmagára, sem környezetére nem jelent közvetlen veszélyt. Ugyanakkor közvetetten gyakran kimutatható az önveszélyeztetés, néha a környezetre való veszélyesség. Gondoljunk az anorexia még ma is közel 10%-os mortalitására, a multiimpulzív bulimiások önkárosító magatartásmódjaira (Túry és Szabó 2000), vagy akár az anabolikus szteroidot szedő izomdisztrófiásokra!

Ellentétként hozhatjuk az éhségstrájkolókat, akik egészségüket tudatosan veszélyeztetik, magatartásukat mégsem sorolhatjuk a pszichés zavarok közé. És gondolhatunk azokra az extrém

sportokat űző személyekre is, akik a szó legszorosabb értelmében rendszeresen életveszélynek teszik ki magukat, mégsem lelki betegek.

Összességében elmondhatjuk, hogy minél több szempontnak megfelel a négy D közül egy adott magatartásmód, annál biztosabban tarthatjuk patológiásnak. Az evés- és testképzavarok jellegzetesen XX-XXI.századi betegségek, a szimptómák rendkívül változatosak és gyorsan változnak, amit a diagnosztikai rendszerek – mint látni fogjuk - csak kis késéssel tudnak követni.

4.Az evészavarok

A táplálkozás, amint azt az előző fejezetben bemutattuk, az emberi élet egyik legfontosabb tevékenysége, és a táplálkozási magatartást az éhségen, mint alapvető szükségleten kívül, számtalan pszichológiai és szociális tényező motiválja.

A szükséglet kielégítését szolgáló viselkedést, az evést ezek a hatások többféle irányba is módosíthatják. Az evészavar spektrum mennyiségi dimenzióinak „mínuszos” végén az anorexia nervosa áll, a pluszos végén az obezitás helyezhető el, míg a bulimia valahol a kettő között foglal helyet. Ezen kívül az ún. minőségi dimenziót is meg kell említeni, amely az emberi táplálkozásra alkalmatlan dolgok evésétől (pica) az egészséges táplálkozás-függő betegségekig (ortorexia nervosa) tart.

A mentális zavarok diagnosztikai rendszerében időben először az anorexia nervosa, majd a bulimia nervosa (DSM-III APA, 1980) jelent meg. Az obezitást, melyet a BNO-10 (WHO 1992) az endokrin, táplálkozási- és anyagcsere betegségek közé sorol, és melyet a DSM rendszer nem tárgyal az evészavarok között, a III. tengelyen, a szomatikus állapot jellemzéseként rögzíthetjük. A DSM-V, amely az előzetes várakozások szerint számtalan változást hoz, e jegyzet írásakor még nem jelent meg, így nem tudni, hogy vajon az elhízást besorolja-e a mentális zavarok közé. Azt azonban valószínűsíthetjük, hogy néhány új evészavar (pl. ortorexia nervosa, izomdisztrófia, stb.) bele fog kerülni.

4.1. Történeti áttekintés

A történeti áttekintés főként Túry Ferenc és Szabó Pál 2000-ben megjelent, a táplálkozási zavarokról szóló első magyar nyelvű összefoglaló munkájára épül, s kibővítettem az azóta eltelt tíz év történeti adataival.

Az anorexiát, mint az étvágy hiányának leírását természetesen már a régi görögöknél is megtaláljuk. A híres görög származású, de Rómában „praktizáló” orvos, Galenosz (vagy latinosan Galenus), az I. században, az anorexiát az önéheztesés okaként jelölte meg.

A önéheztesés orvosi szempontú megközelítéséig hosszú évszázadok vezettek el. A fejlődésnek három jelentősebb fázisa volt (Vandereycken és mtsai 1990, Túry és Szabó, 2000).

Az evészavarok történeti áttekintése

A történeti áttekintés főként Túry Ferenc és Szabó Pál 2000-ben megjelent, a táplálkozási zavarokról szóló első magyar nyelvű összefoglaló munkájára épül, s kibővítettem az azóta eltelt tíz év történeti adataival.

Az anorexiát, mint az étvágy hiányának leírását természetesen már a régi görögöknél is megtaláljuk. A híres görög származású, de Rómában „praktizáló” orvos, Galenosz (vagy latinosan Galenus), az I. században, az anorexiát az önéheztetés okaként jelölte meg.

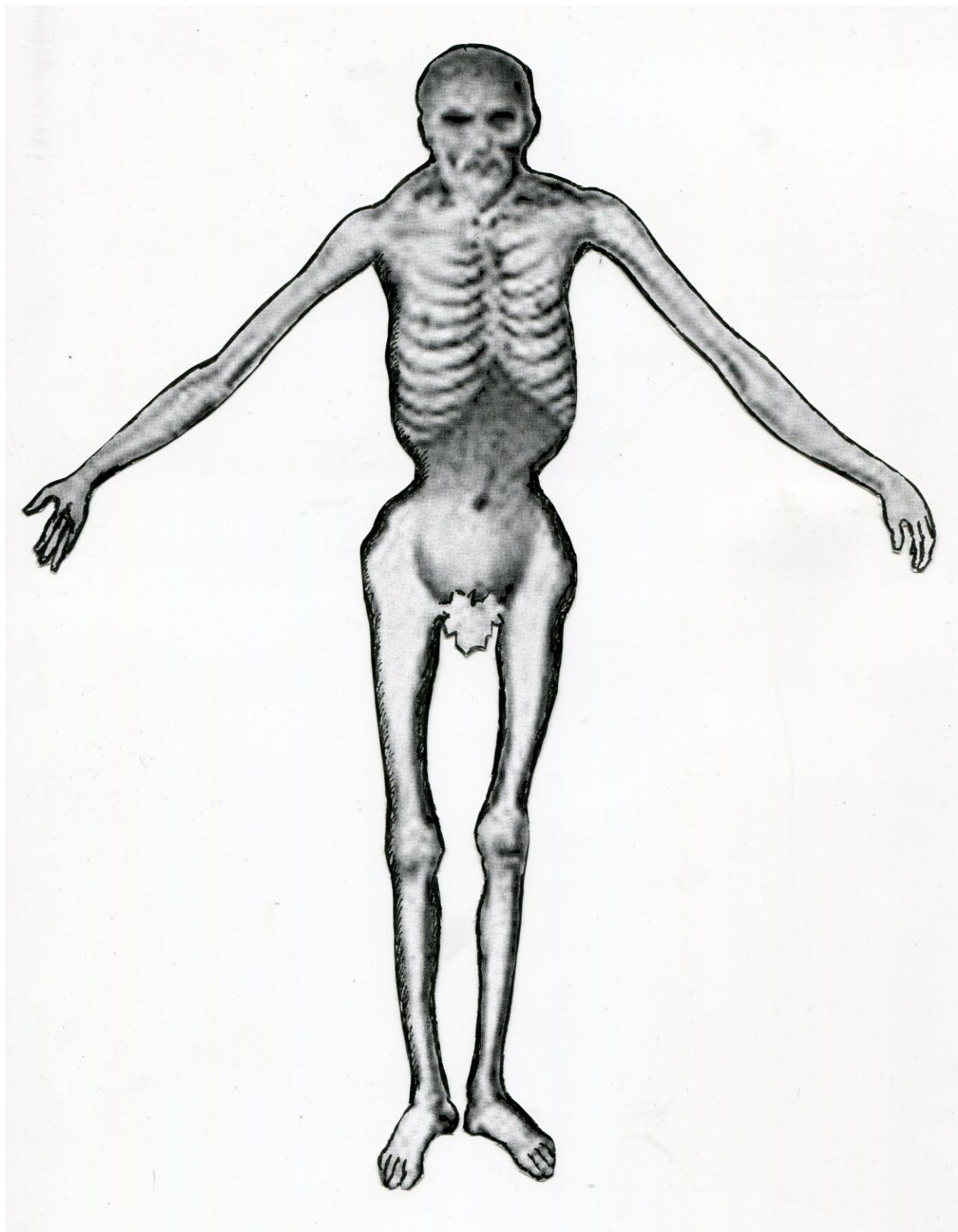
Az önéheztetés orvosi szempontú megközelítéséig hosszú évszázadok vezettek el. A fejlődésnek három jelentősebb fázisa volt (Vandereycken és mtsai 1990, Túry, Szabó, 2000).

Az első fázisban a vallásos motívum dominált. Az éhező szentek a vallási rítusokhoz tartozó böjtöt vitték mennyiségi és minőségi értelemben is túlzásba. Ennek a böjtölésnek a célja saját és mások bűne miatti vezeklés, ill. a megtisztulás, hiszen az ördögűzés egyik hagyományos módja a gonosz kiéheztetése volt. Ez a középkorban, főképpen a XI-XIV. században volt jellemző.

A magyar történelem kiemelkedő alakja, IV. Béla király szent életű leánya, Árpád-házi Margit 28 évesen, teljesen legyengülve halt meg a Nyulak szigetén (ma Margit-sziget), abban a dominikánus kolostorban, amelyben rövid, aszkéta, önsanyargató életét leélte (Kodolányi, 1937).

A XV-XVI. Században a koplalás hátterében egyre inkább az ördög általi megszállottságot, boszorkányságot tételezték fel. Ennek ördögűzés, olykor boszorkányégetés lett a következménye.

A középkor végén azonban az önéheztetést a vallási megközelítéssel párhuzamosan már orvosi jelenséggént - betegség tüneteként - is kezdték értelmezni. Átmenetet képeznek az ún. Éhező művészek, akiknek az éhezés a produkciójuk volt, hiszen csontvázzá fogyott, szinte áttetsző testüket vásári látványossággént, pénzért mutogatták. Egyik nevezetes „élő csontváz” a XVIII-XIX. század fordulóján élt Claude Ambroise Seurat volt, akinek testtömeg-indexe extrém alacsony, 11,1 kg/m² volt (Túry és Szabó, 2000). (25. számú kép)



25.KÉP SEURAT ÉHEZŐMŰVÉSZ
VÁSÁRI MUTATVÁNY

Az éhségsztrájk

Tartalmilag az éhségsztrájkolók az éhező szentekhez hasonlíthatók, mivel ideológiai megfontolásokból, valamely társadalmi, politikai cél elérése érdekében koplalnak. A formát tekintve az éhező művészekkel rokoníthatók, mivel a koplalás nyilvánosságot kap, és ennek különösen a XX-XXI. Században hatásos kommunikatív értéke van. A leghíresebb éhségsztrájkoló, az erőszakmentes politikát hirdető Mohandász Karamcsand Gandhi, ismertebb nevén Mahátma Gandhi ugyan 1943-ban éhségsztrájkjával az angol gyarmatosítókkal szemben célját nem érte el, de néhány évvel később, 1948-ban az indiai vezetőkkel szemben sikert aratott. (Gáthy,1994)

Napjainkban az éhségsztrájk politikai eszközzé, a hatalomra gyakorolt nyomás erőszakmentes módszerévé vált, amellyel a sztrájkolók tiltakozásukat fejezik ki. Ilyen, az utóbbi hónapokban a nemzetközi sajtóban is nyomon követett éhségsztrájk pl. az ukrán Julia Timosenkoé, aki a fogva tartása során elszenvedett bántalmazás miatt tiltakozott, vagy hazánkban a közmédia miatt éhségsztrájkoló televíziós szakszervezet vezetője, de megemlíthetjük a felsőoktatási törvény tervezete ellen tiltakozó szegedi egyetemisták éhségsztrájkját is.

(http://index.hu/kulfold/2012/04/24/ehsegsztrajkba_kezdet_timosenko/

http://index.hu/kultur/media/2011/12/09/lomnici-botrany_ehsegsztrajk_es_tuntetes/

http://index.hu/belfold/2011/10/21/ehsegsztrajkot_kezdték_szegedi_hallgatók/)

Az éhezés medikalizációja - éhezésből diéta

Az anorexia nervosa első orvosi, bár más néven szereplő leírása Mortontól (1689, idézi Túry, Szabó, 2000) származik. Morton leírásának érdekessége, hogy fiatal betegeinél a kóros soványságot és túlzott tanulmányi igyekezetet „ideges felemésztődés”-ként diagnosztizálta. Egyik páciense, egy 18 éves leány meghalt, míg a másik, egy 16 éves fiú, meggyógyult.

Az anorexiás esetleírások száma a XIX.században megnőtt. A kóros soványságot kezdetben az esettanulmányok az akkoriban népbetegségként számon tartott tuberculosissal hozták kapcsolatba. Ez annyiban igaz is lehetett, hogy a legyengült anorexiás betegek esékények voltak, és könnyebben fertőződtek meg tbc-vel.

A XIX. században hisztériás eredetű ételaverziót többen leírtak, de az első mai klasszifikációk szerinti anorexiás esetleírásokat egymástól függetlenül az angol Gull (1873) és a francia Lasagne (1873) adta. (Vandereycken és mtsai 1990, Túry, Szabó, 2000). E tanulmányok szerint nem emésztési zavarról van szó, tehát az étvágyfokozók hatástalanok. A három A-val, mint kiemelt tünettel, anorexia (étvágytalanság), amaigrissement (lefogyás), amenorrhoea (menses hiánya) a szerzők már az anorexia nervosa alaptüneteit sorolják fel. Kezdetben általában „anorexie hystérique” és „anorexie mentale” nevekkkel jelölték a kórképet, tehát hisztériás zavarnak tartották.

A XX.században Simmonds (1914) nyomán az anorexia hátterében hipofízis elégtelenséget feltételeztek, és így átkerült a belgyógyászati-endokrinológiai betegségek közé: a Simmonds kórnak megfelelő endogén cachexiának tekintették (idézi Túry, Szabó, 2000).

Néhány évvel később Berkmann (1930) 117 beteg adatai alapján a klinikai tünettan újraértelmezését adta, s ezzel az anorexia nervosa polgárjogot nyert az orvostudományban.

A pszichoanalízis az anorexiát a neurotikus zavarok közé sorolta, Freud az étvágyat a libidóval azonosította, s az étvágy elvesztése szerinte a libidó elvesztését jelentette. Az étel elutasításában a szexualitás visszautasítását látták, ill. az orális megtermékenyítéssel kapcsolatos fantáziák és félelmek szerepével magyarázták a koplalást (Ferenczi, 1919; Hermann 1987).

A tárgykapcsolat elméletek szerint az anorexia hátterében a szeparáció-individuáció fázisában van az elakadás, vagyis az anorexiás beteg képtelen az autonóm szelf kialakítására (Dévald, 1993).

Az anorexia nervosa tünettanát és terápiáját illetően a következő jelentős lépést Hilda Bruch munkássága jelentette. A koplalás, fogyás, fokozott aktivitás mellett a differenciáldiagnosztika szempontjából fontos alaptüneteket különített el: a testképzavart (amely később más evészavarok legfontosabb tünetévé válik), illetve a beteg saját élete feletti kontroll tekintetében a személyes hatékonyság hiányát, és az eszköztelenség élményét. A diagnosztikai kritériumok pontosítása mellett Bruch a terápia szempontjából is lényeges megállapítása, hogy az anorexiás betegek személyiségfejlődési zavarának hátterében a korai anya-gyerek kapcsolat deficitje, a csecsemő jelzéseinek differenciálatlan értelmezése állhat (Bruch 1966, 1973).

A hazai pszichiátriai szakirodalomban Moravcsik már 1897-ben így ír: "A hysteriások makacs táplálkozásbeli ellenkezését, étvágyhiányát (anorexia) részint hypochondriás téveszmék, részint a tápcső és gyomor érző idegeinek túlingerlékenysége s a garat- és gyomornak csekély behatásra is bekövetkező gyors és görcsös összehúzódása által feltételezett émelygés, undorérzet, hányás és nyelési nehézség idézi elő" (Moravcsik, 1987, idézi Túry és Szabó, 2000, 25. o.).

Ezután hosszú évtizedekig főképpen belgyógyászati közleményekben írtak le mai szemmel anorexia nervosának diagnosztizálható betegeket írtak le.

A hazai pszichiátria, ezen belül az ún. biológiai pszichiátria kiemelkedő alakja, Nyíró Gyula munkatársaival több olyan közleményt jelentetett meg, melyekben anorexia nervosában szenvedők sikeres elektrokonvulzív kezeléséről számoltak be. (Nyíró és mtsai, 1958, 1964)

A nemzetközi szakirodalommal párhuzamosan az 1970-es évektől a betegek számának emelkedését követve exponenciálisan növekszik a hazai szakirodalmi közlemények száma. A belgyógyászok mellett már egyre több a pszichiáter, pszichológus, gyermekgyógyász, gyermekpszichiáter, gyermekpszichológus szerző. Az anorexia egyre inkább lelki zavarként jelenik meg, és kezelésére különböző pszichoterápiás eljárások kidolgozása is elkezdődött (Herman és mtsai, 1973; Popper és mtsai, 1973; Veér és Matuzsinka, 1976) Szemes (1991).

A '80-as évektől az anorexiáról összefoglaló munkák jelentek meg (Vetró és Engels, 1984; Hajnal, 1987; Herman, 1987; Altomare és Riskó, 1989, és a betegség bekerült a belgyógyászati illetve pszichiátriai tankönyvekbe (Schnell, 1989; Pethő, 1989; Szilárd és Vetró, 1990).

A fentiekén kívül az anorexia nervosa különböző kézikönyvekben is helyet kapott, a régebbi és belgyógyászati műveken kívül Böszörményi és Brunecker (1979), Demcsákné (1982), Schnell (1989), Pethő (1989), valamint Vetró, Fedor (1996).könyvfejezetei ide sorolandók.



Az 1990-es évektől sorra jelentek meg az evészavar epidemiológiával kapcsolatos felmérések (Túry és Szabó, Szendrey, 1990; Túry F, Kollár M, Szabó P 1991, Túry 1993, Szabó, 1994; Tölgyes és Nemessúri, 2004, Szumska, 2005; Tölgyes, 2007; Szumska és mtsai 2008).

A XX.század végén, a XXI.század elején a férfiakat is elérték a civilizációs betegségek. Az evés- és testképzavarok egy része az „erősebb” nemet érinti. Már nem csupán a nők kell szépnek lennie, de a férfiaknak is. Megjelent az Adonisz komplexus és az izomdiszmorfia. (26. és 27. számú kép)

26.KÉP HERKULES JACOBUS BOSSIUS 1560 KÖRÜL



27.KÉP ANTONIO CANOVA
VÉNUSZ ÉS ADONISZ 1800
KÖRÜL

Híres anorexiás betegek

Magyar szempontból - a már említett Szent Margiton kívül - a leghíresebb és legérdekesebb eset Ferenc József császár feleségének, Erzsébet királynénak az esete, aki a mai diagnosztikai kritériumok alapján biztosan az anorexia nervosa diagnózist kapná. A Sissiként becézett királyné rendkívül szép volt, undorodott a kövérségtől, félt az elhízástól, ezért állandóan fogyókúrázott, koplalt. Ugyanakkor hiperaktív is volt, rendszeresen és intenzíven sportolt; lovagolt, gyalogtúrázott. (28. számú kép)



28.KÉP WITTELSBACH ERZSÉBET
MAGYAR KIRÁLYNÉ (SISSI) 1837-1898

Kiemelendő tünet, hogy irtózott a szexuális élettől. Egyes életrajz írói szerint önmagát a „kínos kötelezettség” alól kivonandó, ő maga szervezte meg az uralkodónak Schratt Katalinnal való viszonyát. Katalint ugyanakkor mélységesen lenézte, és elhatárolódott tőle, amikor a császári szerető utánózni akarta őt (Hamann, 1990). (29. számú kép)



29 KÉP SCHRATT KATALIN 1853-1940

Egyik híres bökversében így gúnyolódik:

„Úgy véli, ő Titánia,
s ligetben pajzánul szökell,
pedig hiú e mánia:
kövér a Schratt, fogynia kell.”
<http://www.huszadikszazad.hu/>

Az Osztrák-Magyar Monarchiában élt író, Franz Kafka is az anorexiás hírességek közé sorolható. Fichter (1998) elemzése szerint Kafka atípusos anorexiában szenvedett. A rendkívül sovány, aszkéta életmódot folytató, vegetáriánus diétát tartó, szorongó, szexuális problémákkal küzdő személyiség a hiperaktivitást leszámítva szinte minden mai diagnosztikai kritériumnak megfelel. Maximalista volt, teljesítményét szigorú kritikával mérte, állandó kétségek, szorongás, pszichoszomatikus tünetek gyötörték. Életében csak néhány műve jelent meg, és hagyatékában írásainak megsemmisítését kérte, amit szerencsére nem hajtottak végre.

A XX. század végének egyik legkedveltebb személyisége, a brit trónörökös felesége, Lady Diana is a leírások szerint életének egy szakaszában faló-purgáló típusú anorexia nervosában, ill. később bulimiában szenvedett (Seward, 2001).

A bulimia nervosa

A bulimia jellegzetesen posztmodern, XX-XXI. századi betegség. Természetesen, ahogy annyi mindent, Hippokratész már az i.e. V. században leírta a boülimoszt, amely abnormálisan nagy étvágyat jelentett (boüsz ökör, limosz étvágy). Magyarul inkább a „farkaséhség” találóbb kifejezés. Galenosz a II. században a rómaiaknál írt le bulimiás tüneteket. Akkoriban az önhánytatás utáni további falás a római lakomák jellemzője volt, mely nem járt büntudattal. A cél, az élvezet növelése, a hedonista életfelfogás része volt, ezért ez a viselkedés nem feleltethető meg pontosan a mai bulimia nervosa egyik típusának sem. (Vandereycken és mtsai 1990, Túry, Szabó, 2000).

A XIX. századig sporadikus esetismertetések jelentek meg hyperphagiás személyekről, akik közül néhányan a falásroham után hánytak is, és titkolták ezeket az epizódokat. Ezek a zavarok már megfeleltethetők a mai bulimia nervosa kritériumainak.

Az evészavarok az 1960-as évektől fokozatosan önálló, más mentális vagy testi betegségtől elkülönített tünet együttesé váltak. Hilda Bruch (1973) szerepét fontos kiemelni, aki megfigyelte, hogy anorexiás betegeinek mintegy negyede bulimiás tüneteket is mutat, illetve leírta az ún. a sovány-kövérséget.

Beumont és munkatársai (1976) az anorexia nervosan belül elkülönítették a diétázó és a hányó-purgáló alcsoportokat. Az áttörést, a bulimia nervosa önálló betegséggé válását Russel 1979-es közleménye hozta, amelyben 30 beteg tüneteinek szisztematikus elemzését adta. A közlemény hatására a következő évben megjelenő DSM-III-ban (APA, 1980) a bulimia nervosát mint önálló nozológiai egységet tárgyalták.

Az első hazai beszámolók mintegy tíz évvel később, az 1980-as évek végén jelentek meg. A szerzők egy része a mai napig az evészavarok vezető kutatója (Altomare és Riskó, 1989; Pethő, 1989; Tölgyes és Simon, 1989; Simon és Tölgyes, 1990; Túry és Szabó, 1989; 1991).
Evés- és testképzavar típusok megjelenése időrendi sorrendben (Szumska és mtsai 2008):

1873: anorexia nervosa
1886: diszmorfofóbia
1979: bulimia nervosa
1992: falászavar (binge eating disorder)
1993: izomdiszmorfia (inverz anorexia)
1997: orthorexia nervosa (egészségesétel-függőség)
2000: testzsírfóbia (testépítő típusú evészavar)
2005: purgáló zavar

A fejezet összefoglalása

Az evészavaroknak hosszú története van, mely történet fontos része a kor, amelyben formát ölt. A táplálkozási magatartás és a szépségeszmény jelentősen kultúrafüggő, ezért az evés és testkép zavarai pontosan leképezik az adott történelmi kort. Az evészavarok a posztmodern kor betegségei, melyekre korlátozottan érvényes az abnormalitás „négy D”-s szabálya. (például éhségsztrájk)

A betegség története az ókorra nyúlik vissza. Galénosz az I. században az anorexis-t, mint az étvágy hiányával járó betegséget írta le. Ezután évszázadokig háttérbe szorult az orvosi szemlélet. A középkorban az önéheztesztelés vallásos motívuma került előtérbe, az éhező szentek (pl. Szent Margit) a vallási rítusokhoz tartozó böjtölést vitték végletekig valamely vallási eszméhez kapcsolódva.

A vallásos megközelítésben máskor az extrém koplalást az ördög általi megszállottságnak is tekintették.

A középkor végén jelentek meg az ún. éhezőművészek, akik extrém koplalásukat, ill. annak eredményeként létrejött csontvázszerűségüket vásári mutatványként árulták.

Az orvosi szemlélet a XVII. században került ismét előtérbe, Morton ideges felemésztődésként írta le a kóros soványságot és túlzott tanulási igyekezetet.

A mai klasszifikációnak megfelelő esetleírások Gull (1983) és Lasagne (1983) nevéhez fűződnek, akik egymástól függetlenül közölték anorexiás betegek tünettanát.

A XX. században a szomatikus medicina oldaláról először endogén cachexiaként került az orvostudományba. A pszichoanalízis már neurotikus zavarként kezelte, és az étvágy elvesztésében a libidó elvesztését látták. A betegség ekkor még sporadikusan fordult elő ebben az időben, s csak az 1960-as években kezdődött az evészavarok „világkarrierje”, ami az '90-es évek végére a fejlett világ járványa lett.

A bulimiát már szintén leírták az ókorban (mint ökor étvágyat), de a falásroham - önhánytatás nem járt szorongással, büntudattal, illetve nyilvános volt, így nem feleltethető meg a bulimia nervosának.

A XIX. században sporadikus esttanulmányok jelentek meg hiperfágiás betegekről, akik falásroham után hánytak, és titkolták ezeket az epizódokat, tehát megfeleltek a mai diagnosztikai kritériumoknak.

Az evészavarok tünettanának leírásában Hilda Bruch szerepe (1973) kiemelendő, aki leírta a falás-purgálás megjelenését anorexiában, és a sovány-kövértség jelenségét.

A XX. század végén korra jellemző kórképek a száma szaporodott, megjelentek új evés- és testképzavarok: a falászavar (binge eating disorder), az izomdiszmorfia (inverz anorexia), az orthorexia nervosa (egészségesétel-függőség), a testzsírfóbia (testépítő típusú evészavar), és a purgáló zavar.

4.2. A diagnosztikai kritériumok története

Az evészavarok diagnózisa az anorexia nervosa tünettáblájának szisztematikus leírásával kezdődött. Később pontosították a tüneteket, majd ebből differenciálódott a bulimia. Ezt követően egyes fontos tünetcsoportok mentén (diétázás vagy testképzavar, stb.) az eredeti diagnosztikai kategóriából új szindrómák kezdtek körvonalazódni, s kiválni. A diagnosztikai kritériumok történeti áttekintése azért fontos, mert az utóbbi lassan három évtizedben ezek többször és sokat változtak. Ezen időszak alatt a kutatások során a szakemberek mindig az aktuálisan érvényben lévő DSM, ill. BNO kategóriákkal dolgoztak, tehát ahhoz, hogy az eredményeket össze tudjuk hasonlítani, figyelembe kell vennünk, hogy az egyes közlemények szerzői milyen tünetegyüttesek alatt milyen szindrómát értenek.

4.2.1. Anorexia nervosa

Az anorexia nervosa kritériumai Feighner és munkatársai (1972) szerint

1. A betegség a 25. életév előtt kezdődik.
2. Nagymértékű lesoványodás, a testsúly több mint 25%-ának elvesztése.
3. Az evésre, táplálékra, vagy súlyra vonatkozóan hibás, nem korrigálható beállítottság, mely éhség, könyörgés, erőszak vagy fenyegetés ellenére is fennáll.

Ez alatt értendők:

3. a. A betegség eltitkolása, a szükséges kalóriaszükséglet rossz megítélése.
 3. b. A testsúly csökkenésekor érzett öröm, illetve a táplálék elutasításakor érzett öröm kifejezésének jelei.
 3. c. Extrém karcsú ideál, illetve annak kifejezése, hogy ezen ideálra hasonlítani akar. Ha ezt elérte, meg akarja tartani.
 3. d. Szokatlan étkezési szokások.
4. Nincs olyan organikus betegség, mellyel a lesoványodás magyarázható volna.
 5. A lesoványodás hátterében semmilyen más pszichiátriai kórforma nem igazolható. (Különösen endogén depresszióra, szkizofréniára, kényszerneurozisa, fóbiás neurozisa kell figyelnünk. Bár kényszeres és fóbiás tünetek az anorexia nervosa során is gyakran megfigyelhetők, ezek a kényszer- vagy fóbiás neurozisa diagnózisának felállításához nem elegendőek.)
 6. A fentiek mellett a következő hat tünet közül legalább kettőnek jelen kell lennie:
 - amenorrhoea
 - lanugoszőrzet - száraz, szürke bőr, reverzibilis hajhullás
 - bradycardia
 - periodikus testi hiperaktivitás
 - égő éhségérzés bulimiás fázisokkal
 - hányás (esetenként önhánytatás) - krónikus obstipatio, esetenként hashajtó abusus.

Ebben a Feighnerék által kutatásokhoz ajánlott kritériumrendszerben a tünetek között szerepelnek a bulimiára jellemző – falás, purgálás – szimptomák is, azaz eszerint az anorexia nervosa diagnózisa megengedi a faló-purgáló epizódokat.

Purgáló (bulimiás) típus

1. A betegek erős és ellenállhatatlan túlevési késztetéstől szenvednek.
2. Önhánytatással, hashajtókkal vagy mindkét módon megpróbálják elkerülni az étel hizlaló hatását.
3. Betegesen félnek az elhízástól.

Ez a kritériumrendszer az alapja a DSM-III-ban (APA, 1980) már önálló nozológiai egységként megjelenő bulimia nervosa diagnosztizálásának. Ekkor azonban, mint látni fogjuk, az bulimiás epizód még mindig lehet az anorexia részjelensége, ilyen esetekben bulimarexiáról beszélhetünk.

Az anorexia nervosa kritériumai a DSM-III (APA, 1980) szerint

- A. Intenzív, a testsúlyvesztés előrehaladásával nem csökkenő félelem az elhízástól.
- B. A testkép zavara, például a kóros lesoványodás ellenére ragaszkodás a kövérség érzéséhez.
- C. Az eredeti testsúly legalább 25%-ának elvesztése, vagy 18 éves kor alatt a növekedési táblázatból számítható testsúly legalább 25%-ának elvesztése.
- D. Annak a visszautasítása, hogy a testsúly az életkorhoz és a testmagassághoz viszonyítva a minimális érték fölött legyen.
- E. A súlyvesztést nem okozhatja ismert testi betegség.

A legfontosabb diagnosztikai szempontok: a testsúly minimálisan 25%-ának elvesztése, a testképzavar, és a félelem az elhízástól. A diagnózis felállításához megkívánja testsúly negyedének elvesztését, s ezzel a szubklinikus zavarokat még kizárja.

Az anorexia nervosa kritériumai a DSM-III-R (APA 1987) szerint

- A. Az elhízástól való intenzív félelem még soványság esetén is.
- B. A testsúly és az alak észlelésének zavarai: a beteg még veszélyesen lefogyva is túl kövérnek érzi magát, meggyőződése, hogy valamely testtája túl kövér.
- C. A beteg tiltakozik az ellen, hogy testsúlya korának és testmagasságának megfelelő legyen, ennek következtében súlyvesztés lép fel, amely a testsúlynak az elvárthoz képest legalább 15%-os csökkenéséhez vezet; a pubertás alatti súlygyarapodás elmarad és a testsúly legalább 15%-kal az elvárt érték alatt marad.

D. A nőknél legalább három egymást követő menstruáció kimarad (primaer és secundaer amenorrhoea).

Fontos változások: lazult a testsúlyvesztéssel kapcsolatos feltételrendszer, már 15%-os súlycsökkenés is elég a diagnózishoz. Bekerült viszont egy új, a szexuális funkcióval kapcsolatos kritérium, a menstruációs ciklus felborulása.

Az anorexia nervosa kritériumai a DSM-IV (APA 1994), és DSM-IV-TR (APA, 2000) szerint

A. A korhoz és testmagassághoz viszonyított minimális testsúly tartásának visszautasítása, például súlyvesztés, mely a testsúlynak az elvártnál legalább 15%-kal kisebb testsúly fenntartásához vezet; vagy a testi fejlődés időszaka alatt az elvárt súlygyarapodás olyan szintű elmaradása, amely az elvártnál legalább 15%-kal alacsonyabb testsúlyt eredményez.

B. A súlygyarapodástól, vagy az elhízástól való intenzív félelem még soványság esetén is.

C. A saját testsúly vagy alak észlelésének zavara, a testsúly vagy alak túlzott befolyása az önértékelésre, vagy az aktuális alacsony testsúly veszélyességének tagadása.

D. Nőknél legalább három egymást követő menstruációs ciklus hiánya, ha a ciklus egyébként elvárható lenne (primaer vagy secundaer amenorrhoea). (Egy nő amenorrhoeásnak tekinthető akkor is, ha mensese csak kívülről adagolt hormon, például ösztrogén hatására van.)

Jelölendő a típus:

Restriktív típus: az anorexia nervosa epizódja alatt a személynek nincsenek ismétlődő falásrohamai és purgáló viselkedésformái (önhánytatás, hashajtók, diuretikumok használata, beöntés).

Purgáló (bulimiás) típus: az anorexia nervosa epizódja alatt a személynek ismétlődő falásrohamai vannak és purgálja magát.

Az anorexia nervosa kritériumai a BNO-10 (WHO 1992) szerint

A. A testsúly az ideálisnál legalább 15%-kal kisebb (a súlyhiány vagy fogyás következménye, vagy ki sem alakult testtömegre utal), vagy a Quetelet-féle testtömegindex $17,5 \text{ kg/m}^2$, illetve ennél kisebb. A serdülő páciensek a növekedés során nem mindig érik el a kívánt testsúlyt.

B. Szándékos fogyás, melyet részint a zsíros ételek kerülése, részint az alábbi viselkedésformák valamilyen kombinációja jellemez: intenzív testgyakorlás, önhánytatás, hashajtás, étvágycsökkentők szedése, vizelethajtók használata.

C. A testséma zavara meghatározott pszichopatológiai képet mutat: rettegés a kövérségtől, a nem megfelelő testarányoktól való félelem 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 nőknél amenorrhoea formájában, férfiaknál a szexuális érdeklődés csökkenésében és potenciazavarban jelentkezhethet (kivételt képeznek azok, akik hormonális szubsztitúcióban részesülnek, pl. fogamzásgátló tablettát szednek). A növekedési hormon és a kortizol szintje emelkedhet, illetve 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 késleltethető.

A DSM-IV-ben fontos újdonság az anorexiás esetek két altípusának megkülönböztetése: az kopláló aszketikus restriktív, és a hedonisztikusabb faló-purgáló anorexiás típus.

A BNO-10 rendkívül részletes tüneti leírást ad, a százalékos súlyvesztésen kívül a BMI-hez köti (Quetelet-féle Body Mass Index - testtömeg index= $\text{testsúly}/\text{testmagasság}^2$ négyzete, melynek normál tartománya: 20-25kg/m²). Nem különít el altípusokat.

A bulimia nervosa mint önálló szindróma a DSM-III-ban jelent meg először (APA, 1980).

4.2.2.A bulimia kritériumai a DSM-III (APA, 1980) szerint

A. Falásrohamok ("binge"-ek) ismétlődő epizódjai (nagy mennyiségű táplálék gyors elfogyasztása rövid, rendszerint két óránál kevesebb idő alatt).

B. Legalább három feltétel teljesülése a következők közül:

1. A falásroham során magas kalóriatartalmú, könnyen emészthető táplálék fogyasztása.
2. Az epizód rejtetten, titkoltan zajlik.
3. A falási epizódok hasi fájdalommal, alvással, vagy önhánytatással érnek véget, vagy Azzal, hogy valaki megzavarja a beteget.
4. Súlycsökkentésre irányuló ismételt kísérletek történnek szigorú diétával, önhánytatással vagy hashajtók, vizelethajtók alkalmazásával.
5. Gyakori testsúlyingadozások, melyek a váltakozó túlevések és koplalások során 10 fontnál (kb. 4,5 kg) nagyobbak.

C. A beteg tudatában van annak, hogy evési szokása abnormis, és attól fél, hogy nem lesz képes akaratlagosan abbahagyni az evést.

D. A falásrohamok után depressziós hangulat és önvádolások.

E. A falási epizódok nem következményei anorexia nervosának, vagy bármely ismert testi betegségnek.

Russell (1985) tovább finomította és szigorította a bulimia nervosa kritériumait:

- A beteg igen sokat aggodalmaskodik az étel miatt és túlevési epizódjai vannak.
- A beteg az elfogyasztott étel hizlaló hatását önhánytatással, hashajtókkal vagy időszakos koplalással próbálja kiküszöbölni.
- Specifikus, az anorexia nervosáéval egyező pszichopatológia észlelhető.
- A betegnek volt nyilvánvaló vagy szubklinikai anorexia nervosás epizódja.

A következő diagnosztikai kézikönyvben, a DSM-III-R-ben (APA, 1987) a két nagy evészavar kategória már ezek figyelembe vételével jelentős módosításokkal jelent meg: mind az anorexia nervosa, mind a bulimia nervosa önálló nosológiai egységet képvisel.

A bulimia nervosa kritériumai a DSM-III-R (APA 1987) szerint

A. Falásrohamok ismétlődő epizódjai (nagy mennyiségű étel gyors elfogyasztása).

B. A falásrohamok alatt az evés fölötti kontroll hiányának érzése.

C. Rendszerint önhánytatás, hashajtók vagy vizelethajtók használata, szigorú diéta vagy koplalás, erős testedzés a hízás megelőzése céljából.

D. Legalább három hónapon át minimálisan heti két falási epizód.

A kritériumok egyszerűsödtek és szigorodtak. A heti két falási epizód feltételének beiktatása a szubklinikus zavarok kizárását is lehetővé tette. Ugyanakkor ezen kritérium rendszer alapján a bulimarexia két diagnózist is kap; anorexia és bulimia nervosa. A megoldást a ma is használatos DSM-IV (APA, 1994), és a lényegileg ennek megfeleltethető, az Európában, így Magyarországon is a klinikumban használt BNO-10 (WHO, 1992) kategorizáció adta meg. Mivel a kutatásokban a BNO klasszifikáció kevésbé használt diagnosztikai rendszer, ennek változásait részletesen nem ismertetem, csupán a betegellátásban jelenleg használt diagnosztikai kritériumokat mutatom be.

A bulimia nervosa kritériumai a DSM-IV és a DSM-IV-TR (APA 1994, 2000) szerint

A. Visszatérő falási epizódok. A falási epizódra mindkét alábbi pont jellemző:

1. Adott (például kétórányi) időtartam alatt olyan mennyiségű étel elfogyasztása, amely biztosan több mint amennyit a legtöbb ember megezne hasonló időtartam alatt és hasonló körülmények között.
2. Az epizód alatt jellemző az étkezés feletti kontrollvesztés (pl. olyan érzés, hogy nem tudja abbahagyni az evést, vagy nem tudja kontrollálni, hogy mit és mennyit eszik).

B. A súlygyarapodás megakadályozása érdekében ismétlődően alkalmazott kompenzáló viselkedésformák, mint önhánytatás, hashajtók és vizelethajtók használata, beöntéssel, vagy más módszerekkel való visszaélés, koplalás, vagy túlzott testgyakorlás.

C. Mind a falás, mind a kompenzáló viselkedésformák hetente legalább kétszer és legalább három hónapon át jelentkeznek.

D. Az önértékelést túlzottan befolyásolja a test alakja és súlya.

E. A zavar nem kizárólag az anorexia nervosa epizódja alatt jelentkezik.

Jelölendő a típus:

Purgáló típus: a bulimia nervosa aktuális epizódja alatt a beteg rendszeresen foglalkozik önhánytatással, hashajtók és vizelethajtók használatával, vagy beöntéssel.

Nem purgáló típus: a bulimia nervosa aktuális epizódja alatt a beteg nem használ purgáló viselkedésformákat (önhánytatást, hashajtókat és vizelethajtókat, beöntést), hanem a kompenzáló viselkedés egyéb formáit (például koplalás vagy túlzott mértékű testgyakorlás) alkalmazza.

A bulimia nervosa kritériumai a BNO-10 (WHO 1992) szerint

A. A beteg állandóan az evéssel foglalkozik és az ételek iránt ellenállhatatlan vágyat érez; falásrohamai vannak, melyek során rövid idő alatt hatalmas mennyiségű ételt fogyaszt el.

B. A beteg az ételek hizlaló hatását a következő módszerekkel próbálja elkerülni: önhánytatás, hashajtóhasználat, koplalás, étvágycsökkentő gyógyszerek, pajzsmirigyhormon-készítmények, vizelethajtók szedése. A diabetes mellitusban szenvedő elhanyagolja az inzulin adagolását.

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

A bulimia diagnózisában a DSM-IV finomít a feltételeken (ez marad a DSM-IV-TR-ben is), és megkülönböztet purgáló illetve nem purgáló típust. A nem purgáló típus differenciálendő a később megjelenő Binge Eating Disordertől (BED – túlevéses vagy falászavar).

A BNO-10 lényegében megfeleltethető a DSM-IV kritériumainak, de itt sincsenek altípusok, valamint megfelel a klinikai tapasztalatoknak, miszerint az anorexia nervosa gyakran a bulimia nervosa előállapota.

A 80-as évek végén leírták a bulimia multiszimptomatikus változatát, melynek gyakorisága a 90-es években ugrásszerűen emelkedett. Ennek a szindrómának az a jellemzője, hogy a bulimiás

tünetek kombinálódnak az impulzuskontroll zavarának tüneteivel (gyakran kimerítik a borderline személyiségzavar diagnosztikai kritériumát).

A multiimpulzív (multiszimptomatikus) bulimia kritériumai Lacey és Evans (1986) szerint

1. A bulimia egy vagy több jelenséggel társul a következők közül:
 - nagymértékű alkohol abusus
 - "utcai" drogok abusus
 - többszöri drogtúladagolás
 - ismételt önkárosítás
 - szexuális gátlástalanság
 - bolti lopás
2. Mindegyik fenti viselkedésforma a kontrollvesztés érzésével társul.
3. Mindezek a viselkedésformák fluktuálhatnak, továbbá felcserélődhetnek és impulzívak.
4. A beteg érzései: depresszió és intenzív düh, amelyek akkor is megnyilvánulnak, amikor viselkedését kontrollálni képes.

Az 1980-as évektől folyamatosan újabb evés- illetve testképzavarok differenciálódtak. Ezek közé tartozik a falászavar, az inverz anorexia (izomdiszmorfia), a testépítő típusú evészavar, a nem hagyományos női nemi szerep, az apotemnofilia, a night eating disorder, stb. Jelenleg ezek a zavarok legtöbbször evészavar MNO (máshol nem osztályozott), diagnózist kapnak.

4.2.3. Evés-és testképzavarral kapcsolatos új szindrómák

A falászavar

A falászavar viszonylag későn vált le a bulimiáról. Hosszú viták folytak arról, hogy különbözik-e a bulimia nem purgáló típusától (Spitzer, Devlin és Walsh, 1991; Fairburn, Welch és Hay, 1993), ezért a DSM-IV-be nem, csak a hat évvel később megjelent módosított változatba, a DSM-IV-TR-be (APA, 2000) került be először javasolt evészavar szindrómaként. A magyar szakirodalomban falási zavarként, túlevéses zavarként, és falászavarként említik.

A falászavar ("binge eating disorder") ajánlott kritériumai a DSM-IV-TR (APA, 2000) szerint

A. Visszatérő falásrohamok, amelyeket a következők jellemeznek:

1. Meghatározott idő (például 2 óra) alatt olyan mennyiségű étel elfogyasztása, ami meghaladja azt, amit az emberek többsége hasonló idő alatt és körülmények között elfogyaszt.
2. A falásrohamok alatt kontrollvesztés érzése.

B. A falásrohamokat az alábbiak közül legalább három jellemzi:

1. Szokásosnál sokkal gyorsabb evés.
2. Evés kellemetlen telítettség érzésig.
3. Nagy mennyiségű étel elfogyasztása éhségérzet nélkül.
4. Magányos evés a nagy mennyiségű étel elfogyasztása kapcsán érzett szégyen miatt.
5. A túlevések után megjelenő bűntudat, undor, lehangoltság.

C. Jelentős distressz a falásrohamokra vonatkozólag.

D. A falásrohamok hat hónapon keresztül átlagosan legalább hetente két napig jelennek meg

E. A falásroham nem társul rendszeres kompenzáló viselkedéssel.

Fontos elkülönítési feltétel a bulimia nervosától, hogy a betegnek nincsenek a túlevést kompenzáló stratégiái, ezért a falászavarban szenvedők jelentős része elhízott. (Mannucci, 2007).

Mintha az utóbbi években a bulimia tünetei disszociálódtak volna. A falászavar mellett megjelent egy új, csak purgáló tüneteket mutató zavar, a falásrohamok nélküli purgáló viselkedés. Még nem új nosológiai kategória.

Purgáló zavar

A purgáló zavarban szenvedő személyeknek nincsenek falásrohamai, mégis aggódnak a testsúlyuk miatt, ezért már kis mennyiségi étel elfogyasztása után is meg akarnak szabadulni a bevitt kalóriáktól, hánytatják magukat, vagy hashajtókat, vízhajtókat szednek. Vitatott, hogy önálló kórkép-e, vagy az anorexia, esetleg a bulimia nervosa altípusa (Keel és mtsai 2005, 2009).

A purgáló zavar ajánlott diagnosztikai kritériumai (Keel és mtsai 2009)

- A. A testsúly és az alak megtartása érdekében visszatérő purgálás, mely önhánytatással, illetve hashajtók, vízhajtók, és beöntések indokolatlan alkalmazásával történhet.
- B. A páciens három hónapon át átlagosan legalább hetente egyszer végez purgálást.
- C. Az önértékelést a testalak és a testsúly indokolatlanul erősen befolyásolja, és igen erős a súlygyarapodástól és elhízástól való félelem. .
- D. A purgálás nem kötődik igazi nagy falásrohamokhoz.
- E. A purgálás nem kizárólag anorexia, vagy bulimia talaján alakul ki.

Néhány még újabb evés- illetve testképzavar, mely a jelenlegi diagnosztikai rendszerekben atípusos vagy MNO (máshova nem osztályozott) diagnózist kap:

Orthorexia nervosa

Időben az első ilyen a Bratmann (1997) által leírt, először önmagán diagnosztizált evészavar, mely a táplálkozással kapcsolatos faktorok minőség tengelyén helyezhető el. A problémát az étel mennyisége helyett (sok versus kevés) az ennivaló minőségével, „egészségességével”

kapcsolatos kóros magatartásmódok jelentik. Bratman és Knight (2000) pontosította ugyan a zavar kritérium rendszerét, de jelenleg egyik nosológiai rendszerben sincs önálló betegségként feltüntetve.

Az orthorexia nervosa kritériumai Bratman és Knight (2000) szerint

- Az idő nagy részét (naponta több mint három óra) az étellel kapcsolatos gondolatok, a bevásárlás, az egészséges étel elkészítése tölti ki.
- Fölényesség érzése másokkal szemben, akik másképpen táplálkoznak.
- Az egészségesnek tartott étrend merev követése, illetve a diéta áthágása esetén kompenzáló korlátozások bevezetése.
- A diéta betartásának sikeressége az önértékelést intenzíven befolyásolja; ellenkező esetben bűntudat és önmegvetés alakul ki.
- A személyes értékek, kapcsolatok, a korábbi élvezetes tevékenységek és a fizikai egészség háttérbe szorul, az élet központi tényezőjévé az evés válik.

Testdiszmorfiás zavar

A test észlelésének zavarát, mint központi tünetet dysmorphophobiaként Morselli írta le először (Morselli 1886, idézi Túry Szabó 2000). Száz évvel később monoszimptomás hipochondriás pszichózisként osztályozták (Munro, 1988), majd a DSM és a BNO rendszer egyaránt a szomatoform zavarok közé sorolta, azzal a különbséggel, hogy míg ez előbbiben önálló szindrómaként szerepel, addig a BNO-ban a hipochondriázis egyik megnyilvánulási formájaként kategorizálják. A diszmorfia (dysmorphia) görög eredetű szó, alaki elváltozást, torz alakot jelent.

A testdiszmorfiás zavar (diszmorfofóbia) diagnosztikai kritériumai a DSM-IV szerint (APA, 2000)

- a. A küllem valamely képzelt defektusával való foglalkozás. Ha valamilyen enyhe fizikális anomália valóban jelen van, a személy aggodalma nyilvánvalóan túlzott.
- b. A defektussal való állandó foglalkozás klinikailag jelentős szenvedést vagy a szociális, munkahelyi, illetve más fontos funkciók romlását okozza.
- c. A defektussal való állandó foglalkozás nem magyarázható jobban más mentális zavarral (például a test alakjával és a testsúllyal kapcsolatos elégedetlenség esetén anorexia nervosával).

Az izomdiszmorfia (inverz anorexia)

A klasszikus evészavarok a férfiakat kevésbé érintetik (az összes anorexiás és bulimiás betegnek csak 2-10%-a férfi), ezért a kutatások zöme a nőket és a karcsúság ideált érintette. A férfiak testkép zavarainak vizsgálata az utóbbi évtizedekig elhanyagolt terület volt. Az első tanulmányokban a testüket csenevésznek látó, és ennek kompenzálására kényszeresen testedző, anabolikus szteroidokkal való abúzusra hajlamos férfiak betegségeként a testdiszmorfiának egy speciális változatát, az izomzattal, testfelépítéssel való elégedetlenségként írták le (Pope és mtsai 1993, Pope és Hudson, 1996). A kezdetben inverz anorexia, majd bigarexia nervosa elnevezés

után Pope és munkatársai a testdiszmorfiával való rokonság miatt az izomdiszmorfia elnevezést javasolták az alábbi diagnosztikai kritériumok szerint.

Az izomdiszmorfia javasolt diagnosztikus kritériumai (Pope et al. 1997)

1. A személy túlzottan sokat foglalkozik azzal a gondolattal, hogy teste nem eléggé szikár és izmos. A jellemző társult viselkedések magukban foglalják az órákig folytatott súlyemelést és az étrendre fordított túlzott figyelmet.
2. Az aggodalmaskodás klinikailag jelentős distresszt, vagy romlást okoz a társas kapcsolatokban, a munkában, vagy az élet más fontos területein, amelyet a következő négy kritérium közül legalább kettő jelez:
 - a. Az egyén gyakran felad fontos társas, munka, vagy rekreációs tevékenységeket, mert kényszeres szükségét érez, hogy betartsa edzési és étkezési menetrendjét.
 - b. Az egyén kerül az olyan helyzeteket, amelyekben teste ki van téve mások tekintetének, illetve ilyen helyzeteket csak jelentős distresszel vagy szorongással vállal.
 - c. A testméret vagy az izomzat elégtelensége miatti aggodalmaskodás klinikailag jelentős distresszt vagy romlást okoz a társas kapcsolatokban, a munkában, vagy más fontos téren.
 - d. Az egyén folytatja az edzést, és a speciális étkezést, esetleg ergogén (teljesítménynövelő) szereket is használ, annak ellenére, hogy tudomása van a nemkívánatos testi és lelki következményekről.
3. Az aggodalmaskodás és a viselkedések elsődleges központja az, hogy a személy túl kicsinek vagy elégtelen izomzattal rendelkezőnek tartja magát. Ez elkülöníthető mind az anorexia nervosában észlelhető kövérségtől való félelemtől, mind a testdiszmorfiás zavar más formáiban a külső megjelenés egyéb szempontjai miatt fennálló aggodástól.

A testépítő típusú evészavar

A testépítő típusú evészavar a legújabb nőkre jellemző testképzavar, melyet Gruber és Pope (2000) zsírfóbiaként definiált, és a diagnosztikai kritériumokat az alábbiakban határozták meg.

A „testépítő típusú evészavar” tervezett diagnosztikus kritériumai (Gruber – Pope, 2000)

1. A test zsírtömegének egészséges (nőkben a normális menstruációs ciklushoz szükséges) szinten való fenntartásának elutasítása, amelyet az izomtömeg maximalizálásának vágya kísér.
2. Intenzív félelem a személy zsírtömegének növekedésétől, vagy izomtömegének csökkenésétől. A félelem abban az esetben is fennáll, ha az illető testének zsírtömege a fent meghatározottak szerinti normális szint alatt van, illetve ha izomtömege jóval az átlag fölött van.
3. Merev ragaszkodás egyfajta szigorú étrendhez, melyet az alábbiak közül legalább kettő jellemez:
 - a. Napi legalább ötszöri étkezés, melyet a személy szabályos menetrend szerint folytat, például három óránként.

- b. Minden étel magas kalória-, magas fehérje- és alacsony zsírtartalmú élelmiszerből vagy táplálék kiegészítőből áll.
 - c. A személy sok időt és pénzt fordít arra, hogy ezeket a speciális ételeket beszerezze, elkészítse és elfogyassza.
4. A testösszetétel megítélésében zavar van, vagy a testi megjelenés az önértékelésre nemkívánatos befolyást gyakorol.
5. A személy gyakran felad társas programokat, vagy munkalehetőségeket, mert azok megzavarják az étrend összeállítását vagy az étkezés időpontját

Apotemnofilia (body integrity identity disorder, First, 2007)

Az apotemnofilia bizarr testélmény zavar, a testintegritás identitásának zavara (First, 2007). Az apotemnofiliában szenvedő személyek valamely egészséges testrészüket idegennek, saját testüktől elválasztandónak élik meg, és mindenáron szeretnék megszabadulni tőle (amputation love). Ez a testrész legtöbbször valamelyik végtag. A probléma rejtélyes: ezek a személyek, nem pszichotikusak, ezt leszámítva nincsenek sem túlértékelt sem vagy téveseszmék, a realitás kontrolljuk minden más tekintetben megtartott. A kórképről keveset tudunk, és mert meglehetősen ritka jelenségről van szó, kutatása nehéz. Legnagyobb veszély az öncsonkítás vagy a „zug operáció” lehet. Terápiát sem sikerült még kidolgozni, a kórkép kezelése – pl. öncsonkítás megelőzése érdekében végzett sebészeti beavatkozás - etikailag meglehetősen aggályos.

Nem evészavarok közé sorolt, de evés, és/ vagy testképzavarral összefüggő szindrómák

A „nem hagyományos női nemi szerep” nem primer evés- vagy testképzavar, mégis elsősorban testépítő nők körében írták le (Gruber és Pope, 2000). Ezeknél a hölgyeknél azonban, a férfias öltözködéshez, vagy foglalkozáshoz hasonlóan, a testépítés elsősorban a férfias tevékenységek preferenciájával és nem a testi elégedetlenséggel függ össze. Nemi identitás-zavar nem jellemző rájuk, csupán a konvencionális, társadalmilag előírt női nemi szerepeket utasítják el.

A „nem hagyományos női nemi szerep” tervezett diagnosztikus kritériumai (Gruber és Pope, 2000)

1. A férfias jellemvonások és tevékenységek túlzott előnyben részesítése. Felnőtt nőknél az alábbi jellemzők közül legalább három megjelenik:
 - a. Ragaszkodás a kifejezetten férfias öltözkökhöz.
 - b. Állandó ragaszkodás a tipikusan férfiak által végzett munkákhoz.
 - c.) Részvétel a tipikusan férfias játékokban és egyéb időtöltésekben.
 - d.) A férfi barátok túlzott preferálása.
2. Az egyén kellemesen érzi magát nőként és nem vágyik igazán arra, hogy férfi legyen.

3. A jellegzetességek nem azonosak a hermafroditizmussal.

4. A jellegzetességeknek kifejezett hatásuk van az életmódra, de a társas kapcsolatokra, vagy a munkára csak minimális distresszt vagy egyéb negatív hatást gyakorolnak.

Anorexia nervosa by proxy

Bár a Münchausen szindróma nem az evészavarok, hanem a facticiózus zavarok közé került, itt említést kell tenni az anorexia nervosa by proxyról. A primer betegség ugyan a szülőé (az esetek nagy részében az anyát érinti), a gyerek is megjelenik az egészségügyben.

Az anorexia nervosa by proxy a Münchausen szindróma by proxy (DSM-IV melléklete, APA, 2000,) speciális esete. A BNO-ban nem szerepel ez a zavar, mert gyermekbántalmazásnak tekinti. Ennek ellenére érdemes foglalkoznunk vele, mivel bár az ártalom a szülő részéről, valóban tudatos, a motiváció nem az. Általánosságban azt feltételezik, hogy egyrészt az anyák szociális elismerésre vágnak, és ezt a beteg gyermekét önzetlenül ápoló szerepében próbálják elérni, másrészt élvezik, hogy az egészségügyben kiemelt figyelmet kapnak.

Anorexiás betegek szülei (elsősorban az anya, mint általában a Münchausen szindróma esetében) „nem veszi észre” a gyerek kóros állapotát, illetve attól való félelmében, hogy a gyerek elhízik, nem ad neki enni. Az esetek hátterében legtöbbször az anya atípusos vagy kezeletlen anorexiája áll, de más pszichiátriai zavarok is feltételezhetők. Ide sorolhatjuk a folie a deux (indukált paranoid pszichózis) mintájára az anorexie a deux-t is. Túry és munkatársai saját praxisukból közölnek néhány anorexia by proxy gyanús esetet, s az alábbi közös jellemzőket találták:

Az anorexia nervosa by proxy jellemzői Túry és munkatársai szerint (Túry és mtsai 2012, 183-184.o.)

- Extrém alacsony testsúly, közvetlen életveszély.
- Krónikus, több éves lefolyás.
- Rossz prognózis.
- A betegek az alacsonyabb társadalmi rétegből származnak, nem a felső-és középosztályból. mint általában anorexia esetén rigid családszerkezet.
- Szimbiotikus szülő-gyermek kapcsolatok (ez általában jellemzi az anorexiát, ebben az esetben viszont a szimbiózis gátja a terápiás együttműködésnek).
- Rossz pszichoterápiás compliance, több megszakított terápia.
- Az étel értékének, az anyagi értékeknek hangsúlyozott volta a családban, ami összefügg az alacsonyabb társadalmi rétegből való származással.

Éjszakai evés szindróma (Night eating disorder)

Az éjszakai evés szindróma a diagnosztikai rendszerekben nem szerepel önálló kórképként. . A főként túlsúlyos betegekre jellemző éjszakai falásrohamot először a XIX.században Rosenthal írta le, bulimia nocturna néven. (Rosenthal, 1877, idézi Túry és Szabó 2000). Stunkard és munkatársai (1955) javasolták, hogy a DSM-ben önálló betegség egységként szerepeljen, de ez azóta sem történt meg. Kevés tudományos közlemény foglalkozik ezzel a problémával, és nehéz

elkülöníteni az alvászavarhoz kapcsolódó rendellenességektől. Az utóbbi évtizedekben a disszociatív állapotok közé sorolják, s kezelésére hipnózist javasolnak.

Éjszakai evés szindróma (Night eating syndrome (NES) javasolt diagnosztikai kritériumai
(Stunkard és munkatársai 1955, 1999 nyomán)

- A személy a napi elfogyasztott ételmennyiség több mint 50%-át vacsora után eszi meg.
- Reggel nem kívánja az ételt (legalább hetente 4 napon keresztül).
- Elalvással és az éjszaka átalvásával nehézségei vannak.
- Amikor éjszaka felébred, gyakran kimegy enni, (legalább két-háromszor hetente).
- Kényszerítve érzi magát a falásra, az a „rögeszméje”, hogy muszáj ennie ahhoz, hogy újra el tudjon aludni.
- Este depressziós vagy deprimált hangulata van.
- Éjszaka többnyire szénhidrátban gazdag ételeket eszik,
- A tünetek nem bulimia vagy falászavar következményei.

A zavar három hónapnál több ideig fennáll és a személynek jelentős distresszt okoz.

A fejezet összefoglalása

Az evészavarok diagnózisa az anorexia nervosa tünettánának szisztematikus leírásával kezdődött. A tünetek pontosítása során ebből differenciálódott a bulimia, majd később egyes fontos tünetcsoportok mentén új szindrómák kezdtek körvonalazódni, s megjelenni önálló diagnosztikai kategóriaként. Az utóbbi lassan három évtizedben a diagnosztikai kategóriák többször és sokat változtak.

A Feighner és munkatársai (1972) által leírt anorexia nervosa tünet együttes differenciálódott, és a DSM-IV-ben már a betegség két altípusát, a restriktív és a purgáló (bulimiás) típust különböztetjük meg.

A bulimia nervosa a DSM-III-ban még az anorexia ominózus variánsaként szerepelt, de leírását Russell (1985) tovább finomította és a bulimia nervosa kritériumait szigorította. A DSM-IV-ben már önálló betegségegységként szerepel, és két altípusát, a purgáló és a nem purgáló típust különítjük el.

A más impulzuskontroll zavarokkal együtt járó multiimpulzív (multiszimptomatikus) bulimia kritériumait Lacey és Evans (1986) meghatározása szerint újabb altípusként jelöljük.

A XXI. században a bulimiás tünetegyüttes disszociálódását írták le, és a készülő DSM-V-be már a falászavart ("binge eating disorder"), és a purgáló zavart új szindrómákként javasolták felvenni.

A XX század végén, XXI. század elején új, már nem csak a nőket, hanem a férfiakat is érintő evés- és testképzavarok jelentek meg.

Elsődlegesen evészavarok:

Orthorexia nervosa, vagy egészségesétel-függőség (Bratman és Knight, 2000)

Éjszakai evés szindróma (night eating syndrome (NES) (Stunkard és munkatársai 1955, 1999 nyomán)

Anorexia nervosa by proxy Túry és munkatársai szerint (Túry és mtsai 2012)

Elsődlegesen testképzavarok:

A testdiszmorfiás zavar (diszmorfofóbia)

Az izomdiszmorfia (inverz anorexia)

Apetemnofilia (amputation love)

Testépítő típusú evészavar

Nem hagyományos női szerep zavar

Ezen új tünetegyüttesekkel kapcsolatos kutatások alapján sok szakember javasolta, hogy kerüljenek be új nozológiai egységekként a DSM-V diagnosztikai kódexbe. Az új kódex várhatóan 2013-ban jelenik meg, és egyelőre nem ismert, hogy ezek közül a zavarok közül melyeket ismer el önálló kórképként.

4.3. A klasszikus evészavarok tünettana

4.3.1. Az anorexia nervosa tünetei:

Már az elnevezés is megtévesztő, hiszen szó sincs az étvágy (an – orexis) elvesztéséről, sőt az anorexiás betegek mutatják a táplálék tartós deprivációja okozta tünetek mindegyikét. A nem evés – éhezés motivációja az alak tökéletesítése, és a többi tünet lényegében ebből a központi tünetből következik (Fairburn és Harrison 2003). Az anorexiás és bulimiás betegek egyaránt elégedetlenek a külsejükkel, testsúlyukat többnyire túlságosan nagynak, alakjukat kövérnek tartják. Önértékelésük legfontosabb eleme az alakjuk, testsúlyuk, ezért ezek miatt állandóan és intenzíven aggodalmaskodnak. A koplalás a test tökéletesítését szolgálja, és míg az anorexiások esetében a test fölött gyakorolt kontroll további sikert jelent, addig a bulimiásoknál a falásrohamok miatt érzett kudarcélmény még inkább aláássa amúgy is alacsony és sérülékeny önértékelésüket. Tehát a megtévesztő elnevezéssel szemben a legfontosabb tünetek anorexiában:

- Kórosan alacsony testsúly (a testsúlyhiány 15%, ill. a BMI<17,5). A testsúlyvesztés mértéke és időtartama a betegség súlyosságát is meghatározza. Minél alacsonyabb a testsúly és minél régebben áll fenn az éhezés, a beteget annál több pszichés és szomatikus tünet jellemzi.
- Súlyfóbia – még extrém sovány állapotban is irracionális rettegés az elhízástól. Ez a tünet egyúttal a gyógyulás egyik legfontosabb kerékkötője, mivel már néhány dkg-nyi súlynövekedés intenzív szorongást vált ki a páciensekben. Úgy érzik, hogy súlyukat nem lesznek képesek kontrollálni és nem tudnak majd megállni a hízásban.
- Az egyik központi tünet a testképzavar. A testkép az önértékelésben fontos szerepet játszik. Az önbecsülés szinte kizárólagos meghatározója a testtel, az alakkal való elégedettség. Az anorexiás beteg irreálisan kövérnek észleli saját alakját, miközben mások testalkatát reálisan képes a sovány-kövér dimenzió mentén is percipálni. Bár a beteg szinte csontvázra soványodott, alakját, vagy bizonyos testrészeit kövérnek látja. Ezek többnyire: széles csípő, vastag combok, nagy has. Az étel mennyiségét illetően gyakori a hasonló észlelési hiba, azonban egyéb észlelési zavar az anorexiásokat nem jellemzi.
- Amenorrhea. A testzsír kritikus szint alá csökkenése esetén (ez 17 alatti BMI-nél törvényszerű) a menses elmarad, és a testsúly rendeződése után a ciklus nem áll vissza automatikusan. Férfiaknál analóg tünetnek a hajnali erekció megszűnését tekintik (Túry és Szabó, 2010).

A fontosabb diagnosztikai kritériumokon túl néhány jellegzetes tünet, altípusok:

Testedzés (restriktív típus)

Az anorexiások sikeresek a testük (de) formálásában, és még azt is megtapasztalják, hogy képesek hatékonyan kontrollálni saját magukat, ami teljesen új, szinte mámorító élmény számukra. Az energia bevitel korlátozása mellett a felhasználást is jelentősen növelik. Akár napi

több órás kimerítő testedzést is végezhetnek (restriktív típus). A testedzés a betegek számára növeli az önkontroll érzését, míg a purgálás annak hiányát jelenti (Kovács 2003)

Purgálás (purgáló típus)

Az anorexiások másik csoportja (purgáló típus) invazívabb eszközökkel is próbálja kontrollálni a testsúlyát; ezek a betegek rendszeresen használnak hashajtókat, vizelethajtókat, és hánytatják magukat, pedig ha elvesztik az evés feletti kontrollt, és fálásroham jelentkezik. Akkor is jóval kevesebbet esznek, mint a bulimiások. A purgáló típusú betegség prognózisa általában rosszabb, mint a restriktív típusé (Russel 1979; Beumont és mtsai 1995).

Az anorexiás betegek nemcsak az alakjuk tökéletesítésében, de tanulmányaikban, feladataik elvégzésében is perfekcionistaik.

Az anorexiások olykor az étkezéssel kapcsolatos szinte vallásos rituálékat alakítanak ki, amelyek kényszeressé válhatnak. A betegek néhány kényszeres személyiségvonást is mutatnak. Ilyen az állandó kételkedés, a rend-, a szimmetria- és a pontosság iránti szükséglet illetve az ellenőrzési késztetés (Rogers és Petri 2001, Anderluh és mtsai 2003)

A testsúlyról a szorongás gyakran az élet szinte valamennyi területére generalizálódik. Mivel életüket egyre inkább uralja a testükkel és az evéssel való foglalatosság, szociális közegüktől egyre inkább elszigetelődnek, végül a családon belül is izolálódnak. Hangulatuk sokszor depresszált, depresszív tüneteket is mutatnak.

Az alexitimia és az interperszonális bizalmatlanság, mint általában a pszichoszomatikus betegekre, úgy az evészavarban szenvedőkre is jellemző. Ennek következtében bizalmas kapcsolatot nem tudnak kialakítani. Az intimitás, a szexualitás erősen szorongás mobilizáló hatású, ezért az anorexiások ezeket igyekeznek kiiktatni az életükből.

Az önbecsülés két fő komponense az önszeretet és az önhatékonyosság. Az anorexiás betegek alapvetően inkompetensnek érzik magukat, azt gondolják, hogy alapvetően rosszak, elfogadhatatlanok mások számára, vagyis önértékelésük nagyon negatív. Hogy mégis elfogadtassák magukat, igyekeznek tökéletesek lenni, és minél jobban megfelelni a környezet elvárásainak, de mindig bizonytalanok maradnak, nem érzik, hogy képesek kontrollálni saját életüket. És ekkor végre megtalálják a mindent „megoldó” koplalást! Stratégiájukkal nem csupán saját viselkedésüket, és testüket, de egyúttal a környezetüket (családot) is képesek kontrollálni. Bár a lelkük mélyén érzik, hogy baj van, nehezen mondanak le a hatékonynak tűnő stratégiáról, a betegségről. Az anorexiások betegség belátása hiányzik; többnyire sikeresnek, elégedettnek érzik magukat, ezért gyakran nehéz terápiába vonni őket.

Szomatikus változások

A szomatikus állapotban is számos változás következik be. Bizonyos testsúly alatt a menses törvényszerűen elmarad (az amenorrhea diagnosztikai kritérium is), de a testsúly kritikus érték fölé emelkedésével nem jár együtt a hormonális működés automatikus helyreállása, vagyis a menses szabályossá válásáig hónapok telnek el (Szumska 2005).

A tartós éhezés nyomán a szervezet számos nyomelemből, ásványi anyagból, és vitaminból hiányt szenved, így másodlagos immunhiány következik be, amely a szervezet védekező mechanizmusait rontja. Ez az állapot a megfelelő táplálás következtében visszafordítható. Jelenleg nem ismert annak oka, hogy az anorexiás betegek még extrém alultáplált állapotban sem esékenyek a fertőzésekre, ugyanakkor a felépülés stádiumában fokozottan hajlamosak sorozatos, gyakran banális fertőzésekre (Páli és Pászty 2008).

Hematológia szövödmények: anémia, leukopénia, trombocitopénia (Túry és Szabó 2010).

Az anorexia mortalitása, mint már említettük, a korszerű szakellátás ellenére igen magas, 10% körüli. A halálozás mintegy 30%-ban kardiális okok miatt következik be. Casiero és Friesman (2006, idézi Péter és mtsai 2008. 171.o) a leggyakoribb evészavar okozta kardiovaszkuláris eltéréseket foglalta össze:

1. Bradycardia (szívfrekvencia <50 /perc). Evészavarokban ez a leggyakoribb szívritmuszavar, a betegek mintegy 61-80%-ánál megjelenik. Reverzibilis változás, a súlygyarapodással többnyire rendeződik.
2. Csökkent szívfrekvencia variabilitás, ami a testsúly növelésével normalizálódik.
3. Hipotenzió (vérnyomás $<90/60$ Hgmm)
4. Szekunder aritmiák a megnyúlt QTc-intervallum és a hipokalémia (a vérben kálium mennyisége <3 mmol/l) miatt.
5. Hirtelen szívhalál.
6. Ortosztatis hipotenzió a hipovolémia következtében.
7. Miokardiális atrófia.
8. Mitrális billentyű-prolapszus.
9. Perikardiális folyadékgyülem.

Mindezek együttesen fokozott veszélyt jelentenek a szervezet homeosztázisának felborulására, s az anorexiás betegek súlyosan és krónikusan alultáplált állapotában a kardiális rizikófaktorokkal együttesen halált okozhatnak. Ugyanakkor a beteg feltáplálásakor óvatossá kell lennünk, mert a túl gyors súlygyarapodás az ún. újratáplálási szindróma kialakulásához vezethet, amely életveszélyes következményekkel - szívelégtelenséggel, immunológiai zavarokkal, izomgyengeséggel - járhat. Ezért a javasolt testsúly gyarapodási ütem 10 dkg/nap (Pászty 2007).

A pulmonális tünetek közül anorexiában és bulimiában egyaránt a bradypnoe a leggyakoribb. Az önhánytatás közben történhet aspiráció, ami gyakran tüdőgyulladáshoz vezet.

Az utóbbi években a képalkotó eljárások fejlődésével (PET, SPECT, fMRI) az idegrendszeri eltérések és pszichopatológiai tünetek közötti kapcsolatok feltérképezésében nagy előrelépések történtek. A kutatási eredmények a szerotoninerg rendszer és az evészavarok közötti összefüggést látszanak bizonyítani.

A testkép kialakításában két kérgi terület játszik fontos szerepet: a test vizuális érzékeléséért az extrasztriatális terület, míg a testséma mentális reprezentációjáért a talamusz és a parietális kortex közötti reverbeáló körök felelősek. Evészavarok esetén ezeknek a neuroanatómiai rendszereknek

a működése zavart, s ez a funkcióbeli eltérés anorexiában kifejezettebb, mint bulimiában (Sonnevend és Pászthy 2008).

Sikerült evészavar specifikus agyi aktivációs mintákat is azonosítani. Takao és munkatársai (2001, idézi Sonnevend és Pászthy 2008) ételingerekre a ventromediális, és a bal prefrontális mediális területen fokozott aktivitást találtak. Nem csak az étel ingerek, hanem az érzelmi ingerekre is találtak aktivitásbeli eltérést a kisagyi, az okcipitális és a parietális területen. Az evészavarokra jellemző komorbiditást magyarázhatja, hogy evészavaros nőknél az orbitofrontális és az elülső cinguláris területeken is emelkedett aktivitást észleltek. Ezek a régiók egyrészt az érzelmi feldolgozásban vesznek részt, másrészt szerepet játszanak az affektív zavarokban, a kényszerbetegségben és a drogfüggő magatartásban is.

A központi idegrendszert érintő további anomáliák közül érdemes még megemlíteni az EEG abnormalitásokat, a gyakori epilepsziás rohamokat, a csökkent agytérfogatot, a polineuropátiát, a miopátiát (Túry és Szabó 2010).

A neuropszichológiai vizsgálatok anorexiásoknál és bulimiásoknál egyaránt jellegzetes kognitív deficitet találtak. (lásd 2. számú táblázat) Közös eltérés a figyelem és a memória zavarai. Anorexiásokra a perfekcionizmus, a paradigmaváltás nehézsége, valamint a sztereotípiára, a perszeverációra való hajlamjellemző, míg a bulimiásokra az impulzivitás kognitív és viselkedéses szinten egyaránt, valamint a dezorganizáltság, illetve nárcisztikus vonások (Sonnevend és Pászthy 2008).

2. sz. táblázat

Az evészavarok tünetei és az érintett agyi régiók összefüggései (Sonnevend és Pászthy 2008 192.o).

Tünetek	Érintett agyterület
Testképzavar	Parietális cortex
Vizuospaciális deficit	Parietális és frontális területek
Fokozott szorongás	Frontális és limbikus struktúrák (amygdala)
Sztereotípiák, perszeveratív magatartás	Frontális lebeny – striatum
A végrehajtó funkciók romlása	Frontális lebeny
Motoros nyugtalanság	Bazális ganglionok
Fokozott jutalomérzet	Nucleus accumbens

Mint az a táblázatból kiderül, az evészavarok tünetei és az érintett agyi régiók összefüggései rendkívül bonyolult, többfokuszú, komplex idegrendszeri eltéréseket mutatnak. Sajnos azonban a mai napig nem sikerült egyértelmű bizonyítani, hogy ezek az eltérések patogén szerepűek-e, vagy a patológia következtében alakulnak ki.

Az evészavarokban az éhezés következtében számos gasztrointesztinális szövődmény jöhet létre: gyomor- bélmotilitás csökkenés, hasmenés és székrekedés. Hashajtó abúzus esetén a bélperisztaltika akár meg is szűnhet, ami súlyos, életveszélyes állapotot is előidézhet. Az

ismétlődő hasnyálmirigy gyulladás (pancreatitis) életveszélyes szövődményt is jelenthet. Az önhánytatás következménye lehet a nyelőcső- vagy gyomorruptura.

Reverzibilis változás a parotis és a nyálmirigyek kétoldali duzzanata, ami az önhánytatás gyakoriságának függvényében alakul ki, vagy múlik el. Az önhánytatás sokszor köröm vagy valamilyen más eszköz segítségével történik, ezért gyakoriak a szájpád- és gégesérülések. A gyomorsav maró hatása miatt a fogak jellegzetesen kopnak, megfigyelhető a szájnyálkahártya irritációja, valamint a fogak szuvasodása. Gyakori, hogy az evészavart a fogorvos diagnosztizálja, mivel a beteg a tüneteket a környezete elől el tudta titkolni. (Szabó és mtsai 1991).

A hormonális (endokrinális) változások az éhezés szövődmények tekinthetők. A hipotalamusz-hipofízis-petefészek tengely és a hipotalamusz-hipofízis-mellékvese tengely egyaránt érintett. Az előbbi következtében az ösztadiol, az LH és az FSH szérumszintje csökken, ami nem csupán az amenorrhéát, de a fejlődés elmaradását is okozhatja. A pajzsmirigy funkciók is zavartak, ami a hőszabályozási zavar és a fáradékonyság hátterében állhat (Szabó és Túry 2000).

A nőgyógyászati szövődmények: anorexiában az amenorrhéa diagnosztikai kritérium. Bár bulimiában nem feltétel, gyakran előfordul az oligomeorrhéa, vagy az amenorrhéa. Anorexiások között a meddőség a gyakoribb, míg bulimiásoknál a spontán vetélés. Az evészavaros nők kisebb súllyal, és alacsonyabb Apgar értékkel hozzák világra újszülötteiket (Túry és Szabó 2010).

Anorexiában és bulimiában egyaránt az ortopédiai szövődmények közé tartozik az az oszteoporózis és az oszteopénia, melynek következtében a betegek gyakrabban szenvednek csonttörést. Az anorexia, amenorrhéa, oszteoporózis az ún. nőiatléta-triász, mely az alacsony testsúlyú, intenzíven edző atléta nőkre is jellemző (Túry és Szabó 2000).

A bőrtünetek közül a bőr szárazsága, repedezettsége a leginkább szembevető. A bőrszín az elfogyasztott rengeteg sárgarépa miatt a tenyéren és a talpon sárgás elszíneződést mutat. Olykor lanugo-szerű szőrzet alakul ki, és a szőrzet pigmentációja erősödik. A bőrtünetek többsége a tápláltsági szinttel együtt változik.

A renális szövődmények: a folyadék felvételének csökkenése és leadásának növekedése következményeként a vesében csökken a vérátáramlás, és megváltozik a glomeruláris membrán permeabilitása, ami csökkenti a vese filtrációs képességét, s nem ritkán polyuria, részleges diabetes insipidus alakulhat ki. A fogyasztásra használt gyógyszerek mellékhatásaként szekunder hiperaldoszterinizmus jöhet létre (Túry és Szabó 2000).

Érdekességgént megemlíthető Moschos és munkatársainak (2011) új kutatási eredménye az anorexiások szemével kapcsolatban. Tizenhárom anorexiás nőbetegnél úgy találták, hogy az illesztett normál kontrollhoz képest retinális idegrostjuk vékonyabb és az idegrost elektromos aktivitása is csökkenést mutatott. Látásukban azonban semmiféle romlást nem észleltek. Ezzel a jelenséggel kapcsolatban Magyarországon Holló és munkatársai kontrollvizsgálatokat végeznek. Valószínűsítik, hogy az anorexiásoknak a retinájuk is „lefogy”, vagyis ezek a változások inkább következményként, mint etiotopatogenetikus tényezőként értelmezhetőek (Holló 2012).

Mindezek összegzéseként elmondható, hogy az evészavarok pszichoszomatikus betegség csoportba való sorolása jogosnak bizonyult, hiszen a betegség lefolyása során mindezen testi változások tünetként vagy következményként jelentkeznek.

Az alábbi 3. számú táblázat vázlatosan ismerteti a két klasszikus evészavar legfontosabb azonosságait és különbségeit.

3. számú táblázat Az anorexia és bulimia nervosa összehasonlítása (Túry és Szabó 2000.126.o)

	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa
Testsúlyideál	a normális alatt van	normális
Súlyfóbia	van	van
Testsúly	alacsony	normális vagy szuboptimális
Kontrollvesztés	anticipált/fél tőle	aktuális
Evés	ego-synton	ego-dyston
Éhség	tagadott	beismert
Életkor	fiatalabb	idősebb
Szociális viselkedés	introvertált	extravertált
Személyiség	éretlenebb, kényszeres, perfekcionista, szorongó	labilis, depresszív, impulzív
Tünetek	demonstratívak	rejtettek
Járulékos tünetek	kényszerszertünetek, depressziós tünetek	addikciók (alkohol, gyógyszer, drog), szuicidiumhajlam, lopás, depressziós tünetek
Családi kötődés	igen erős	lazább
Menstruáció	amenorrhoea	néha amenorrhoea a menses legtöbbször szabálytalan
Szexualitás	korlátozott (az aszexualitásig)	szexuálisan aktív

4.3.2. A bulimia nervosa tünetei:

A bulimia differencia specifikumai: a falásrohamok okozta büntudat miatt és a testsúly csökkentése érdekében alkalmazott kompenzáló viselkedésformák.

Falásroham

A falásroham per definitionem rövid idő alatt, egyszerre nagy mennyiségű étel elfogyasztása a kontrollvesztés élményével. A falásroham alatt a beteg magas kalóriatartalmú, szénhidrátban, vagy zsírban gazdag, édes vagy sós, a szokásos diétában tiltott ételeket eszik/zabál/, leállítani nem tudja csak akkor, ha valaki megzavarja, ha rosszul lesz, vagy ha az ennivaló elfogy. A falásroham titokban, magányosan, gyakran éjszaka zajlik. Utólag a betegek szégyent, büntudatot éreznek miattuk.

A falásroham egyik leggyakoribb oka az éhezés. Ez egészséges embereknél is kiváltja a többletfogyasztást (lásd fentebb). Ezt mondhatjuk természetes, fiziológiás oknak. Bulimiásoknak ezen kívül számos más oka is lehet a falásra. Leggyakoribb okok: unalom, magányosság, stressz, feszültség, frusztráció, szorongás, rosszkedv, bármilyen erős indulati állapot.

A falásroham alatt a hangulat is sokféle lehet. Néhányan végig szoronganak, mások átmenetileg kifejezetten pozitív élményről számolnak be, sokan megkönnyebbülést éreznek. A legtöbb beteg deperszonalizációs derealizációs élményről számol be (Abraham és Beumont, 1982).

Inadekvát kompenzáló viselkedésformák a testsúly csökkentése érdekében: az önhánytatás és a hashajtó/vízajtó abúzus

Purgálás

A féktelen falásrohamok után a legtöbben igyekeznek a bevitt kalória minél nagyobb részétől megszabadulni. Az önhánytatással kb. 30-50%-os kalóriabevitel-csökkenést lehet elérni, azonban az üres gyomor újra éhséget okoz, és ez újabb falásrohamot eredményez. A hányás néhány betegnél a falásroham automatikus következménye, szinte reflexszerűen megtörténik, az önhánytatáshoz nincs szüksége semmilyen manipulációra. Vannak akik „kitakarítanak” a gyomrukban (addig isznak vizet és hánynak újra meg újra, amíg teljesen „tisztá” vízszerű folyadék nem jön vissza), s ez a „tisztálkodás” részévé válik. A szalonképtelen manipulációk miatt a legtöbben szégyent és büntudatot éreznek (Schmidt és Treasure 1993).

Az inadekvát súlycsökkentő stratégiák közé tartozik a hashajtók/vízajtók szedése. Annak ellenére, hogy ezek az extra kalória bevitel eliminálására alkalmatlan módszerek, és számos mellékhatással járnak, a betegek nagyon gyakran alkalmazzák őket. Sok bulimiás páciens például hashajtóból a terápiás dózis sokszorosát kénytelen bevenni, hogy a remélt eredményt elérje. A hashajtó abúzus azonban hosszú távon súlyos, életveszélyes állapotot is okozhat.

Rág és kiköp

Az étel megrágása és kiköpése kevésbé kutatott tünet, pedig a testsúlycsökkentés érdekében mind az anorexiás, mind a bulimiás betegek jelentős hányada alkalmazza (Smith és Ross 1989,

McCutcheon és Nolan, 1995). Kovács (2003) vizsgálata szerint a testsúlykontrollnak ezt a formáját a súlyosabb tünetekkel rendelkező anorexiások használják, és súlyosabb hashajtó abúzus is jellemzi ezeket a betegeket. Bulimiás pácienseknél a „rág és kiköp” a tünetek súlyosságával nem mutatott összefüggést, a testről alkotott kép torzulásával viszont igen. A „rág és kiköp” tünet negatívan korrelált a szubjektív falásrohamokkal, vagyis bulimiások esetében ez a falásroham alternatívája lehet. Anorexiásoknál viszont fordított volt a kapcsolat, tehát az étel megrágása és kiköpése a lenyelés előtt esetükben a koplalás alternatívája lehet.

Kovács (2003) közel kétszáz anorexia- illetve bulimia nervosában szenvedő beteg klinikai vizsgálata során mindkét betegcsoportban rendkívül alacsony önértékelést talált, és ez az alacsony önbecsülés szoros kapcsolatot mutatott a hashajtó abúzussal valamint a falásrohamok gyakoriságával.

A harmadik, legújabb alcsoport a multiimpulzív bulimia

A bulimia nervosa legkésőbb leírt (Lacey és Evans 1986) alcsoportja a multiimpulzív bulimia, melyhez a fenti tüneteken kívül egyéb impulzuskontroll zavar, drog- és alkoholabúzus, önkárosítás (ismételt öngyilkossági kísérlet, önbészés), promiskuitás is társulhat. Ez a legrosszabb prognózisú altípus, melynek kimenetelét a társuló – többnyire borderline – személyiségzavar negatívan befolyásolja. A multiszimptomatikus bulimia nervosás betegek tünetei rendszerint súlyosabbak és gyakran krónicizálódnak. Kezelésükre általában más impulzuskontroll probléma, pl. drog- vagy alkohol abúzus, szuicid kísérlet, vagy hangulatzavar miatt szokott sor kerülni, nem az evészavar okán.

Kórlefolyás

Anorexia nervosa

Mint előbbi fejezetekben láttuk, az evészavarok – különösen az anorexia nervosa – súlyos, krónicizálódásra hajlamos, magas mortalitású betegségek. Anorexiában a betegség kezdetétől számított tíz évben a mortalitási ráta közel 10%, húsz évet tekintve pedig már 20% körül van. Az esetek jelentős részében a halál a szomatikus szövödmények (ionháztartás-, szív működési zavarok), illetve öngyilkosság következménye (Túry és Szabó, 2008).

Az anorexia fiatal, 14-18 éves korban kezdődik, többnyire a serdülőkor elején. Negyven év fölött rendkívül ritkán kezdődik. Általában a betegség jelentkezését diétázás előzi meg. Az esetek 30-50%-a gyógyul meg. Legkedvezőbb a korai kezdetű, rövid lefolyású anorexia prognózisa. Az esetek 10-20%-ánál a terápiás beavatkozások ellenére is jelentős változás nélkül krónicizálódik a betegség. Sajnos, mint ahogy arról korábban már beszéltünk, az anorexiások betegség belátása gyakran hiányzik, ezért hónapokkal, olykor évekkel a tünetek megjelenése után kerülnek szakemberhez. Általában elmondható, hogy a hosszú betegségtörténet, az extrém alacsony testsúly, valamint a faló és purgáló tünetek jelenléte, rosszabb prognózist jelent. (Steinhausen 2002)

A betegek mintegy felénél a rövid, átmeneti javulást követően az állapot krónicizálódik. Az esetek 41%-ában az anorexiás tüneteket más evészavar tünetei – leggyakrabban bulimia - váltják

fel, de olykor más pszichiátriai kázusok - pl. depresszió, szorongásos zavarok, kényszer - is kialakulhatnak (Túry és Szabó 200).

Bulimia nervosa

A bulimia nervosa a pubertás végén, a felnőttkor elején többnyire szintén diétázással kezdődik, és gyakran, mintegy 30%-ban, anorexia előzi meg (Sullivan és mtsai, 1996). Az enyhébb lefolyású zavarok (a fiatalabb kori kezdet itt is jobb prognózist jelent) akár spontán gyógyulhatnak, azonban az esetek több mint kétharmadában nem érhető el teljes tünetmentesség, enyhébb tünetek tovább perzisztálhatnak. A prognózist rontja a késői kezdet, a gyermekkori elhízás, valamilyen személyiségzavar illetve más impulzuskontroll, és komorbid pszichiátriai szindróma jelenléte (Bell 2002).

Bulimiában a halálos kimenetel ritkább, mint anorexiában, de a standardizált mortalitási ráta az átlag populációhoz képest emelkedett. A halál leggyakrabban az önhánytatás-hashajtózás következménye, pl. aspiráció okozta tüdőgyulladás, az ionháztartás felborulása, nyelőcső-, és gyomorruptura, hirtelen szívhalál, valamint öngyilkosság (Hsu 1995, Túry és Szabó 2010).

4.3.3. Atípusos evészavarok

Az atípusos evészavarok lefolyásáról kevesebbet tudunk, a diagnosztikai kritériumok heterogenitása megnehezíti a kutatást. Herzog és munkatársai (1999) kisszámú minta prospektív vizsgálatában úgy találta, hogy az esetek jelentős részénél az evészavar valamilyen formája a betegség kezdete után még három évvel is jelen van. Az utóbbi években mindinkább törekszenek arra, hogy a különböző heterogén tüneteket mutató atípusos zavarokat új diagnosztikai egységekbe különítsék (lásd Új típusú evészavarok fejezetnél).

Az evészavarok fluktuáló lefolyásúak, és patomorf természetűek. A tünetek átmenetileg teljesen meg is szűnhetnek, majd újabb formákat ölthetnek, olykor szubklinikus szinten, vagy új tünetek formájában tovább perzisztálnak. Az evészavarok tehát átalakulhatnak egymásba (Fairburn és Harrison 2003).

Az evészavarok transzdiagnosztikus modelljét Fairburn és munkatársai alkották meg. Ebben az evészavarokat fenntartó mechanizmusokat egységesen, diagnosztikai besorolás nélkül kezelik (Fairburn és mtsai 2003). A modellben az interperszonális kapcsolatoknak, az alacsony önértékelésnek, a perfekcionizmusnak és az érzelmi labilitásnak tulajdonítanak primer szerepet.

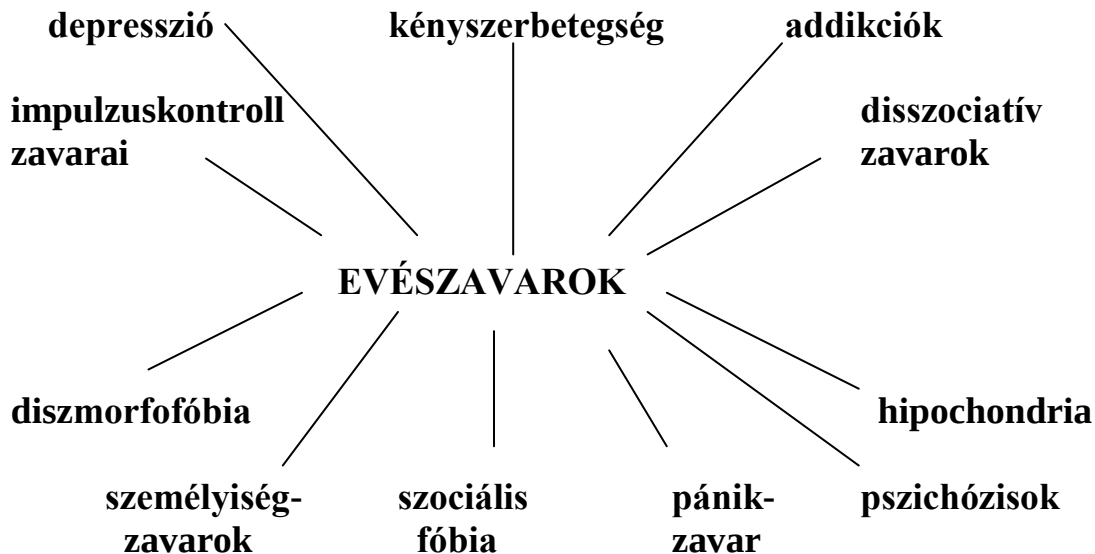
4.3.4. Komorbiditás

A szelektív betegségmodellek, bár ma már túlhaladott szemléletet tükröznek, hozzájárultak az evészavarok biológiai hátterének felderítéséhez, valamint a komorbid állapotok megismeréséhez.

Blinder és munkatársai (2006) hat éven keresztül közel 2500 kórházban kezelt nőbeteg komorbiditását vizsgálták, és szinte minden evészavaros betegnek (97%) volt legalább egy komorbid diagnózisa.

Komorbiditási kontinuum

3. számú ábra az evészavarokhoz leggyakrabban társuló mentális betegségek.(Túry – Szabó 2008, 433.o.)



A komorbid állapotok között leggyakrabban a depresszió jelenik meg, amelynek élettartam prevalenciája közel 80%-os. Öngyilkossági kísérletek a bulimiás betegek 20-30%-ánál fordulnak elő (Godart és mtsai, 2006, Túry és Szabó 1994, 2000, 2010).

Az evészavarok és a depresszió közötti kapcsolatot az alábbiakban foglalhatók össze: (Tölgyes 2007)

1. A bulimiás kísérleti személyek élettörténetében a kontroll-csoporthoz képest halmozódnak a levertséggel, passzivitással, tehetetlenség érzésével járó élethelyzetek.
2. Az evészavarban szenvedő betegek jelentős százaléka egyértelmű depressziós tünetegyüttest is mutat, s gyakori az öngyilkossági kísérlet. Az evészavarban szenvedő páciensek a különböző depressziós kérdőíveken szignifikánsan magasabb pontszámot érnek el.
3. Az időnként bulimiában megjelenő szezonális depresszióhoz, s ez a szerotonin aktivitás változásával magyarázható.
4. Evészavarban szenvedő betegek bizonyos biológiai tesztekre adott reakciója hasonló a depressziós páciensekéhez.
5. Anorexiás és bulimiás betegek elsőfokú rokonainál gyakoribbak az affektív zavarok, és az ezzel kapcsolatos betegségi rizikó is magasabb. Az evészavaros betegek elsőfokú rokonainál a kontrollhoz képest jelentősen emelkedettnek, 32%-osnak találták az affektív zavarok kifejlődésének kockázatát, viszont az affektív betegek rokonainál nem gyakoribbak az evészavarok.
6. Az antidepresszív medikáció bulimiában hatékony, függetlenül a depressziós tünetek meglététől, azok súlyosságától vagy hiányától.

A depresszió klasszikus tünetei – inaktivitás, gátoltság, stb. – evészavarban ritkán jelennek meg, elsősorban a kognitív tünetek, a Beck-féle kognitív sémák és disztorziók érhetők tetten.

A bulimiára jellemző kognitív torzítások elsősorban a testképre, az alakkal kapcsolatos aggodalmaskodásra, az önbüntetésre és az öngyilkossági fantáziákra vonatkoznak (Schlesier-Carter és mtsai 1989, Túry és Szabó 2000). A Burns-féle diszfunkcionális attitűdök közül Tölgyes (2007) a bulimiásokra az elismerés igényt- és a külső kontroll attitűdöt találta jellegzetesnek. A Beck által leírt és depressziósokra jellemzőnek talált gondolkodási hibák (Beck, 1976, Géczy, 1994) közül a dichotóm gondolkodás, a perszonalizáció, a túláltalánosítás, a nagyítás, és a szelektív absztrakció jellemzőek az anorexiásokra is (Túry és Szumska 2005, Lukács 2008).

Az utóbbi években a kognitív pszichoterápiás irányzat a Young-féle korai maladaptív sémák (Young és mtsai, 1999) szerepét igyekszik a különböző pszichiátriai kórképekben meghatározni. A hazai vizsgálatokban az anorexiások mindkét altípusánál jellemzőnek találták az Önfeláldozás, a Könyörtelen mércék, a Büntető készenlét, a bulimiásoknál és a faló-purgáló anorexiásoknál a Feljogosítottság, és az Elégtelen önkontroll sémákat. Viszont depressziós és bulimiás betegek korai maladaptív sémáit összehasonlítva a két betegcsoport között jelentős különbségeket

találtak, ami megerősíti a két kórkép korrelációs együtt járásának hipotézisét (Tölgyes 2007, Unoka 2007, Unoka és mtsai, 2007).

A szorongásos zavarok

Evészavarokban a szorongásos kórképek szintén gyakori komorbid betegségek. A szorongás az evészavarok prediszponáló, kiváltó és fenntartó tényezője egyaránt lehet (Bulik és mtsai 1997). A szorongásos zavarok közül társuló kórképként leginkább a kényszer, a szociális fóbia, a pánik zavar és a poszttraumás stressz zavar (PTSD) fordul elő. A súlyfóbia nem tekinthető komorbiditásnak, hiszen diagnosztikai kritérium. (Németh 1994, Bulik és mtsai 1997, O'Brien és Norah 2003). Kórházi kezelésre kerülő evészavaros betegek 56%-ánál találtak komorbid szorongásos zavart (Binder és mtsai, 2005).

Az anorexiások perfekcionizmusa, teljesítményorientációja, valamint az evéssel, étellel kapcsolatos rituálék kényszeres személyiségvonásokra utalnak. Kennedy és munkatársai (1995) a testedzés intenzitása, gyakorisága és a kényszeres tünetek között összefüggést találtak.

A komorbiditás vizsgálatok az evészavar mellett szimultán jelenlévő kényszerbetegséget 10-30%-os gyakorisággal találtak, anorexiások között közel kétszer többet, mint bulimiásoknál. Premorbid kényszeres személyiséget az anorexiások 27-60%-ánál találtak, s feltételezhető, hogy az éhezés hatására ezek a kényszeres személyiségjellemzők felerősödnek (Thornton és Russell 1997, Anderluh és mtsai 2003, Túry és Szabó 2010). Az obsessive-compulsive disorder (OCD) anorexiások között tizenötször gyakrabban fordul elő, mint a normál populációban, és kétszer gyakoribb, mint az egyéb evészavarral küzdő betegeknél (Serpell és mtsai 2002, Blinder és mtsai 2006).

Az evészavar és a szociális fóbia kapcsolatát vizsgálva az eredmények nagy szórást mutatnak: az élettartam prevalencia anorexiában 24-55%, bulimiában 17-59% (Godart és mtsai 2006, 2007).

A PTSD élettartam prevalenciája bulimiában 11-52%-os (Turnbull és mtsai 1997; Gleaves és mtsai 1998). A pánikbetegséggel kapcsolatosan kevés empirikus adat áll rendelkezésre, mégis úgy látszik, hogy a PTSD és a pánik gyakrabban társul bulimiával és bulimarexiával, míg a kényszerbetegség és a szociális fóbia inkább a restriktív anorexiások komorbid zavara. Feltehető, hogy ezek a komorbid zavarok a személyiségvonások hasonlóságából fakadnak (Szumska 2005)

Addikciók

Az evészavarok és az addikciók között kapcsolatot a vizsgálatok jelentős része bulimiában és faló-purgáló anorexiában (bulimarexiában) talált, restriktív anorexiában leginkább a fékezhetetlen karcúság készítés tekinthető szenvedély-szerűnek (Bulik és mtsai, 2004; Anzengruber és mtsai 2006).

A bulimiában a tüneteket önmagukban tekintve a falásroham során jelentkező kontroll-vesztettség élménye valamint a testsúlycsökkentő módszerek (hányás, hashajtózás, és a testedzés is) addiktív jellegűek, tehát a két betegség között kézenfekvőnek tűnik a szoros kapcsolat. Bár a közös faktorokat illetően számos elmélet született – közös genetikai, biológiai predispozíció,

addiktív személyiség, impulzus-kontroll zavar -, egyiket sem fogadták el (Túry és Szabó 2000, Bulik és mtsai 2004; Szumska 2005).

A bulimiás tünetek hasonlósága mellett - az „anyaggal” való túlzott foglalkozás, használata feletti kontrollvesztés, inadekvát coping stratégiaként való alkalmazása, stb.- további egyezést jelent az, hogy a betegek tagadják a problémát, valamint az is, hogy a probléma-viselkedés a negatív következmények ellenére is folytatódik.

Különbség ugyanakkor, hogy a szerhasználat (drog, nikotin, stb.) esetén megvonási tünetek vannak, míg a bulimiások ételfüggősége „csak” pszichés szinten létezik, ezért valódi megvonási tünetek nincsenek. Anorexiásoknál az örömet a vágy legyőzése következtében elért soványság okozza, vagyis esetükben valójában éhség-dependenciáról van szó. Az anorexiások perfekcionizmusa és mozgásos hiperaktivitásuk – testedzésfüggőség – szintén addiktív jelenség. A testedzés extrém foka az endorfintermeléssel hozható kapcsolatba, így endorfin-függőségként is felfogható (Túry és Szabó 2000).

Holderness és munkatársai (1994) több mint félszáz tanulmány áttekintése alapján rendkívül változó komorbiditási adatokat kaptak: a bulimiások 23%-ánál, a rokonaik 39%-ánál találtak alkohol-abúzust vagy alkohol-dependenciát, az utcai drogok használata 5-100% között volt, míg anorexiások esetén az alkohol fogyasztása 0-34%-os, az utcai drogoké 12-19%-os gyakoriságot mutatott.

Az evészavarosok családjának vizsgálatai során dependens bulimiások családjában az alkohol- és drog-dependencia élettartam-prevalenciáját 38%-osnak találták, míg a nem-dependens bulimiások rokonainál ez az arány csak 10%. Az alkoholizmus családi előfordulása a bulimia rizikó faktora (Kaye és mtsai 1996). A multiimpulzív bulimia – alkohol, drog abúzus, egyéb impulzus kontroll problémák - újabban önálló alcsoportot jelent (Lacey, 1986; Fichter, 1994, Bornstein 2001).

A faló-purgáló anorexiások csoportjában is az addikciók előfordulási gyakoriságának emelkedését találták, és ezt a tünetekkel, azaz a falással és purgálással hozzák összefüggésbe (Braun és mtsai 1994, Riskó, 1996).

Szumska (2005) nagyszámú reprezentatív mintán az evészavaros és a normál kontroll között nem talált szignifikáns különbséget, de a bulimiások alcsoportjában az alkoholfogyasztást, a szülők pszichiátriai betegségét, valamint az evés, ivás és dohányzás coping stratégiai alkalmazását gyakoribbnak találta, mint az anorexiásoknál.

Összességében elmondhatjuk, hogy az evészavarok és az addikciók kapcsolatát kutatók jelentősen eltérő eredményeket kaptak. Ez részben módszertani hibák következménye lehet, részben lehet annak következménye is, hogy a bulimiás csoportban elsősorban a súlyosabb betegek kerültek kezelésre, így a súlyosabb betegek, illetve a multiimpulzív bulimiás betegek a kutatott anyagokban felülreprezentáltak voltak. Az evészavarok és a szerabúzus komorbiditás főként az egyidejűleg személyiségzavarban is szenvedőkre jellemző (Welch és Fairburn 1996, Bornstein, 2001).

Személyiségzavarok

Az evészavar kialakulásában bizonyos személyiségvonásokat, illetve személyiségzavarokat prediszponáló tényezőnek tekintenek, és ezeknek a szindróma krónicizálódásában jelentős szerepet tulajdonítanak. Számos közlemény eredményei arra utalnak, hogy ezekben a szindrómákban a második tengelyes, személyiségzavar diagnózis sokkal gyakoribb, mint az első tengelyes mentális zavar komorbiditása (Grilo és mtsai 2003, Brewerton 2004).

Johnson és Wonderlich (1992) metaanalízisének eredménye szerint evészavar mellett leggyakrabban a DSM második tengelyén a C-csoportba sorolt (elkerülő, dependens és kényszeres) személyiségzavarokat diagnosztizálták, ritkábban a B-csoportba tartozókat (borderline, hisztrionikus, nárcisztikus és antiszociális), és a legritkábban az A-csoport zavarait (paranoid, szkizoid, szkizotipikus) állapították meg. Azonban az előfordulási gyakoriságokban a második tengelyes diagnózisokhoz hasonlóan, itt is nagy szórást - 27% és 93% között - láthatunk. Az önkítöltő kérdőívekkel készült vizsgálatok magasabb értékeket mutatnak, mint a diagnosztikus interjúval készültek, vagyis a nagy gyakoriság oka olykor módszertani hiba lehet (Vitousek és Manke 1994, Ottosson és mtsai 1998). A fekvőbeteg intézményben kezelteknél a személyiségzavarok aránya magasabb, mint az ambuláns ellátásban részesülőknél (Rosenvinge és mtsai 2000).

Bornstein (2001) metaanalízissel a következő gyakoriságokat kapta: restriktív anorexiásoknál a leggyakrabban kapcsolódó személyiségzavar az elkerülő (53%), ezt követi a dependens (37%), a kényszeres (33%) és a borderline (29%). Bulimiában a borderline (31%), a dependens (31%) és az elkerülő (30%) személyiségzavar közel azonos arányban fordul elő, viszont kevés kényszerest (14%) talált. Ezek a magas arányok nagy valószínűséggel túlzottak, és feltehetően abból adódnak, hogy nem csupán a diagnosztikus interjú, de az önkítöltő kérdőív alapján végzett kutatások eredményeit is figyelembe vették.

Cassin és von Ranson (2004) tíz év adatait tekintették át, és az evészavarok alcsoportjai szerint vizsgálták a személyiségzavarral való kapcsolatot. Az önkítöltő kérdőívek alapján a restriktív anorexiához leggyakrabban elkerülő, dependens, kényszeres és borderline személyiségzavar társult, a bulimiához pedig dependens, elkerülő, hisztrionikus és borderline. A diagnosztikus interjúk alapján a restriktív anorexia leggyakrabban kényszeres, elkerülő és dependens személyiségzavarral, míg a bulimia legtöbbször borderline, elkerülő, dependens és paranoid személyiségzavarral járt együtt.

Összefoglalóan megállapítható, hogy mind anorexiában mind bulimiában a leggyakrabban társuló személyiségzavar az elkerülő illetve a kényszeres személyiségzavar. Ez egybevág azzal a tapasztalattal, hogy mindkét betegcsoportra jellemző a kritikától, az elutasítástól való félelem, illetve, hogy ezek elkerülése érdekében a páciensek tökéletességre törekcszenek, perfekcionistaak. A dependens személyiségzavar is gyakori második tengelyes diagnózis, aminek egyik magyarázata, hogy az evészavar maladaptív kísérlet az önmaguk, a saját életük feletti kontroll visszaszerzésére.

A borderline személyiségzavar, amelyre az impulzivitás és az érzelmi labilitás jellemző, elsősorban a falásrohammal jellemezhető alcsoportoknál fordul elő, leggyakrabban a multiimpulzív bulimiában (Diaz-Marsa és mtsai 2000).

Disszociatív zavarok

A hipnotikus szuszeptibilitási vizsgálatok azt mutatták, hogy míg az anorexiások az átlagosnál kevésbé, addig a bulimiások fokozottan hipnabilisek (Túry 1990, Túry 1993). A hipnózis maga is egy speciális disszociáció, és a bulimiás betegeknek nagyobb disszociatív kapacitása hipnoterápiájukban felhasználható.

Az evészavarokban a disszociáció jelenlétére a tünetek utalnak: elsősorban a falásroham alatti módosult tudatállapot, illetve a gyakran megjelenő derealizációs élmény.

A disszociáció énvédő mechanizmusként szolgálhat olyan bulimiás betegeknél, akik valamilyen korai trauma hatására az elfogadhatatlan tudattartalmakat leválasztják, ezzel védve személyiségük integritását (Torem 1986).

A disszociációs zavar előzményeként korai abúzus, valamint poszttraumás stressz-zavar (PTSD) gyakran fordul elő (Van der Kolk és mtsai, 1996). A bulimiás betegek élettörténetében gyakran szerepel fizikai, szexuális vagy érzelmi abúzus, valamint a komorbid zavarok között a PTSD, és - különösen a multiimpulzív bulimia esetén - előfordul a többszörös személyiségzavar is (Waller és mtsai, 2001).

Az utóbbi években a bulimia tüneteinek disszociálódása is tapasztalható, önálló szindrómaként jelennek meg a falásrohammal és a purgáló viselkedéssel kapcsolatos szimptómák (Keel és mtsai 2005).

A fejezet összefoglalása

A fejezetben a ma már klasszikusnak tekinthető evészavarok, az anorexia és a bulimia nervosa tünettáit, epidemiológiai adatait, a diagnózis felállításához szükséges adatokat, valamint a kórképekkel kapcsolatos fontos egyéb adatokat ismertettük.

Az anorexia tünetei:

Kórosan alacsony testsúly (a testsúlyhiány 15%, ill. a BMI <17,5).

Súlyfóbia – még extrém sovány állapotban is irracionális rettegés az elhízástól.

Testképzavar

Amenorrhea.

Altípusok szerint külön jelölendő: a restriktív és a purgáló anorexia.

Leggyakoribb szomatikus szövődmények:

Bradycardia, csökkent szívfrekvencia variabilitás, hipotenzió (vérnyomás <90/60 Hgmm) szekunder aritmiák, hirtelen szívhalál, ortosztatikus hipotenzió, miokardiális atrófia, mitrális billentyű-prolapszus, perikardiális folyadékgyülem.

A szövődmények jelentős része reverzibilis, vagyis a testsúly normalizálódásával a tünetek hosszabb-rövidebb idő után megszűnnek.

A bulimia nervosa tünetei:

Falásroham, amely során a kontrollvesztés élménye meghatározó.

Inadekvát kompenzáló viselkedésformák a testsúly csökkentése érdekében:

Önhánytatás

Hashajtó/vízajtó abúzus

Az étel megrágása és kiköpése

Testedzés

Altípusok a purgáló

És nem purgáló altípusok, illetve a harmadik, legújabb alcsoport a multiimpulzív bulimia

A fenti tünetekhez drog-, alkoholabúzus, önkárosítás (ismételt öngyilkossági kísérlet, önsebzés) valamint promiszkuitás társulhat.

Kórlefolyás

Az anorexia 14-18 éves korban, többnyire a serdülőkor elején kezdődik. Az esetek 30-50%-a gyógyul meg. Az esetek 10-20%-ánál a terápiás beavatkozások ellenére sem következik be jelentős változás. A tünetek megjelenését követő 10 év alatt a betegek kb. 8-10%-a, húsz év alatt kb. 20%-a meghal. Rövid, átmeneti javulást követően a páciensek mintegy felénél az állapot krónicizálódik. Az esetek 41%-ában az anorexiás tünetek más evészavar, leggyakrabban a bulimia tüneteire váltanak.

A bulimia nervosa a pubertás végén a felnőttkor elején kezdődik, és gyakran anorexia előzi meg. Az enyhébb lefolyású zavarok (itt is a fiatalabb kori kezdet a jobb prognózisú) akár spontán gyógyulhatnak, azonban teljes tünetmentesség az esetek több mint kétharmadában nem érhető el, az enyhébb tünetek tovább perzisztálnak. Bulimiában a halálos kimenetel ritkább, mint anorexiában. (Hsu 1995, Túry és Szabó 2010).

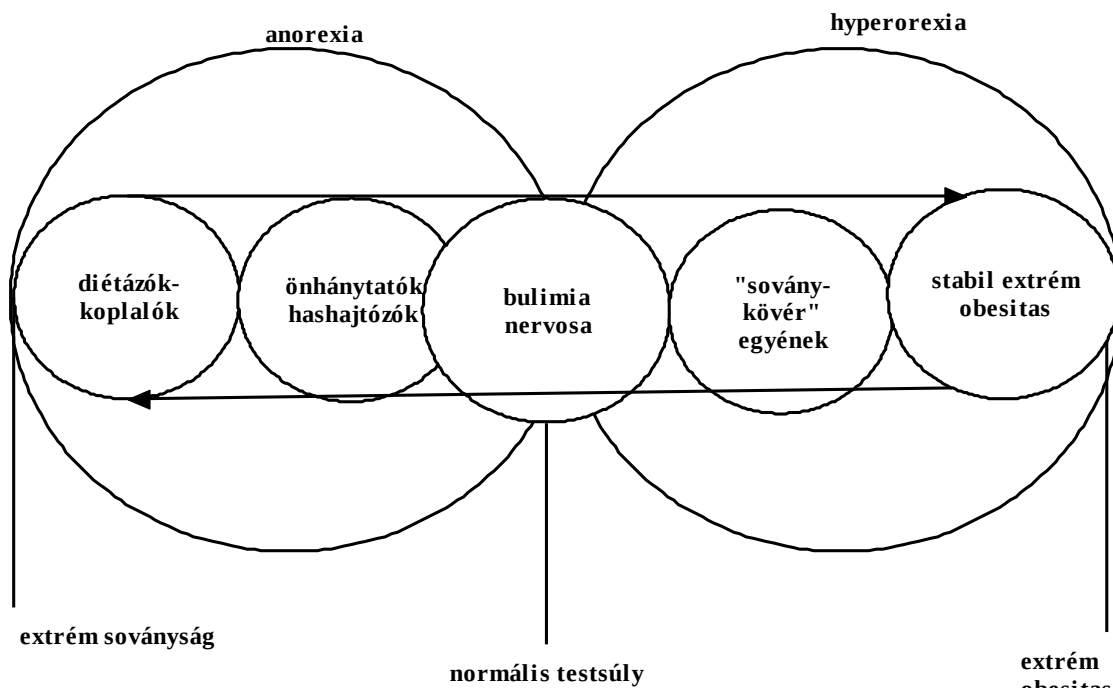
Komorbiditás

Az anorexia- és a bulimia nervosához leggyakrabban depresszió, szorongásos zavarok (kényszer és fóbia), addikciók, személyiségzavarok, és disszociatív zavarok társulnak.

4.3.5. Az evészavar spektrum

Az evészavarok szemléletében a legelterjedtebb az ún. kontinuumhipotézis (Vandereycken és Pierloot, 1981; Vandereycken, 1982 idézi, Túry, Szabó 2000). A mennyiségi tengely egyik végpontját a diétázó anorexiások, a másik végét az obezek jelentik. A lánc tehát: Restriktív anorexia, bulimarexia, bulimia, sovány-kövér, obezitás.

3. számú ábra Az evészavar spektrum. Vandereycken, 1982, idézi Túry és Szabó 2000, 51.old



A 3. számú ábra jól mutatja a tünetek egymásba való átmenetének lehetőségeit, ami a gyakorlatban egyes betegek esetében meg is történik.

Az elhízás az evészavar-spektrum többletet jelentő oldalán helyezhető el. Mint látni fogjuk, a prevalencia tekintetében lényegesen gyakoribb, mint az eddig tárgyalt evészavarok, és számos szomatikus betegség rizikófaktoraként népbetegségnek számít.

Az elhízást a DSM és a BNO egyaránt a szomatikus zavarok közé sorolja, de mivel az evéssel szorosan összefüggő pszichoszomatikus zavarról van szó, itt foglalkozunk vele. A diagnosztikai kritérium egyértelműnek tűnik, a testzsír-százalékának meghatározott mértékű emelkedése.

Az elhízás mérésének leggyakoribb módszerei:

1. Relatív súly = Tényleges súly/norma testsúlyX100 (a norma testsúly változó lehet)
2. A bőrredő vastagsága (a test zsírtartalmára utal)
3. Testsúly/testmagasság arányok: Broca index = (testmagasság–100) X0.9, vagy az elterjedtebben használt Quetelet-féle testtömegindex (az angol body mass indexből képzett mozaikszó) BMI = a testsúly kilogrammban mért értéke osztva a testmagasság méterben mért értékének négyzetével)
4. Testzsírszázalék (mérhető)

Bár a testzsír-százalék mérésére vannak megfelelő módszerek, az elhízást - a mindennapi diagnosztikában - általában a testtömeg index alapján szokás diagnosztizálni. A BMI 20-25 kg/m² között normális testtömeg-indexet jelent, alatta soványságot, a másik oldalon 25 és 30 között túlsúlyt, 30 fölött elhízást.

4.4. Az evészavarok epidemiológiája

Az evészavarok a modern pszichiátriai ellátás ellenére ma is súlyos betegségnek tekintendők. A mentális zavarok közül az anorexia halálozási rátája a legmagasabb. Az anorexia nervosa kezdetétől számított 10 éven belüli mortalitás 6-10%. A halál az esetek többségében a szövődmények következménye, ritkábban szuicidium okozza (Nielsen 2001, Pászthy, 2007).

Az epidemiológiai vizsgálatok két fontos adatot mérhetnek: incidenciát (adott időintervallumban jelentkező új esetek száma) vagy prevalenciát (az összes eset számának aránya egy adott populációban, egy bizonyos időpontban).

Az epidemiológiai vizsgálatok nehézségét jelenti, hogy megbízható eredmények csak többlépcsős felmérés eredményeként születhetnek (első lépés a kérdőíves felmérés, a következő a kiszűrt személyekkel készített interjú, a harmadik lépcső a klinikai eset regiszterek feldolgozása).

A következő probléma - mint ez az előző fejezetben látható volt -, hogy az az utóbbi évtizedek során a diagnosztikai kritériumok változtak, differenciálódtak. A DSM-III-tól napjainkig a kritérium rendszer változott: bizonyos tünetekben lazultak (pl. anorexia esetén 25% helyett 15%-os súlycsökkenés), míg másokban szigorodtak (pl. menstruációs ciklus 3 havi elmaradása) az adott diagnózis felállításának feltételei. Az eredmények összehasonlíthatóságát a diagnosztikai kritériumokon időbeli változásán túl az is bonyolítja, hogy a közlemények egy részében incidencia, más részében prevalencia, illetve pontprevalencia mérésekről számolnak be.

Nehézséget jelent az is, hogy a felmérések nem azonos módszerekkel készülnek, továbbá hogy az evészavarokra jellemző a rejtőzködő viselkedés, amely az önbevalláson alapuló kérdőíves vizsgálatok eredményeit megkérdőjelezheti (Vandereycken és Vanderlinden, 1983).

Gyakori probléma az is, hogy az evészavaros betegek megtagadják a vizsgálatban való részvételt (Fairburn-Beglin, 1990).

Rathner (1990) a torzító hatások lehető legteljesebb kiküszöbölésére a "tökéletes vizsgálati terv" szempontrendszerét így foglalja össze (idézi Túry, Szabó, 2000. 110-111.o):

Vizsgálati terv evészavarok természetes lefolyásának longitudinális elemzésére:

- A vizsgálat céljának meghatározása.
- többlepcsős prospektív kutatás előtérbe helyezése.
- A világos diagnosztikai kritériumok meghatározása.
- Az evészavarok és az obezitás részleges és szubklinikai formáinak operacionális meghatározása.
- A szűrések során olyan elfogadott, megbízható és érvényes vizsgálóeszközök szükségesek, melyek az általános pszichopatológiát és pszichiátriai állapotot is mérik.
- Reprezentatív minták választása.
- Definiált ponthatárok kitűzése a fokozott kockázattal rendelkező egyének szűrésére.
- Az interjú fázisban az álnegatív egyének kiszűrésére kontrollcsoport vizsgálata is szükséges.
- Személyes és strukturált interjú.
- Az interjúkészítők számára legyen ismeretlen a teszteredmény.
- Az interjúeredmények validálása is szükséges a rokonok stb. bevonásával.
- A részvételi arány e két fázisban lehetőleg 100%-os legyen.
- Rövid és hosszú távú követés 1-2, valamint 4 év után.
- A kezelésben részesültek külön monitorizálása.
- A kórlefolyás során bekövetkező életesemények kutatása standardizált eszközökkel.
- A személyes és szociális tengely kutatása.
- A különböző csoportok közötti átmenetek és változások vizsgálata.
- A statisztikai szignifikancia és a klinikai jelentés összefüggésének értékelése.

A tapasztalat azt mutatja, hogy a kutatók egyre inkább igyekeznek a vizsgálati metodikát ezen szempontok figyelembe vételével tökéletesíteni, de mivel az összes feltételnek megfelelő ideális felmérés számos ok miatt nehezen valósítható meg, a különböző időpontokban, különböző országokban végzett felmérések eredményei csak korlátozottan hasonlíthatók össze.

Jelen összefoglaló Túry és Szabó 2000-es munkáján alapul, az azóta megjelent – elsősorban hazai és közép-kelet-európai - adatokkal kibővítvé.

Az 1980-as évek elején Crisp tanulmánya, mely szerint az Egyesült Királyságban a mintegy 23000 anorexiás beteg közül évente 220 meghal, hívta fel a figyelmet az anorexia nervosa súlyosságára (Crisp, 1980).

Az evészavarokat kezdetben a „3W”-vel (White Western Women) jellemezték, vagyis a fehér, nyugati, középosztálybeli nők betegségének tartották (Prince 1985). Az első epidemiológiai vizsgálatokat ezért az Amerikai Egyesült Államokban és Nyugat-Európában végezték. Az eredmények szerint az anorexia- és a bulimia nervosában szenvedők többnyire 15-30 évesek, és a betegek 95%-a nő (APA 1993).

Az evészavarok gyakorisága a fiatal nők populációjában folyamatosan növekszik. Az emelkedés a felső-középosztálybeli fehérek között a legmagasabb, de a kisebbségek és a homoszexuális

férfiak is egyre inkább érintetteké válnak. A betegség egyre fiatalabb életkorban jelentkezik, az utóbbi évtizedekben megemelkedett a prepubertáskori esetek száma. A bulimia nervosa gyakoribb, (incidenciája 13/100 000 lakos/év) mint az anorexia nervosa (incidenciája 8/100 000 lakos/év. Van Hoeken és munkatársai (1998) feldolgozták a szigorú diagnosztikai kritériumok alapján vizsgálódók közleményeit, és adataikat átlagolva, fiatal nők között az anorexia egyéves prevalenciáját 0,28%-nak, a bulimia nervosa élettartam-prevalenciája nőknél 1%-nak, férfiaknál 0,1%-nak találták.

Hazánkban az első felmérések eredményeit Túry és Szabó (1990) közzétették. A bulimia prevalenciáját nőknél 4%-nak, férfiaknál 0,8%-nak találták. A szubklinikus eseteket is figyelembe véve ez az arány 1,3 %-ra, illetve 0,8%-ra emelkedett. A felvett kérdőívek alapján a nők 3,6%-át szubklinikus anorexiásnak értékelték, de a klinikai kritériumoknak megfelelő betegeket nem találtak (Túry és mtsai, 1993).

Rathner és munkatársai 1995-ben a közép-európai országokban végzett összehasonlító vizsgálatban anorexiást a vizsgált egyetemi populációban nem találtak. A legmagasabb bulimia nervosa prevalencia-értéket Magyarországon találták. A magyar egyetemista nők 1%-a felelt meg a DSM-III-R kritériumainak, Ausztriában ez az arány 0.6%, míg a volt NDK területén 0% volt. Szubklinikus anorexia nervosa csak Magyarországon fordult elő, és a szubklinikus bulimia nervosa előfordulási gyakorisága is nálunk volt a legmagasabb, 3.8% a nők között, és 1,2% a férfiaknál (Rathner és mtsai, 2001).

Krizbai 2001-ben és 2006-ban magyar, román és száz nemzetiségű középiskolások körében Erdélyben végzett epidemiológiai vizsgálatot. Az anorexia nervosa prevalenciája a lányok körében az első vizsgálatban 0,3%, a másodikban 0,2%, míg a szubklinikus anorexia 1,8% illetve 1% volt. A bulimia nervosa szintén a lányoknál 0,8%-ban és 1,1%-ban, míg a szubklinikus esetek 1.4%-ban és 0,8%-ban fordultak elő. A fiúknál az első felméréskor nem találtak sem klinikai sem szubklinikai evészavart, a második vizsgálat során egyetlen bulimiás betegek találtak (Krizbai 2011).

Szumska és munkatársai reprezentatív mintán végeztek felmérést (Szumska és mtsai 2001, Szumska 2005) Az anorexia nervosa becsült pont-prevalenciája 0,03 %, a bulimiáé 0,41%, volt. A szubklinikai becslések anorexia esetében 1,09 %-ot, bulimia esetében 1,48 %-ot mutattak. Az evészavarok prevalenciája a 15-24 éves nők körében 3,01% volt.

Tölgyes felmérése szerint középiskolás és egyetemista populációban a női minta 3%-a mutatott anorexiás attitűdöket, de klinikai anorexia nervosás esetet nem talált. A nők 4,5%-a és a férfiak 0,8%-a volt szubklinikus bulimia nervosás, klinikailag 3,6%-ukat, illetve 0,4%-ukat becsülte bulimiásnak. A diagnosztikus interjúval megerősített bulimia prevalenciája nőknél 0.6% volt (Tölgyes 2007).

Összefoglalóan elmondhatjuk, hogy az anorexia pontprevalenciája a vizsgálatok többségében 0,1 és 0,8% között mozog, míg a bulimia pontprevalenciája 1% körül van.

Ha az adatokat a leginkább veszélyeztetett fiatal nők korosztályra vonatkoztatjuk, akkor a legutóbbi felmérések szerint a klinikai súlyosságú evészavarok prevalenciája a fejlett nyugati

országokban 1-4% (APA, 2006) míg a hazai populációban 2-3%. A férfiak az evészavarokban kevésbé érintettek, a megbetegedések aránya a nőkhez képest 2-10%.

A szubklinikus evészavarok, falásrohamok, koplalás a gimnazista-egyetemista populáció akár 60%-ában is jelentkezhetnek (Túry és Szabó 2010). Az evészavarok gyakoribb a tanulók csoportjában, mint a dolgozókéban, valamint a magasabb iskolai végzettségűek között, mint az alacsonyabban iskolázottak csoportjában (Szumska, Túry, Szabó, 2008).

Az elhízás valódi járvány a fejlett országokban. Az epidemiológiai vizsgálatok eredményei riasztóak. A hazai népesség 67%-a tekinthető elhízottnak, ezen belül 20% kórosan kövér, vagyis a testtömeg-indexe 30 fölött van (Halmy, 2002).

Az epidemiológiai vizsgálatok nehézsége miatt ezek az eredmények a valóságos előfordulási gyakoriságokat valószínűleg alábecsülik, ill. úgy tűnik, az evészavarok gyors patomorfózisa miatt újfajta zavarok kezdenek elterjedni (falászavar, orthorexia, stb.), de ezekkel kapcsolatosan még kevés vizsgálat áll rendelkezésre.

Az epidemiológiai eredmények arra utalnak, kezd eltűnni a különbség az amerikai, nyugat- és kelet-európai populáció között, vagyis az evészavar „járvány” a szegényebb, kelet-európai országokban is terjed.

4.5. Az evészavarok etiopatogenezise

Az evészavarokat a klasszikus pszichoszomatikus betegségek közé soroljuk. Ennek ellenére az evészavarok etiopatogenezisével kapcsolatos elméletek a korai szakaszban inkább a szelektív modelleket használták. Ezek valamely biológiai vizsgálat eredményei alapján, vagy terápiás iskola hipotéziseihez kapcsolódva monokauzális oksági viszonyokat tételeztek fel.

Ilyennek tekinthető, a relatíve eddig kevés kutatási bizonyítékkal rendelkező, de annál érdekesebb evolúciós szemlélet is, mely adaptív stratégiaként értelmezi az anorexia nervosát (Jánosi és Túry 2012). Az elmélet szerint az anorexia értelmezhető a férfiakért folyó versenyből való kilépésként is, vagyis a koplalással a nemi jellegzetességek leépítésével a szexuális vonzerejüket visszavonják. Ezt a megközelítést alátámasztja az a tény, hogy az anorexiás betegek 25-30%-a szexuális abúzus áldozata volt.

Reproduktív szuppresszói elve szerint azok a lányok, aki korán serdülnek, a korai megtermékenyülés ellen védekeznek anorexiával. Ez a stratégia alkalmas a szexuális vonzerő csökkentésére és az amenorrhea biztosítja a terméketlenséget is. Ezáltal időben későbbre tolható a reprodukció, és fel tud készülni az utód gondozására (Bereczkei, 2008; Tóth, 2001, 2003, Jánosi és Túry 2012).

Bereczkei (2008) szerint az evészavarok a nők közötti szexuális versengés inadaptív formája. Az evolúciós elképzelés szerint, míg a férfiak célja minél több nő megtermékenyítése, addig a nőké az utódgondozásra leginkább alkalmas, megbízható, gondoskodó férfi kiválasztása. Erre legalkalmasabb eszköz a vonzerő növelése. A férfiak számára a vonzerő kiemelkedő markere,

egyúttal a termékenység jele a megfelelően alacsony derék-csípő arány. Ez a karcsú fiatal nők megkülönböztető jellemzője volt sokáig. Manapság azonban a fejlett nyugati országokban a szülésszám csökkenése, valamint az első szülés a 30-as életkor felé tolódása miatt a karcsúság már nem csupán a fiatal nő jellegzetessége, hanem az idősebb nőké is, akik így továbbra is versenyben maradnak. A fiatal lányok ezért „kénytelenek” egyre extrémebb karcsú alakot ölteni. A patológiás megoldás ugyanakkor inadaptív is, mivel a férfiak nem csupán a direkt termékenység (derék/csípő), de az ösztrogén markereket (mell méret) is szem előtt tartják, s ezért nem vonzódnak a nagyon sovány nőkhez (Jánosi és Túry 2012).

Az orvosi-biológiai modellben az evészavarokat sokáig valamely testi vagy lelki betegség részének tekintették, s számos kutatást ösztönöztek (Tölgyes és Simon, 1989).

A szelektív modelleknek főképpen a kutatási metodikákon kívül hatékony terápiás stratégiák kidolgozásában volt szerepük. Magyarító elvek az 1980-as évektől háttérbe szorultak, s az evészavarok szemléletében egyre inkább a multikauzális-multidimenziós modellek kerültek előtérbe (Tölgyes és Simon, 1989, Túry és Szabó, 2000, Tölgyes, 2007).

A különböző faktorok sokrétűek hatnak egymásra. Megkülönböztetünk hajlamosító (prediszponáló), kiváltó (precipitáló) és fenntartó tényezőket.

A prediszponáló tényezők lehetnek: egyéni, családi, és szociokulturális kockázati faktorok.

Egyéni kockázatnak tekintenek bizonyos biológiai és pszichológiai jellegzetességeket, a vegetatív funkciók zavarait, a premorbid obezitást, a személyiségbeli sérülékenységek közül az érzelmi labilitást, az önpercepció zavarait, és bizonyos személyiségvonásokat.

Alkati sérülékenységet jelent a terhesség, születés körüli kockázati tényezők jelenléte (anyai dohányzás, alkohol-, drogfogyasztás, egyéb traumák).

Kockázatot jelent a családban előforduló evészavar, affektív zavar vagy alkoholizmus, illetve a fiatal autonómia törekvéseit negligáló, vagy lehetetlenné tevő családi kapcsolatok (Tölgyes, 2007).

A szociokulturális kockázati tényezők: nem (inkább a nők), a kor (főképp a fiatalok), bizonyos társadalmi réteghez való tartozás (valószínűbben felső-középosztály). Egyes foglalkozási csoportok – táncosok, modellek, sportolók egy része - különösen veszélyeztetettek (Tölgyes és Nemessúri, 2004).

Jelentős tényező a karcsúságideál kulturális nyomása és a nőkre háruló túl sokféle szerep, és az ezekből adódó konfliktusok.

A kiváltó tényezők közül első helyen a diétázás szerepel. A diétázás oka lehet valós túlsúly, de akár lehet a reális vagy kevésbé reális kövérségre tett kritikai megjegyzés. Az amúgy is alacsony önértékelésű kamasz lányok rendkívül sérülékenyek, a társak és a tanárok - különös tekintettel a tornatanárookra – ártatlannak tűnő kritikája beindíthatja a circulus viciosust.

Az evészavart inadekvát stressz-elkerülő magatartásnak is tekinthetjük. A kiváltó tényezők között tarják számon a depressziót és a stresszel való inadekvát megbirkózást is.

A betegség fenntartó tényezők: a zavar fenntartásában környezeti és kognitív sajátságok egyaránt részt vesznek. Ezek a tényezők cirkuláris visszacsatolással fenntartják és megerősítik a tüneteket. A családok életében az evészavarok tüneteinek homeosztatikus szerepük lehet, mert más problémás területekről elterelve a figyelmet biztosítják a rendszer további fennmaradását és működését (Túry és Szabó 2000).

Az evészavarok biológiai faktorai

Az evészavarok biológiai hátterének vizsgálatait Túry és Szabó (2000) összefoglalása, illetve két későbbi közlemény (Kishi és Elmquist, 2005, Tölgyes, 2007)) alapján ismertetem.

A táplálékfelvétel, a testsúly és az energiaháztartás szabályozását központi idegrendszeri és perifériás mechanizmusok befolyásolják. Ezek a folyamatok neurotranszmitterek, neuropeptidok, neuromodulátor- és metabolikus hatással is rendelkező hormonok közvetítésével vagy különböző energiahordozó tápanyagok (zsírsavak, glukóz, aminosavak) vérkoncentrációjának negatív feedbackje révén mennek végbe. Ezeknek a mechanizmusoknak a jobb megismerése nem csupán az evészavarok patomechanizmusának megértésében nyújtana segítséget, hanem új, hatékonyabb farmakoterápia kidolgozásához is.

Az evészavarokat a korai szelektív elméletek közül a biológiai modell a depresszió, a kényszer valamint az addiktív zavarok speciális fajtájaként értelmezi, és az ezekben a kórképekben alkalmazott farmakoterápiával kezeli. A szerotonin vagy noradrenalin transzmisszióra ható szerek azonban csak bulimiában bizonyultak hatékonynak, anorexiában nem.

A biológiai markerek tekintetében az utóbbi évtizedekben számos vizsgálati és állatkísérleti adat létezik, azonban nincs bizonyíték arra, hogy a talált eltérések a kóros táplálkozási magatartás okai lennének, valószínűbb, hogy inkább következményeknek tekinthetők.

Kivétel ez alól az anorexiában tapasztalható noradrenalin anyagcsere csökkenés és a fokozott szerotonin aktivitás, melyek kóroknak tekinthetők és magyarázatul szolgálnak az anorexiásokra jellemző kényszeres magatartásmódokra. Bulimiában a szerotonin szint csökkenése látszik patogenetikusan, amely a triptofán éhséget, a falásrohamokat, és a szerotoninerg antidepresszívumok hatékonyságát egyaránt magyarázza (Tölgyes 2007, Gáti és Ábrahám 2008).

A biológiai faktorok felderítésében a genetikai vizsgálatoknak jelentős szerepük van. Túry és Szabó (2000) a család- és ikerkutatások eredményeit összegezték. Úgy találták, hogy míg az egypetűjű ikrek között az anorexia konkordanciája 56-66%, addig a kétpetűjűek között csak 0-7%. Bulimia nervosa esetében az egypetűjű ikrek közötti konkordancia 33-83%, a kétpetűjűeké 0-29% volt. Anorexiások elsőfokú rokonai közt 4,1 % volt szintén anorexiás, és a bulimiások elsőfokú rokonainak 2,6 % - a szenvedett bulimiában. A kontrollcsoport elsőfokú rokonai közt nem volt anorexiás, a bulimia prevalenciája 1,1% volt (Strober és mtsai 1990).

Bulik és munkatársai (2000) összegezték a család- és ikervizsgálatok eredményeit, és arra a következtetésre jutottak, hogy anorexiában, bár a családi halmozódás megfigyelhető, mivel adoptációs vizsgálatok nincsenek, a genetikai és a környezeti hatások szerepe egymástól nem különíthető el.

Hasonló eredményekre jutottak a bulimiások családi halmozódásával kapcsolatosan is, mivel adoptációs kutatások ezzel a kórképpel kapcsolatban sincsenek (Strobel és mtsai 2000, Gáti és Ábrahám 2008).

Megemlíthetők a genetika fontosságát igazoló, állatkísérleteken alapuló modellek, amelyek anorexiára és obezitásra léteznek, de bulimiára nem. Sikerült létrehozni olyan kísérleti állattörzseket (pl. sertés, juh, rágcsáló, macska), amelyek csak bizonyos speciális feltételek között mutatnak evészavar tüneteket. Érdekes analógia az ún. „vézna sertés szindróma”, mely szerotonerg gyógyszerrel meggyógyítható (Túry és Szabó, 2000).

Összességében elmondható, hogy a biológiai markerek szerepe bizonyított, de azt, hogy az egyes markerekben megfigyelt eltérések a betegség okai, vagy következményei-e- nem tudjuk.

Pszichológiai tényezők

Hilda Bruch írta le először azokat a személyiségbeli jellegzetességeket, amelyeket anorexiás páciensei kezelése során megfigyelt. A betegség megjelenése előtt már három funkció jellemzően zavart szenved: a testkép értékelése, elsősorban az éhségre vonatkozóan a külső és belső ingerek azonosítása és differenciálása, elsősorban az éhségre vonatkozóan, valamint az élet minden területét áthatja a tehetetlenség bénító érzése.. Ennek háttérében az áll, hogy a jövőendő betegek kora gyermekkorban csekély énerőre tettek szert, bizonytalanok, leértékelik önmagukat, s attól félnek, hogy a környezetük is ennyire rossznak, értéktelennek látja őket. Ezt kompenzálандó állandó megfelelési kényszerben szenvednek (Bruch 1973, 1978).

Az evészavaros betegek premorbid személyiségére jellemző az alacsony önértékelés, melyben a saját testtel való elégedetlenségnek kitüntetett szerepe van. Stice (2001), valamint Polivy és Herman (2002) szerint ez a testi elégedetlenség az egyik legfontosabb rizikófaktor az evészavar kialakulásában, mivel a súlykontrollban elért sikerekkel az önértékelés javítását érik el (Heriques és Calhoun 1999).

Az anorexiás betegek premorbid pszichológiai jellegzetességeit már az első esetleírásokban is hasonlóan találjuk. A hetero-anamnesztikus (szülő, pedagógus) adatok szerint ezek a kislányok rendkívül igyekvő, perfekcionista, a szabályokat követő, engedelmes, visszahúzódo, jó gyermekek. Ezeket a jellemvonásokat, magatartás mintákat a szűkebb (család) és tágabb (iskola) szociális környezet egyaránt megfelelőnek tartja, ezért többnyire a problémát már csak a betegség kialakulása után, vagyis későn veszik észre (Hermann, 1987).

Az utóbbi években előtérbe kerültek a pszichiátriai megbetegedések háttérében álló Young által meghatározott korai maladaptív sémákkal kapcsolatos kutatások. A korai maladaptív sémák olyan átfogó, kiterjedt és tartós mintázatok, melyek magukban foglalják a személy önmagára, önképére vonatkoztatott érzelmeit, kognícióit, emlékeit, valamint a környezetéhez való viszonyát. Ezek a sémák elsősorban gyermekkorban alakulnak ki, serdülőkorban jelentősen modifikálódnak és a személy attitűdjait, magatartását egész életén keresztül meghatározzák, miközben jelentős mértékben diszfunkcionálisak (Young, 1999). Ezek a korai maladaptív sémák a mentális zavarok kialakulásában predisponáló és fenntartó tényezők egyaránt lehetnek.

A szakirodalomban ellentmondásos eredmények vannak azzal kapcsolatban, hogy vajon léteznek-e evészavar, vagy evészavar tünet specifikus maladaptív sémák (Unoka és mtsai 2007; Tölgyes 2007; Tölgyes és Unoka 2008). Habár egy hazai nagy esetszámú mintán, nem sikerült evészavar tünet specifikusnak látszó korai maladaptív sémát azonosítani, találtak néhány olyan elkülönítő sémát, amelyek segítségével a restriktív anorexiásokat, a bulimanorexiásokat és a bulimiásokat az egészséges csoport tagjaitól, illetve egymástól el lehet különíteni.

1. Az evészavarosok mindhárom csoportja több és intenzívebben működő korai maladaptív sémával rendelkezik, mint az egészséges kontroll.

2. Az anorexiások mindkét csoportja – szemben a bulimiásokkal - hajlamos az önfeláldozásra. Inkább mások szükségleteire figyelnek, és azok kielégítésére törekszenek, és saját szükségleteik kielégítését ennek érdekében háttérbe szorítják.

Saját és mások teljesítményét szigorú mércével mérik, perfekcionista.

Meg vannak győződve arról, hogy tilos hibázni, és ha valaki mégis hibát követ el, azt szigorúan meg kell büntetni, akár önmagukról, akár másokról legyen is szó.

3. A Feljogosítottság/Grandiozitás és az Elégtelen önkontroll/önfegyelem sémán bulimanorexiások magasabb pontszámot értek el, mint a restriktív anorexiások, vagyis önmagukat másokhoz képes felsőbbrendűnek tekintik; úgy vélik jogosultak bizonyos privilégiumokra és a társas kapcsolati normák alól felmentve érzik magukat.

Az önkontroll gyakorlásának sikertelenségét magyarázza a bulimanorexiások és bulimiások Elégtelen önkontroll/önfegyelem sémájának aktivitása, vagyis nem képesek/nem akarják indulataikat kontrollálni, viselkedésüket fegyelmezni (Tölgyes és Unoka 2008).

Az evészavaros betegek élettörténetének vizsgálata során azt találták, hogy a kontroll csoporthoz képest a betegség kezdetét megelőző évre vonatkozóan lényegesen több negatív életeseményről és interperszonális problémáról számolnak be (Schmidt és mtsai 1997, Welsh és mtsai 1997). Az anorexiás betegek is számos megszegyenítő szexuális élményről számolnak be, és az evészavar tüneteinek fokozódása kapcsolatba hozható a testsúlyra, a külsőre kapott negatív megjegyzésekkel, megszegyenüléssel. Ez ugyanakkor az evészavaros betegek szelektív figyelmének és emlékezetének a következménye is lehet (Szumska 2005).

Fairburn és munkatársai vizsgálata szerint az evészavaros betegek mind fizikai, mind szexuális abúzust gyakrabban élnek át, mint a kontrollcsoport, de nem gyakrabban, mint más pszichiátriai betegcsoport tagjai (Fairburn és mtsai 1997, 1999).

Más vizsgálatban Ackard és munkatársai az evészavaros tünetek és a serdülőkori randevúkon elszenvedett fizikai és szexuális abúzus kapcsolatát elemezve úgy találta, hogy a falással és a purgálással mindkettő összefüggött, de a kapcsolat akkor volt a legerősebb, ha a személy mindkét típusú traumát elszenvedte (Ackard és mtsai 2001).

Szumska magyarországi reprezentatív mintán végzett felmérésében az evészavarban szenvedők csoportjában szignifikánsan gyakoribb szexuális (10,9%) és fizikai (27,5%) abúzust talált, mint a kontroll csoportban (Szumska 2005).

Treuer és munkatársai (2001) magyarországi vizsgálatukból arra a következtésre jutottak, hogy a testképzavar kialakulásában inkább a fizikai bántalmazásnak, mint a szexuális abúzusnak van szerepe.

Összefoglalóan azt mondhatjuk, hogy az evészavarok hátterében feltételezhetőek bizonyos rizikófaktorok, azonban nincsenek olyan specifikus kórokok, amelyek az evészavarokra vagy azok tüneteire jellemzőek. A rizikófaktorok inkább sérülékenységet jelentenek.

A család szerepe

A család az elsődleges olyan szocializációs közeg, amely a személyiségfejlődést alapvetően meghatározza. A család normái, értékei, önmagához és a külvilághoz fűződő attitűdjei az egyén tágabb szociális környezetéhez való viszonyát is determinálja.

Az evészavar szempontjából a család dinamika egyaránt lehet predisponáló, kiváltó illetve fenntartó tényező. Az anorexiások családjára jellemző diszfunkcionális struktúrát Minuchin és munkatársai a pszichoszomatikus betegekéhez hasonlították: a határok családon belüli átjárhatóak, miközben a külvilággal szemben merev elhatárolódás figyelhető meg. A családstruktúra összemosódottságának következtében a családtagok szinte egymás gondolataiba látnak, érzelmeik összemosódnak, a konfliktusokat igyekeznek elkerülni. A serdülő lánynak olyan, gyakran ellentmondásos szabályoknak kell megfelelni, ami korának nem megfelelő, triangulációba vonódik, s autonómia törekvéseit a rejtett családi konfliktus (pl. szülők válásának lehetősége) további titokban tartásáért feladja (Minuchin és mtsai 1978, Wildmann és mtsai 1996; Komlósi, 1993; Doba és mtsai 2008).

Selvini-Palazzoli (1978), a szisztémás családterápiás irányzat emblematikus kutatója szerint az anorexiás beteg a család homeosztatisz egyensúlyának fenntartása érdekében válik a tünetek hordozójává, vagyis a serdülő az állandóságot fenyegető anomáliák (pl. az apa kilépése a házasságból) kiküszöbölésére törekszik. E szerint az evészavar lényegében egy hibás probléma megoldási kísérlet. Ezekben a családokban az önfeláldozás kiemelt érték, s az áldozatot hozó nem csupán a stabilitást állítja látszólag helyre, de erősebbé is válik a többiekénél, és ráadásul, akár titkos koalícióra lépve valamelyik családtaggal, még a kontrollt is gyakorolhatja. Ily módon a milánói iskola evészavar koncepciójában a tünetek a rendszerhez kapcsolódva új, pozitív értelmet nyernek, s ezt a pozitív átfogalmazást az evészavar családterápiájában felhasználják.

Az utóbbi években az apa szerepét is elkezdték vizsgálni az anorexia kialakulásában. Az evészavarosok családjában a szülők kapcsolatát virtuális stabilitás jellemzi. Az apa látszólag sikeres, de felesége nem értékeli igazán, s így az amúgy is alacsony önértékelését a feleség megerősíti. A szülők érzelmileg távol vannak egymástól, és az apa a családban magányossá válik, a perifériára szorul. Az anya eközben úgy érzi, hogy kénytelen egyedül ellátni a szülői funkciókat, ami túlzott kontrollhoz, túlzó védelemhez vezet (Túry és Pászthy, 2008).

Pászthyék az apák maladaptív sémáit vizsgálva úgy találták, hogy ezek lányuk önértékelését, nőiességhez való viszonyát, valamint az anorexiás tünetek kialakulását jelentős mértékben befolyásolják. Az anorexiás tünetekre a legerősebb hatással az apa önfeláldozó attitűdje van, de ezen kívül az apai pesszimizmus, a kontroll hatékonyságának hiánya, és az irányítás átadása is jelentős szerepet játszik (Pászthy és mtsai 2005, idézi Túry és Pászthy 2008).

Csenki (2011) empirikus vizsgálatokkal támasztotta alá, hogy az "anorexiás családokban" a családtagok félnek negatív érzelmeiket kifejezni, és megfigyelték azt is, hogy az anya érzelmszabályozási nehézségekkel küzd. Az anyák az érzelmekre kevés figyelmet fordítanak, és kevésbé képesek azonosítani azokat. Az érzelmek veszélyt jelentenek, ezért fokozott kontrollal igyekeznek velük szemben védekezni.

A bulimiások családjával kapcsolatban kevesebb szakirodalom áll rendelkezésünkre, mint az anorexiásokéval. A hasonlóságok mellett van néhány jellegzetes különbség is: míg az anorexiások családjára a konfliktusok elkerülése a jellemző, addig a bulimiások családjában a nézeteltérések, konfliktusok és a hozzájuk társuló indulatok - olykor kontrollálatlanul is - képesek a felszínre törni. A családon belüli átjárható határok is csupán az anorexiára érvényesek, a bulimiásoknál ugyanis bár az interperszonális határok erősebbek, a család labilisabb. A szülők ellenségesek és elhanyagolók, nehezen találják meg az autonómia-kontroll egyensúlyt. (Vanderlinden és mtsai 1992).

Dévald (1993) kiemeli, hogy az evészavarosok családjában tiltott a negatív érzések kifejezése, valamint felhívja a figyelmet két kettősségre: az egyik az az ellentmondás, amely az anyák felszíni önfeláldozó viselkedése és ugyanakkor a háttérben meghúzódó sérülékenyséjük, illetve a negatívumokhoz kapcsolódó elutasító viszonyuk között áll fenn, a másik ellentmondás pedig az apák látszólagos erőssége és alacsony önértékelésük, illetve dependenciájuk között van.

A terápiás beszámolókon kívül kérdőíves felmérések is készültek annak érdekében, hogy az evészavaros betegek szüleinek személyiségvonásait, viselkedését, környezethez való viszonyát megismerjék.

Néhány szemléletes megállapítás: az anorexiásoknál az anya kritikussága kapcsolatban volt a rossz prognózissal; az anorexiások anyjánál a perfekcionizmus szignifikánsan gyakrabban fordult elő, mint a kontroll csoporthoz tartozóknál (Vandereycken 1995; Woodside és mtsai 2002).

Fairburn és munkatársai (1997, 1999) úgy találták, hogy az evészavaros betegek szülei szignifikánsan kritikusabbak, mint az egészségesek szülei, de a bulimiásokat kivéve nem kritikusabbak más pszichiátriai zavarban szenvedők szüleinél.

Az evészavarosok családjának tagjai gyakran túlzottan fontosnak tartják a karcsúságot, és gyakrabban jutalmazták az ehhez kapcsolódó önkontrollt, és fegyelmezettséget (Branch és Eurman 1980).

Szumska (2005) megállapítja, hogy az anorexiás betegek édesanyjánál gyakrabban fordul elő a saját testüyük, illetve alakjuk miatti aggodalom, mint az egészségesekénél. Ezen kívül azt is közli, hogy a családban bármilyen evészavar előfordulása rizikófaktor jelent a lánygyermekre nézve. Von Ranson és munkatársai (2003) jelentős összefüggést mutattak ki az anyai evészavar élettartam prevalenciája és a serdülő lányok evési szokásainak zavara között.

Agras és munkatársai (1999) ötéves prospektív vizsgálatukkal alátámasztották Hilda Bruchnak (1973) azt a klinikai tapasztalataiból levont transzgenerációs hipotézisét, amely szerint az evészavaros betegeknél az anyák bizonytalanok anyai szerepükben, maguk is alexitimiasok és

ezért nem képesek csecsemőjük jelzéseire differenciáltan reagálni. Mindezek következtében gyermeküket rendszertelenül etetik, és az etetést megnyugtatóra, illetve jutalmazásra használják, miközben gyermekük súlyával kapcsolatban erősen aggódnak.

Fairburn és munkatársai (1997, 1999) a gyermekkori obezitás mellett a szülők elhízását és a gyermek súlyával kapcsolatban elhangzó kritikákat is az anorexia- és a bulimia nervosa rizikó tényezőjének találták.

Geiger (1982/1988) anorexia nervosában kiemeli az anya-gyerek kapcsolat etiopatogén szerepét. Az anya képtelen a gyermek érzelmi igényeire ráhangolódni, viszont elvárja, hogy jó és engedelmes legyen, hogy ezáltal saját anyai tökéletességét bizonyítsa. Ezért aztán a szimbiózis fenntartása az anya érdekében áll, hiszen az anyai szerepből való kiszorulásával a saját idealizált anyaképének folyamatos megerősítését veszítené el. Mivel a negatív érzések kifejezése gátolt, az anorexia értelmezhető a tökéletes lány ideális anya elleni lázadásaként.

Az evészavarok tekintetében általában a családban előforduló bármely pszichiátriai betegséget rizikófaktorok tekintenek. Kiemelt jelentőségű a depresszió, valamint bulimiások családjában az addikciók, különösen az alkoholizmus jelenléte (Fairburn és mtsai 1997).

Összességében elmondható, hogy a személyiség fejlődésében bekövetkező zavarok kialakulásában a családnak meghatározó szerepe van. Evészavarok esetén a család disz funkcionalitása, a családstruktúra összemosottsága, a szimbiotikus anya-gyerek kapcsolat, a negatívumok kifejezésének tabuja kiemelkedően jelentősnek tűnik. A családban előforduló bármely evészavar, ezen belül az anya evészavara és a testsúllyal, a külső megjelenéssel kapcsolatos aggodalmak szintén rizikófaktorok tekinthetők.

Szociokulturális faktorok

Az evés szociokulturális meghatározottságával egy korábbi fejezetben részletesen foglalkoztunk, itt csak az evészavarokkal szorosan összekapcsolható információkat tárgyaljuk. Meg kell említeni azonban, hogy a tudományos kutatások eredményei inkább korrelációs természetűek, mint kauzálisak, ezért ezeket az összefüggéseket körültekintően kell értelmeznünk.

Több oldalról közelíthetjük meg a problémát: az evési magatartásra, vagy a karcsúság ideálra ható tényezők, valamint az ezeket a normákat közvetítő faktorok oldaláról, vagyis komplex gazdasági-társadalmi-kulturális szempontból. Az evészavarokat éppen ezért kultúrától függő szindrómákként kezeljük. DiNicola (1990) például az anorexiát kultúra reaktív szindrómának tartja, ami a kultúrához kötött és a kultúraváltási szindrómákat együttesen jelenti.

A szociokulturális magyarázatot az alábbi kutatási eredmények támasztják alá (Túry és Szabó 2000, és 2010, 437.o. nyomán):

- Az evészavarok leggyakrabban a nyugati kultúrában fordulnak elő, de a járvány átterjedt a gyors társadalmi változáson átesett országokra is. A globalizáció az utóbbi években az evészavarok területén is tapasztalható.

- Az epidemiológiai adatok szerint az anorexiás és bulimiás megbetegedések prevalenciája növekszik és egyre szélesebb populációt érint, de újabb és újabb evés- és testképzavar szindrómák is megjelennek.
- Az klasszikus evészavarok elsősorban a nőkre jellemzőek, de az utóbbi évtizedben a férfiaknál megjelenő, főképp a testképzavarokhoz kapcsolódó evészavarok alakultak ki.
- Az evészavarok leggyakrabban a pubertás és az adolescencia időszakában kezdődnek, s ez nem magyarázható pusztán a serdülőkori biológiai változásokkal.
- Az evészavarok típusait illetően etnikai különbségek vannak. Színes bőrűek között az anorexia és a bulimia ritkább, viszont ez az obezitásra nem igaz.
- A társadalmi tagozódásban szintén hasonló különbség van: a felső középosztályra a klasszikus evészavarok jellemzőek, míg az alsóbb osztályokban az obezitás a gyakoribb.
- Egyes szubkultúrák tagjainak, bizonyos foglalkozások, sportok képviselőinek fokozottan kell megfelelniük a soványság, a karcsúság követelményének. Ilyenek a homoszexuális férfiak, akiknél az alak, a külső megjelenés kiemelt szerepet kap, de ilyenek a modellek, a balett-táncosok, vagy a zsokék is, akiknél a karcsúság és az ideálisnak vélt testsúly a karrier szempontjából rendkívül fontos.
- Végül a szociokulturális tényezők szerepét sugallja az is, hogy nincs olyan jól körülírt biológiai faktor, amelynek patogén szerepét egyértelműen bizonyítani lehetne. Sokkal valószínűbb, hogy mindezen tényezők együttesen játszanak prediszponáló, precipitáló illetve tünetfenntartó szerepet.

Az ideális testről alkotott felfogás az évszázadok, évezredek során jelentősen változott. (részletesen lásd a kultúrtörténeti fejezetben). A XX. század végére a női ideál uniformizálódott, norma lett, hogy szépnek kell lenni, s a szépség tulajdonképpen egyenlő a karcsúsággal, az pedig a soványsággal. A nő csak akkor lehet vonzó, ha testsúlya irreálisan alacsony. A Miss Amerika BMI-je évről évre csökken, a topmodellek, sztár énekesek, színészek anorexiához közeli BMI-vel rendelkeznek. A média közvetíti a követendő magatartási normákat, ideálokat, és ez rendkívül erős hatással van a serdülőkre, a fiatalokra. Sajnálatos módon beteg modell személyeket és kóros viselkedési mintákat is pozitív példaként állítanak a fiatalok elé, és ez patológiás irányba viheti az egyébként valamilyen ok miatt sérülékeny médiafogyasztó serdülőket (Szabó és Túry 2012).

A testképpel való elégedettséget a kulturális hatások is jelentősen befolyásolják. Ennek a hatásnak tudományos bizonyítéka Beckerék longitudinális vizsgálata Fidzsi szigetén (Becker és mtsai, 2002). A fiatal lányok testképpel és étkezési szokásokkal kapcsolatos attitűdjeit vizsgálta a nyugati tv adások elterjedése előtt, és három évvel később. Fidzsin az 1990-es évekig senkinél nem diagnosztizáltak evészavart, a helybéliek szorongásának tárgya inkább az étvágytalanságtól és a fogyástól való félelem volt. A nyugati média elterjedése előtti időkben a robosztus, erőteljes testalkatot tartották kíváncsnak, valamint a kalóriadús ételeket preferálták. Három év alatt a televízióval rendelkező háztartásban élő fiatalok a fogyasztói életstílussal azonosultak, és a testideáljuk is jelentősen átalakult. A vizsgált változók közül érdemes kiemelni, hogy a kóros evési attitűdöket mérő teszten háromszoros pontszámot értek el a tévésző serdülő lányok a nem tévészőkhöz képest. A vizsgált három év alatt a kóros étkezési magatartásmódok közül a diétázás és az önhánytatás jelentősen változott, ez utóbbi 0%-ról 11,3%-ra nőtt.

A szociokulturális tényezők között a vallást, mint normatív szabályozót érdemes megemlíteni. Az utóbbi években kutatásokat kezdtek végezni annak kiderítésére, vajon a vallásnak, vallásosságnak az evészavarokra nézve van-e protektív hatása.

A vallás és az evészavarok kapcsolatát illetően ma még kevés megbízható, módszertanilag összehasonlítható adat áll rendelkezésre. Minden vallásnak megvannak a maga értékei, speciális szabályai, normái, amelyeket a felekezet tagjainak tiszteletben kell tartaniuk. Ezek közül számos norma a vágyak kielégítését, ezen belül az étkezést és a szexualitást szabályozza. Egyes vizsgálatok szerint a zsidók és a katolikusok között több az evészavar, mások szerint az anorexia a protestáns és az anglikán vallással, illetve az aszketizmussal hozható kapcsolatba, de egyes szerzők szerint a bulimia a katolikusoknál gyakoribb (Jacoby, 1993; Joughin és mtsai 1992, idézi Lukács és Kézdy, 2008).

Griffin és Berry (2003) az evésre buzdító reklámok verbális megfogalmazásának hatásait vizsgálva úgy találta, hogy a spirituális tartalmú kifejezések, mint pl. kísértés, bűn, mennyei, tisztaság, stb. kapcsolatba hozhatók az atípusos evészavarok kialakulásával.

A fejezet összefoglalása

Összefoglalásként elmondhatjuk, hogy az evészavarok biopszichoszociális megközelítése látszik a legjobbnak, mivel e körképekkel kapcsolatban minden jelenségre és problémára önmagában nem ad magyarázatot sem a biológiai, sem a pszichológiai, sem a szociokulturális megközelítés. És ez független attól, hogy a ma már klasszikusnak tekinthető anorexiáról, és bulimiáról, vagy például az újabb orthorexiáról, és izomdiszmorfiáról beszélünk.

Az evészavarok kialakulásában szerepet játszó legfontosabb faktorok:

Egyéni kockázat: bizonyos biológiai és pszichológiai jellegzetességeket, a vegetatív funkciók zavarait, a premorbid obezitást, a személyiségbeli sérülékenységek közül az érzelmi labilitást, az önpercepció zavarait, és bizonyos személyiségvonásokat.

A szociokulturális kockázati tényezők:

A karcsúságideál kulturális nyomása, nem (inkább a nők), a kor (főképp a fiatalok), bizonyos társadalmi réteghez való tartozás (valószínűbben felső-középosztály). foglalkozási csoportok – táncosok, modellek, sportolók egy része - különösen veszélyeztetettek.

Az anorexiás betegek *családjára* jellemző diszfunkcionális struktúra: a határok a családon belül átjárhatóak, miközben a külvilággal szemben mereven elhatárolódnak. A nyílt konfliktusokat igyekeznek elkerülni, a s közben a gyermeket bevonják a rejtett konfliktusba, s autonómia törekvéseit gátolják. Az anorexia a családi homeosztázis fenntartásának hibás megoldási kísérleteként értelmezhető.

Az evészavarok *epidemiológiájára* vonatkozó kutatási eredmények változatosak. Összefoglalóan elmondhatjuk, hogy az anorexia pontprevalenciája a vizsgálatok többségében 0,1 és 0,8% között mozog, míg a bulimia pontprevalenciája 1% körül van.

Ha az adatokat a leginkább veszélyeztetett fiatal nők korosztályra vonatkoztatjuk, a fejlett nyugati országokban 1-4%. A férfiak az evészavarokban kevésbé érintettek, a megbetegedések aránya a nőkhöz képest 2-10%.

4.6. Az új típusú evés- és testképzavarok

4.6.1 Elsődlegesen evészavarok

4.6.1.1. A falászavar (Binge Eating Disorder, BED)

Tünetek:

A falászavarban szenvedő személyek fele túlsúlyos (Stunkard 1959). Ezek a személyek, gyakran kontrollt veszítve esznek, de ezeket a rohamokat nem kísérik inadekvát kompenzáló magatartásformák (Spitzer és mtsai 1992, Stunkard és Allison 2003). Az evészavar spektrumban és a nozológiai rendszerekben a bulimia nervosa és az obezitás között helyezhető el.

Ha a falászavart a klasszikus evészavarokkal összehasonlítjuk, több hasonlóságot és különbséget is találunk (Wilfley, és mtsai 2003, Stunkard és Allison 2003).

Hasonlóságok:

- Az alakkal, a testsúllyal való túlzott foglalkozás és aggodalmaskodás.
- Az önértékelés alacsony, az önbecsülés elsődleges meghatározója a testsúly.
- A falásroham alatt jellemző a kontroll vesztés élménye.
- Magas pszichiátriai komorbiditás.

Különbségek:

- Férfi/nő arány (35% / 65% körüli).
- Etnikai különbségek hiánya.
- Nincs koplalás, inkább kaotikus étkezési szokások a jellemzőek.
- A falást negatív érzések, ételek, napszakok válthatják ki.
- Az olykor egész napon át tartó falások után kevésbé szoronganak, kevésbé büntudatosak, mint más evési zavarban szenvedő páciensek.

Az obez személyek táplálkozási magatartásában jelentős különbségeket találtak aszerint, hogy falászavarban szenvedő vagy nem falászavaros elhízottak voltak (Stunkard és Allison 2003).

- A falásrohamban szenvedők akkor is több kalóriát fogyasztanak, amikor nincs falásrohamuk.
- Evési szokásaik kaotikusabbak.
- Az evés érzelmi reakció (frusztráció, harag, rosszkedv, stb.).
- Több édességet esznek, gyakoribb az étkezések közti nassolás.
- Testsúlyukkal, alakjukkal többet foglalkoznak, mint a nem falászavarosok.
- Az elhízás fiatalabb korban kezdődik, és jelentősebb túlsúllyal rendelkeznek.

A falászavar rizikófaktorai

A falászavarok rizikófaktorainak vizsgálati eredményei: más pszichiátriai betegekhez képest a falászavarosok között nagyobb számban voltak olyanok, akik gyermekkorukban elhíztak, és alakjukra, súlyukra, evési szokásaikra sok negatív kritikát kaptak. Pszichés kockázati faktornak tekinthető a negatív énkép, az anamnézisben fellelhető mentális zavarok – szülői depresszió,

kritikus, perfekcionista szülői elvárások, szélsőségesen elhanyagoló vagy túlóvó anyai magatartás. Gyakori a gyermekkori abúzus, valamint csúfolás és megszégyenítés a kortárs csoport tagjainak részéről (Fairburn és mtsai 2000). Összefoglalva a pszichiátriai zavarokra való sérülékenység és az elhízásra való hajlam együttes jelenléte fokozott kockázatot jelent a falászavar kialakulására (Szumska és Dudás 2008).

Komorbiditás

A falászavaros elhízottak között magas 47%-os depresszió élettartam prevalenciát találtak, szemben az ilyen zavarban nem szenvedő kövérekkel, ahol ez 26% volt (Specker és mtsai 1994). Telch és Stice (1998) vizsgálatában a falásrohamban szenvedőknél a major depressziós epizód pontprevalenciája a túlsúlyosakénak háromszorosa volt. Valószínű, hogy a komorbid pszichiátriai zavarok a falászavar súlyosságával, nem pedig a testsúllyal függenek össze (Szumska és Dudás 2008).

Javaras és munkatársai (2008) szerint a falászavarban szenvedő betegek anamnézisében a major depresszión kívül a bipoláris zavar, a bulimia nervosa, az addikciók, a szorongásos zavarok, a testdiszmorfiás zavar, a kleptománia és irritábilis bél szindróma (IBS) is szignifikánsan gyakrabban fordul elő.

A szomatikus betegségek közül a II. típusú cukorbetegséggel való kapcsolatot vizsgálták azt feltételezván, hogy a szigorú diéta növelni fogja a falászavar kockázatát, de a két betegség között nem sikerült egyértelmű kapcsolatot kimutatni (Szumska és Dudás 2008.)

Epidemiológia

Nemrégén alakult, és leírt szimptomáról lévén szó, még kevés adat áll rendelkezésre a falászavar incidenciájáról és prevalenciájáról. Hazai vizsgálatokat még nem közöltek.

Az epidemiológiai vizsgálatok prevalencia adatai nagy szórást mutatnak. Ennek hátterében a főképpen mintavételi és módszertani különbségek állnak, ezért nehéz ezeket összehasonlítani. A felmérések jelentős része önkitöltő kérdőíves, csak kevés két fázisú vizsgálat történt.

Az első nagy mintán készült felmérésben elhízott fiatal nőknél 1,5%-os, férfiaknál 2,9%-os falászavar előfordulási gyakoriságot találtak (Smith és mtsai 1998).

Ausztráliában strukturált interjúkon alapuló reprezentatív mintán készült felmérés, és a szigorú kritériumok alapján 1%-os falászavar gyakoriság mutatkozott. A szubklinikus zavarok, pl. heti egy falásroham, a nőknél és a férfiaknál egyaránt 3 % körüli gyakoriságot mutattak (Hay 1998).

A túlsúly miatt orvoshoz fordulók között a falászavar prevalenciája növekedett. Az alapellátásban súlyprobléma miatt segítséget kereső négyezer beteg közül a fiatal felnőtteknél 3,3% -os falászavar gyakoriságot találtak, ami az életkorral nőtt, a középkorúaknál már 8,5%-ot ért el (Johnson és mtsai 2001).

Azoknál a személyeknél, akik valamilyen testsúlycsökkentő programban vettek részt, 20%- 30% körüli falászavar prevalenciát találtak, de a nők esetében az átlagos prevalencia 10% -kal magasabb volt (Spitzer és mtsai 1992, 1993, De Zwaan 2001).

Összefoglalóan elmondható hogy a falászavar prevalenciája magasabb a klasszikus evészavarokénál: az átlagnépességben 1 és 5%, a túlsúlyos populációban 5 és 8,5%, míg az obezitás miatt orvosi segítséget kérők között 3.3 és 30% közötti előfordulási gyakoriságot mutat.

Kórlefolyás

A falászavar kórlefolyását illetően kevés és ellentmondásos adatokkal rendelkezünk. A kutatási adatok jobb gyógyulási eredményekre utalnak, mint a klinikai tapasztalatok. Egy öt éves követéses vizsgálatban a falászavaros betegek 77%-a annak ellenére volt tünetmentes, hogy valójában csak 3 százalékukat kezelték. A páciensek 18%-ánál 5 év elteltével még mindig fennállt valamilyen evészavar, és 10% volt azok aránya, akiknél továbbra is falászavar volt a diagnózis. A tanulmány kezdetekor a falászavaros páciensek 22%-a volt obez, míg az 5. év végére 39% lett elhízott (Fairburn és mtsai 2000).

4.6.1.2.Purgáló zavar (Purging Disorder)

Számos érv szól amellett, hogy a purgáló zavart önálló kórképként definiáljuk, de vannak ellenérvek is. Keel és munkatársai (2009) tíz év közleményeinek metaanalízisét végezték el. A purgáló magatartás, mint a testsúlyszabályozás inadekvát módja az anorexia- és a bulimia nervosában egyaránt megjelenhet, és mindkét kórképben a falásroham következményeinek kompenzálását szolgálja. A purgáló zavarban azonban a falásrohamok elmaradnak, és a beteg kompenzációs magatartása nem függ a bevitt kalória nagyságától. A páciensek súlya általában normális vagy annál kisebb.

Tünetek

A személy már kis mennyiségű étel elfogyasztása után is fél attól, hogy hízni fog, ezért rendszeresen „megtisztítja” magát a bevitt ételek/kalóriák legalább egy részétől. A leggyakoribb purgálási stratégiák az önhánytatás, a hashajtók és diuretikumok használata, valamint a beöntés.

A purgáló személyek, bár alakjuk és testsúlyuk aggasztja őket, nem használnak más testsúlykontrolláló stratégiát, pl. diétát.

A klasszikus evészavarokhoz hasonlóan, a purgáló zavarban szenvedő személyek önértékelésének központjában is az alak és a testsúly áll. Már kevés étel elfogyasztása után is aggódnak a súlyuk miatt, félnek az elhízástól. Az impulzivitás kontroll nehézségét tekintve közelebb állnak a bulimiásokhoz, mint az anorexiásokhoz (Fink és mtsai 2009).

Prevalencia

Kevés adatunk van a purgáló zavar előfordulási gyakoriságáról. Keelék összesítése alapján az evészavarok együttes prevalenciája közel 7%-os, ebből az atípusos evészavarok 17% körüli

arányt képviselnek (Keel és mtsai 2009). Az élettartam prevalenciát 1,1%-5,3% közöttire becsülik (Wade és mtsai 2006, Crowter és mtsai 2009, Gauwin és mtsai 2009).

A purgáló zavarban a klasszikus evészavarokhoz hasonlóan a férfiak kevésbé érintettek, mint a nők, szignifikáns etnikai különbségeket viszont nem sikerült igazolni (Chao és mtsai 2008). A purgáló zavarral kapcsolatos tanulmányok főleg a fejlett gazdaságú országokban készültek, ezért nehéz általános érvényű következtetéseket levonni. Becker és munkatársai Fiji szigetén végzett után követéses vizsgálatukban azt találták, hogy a nyugati televízió programok elterjedése után a fiji szigeti iskolás lányok szignifikánsabb több evészavaros attitűdöt és viselkedést – egyebek között purgálót – mutattak (Becker és mtsai 2002). Ezek az eredmények arra utalnak, hogy a nyugati kultúra értékei globalizálódnak, a karcsúság, mint a szépség ideál alapkövetelménye, exportálódik.

Rizikófaktorok

A purgáló zavar hátterében hasonlóan okokat feltételeznek, mint az anorexia- és a bulimia nervosa esetén. A biológiai tényezők közül a neurotransmitter zavart emelik ki. Ezen kívül jelentős szerepük van a pszichoszociális faktoroknak, a család sokszor instabil, gyakori a szexuális abúzus.

A betegség lefolyása

Késő adolescenciában, kora felnőttkorban, húszéves kor körül kezdődnek a legtöbbször titkolt tünetek, olykor anorexiás vagy bulimiás zavarba „fejlődik”, de erről kevés adat van jelenleg. Rockert és mtsai 2007).

4.6.1.3. Az orthorexia nervosa (egészségesétel-függőség)

Az orthorexia nervosa első leírását Steven Bratman nem tudományos folyóiratban, hanem a Yoga Journalben tette közzé. Talán ez a magyarázata annak, hogy a közleménynek szakmai körökben évekig alig szenteltek figyelmet (Bratman 1997). A tudományosságot az is megkérdőjelezte, hogy a cikk egyben saját „egészségesétel-függőségéről” szóló személyes vallomás is. Bartmann részletesen beszámol arról, hogy orvosként elkötelezett híve volt az alternatív gyógymódoknak, így mint terápiás eszköznek, a diétának is. Saját maga is vegetáriánus lett, és az evés körül egyre több „kényszert”, egyre több rítust alakított ki. Ötvenszer kell megrágni a falatokat, bizonyos ételek csak bizonyos időben és sorrendben ehetők, stb. Új tanokat dolgozott ki az egészséges étrenddel kapcsolatban, s ezeket, mint evangéliumot hirdette. Dogmatista hívó lett, aki minden más nézetet, véleményt és magatartást lenéz és elutasít. Az élete, a gondolatai a tevékenysége csak az evés körül forgott, hangulata attól függött, hogy az „egészséges” étkezést mennyire tökéletesen sikerült megvalósítani. Közben messianisztikus attitűdöket vett fel, hirdette az ígét, s családjával, barátaival a kapcsolata egyre jobban megromlott. Mindenkitől eltávolodott, aki nem fogadta el a tanokat, s egyre magányosabb lett. Közben észlelte, hogy a különböző „szekták” (makrobiotikusok, lakto-vegetáriánusok, stb.) hívei között az „egészséges étel” mennyire mást jelent, és az ellentmondásokat nem tudta feloldani. Egyedül nem is tudott kilépni ebből a

függőségből, csak „táplákozási tanácsadó guruja” és egy szerzetes segítségével, akiknek nézetei, és magatartásuk segített felismerni dogmatikus megszállottságának paradoxonát.

Az orthorexia nervosa az elfogyasztandó étel minőségével kapcsolatos „kényszeres” egészségesétél-függőség, amelyben a testképnek jóval kisebb jelentősége van, mint az étel körüli ceremóniáknak (Varga és mtsai, 2010). A „fétis” az orthorexiások esetében nem a „Karcúság”, hanem az „Egészség”. Vagyis itt a betegség az egészségesség álarcában jelentkezik, ezért nehéz felismerni.

Az elnevezés az ortho – egyenes, helyes és az orexis – étvágy szavakból képzett kifejezés. Az új betegséggel kapcsolatban a tünetek alapján két komorbid zavar merül fel, a kényszer és a függőség. Az étel egészségessége pszeudospirituális tartalmat kap, ami a vele kapcsolatos foglalatosságokat házivallás-szerű ceremóniákká változtatja. A beteg számára az ennivaló összetétele, származása, irreális jelentőséggel bír, vagyis az obsessio tárgya maga az étel. A vele való foglalatosság a beteg idejének nagy részét kitölti, jelentős érzelmi energiákat emészt fel, miközben az élet többi területe háttérbe szorul (Túry és mtsai 2003).

Az ételek fogyaszthatóságának minősítése jelentős mértékben gazdasági-társadalmi-kulturális befolyás alatt áll. Szinte minden vallásnak vannak regulái az ételekkel kapcsolatban. A fogyasztásra nem ajánlott ennivalókat az egyes vallások tisztátalannak minősítik, és fogyasztásukat tiltja.

Orthorexia esetén a „vallásos” előírások sokszor divathullámokhoz kapcsolódnak, amit élelmes gazdasági szereplők ki is használnak. Ilyenek lehetnek a speciális diéták, vagy különleges alapanyagok felhasználásával készült ételek, vegyi anyagoktól mentesnek mondott biotermékek, stb. (Jones 2001). A szélsőséges diéta azonban gyakran élettani alultápláltsághoz, hiánybetegségekhez vezet, aminek kezelésére – korántsem veszélytelen módon– táplálék kiegészítők abúza is előfordulhat. Véglet a nagyon szigorúan szabályozott egyoldalú táplálkozás is, ami oly módon vezethet kóros túltápláltsághoz, hogy közben élettani értelemben hiányállapot áll fenn.

Az orthorexiában szenvedő személyek kényszeres-fóbiás személyiségvonásokkal és perfekcionista attitűdökkel rendelkeznek. Megszállottan ragaszkodnak a „tisztá” ételekhez, valamint az ételmiszer feldolgozásának sajátos rítusaihoz (Bratman, 1997, Dudás és Túry 2008). Az ételmiszerrel kapcsolatos fóbiákat olykor a média közvetítésével piaci szempontok is befolyásolják. Ilyen, pl. amikor rákkeltő anyagokat találnak bizonyos ételmiszerekben, de ilyen a cukor-szaharin, az olaj-zsír, a vaj-margarin vita is, és mostanában például a sláger témát a genetikailag módosított növények, illetve a felhasználásukkal készült ételek jelentik. Az említett hírek kapcsán az egészséges étel felé fordulás akár adaptív reakció is lehetne (Grimm 2005).

A betegség kezdetét itt is, mint a klasszikus evészavaroknál általában, diétázás előzi meg. Ez a diéta olykor valamilyen szomatikus betegséghez (gastrointesztinális panaszok, vese-rendellenességek, cukorbetegség stb.) vagy valamilyen orvosi leletben talált elváltozáshoz (koleszterinszint, vércukorszint emelkedés stb.) kapcsolódik (Bratmann 1997). A kezdetben akár sikeresnek is mondható diéta egyre jobban uralja a személy életét, s egy idő múlva az élet központi problémájává válik. Hasonló ez ahhoz, ahogy anorexiában vagy bulimiában maga az evés válik a páciens gondolkodásának központi elemévé.

Orthorexiában szenvedő betegeknél az étel fellelése, és megszerzése, a konyhatechnikai "előírások" betartása, a tökéletesen „tisztá és egészséges” étkezés kivitelezése a lét – a gondolkodás, az érzelmek, a cselekvés - fő értelmévé válik, az élet minden egyéb aspektusa – szociális kapcsolatok, munka, stb. háttérbe szorul. Az egészséges táplálkozás szentséggé válik, és az orthorexiás személy a vallás papjává, papnőjévé. A személyben gyakran felsőbbrendűség érzés alakul ki azokkal a „primitív lényekkel” szemben, akik nem követik a „tanokat”. Szélsőséges esetben a baráti kapcsolatok is az „igehirdetés” terepévé válnak, s idővel a barátok elmaradnak, a személy elmagányosodik (Varga és mtsai, 2010).

Saját praxisomból egy orthorexia nervosában (is) szenvedő kliens, aki szinte minden tünetet mutatott kognitív, emocionális és viselkedéses szinten egyaránt, ezzel kapcsolatos betegségtudata mégsem volt. Az ötvenes évei közepén járó nő válása kapcsán keresett segítséget. A probléma, amit „hozott”: 18 évi házasság után férje elhagyta, s kapcsolatukat nem tudja „normalizálni” annyira, hogy 14 éves fiúkkal – aki nála maradt - kapcsolatos kérdéseket meg tudjanak beszélni. Az egyetemet végzett tanárnő extrém módon elhízott volt (elmondása alapján kb. 100 kg, átlagos – 165 cm - körüli testmagassággal). Az aktuális élethelyzeti krízis kiemelkedő problémája számára az volt, hogy elvált férje, aki „biotermékekkel” foglalkozott, és az egész családot ellátta „egészséges” élelmiszerekkel, a továbbiakban ezt nem hajlandó folytatni. Az anya részben anyagi okokból – ezek az élelmiszerek drágák -, részben a távolság miatt ezt nem tudta megoldani. A szülők szigorú vegetáriánus étrendet tartottak, a serdülő fiú bizonyos húsféléket, de kizárólag „bio” eredetű termékeket is ehetett. Az anya szerint, őrajta kívül a közös gyerek „egészségét veszélyezteti” ezzel az apa, amit extrém szorongással élt át. Már-már téveszme-szerűen és részletesen beszélt arról, hogy milyen súlyos egészségkárosodást szenvedhetnek, ha a továbbiakban „szennyezett ételeket” fogyasztanak. Saját egészségi állapota, extrém obezitása és a táplálkozása között semmilyen összefüggést nem látott, meggyőződése volt, hogy egészsége csak az „ételek tisztaságától” függ, és megbetegszenek mindketten, ha „rossz minőségű ételt” esznek. Kiegészítő anamnesztikus adatok: kisiskolás kora óta perfekcionizmus, maximalizmus jellemezte, iskoláit kiválóan végezte, munkáját is magas színvonalon látta el. Szülei már nem élnek, édesapját „imádta”, az anyja „sohasem szerette”. Több mint 20 évig dohányzott, terhessége alatt leszokott róla, majd terhességi cukorbetegség miatt kezdett el odafigyelni az étkezésre. Előtte többször volt túlsúlyos, az élete hosszabb-rövidebb időszakában. Először csak „biotermékeket”, majd csak növényi eredetű bio ételeket ettek. Jelen állapot legalább tíz éve fennáll, a „munkáját tisztességesen” ellátja, de szakmai „karrierje megrekedt”, mivel nem érdekli már különösebben. Idejének jelentős részét a család (most már ő és fia) élelmezésének szenteli. Rengeteget olvas az alternatív gyógyászattal kapcsolatosan, élete az étellel kapcsolatos „tudományos ismeretszerzés” és a „tudományosan megalapozott ennivaló elkészítése köré szerveződött. Baráti kapcsolatai meglazultak, mivel „közös vacsorákat nem tudtunk rendezni, igénytelenek lettek”, ill. „már nem volt közös téma”. Felelősségteljes és

tudatos anya, aki úgy érzi, mindent megtesz a fia egészségéért. Az orthorexiás tünetekre nem volt betegségbelátása.

Ebben az esetben diagnózisként csupán az orthorexia nervosa merül fel, az orthorexia nervosa by proxy gyanúja nem (a gyermek diétája sokkal kevésbé volt merev, bizonyos húsféléket ehetett). Más esetleírásokból arra lehet következtetni, hogy erre a kórra a család többi tagja, de különösen az orthorexiás betegek gyerekei veszélyeztetettek (Sacco 2012).

Fontos hasonlóság az anorexiával, hogy az orthorexiás beteg önértékelésének alapja a diéta betartása, melynek megszegése intenzív szorongással, büntudattal jár. Hasonlóság az is, hogy betegségbelátás teljesen hiányzik.

Etiológia

Az orthorexia nervosa biológiai hátteréről még nincsenek vizsgálati eredmények. Más kényszer- és/vagy evészavarral kapcsolatos betegségekhez hasonlóan, melyeknél ezt már bizonyították, a genetikai predispozíció itt is feltételezhető. Ezt támasztja alá, hogy a szerotonerg rendszert befolyásoló szerek a zavar kezelésében hatékonyak (Paraschakis 2007, idézi Varga és mtsai 2010).

A pszichológiai sajátságok is elsősorban obsessív-compulzív jellegűek. Az egészséges táplálék túlértékelt eszmévé válik, és gyakran sajátos ideológiák szövődnek köré. Ezeknek a sokszor spirituális tartalommal is megtöltött „vallásoknak” a média sajnos lelkes közvetítője. A Jó és Rossz ételek szélsőségesen elkülönülnek, a nem egészségesnek tartott tápanyagokhoz (pl. zsír, szénhidrát, stb.) fóbias félelmek társulnak.

Az életfilozófia az egészségesség köré épül, aminek központi motívuma a jó/tiszta (pl. vegyszermentes, növényi, stb.) étel. Az evéshez álspirituális tanok kapcsolódnak, melyek az életvitelt is alapvetően meghatározzák. A „vallásos tanok” merev szabályokat hirdetnek, melyek megszegése intenzív szorongással, büntudattal jár.

A betegség többnyire - néha szomatikus betegséghez kapcsolódóan -, ártatlan diétával kezdődik. Az esetleges medicinális kudarcok után a diéta átmeneti tüneti javulást hoz, s akárcsak az anorexiában, a beteg megtapasztalja, hogy végre kontrollálni képes az életét. Kezdetben a testi folyamatok kontrollja sikeres, de később, amikor az élet lassan egyenlővé válik az evéssel, és az azzal kapcsolatos gondolatokkal, érzésekkel és rituális cselekedetekkel, tulajdonképpen az élet minden területe kontroll alá kerül. Az étel élvezete helyett az öröm és a siker forrása maga a kontroll. Az önmagukban bizonytalan személyek végre hatékonynak érzik magukat, s azonosulnak az aszketikus-spirituális tanokkal, mely a biztonságérzeten felül felsőbbrendűségi tudatot is ad azokkal szemben, akik nem követik az „egyetlen igaz” életfilozófiát.

A szociokulturális hatások közül az egészségesség, szépség (karcsúság és izmosság) kultusza látszik meghatározónak (Eriksson és mtsai 2008). A gazdasági és a piaci faktorok a médián keresztül manipulálják a fogyasztói szokásokat. A XXI. század gazdag nyugati társadalmaiban, a bőség zavarában sokszor ideológiai köntösbe öltöztetve manipulálják a fogyasztási – ezen belül a táplálkozási szokásokat (lásd ételmiszerbotrányok.) (Forgács 2004).

Komorbiditás

Az orthorexia nervosa diagnózisa még nem kodifikált a nosológiai rendszerekben, ezért nehéz a komorbiditásról beszélni. Kezdetben a tünetek kényszeres jellegéből adódóan (az ételekhez való obszesszív viszonyulás, kontrollálási kényszer, perfekcionizmus, stb.) a kényszer-spektrumon belül helyezték el, és csak később merült fel az evészavar-spektrum hipotézis.

A differenciáldiagnosztika fontosságát Catalina Zamora és munkatársai (2005) Spanyolországban egy orthorexia nervosában szenvedő beteg esetén mutatták be, mivel ebben a kórképben felmerül a krónikus paranoid zavar, az anorexia és a kényszerbetegség gyanúja is.

Az orthorexia nervosához komorbid zavarként leggyakrabban kényszerbetegség, depresszió, szorongásos zavarok, fóbiák, hipochondria, és „klasszikus” evészavarok (anorexia, bulimia) társulhatnak (Varga és mtsai 2008).

Az orthorexia nervosa epidemiológiája

Az orthorexia nervosa epidemiológiájáról a betegség rövid múltja miatt egyelőre kevés adatunk van. Bár mint fentebb láttuk, a tünetegyüttes a diagnosztikai kritériumok alapján jól körülhatárolható, a szakma megosztott a tekintetben, hogy vajon önálló kórképről van-e szó, vagy az obszessív-compulzív zavar résztüneteiről, esetleg akcentuált személyiségvonásokról. Mindenesetre a téma iránt az utóbbi időben jelentősen nőtt az érdeklődés (Dudás és Túry 2008).

Az orthorexia diagnosztikai kritériumainak meghatározásában Donini és munkatársai (2004) az obszessív-compulzív személyiségjegyeket, és a megszállottan egészséges táplálkozási viselkedést vették alapul. 404 főre kiterjedő felmérés végeztek. Az eredmények szerint 28 fő (6,9%) a megadott szempontok alapján orthorexiásnak bizonyult. Érdekes adat, hogy a zavar gyakoribb volt az alacsonyabb iskolázottságúak és a férfiak körében. A diagnosztikai kritériumoknak megfelelő egyének az ételekkel kapcsolatban érzelmileg telített jelzőket használnak (pl. a konzerv veszélyes, a bio élelmiszer egészséges, stb.), és beszámoltak arról, hogy különböző érzelmi állapotaik (feszültség, boldogság) szinte ellenállhatatlanul evésre készítetik őket. Dominiék később kidolgozták a diagnózis felállítását segítő ORTO-15 kérdőívet (Donini és mtsai 2005). (Hazai adaptációja folyamatban van.)

Kinzi és mtsai (2005) 500 dietetikusnőt kérdeztek meg táplálkozási szokásaikról, attitűdjeikről. A kérdések az orthorexiára utaló magatartást is megpróbálták felderíteni. A válaszarány 41%-os volt, és az eredmények azt mutatták, hogy a válaszadók kb. 40%-ának valamilyen táplálkozási magatartással kapcsolatos problémája van. Alultáplált volt 9,3%, túlsúlyos 17,1%, és az elhízottak aránya 1% volt. Anorexia nervosa szempontjából a populáció 12,8%-át találták veszélyeztetettnek.

Egy török munkacsoport (Bağcı Bosi és mtsai 2007) tagjai szakorvosjelöltek táplálkozási magatartását komplex módon vizsgálták. Nem orthorexiás betegeket kerestek, hanem a hajlam gyakoriságát próbálták meghatározni. A vizsgálatban résztvevő személyek fele férfi, fele nő volt. Az ORTO-15 teszt török változatát használva az ifjú orvosok között 45,5%-ánál találtak orthorexiára való hajlamot, és a nemek között ennek gyakoriságban nem kaptak különbséget. Volt viszont különbség az étel kiválogatására fordított figyelemben. A nők 38,9%-a, a férfiaknak

azonban csak 20,1%-a fordít erre különös gondot. A nemek között különbség volt a testsúly, és az energia bevitel kontrollálásában, illetve az alakkal, külsővel való foglalkozásban. Az evési szokásokban megjelenő „egészségfanatizmus” ugyanis az orthorexia rizikófaktorának tekinthető. Ezek a szerzők Doniniékkal szemben arra a következtetésre jutottak, hogy orthorexia nervosára a magasabb szocioökonómiai státuszú személyek a veszélyeztetettebbek. Az eredmények azonban nehezen általánosíthatók, hiszen a fiatal orvosok táplálkozási szempontból is magasan képzett csoportot képviselnek.

Fidan és munkatársai (2010) szintén török orvostanhallgatók között hasonlóan magas, 43,6%-os orthorexia nervosa prevalenciát talált, és a férfiak szignifikánsan veszélyeztetettebbnek bizonyultak a nőhöz képest.

Egy olasz munkacsoport (Segura-García és mtsai 2012) az evészavarok, ezen belül az orthorexia nervosa prevalenciáját atléták között vizsgálta. Az 577 atléta és az illesztett 217 kontroll személy egyebek között az ORTO-15 kérdőívet töltötték ki. Az atléták 28%-át orthorexiára veszélyeztetettnek találták, valamint megállapították, hogy az előzetes diétázás, az életkor, az evészavar kérdőíven (EAT) elért magas pontszámok, valamint a kényszeres és rituális evési szokások, mind-mind előjelző faktoroknak tekinthetők.

Más vizsgálatok is igazolták, hogy orthorexia nervosára a magasabb szocioökonómiai státuszú fiatal felnőttek, a sportolók, a testépítők, valamint az egészségügyi képzettségű szakemberek a legveszélyeztetettebbek (Eriksson és mtsai 2008, Korinth és mtsai 2009).

A betegség lefolyása

Kevés adat áll rendelkezésre, néhány esetleírásból (pl. Bratman 1997, Dudás és Túry 2008) általános érvényű következtetéseket nem lehet levonni. A klinikai tapasztalatok arra utalnak, hogy az orthorexia nervosa gyakran valamely más evészavar tünetváltásának tekinthető, ami mintegy a gyógyulási folyamat részeként a tünetek enyhülését jelenti (Varga és mtsai, 2010).

A fejezet összefoglalása

Az újabb evészavarok még nem jelentek meg a diagnosztikai rendszerekben, de egyre több beteg jelentkezik újabb tünetegyüttessel.

A falászavar és a purgáló zavar a bulimia disszociálódott tünetegyüttese, így a jellemzőik sok hasonlóságot mutatnak a bulimia nervosával.

Epidemiológia: a falászavar prevalenciája magasabb a klasszikus evészavarokénál: az átlagnépességben 1 és 5%, a túlsúlyos populációban 5 és 8,5%.

A purgáló zavarról kevesebbet tudunk.

Az atípusos evészavarok élettartam prevalenciája 1,1%-5,3% közötti.

Az orthorexia nervosa, az egészségesétel-függőség az egyik legújabb, még nem kodifikált posztmodern betegség, mely a sokkal "öregebb" anorexia- és bulimia nervosához hasonlóan a gazdaságilag fejlett országokban a képzett felsőközéposztály betegsége. Ugyanakkor különbség, hogy az orthorexia semmivel sem ritkább a férfiak, mint a nők körében. Az egészségkultusz, mint pszευdovallás szerepet játszhat a tünetek kialakulásában

Epidemiológia

A népesség 6-7%-a tekinthető veszélyeztetettnek a fejlett gazdaságú országokban, a fokozott kockázatú csoportokban (sportolók, egészségügyi szakemberek) elérheti a 30-45%-ot.

Az egészségkultusz, mint pszευdovallás szerepet játszhat a tünetek kialakulásában.

Legfontosabb tünetek:

Rögeszmés ragaszkodás bizonyos „tisztának, egészségesnek” tartott ételekhez, a gondolatai, tevékenysége, élete az evés körül forog, hangulatát alapvetően befolyásolja az étkezéssel kapcsolatos kontroll sikere vagy kudarca.

Szociális kapcsolataik felbomlanak, izolálódik, elmagányosodik a személy.

Szomatikus következmények: az egyoldalú táplálkozás következtében kialakulhat élettani alultápláltság, hiánybetegségek, kóros soványság, vagy akár elhízás.

A kórlefolyásról keveset tudunk, de az esetek többségében valamely súlyosabb evészavar gyógyult állapotának tekinthető.

Az új típusú evészavarokhoz is leggyakrabban: depresszió, szorongásos zavarok (kényszer és fóbia), addikciók, személyiségzavarok társulnak.

4.6.2.Elsődlegesen testképzavarok

A média szerepe

Az evészavarok és testképzavarok szoros kapcsolatban állnak egymással, központi motívum az ideális külső megjelenés, többnyire a „tökéletes alak” és testsúly elérése. Ez a tökéletes alak persze mást jelent a férfiak és mást a nők esetében. A következő zavarokban közös vonás, hogy a testtel – vagy a teste valamelyik jellegzetességével - való elégedetlenség fokozott distresszt okoz a személynek, és ennek csökkentése érdekében valamilyen inadekvát stratégiát dolgoz ki. Ezek közül a legrégebben leírt a diszmorfofóbia, az újabbak: az izomdiszmorfia, a testépítő típusú evészavar, apotemnofilia

A testkép

Az evészavarok és testképzavarok szoros kapcsolatban állnak egymással, központi motívum az ideális külső, többnyire a „tökéletes alak” és testsúly elérése. Ez a tökéletes alak természetesen mást jelent a férfiak, mint a nők esetében. A következő zavarokban közös vonás, hogy a személy testével, vagy valamely testrészével elégedetlen, és ez számára fokozott distresszt okoz, és ennek csökkentése érdekében valamilyen inadekvát stratégiát dolgoz ki. Ezek közül a legrégebben a diszmorfofóbiát írták le. Újabbak: az izomdiszmorfia, a testépítő típusú evészavar, apotemnofilia.

A testkép fogalma

A testkép multidimenziós pszichológiai konstrukció, komplex élmény, amelyben kognitív, emocionális és viselkedéses elemek egyaránt vannak. A testkép egyaránt magában foglalja a személy saját testével kapcsolatos interoceptív, taktilis, vizuális és térbeli percepcióit, kognícióit, emócióit és viselkedését, valamint ezeknek az élményeknek a szerveződési módját. (Szabó 1993, 1996). Vagyis a testkép nem csupán vizuális, hanem multimodális élményekből fakad, tehát a különböző érzékszervi modalitásokon alapuló testképek elkülöníthetők. Ez egyik lényeges eleme a vakoknál tapasztalható testképzavar magyarázatának (Dukay-Szabó és Túry 2008). A multimodalitás mellett affektív és kognitív testképet is elkülönítenek (Túry és Szabó 2000).

A testképzavar az evészavarokban nem általános percepciózavar, mivel a torz észlelés csupán a páciens saját alakjára vonatkozik. Az anorexiás betegek például testmagasságukat, vagy más személyek soványságát-kövértségét reálisan észlelik, és a tárgyak méreteit is pontosan meg tudják becsülni.

A diszmorfofóbiások valóságpercepciója is tökéletesen megtartott, torzítottan kizárólag a saját testüket észlelik, különös tekintettel bizonyos testrészeikre. Másokat és a tárgyakat ők is reálisan percipálják.

A testkép vizsgálatára számos módszert kidolgoztak és Magyarországon is validáltak (Túry és Szabó, 2000). (Részletesen lásd a Mérés fejezetben)

4.6.2.1. Diszmorfofóbia (testdiszmorfiás zavar)

A diszmorfofóbiát a saját test észlelésének körülírt zavaraként először Morselli írta le, és a monoszimptomás hipochondriás pszichózisok közé sorolta (Morselli 1886, idézi Túry Szabó 2000). A XX. század elején a nemzetközi szakirodalomban „beauty hypochondria, Thersitész- és Quasimodo-komplexusként, illetve Dorian Gray szindrómaként szerepelt (Szabó 2008). A DSM-III (APA 1987) és a DSM-IV (APA 1994) egyaránt a szomatiform zavarok közé kategorizálta.

A DSM-V rendszer számára a testdiszmorfiás zavar (BDD) diagnózisához ajánlott kritériumok

- A. A páciens gondolkodását áthatja, hogy zavarja egy olyan, a megjelenését érintő tökéletlenség, amelyet mások nem észlelnek, vagy jelentéktelennek tartanak.
- B. A test tökéletlenségével kapcsolatos gondolatok klinikailag jelentős distresszt (rossz hangulatot, szorongást, szégyent) okoznak. A munkában, a társas kapcsolatokban, és az élet egyéb területein is - iskola, háztartás - rontják az egyén lehetőségeit.
- C. A megjelenéssel kapcsolatos aggodalmak nem korlátozódnak a testzsírra, vagy a testsúlyra

A szépirodalomban a kórkép számtalan feldolgozását megtaláljuk, és ezeken keresztül megismerhetjük a zavar legfontosabb viselkedéses, kognitív és emocionális tüneteit. Gondoljunk Rostand Cyrano de Bergerac-jára, akinek központi problémája nagy orra volt, és azt gondolta, hogy mindenki ezt a testi hibáját fürkészi, és háta mögött kigúnyolja. Ezek a gondolatok, félelmek a férfiakkal szemben ingerlékennyé, és agresszívvá tették, a nőkhez viszont nem mert közeledni, mert félt a visszautasítástól. A problémát jól illusztrálja az „Orrmonológ”: az orrával kapcsolatos összes szorongását, félelmét, aggodalmát és indulatát, a kiprovokált, „objektív”, de legalábbis semleges vélemény hatására, az őt „megsértőre” önti

Vicomte

„Önnek az orra... hm... az orra... nagy

Cyrano

Lássa,
Ez szimplán hangzik... Így nincsen hatása!
Mondhatta volna szebben, kis lovag,
Más-más hangnemből... Így ni, hallja csak:
Kihívón: „Én nem járnék ám vele!
Sebészt hívatnék, hogy metélje le!”
Barátilag: „Hisz findzsájába ér!
Igyék vederből, abba belefér!”
Leíron: „Csúcs, mely veri az eget!
Hegyfok! Mit hegyfok? Roppant félsziget!”
Kíváncsian: „Mit rejt e hosszú tok?
Tollszár van benne, vagy gyaníthatok
Papírvágó kést, ollót is talán?”
Kecsteljesen: „Ön nagy barátja, lám,
A madaraknak! Póznát tart nekik,
Hol magukat jól kipihenhetik!”
Kötődve: „Kérem, ha pipázik ön,

S a füst orrán át gomolyogva jön,
 Kéménytűzet szomszédja nem jelez?"
 Intón: „Vigyázzon túlsúlyára! Ez
 Lehúzza önt s fejfel bukik előre!"
 Gyöngéden: „Lássa, megfakul a bőre
 Színét a napfény durván szívja ki
 Egy kis napernyőt venne tán neki!"
 Pedánsul: „Hallott az Arisztófánesz
 Nagy állatjáról uraságod? Tán ez:
 A Hippokampelefantokamelosz,
 Hordott ilyen hús-dísz elöl... e rossz
 Hangzású lényen volt ily hosszú csont!"
 Gavallér módon: „A manóba, mondd,
 Ez a fogas jött most divatba? Ej,
 Kalap számára pompás kicsi hely!"
 Föllengzően: „Hatalmas, büszke orr,
 Egy teljes náthát csak a bős, komor
 Mistráltól kapsz! Más szél ott meg sem érzik!"
 Tragikusan: „Vörös tenger, ha vérzik!"
 Bámulva: „Ó, eszembe jut, ha nézlek:
 Micsoda cégér egy illatszerésznek!"
 Lírailag: „Kagyló ez, s ön Triton?"
 Naivul: „Mondja, mert én nem tudom,
 Mikortájt nézik ezt a műemléket?"
 Mély tisztelettel: „Gratulálunk néked
 Tornyos házadhoz, nagyságos barátom!"
 Parasztosan: „Hékás, a számat tátom!
 Orr az? Fenét orr! Ördögadta dolga:
 Kis dinnye jaz, vagy óriás iborka!"
 Hadászilag: „Szuronyszegezve áll!
 Lovas-roham ilyet készen talál!"
 Üzletszerűn: „Tán lutrit rendez? Én
 Sejtem, hogy ez lesz a főnyeremény!"
 Végül, torzítva Pyramus kriáját:
 „Ez dulta szét az arc harmóniáját,
 E szörnyeteg!... Pirul az áruló!"
 Így ömlött volna szájából a szó,
 Ha volna önben szellem és tudás.
 De szellemet, boldogtalan dudás,
 Ön sose látott s tán azt tudja csak,
 Hogy hülye fráter is lehet lovag!
 De hogyha önben annyi lelemény
 Lett volna mégis, hogy kivágja szépen
 Mindazt, amit most összehordtam én
 E díszes, úri hallgatók körében:
 A kezdő mondat első negyedét
 Éles kardommal vágtam volna szét!

Mert magamat kigúnyolom, ha kell,
De hogy más mondja, azt nem tűröm el!” Rostand: Cyrano de Bergerac „Orrmonológ”

A testdiszmorfiás zavarban a páciens állandóan vélt testi hibájával (vagy valóságos testi hibájának felnagyításával) foglalkozik, az ezzel kapcsolatos szorongás és aggodalmaskodás életének minden területét áthatja.

A szakirodalomban az első közlemény 1960-ban jelent meg, de azután évtizedeken át alig foglalkoztak vele. 1987-ben a „Testdiszmorfiás zavar” önálló szindrómaként bekerült a DSM-III-ba (APA 1987), és ezt követően ugrásszerűen megnőtt a BDD-vel kapcsolatos közlemények száma. Magyarországon is csak néhány éve kezdtek foglalkozni a testdiszmorfiás zavarral, elsőként Szabó Pál, aki az evés- és testképzavarokat már évtizedek óta kutatja (Szabó 1993, 1996, 2008, 2010; Szabó és Túry 1996, 2000).

A testdiszmorfiás zavar kialakulásában fontos szerepet játszik a kulturális nyomás, mely fokozott jelentőséget, tulajdonít a szépségnek, a külső megjelenésnek (Veale 2004, Phillips 2005).

Tünetek:

A központi tünet a saját test észlelésének a torzulása. A személy testének bármely, vagy akár több részét is torznak észlelheti. a leginkább kitüntetett területek a bőr, a haj/testszőrzet, az orr, a testsúly, has, mell, szemek, combok arc/fej. Az utóbbi évtizedekben terjedőben van a fogakkal való elégedetlenség, a fogszabályozásoknak jelentős hányadát esztétikai okokból végeztetik (Phillips és mtsai 2005). Az izomzattal kapcsolatos kóros aggodalmaskodást izomdiszmorfia néven külön zavarként, új szindrómaként javasolják kezelni (lásd ott).

Az esetek jelentős részében a beteg külsejével semmi probléma nincsen, esetleg csekély „szépséghibáról” van szó. A páciens azonban úgy véli, hogy ez a testi hiba mindenki számára feltűnő, és kinevetik, kigúnyolják miatta, ezért a szényen elkerülése érdekében igyekszik a "hibát" leplezni, vagy szélsőséges esetben a társas kapcsolatokat kerülni. Egyes betegek visszajelzéseket várnak, provokálják az elvárt visszajelzéseket, és mint láttuk a Cyranóban, konfliktus alakulhat ki.

A betegek egy része vélt fogyatékoságát kényszeresen újra és újra ellenőrzi, míg más páciensek annyira undorodnak maguktól, hogy sosem néznek a tükörbe. Az önértékelést alapvetően meghatározza a „testi defektus”, vagyis a betegek önmagukban rendkívül bizonytalanok, önbecsülésük szélsőségesen alacsony, és azt gondolják, hogy mások is rútnak, visszataszítónak látják őket.

A test torzult észlelése a beteget hétköznapi feladatainak megoldásában is gátolhatja. Előfordul például, hogy nem megy be az iskolába, nem megy be a munkahelyére, mert fél a többiek megjegyzéseitől. Nem megy strandra, nem jár szórakozni, szélsőséges esetben akár ki sem lép a lakása ajtaján, szociálisan teljesen izolálódik.

Az izomdiszmorfia legfontosabb tünetei a szociális készség deficitje, a szociális helyzetekben való gátoltság, az asszertivitás hiánya, amely a betegek visszahúzódásához és magányosságához vezet (Didie és mtsai, 2012).

Epidemiológia:

Az 1990-es évektől egyre több és egyre több országot érintő epidemiológiai tanulmány jelent meg, felméréseket elsősorban az USA-ban és a nyugat-európai országokban végeztek. A testdiszmorfiás zavar pontprevalenciája az általános népességben az 0,7–1,1%, a főiskolás, egyetemista populációban 2–13% (Koran és mtsai 2008).

A pszichiátria osztályon kezelt betegek között a testdiszmorfiában szenvedők átlagos aránya eléri a 13%,-ot, ezen belül a kényszerbeteg körében 8-37%, szociális fóbiában 11-13%, atípusos major depresszióban 14-42%-os komorbiditás prevalenciát találtak (Conroy 2008).

Az evészavarok közül a testdiszmorfiás zavar komorbiditása anorexiában kiemelkedően magas, élettartam prevalenciája, 39% körül van (Phillips, 2010).

A bőrgyógyászati betegek között s, 9–21%-os, a plasztikai sebészek klientúrájánál 6–15%-os testdiszmorfiás zavar prevalenciát találtak (Philips és mtsai 2005, Crerand és mtsai 2006, Sarwer 2008). Hazai felmérés még alig született. Szászi és Szabó (2010) esztétikai célú plasztikai sebészeti kezelésen átesett nők 7%-ánál valószínűsítettek testdiszmorfiás zavart.

Felnőtt korban a testdiszmorfiás zavar mindkét nemben azonos gyakorisággal fordul elő, a serdülők között azonban a lányok többen vannak. Ennek valószínűleg az az oka, hogy a lányoknál a pubertáskori hormonális és testi változások hamarabb kezdődnek és sokkal „látványosabbak” (Philips 2005).

A nemek közötti hasonlóság, hogy a páciensek leginkább az arcukkal, vagy annak bizonyos részleteivel (orr, fogak, stb.) elégedetlenek. A különbség, hogy mely testrészükkel elégedetlenek még. A nők a lábukat (alakja, comb), a mellüket, a testsúlyukat, a férfiak a nemi szervüket, a kopaszságukat és a testmagasságukat tudják a legkevésbé elfogadni (Phillips és mtsai 2006)

Kórlefolyás

Az első átfogó tanulmányok a betegség kezdetét a fiatal felnőtt korra, 21,6-21,7 évre tették (Berrios és Kan, 1996). Az újabb vizsgálatok szerint azonban a testdiszmorfia korábban, átlagosan 16,4 éves korban jelentkezik, szubklinikus formában azonban már 2-3,5 évvel korábban, a korai pubertásban megjelenik (Philips és mtsai 2005). A betegség gyakran krónicizálódik, a tünetek fluktuálnak, intenzitások hol csökken, hol nő, gyakori a szuicidum (Phillips és Menard, 2006, Philips 2007).

A defektust a betegek sokszor „kényszeresen” próbálják eltüntetni, a bőrüket piszkálják, nyomkodják, ami nagyrészt rontja a helyzetet. Vannak páciensek, akik bármire képesek, hogy „testi hibájuktól” megszabaduljanak, s jobb esetben medicínális segítséget keresnek. Rosszabb esetben a problémát önmaguk kezelik, például intenzíven napoznak, vagy öncsonkító „műtéteket” végeznek (Philips és mtsai 2001).

A betegek leggyakrabban bőrgyógyászok, plasztikai sebészek, újabban fogorvosok rendelőjében jelennek meg. Sajnos azonban, mivel a baj valójában nem a testükkel van, a kezelés, vagy a műtét, csak átmeneti enyhülést okoz. Rövid idő elteltével ugyanis a tünetek kiújulnak, s a nem megfelelő eredményért az orvost okolják, akár a műhibaperig is elmehetnek. Más esetekben

viszont a kezelés/műtét „kudarca” miatt olyan reményt vesztek lesznek, hogy akár öngyilkosságot is elkövethetnek.

A testdiszmorfiás zavar jelenléte a plasztikai műtét kontraindikációját jelenti (Veale és mtsai 2001, 2004; Phillips 2005).

A testdiszmorfiás zavarban szenvedők több mint felének rendszeresen öngyilkossági gondolatai vannak, a betegek mintegy negyede követ el öngyilkossági kísérletet, és a standardizált mortalitási ráta nagyobb, mint depresszióban (Phillips 2007)

A testdiszmorfiás betegek életminősége gyakran lényegesen rosszabb, mint sok súlyos mentális vagy szomatikus kórképben szenvedő páciensé. Pl. rosszabb lehet, mint a depressziósoké, a cukorbetegké vagy akár a szívinfarktuson átesetteké (Szabó, 2010).

A betegségkarrier tipikus példája a nemrég elhunyt híresség, Michel Jackson esete, aki feltehetően testdiszmorfiás zavarban (is) szenvedett, és bár már nem volt olyan testrésze, amit plasztikai műtétrel át ne alakított volna, az önelfogadást, az elégedettséget, a megnyugvást sosem lelta meg.

Komorbiditás:

A testdiszmorfiás zavar számos pszichiátriai betegséghez társulhat. Leggyakrabban affektív zavarokkal (83,5-86,1%), szorongásos zavarokkal (66,7-70,1%), alkohol- vagy drog használattal (37-48,8%), evészavarokkal (14,6-42,3%) és személyiségzavarokkal (40-47,1%) (Phillips és mtsai 2004, Szabó, 2010). A férfi betegek között gyakrabbnak találtak alkohol-illetve drog abúzust (Grant és mtsai 2005, idézi Szabó 2010).

A testdiszmorfiásoknál leggyakrabban, az esetek kb. 75 %-ában major depressziós epizód fordul elő. A szorongásos zavarok közül a szociális fóbia kb. 40%-os, a kényszerbetegség 30%-os, a specifikus fóbia 18%, a PTSD kb. 10%-os prevalenciájú. A pánikbetegséggel kapcsolatos mérések nagy szórást mutatnak, ennek előfordulási gyakorisága 2,8-23,8% között mozog. A személyiségzavarok között első helyen 22%-kal az elkerülő áll, gyakori még az obszesszív-kompulzív (12%), a borderline (9,5%) és a paranoid személyiségzavar is (8%) (Phillips és mtsai 2005, Szabó, 2010).

A testdiszmorfiás betegek között az anorexia nervosa élettartam prevalenciája 9%-os, a bulimiáé 6,5%-os, és az atípusos evészavaré 17,5%-os (Phillips és mtsai 2010).

Etiológia:

A testdiszmorfiás zavarban szenvedők 8%-ánál a családban előfordult már a betegség, és 7%-uknál az elsőfokú rokonok között kényszerbeteg van. A kényszerbetegek családjában viszont a testdiszmorfiás zavar gyakorisága hatszoros. Mindezek arra utalnak, hogy a testdiszmorfiában a genetikai tényezők meghatározóak lehetnek (Phillips és mtsai 2007).

A testdiszmorfiások gyakran patológiás "grooming"-szerű önkurkászó repetitív viselkedést mutatnak. A zavart próbálták a kényszerspektrum elmélet keretében elhelyezni, de az állat-

modellekkel való rokonítás nehézkes, mert más típusú motiváció áll a trichotillomániás hajtépkedés és a testdiszmorfiás acné-nyomkodás, mint kényszeres jelenség háttérében. (Feusner és mtsai 2009)

A neurokémiai eltéréseket a farmakoterápiás tapasztalatok igazolják. A szerotonin visszavétel gátló antidepresszívumok hatékonynak bizonyultak, vagyis valószínűsíthetjük a szerotonerg rendszer zavarát (Phillips és Hollander 2008).

A képalkotó eljárásokkal viszonylag kis elemszámú vizsgálatot végeztek. Fontosabb eredmények:

Mágneses rezonancia vizsgálat (MRI): testdiszmorfiás betegeknél a nucleus caudatus aszimmetrikus, a baloldal nagyobb, mint a jobboldal, és a fehérállomány megnövekedett. Arcok vizuális percepcióját fMRI-vel (funkcionális mágneses rezonancia képalkotó eljárás) vizsgálva azt találták, hogy a testdiszmorfiás zavarban szenvedők inkább a részletekre figyelnek, míg a normál kontroll személyek az arcot globálisan dolgozzák fel. További neuroanatómiai eltérés a baloldali frontális lebeny megnagyobbodása (Feusner és mtsai 2007).

A frontális lebeny sérülését a neuropszichológiai vizsgálatok is alátámasztják. A testdiszmorfiás betegeknél a végrehajtó funkciók zavarát azonosították. Képzelti és spontán emlékezeti képeket vizsgálva a testdiszmorfiások képei élénkebbek, részletesebbek és negatívabbak, mint a kontrollcsoportéi (Osman és mtsai 2004).

Érzelmi arcfelismerésben, több vizsgálatban is nemcsak a kontrollcsoportnál, de a kényszerbetegknél is rosszabbul teljesítenek. Gyakran félreismerik az arckifejezéseket, s ítélik dühösnek, vagy elutasítónak (Szabó 2010).

Kezelés

A testdiszmorfia kezelésében még kevés a tapasztalat, ezért inkább csak rövidebb távú eredményekről lehet beszélni. Hosszú távú után követéses hatékonyságvizsgálatok még nem történtek.

Gyógyszeres terápiaként elsősorban a szerotonin reuptake gátló antidepresszívumokat (SSRI) javasolják hosszú távon, mert a gyógyszer abbahagyása a tünetek visszatérését okozza. Néhány esetben az elektrokonvulzív (ECT) kezelés vagy a pszichokirurgia hozott javulást a tünetekben (Phillips és Hollander 2008)

A pszichoterápiák közül elsősorban a kognitív- és viselkedésterápiát javasolják akár egyéni, akár csoportos formában (Phillips 2005, Szabó, 2010).

Leggyakrabban a betegek bőrgyógyászati és/vagy plasztikai sebészeti beavatkozáson esnek át annak ellenére, hogy javulást nagyon ritkán érnek el (9,8% és 17,4%). Mivel az esetek több mint 80%-ánál még átmeneti tünetcsökkenés sem tapasztalható, e beavatkozások testdiszmorfiás zavar esetén kontraindikáltak (Sarwer és mtsai 2004; Sarwer és Crerand, 2008).

Testdiszmorfiás zavar by proxy

A helyettesítő Münchausen szindrómához hasonlóan inkább nőkre jellemző, hogy gyermekük vélt testi fogyatékossága miatt aggodalmaskodnak. A jelenséggel kapcsolatban kevés tapasztalat van, és mivel magát a testdiszmorfiás zavart sem elsősorban a pszichiátriai rendelőkben lehet fellelni, ez még inkább igaz delegált változatára. Szélsőséges esetet közölt Phillips (2005) egy fiatal nőről, aki attól való félelmében, hogy gyermeke torzszülött lesz, több abortuszt végeztetett el.

4.6.2.2. Apotemnofilia, a testintegritás identitásának zavara (Body Integrity Identity Disorder, BIID)

Az apotemnofilia a testdiszmorfia speciális esete, amikor a személy testét azért érzi torznak, mert úgy érzi, valamilyen feleslegesen testrésze van, amelytől mindenáron meg kell szabadulnia. A zavart először Money és munkatársai (1977) „amputation love”-ként írták le, és a DSM-III. és IV-ben az atípusos parafiliák (MNO, máshová nem osztályozott) közé sorolták. Magyarországon az első közleményt Bánfalvi (2003) jelentette meg, melyben a zavar medikalizációjának etikai problémáit is felveti.

First (2007) 52 olyan személlyel készített felmérést, akik valamely egészséges testrészüket el akarták távolíttatni. A strukturált telefoninterjúk fontosabb eredményei a következők: az átlagéletkor 48,6 év (23 és 77 év közöttiek), az érintettek nagy része férfi (47). A legtöbben bal lábukat akarták amputáltatni. A motiváció csak kevés esetben volt szexuális jellegű, a többség a testi identitás „helyreállítását” szeretne volna elérni, és ezért bármit hajlandó volt megtenni. A testdiszmorfiásokkal ellentétben a műtét után megnyugszanak, és egészségesnek érzik magukat.

A testintegritás identitásának zavara First szerint sokkal inkább a nemi identitás zavarához hasonlít, mint a szexuális orientáció zavarához, ezért azt javasolja, hogy a készülő DSM-V-be már ne a parafiliák, hanem az identitászavarok közé sorolják (First 2007).

4.6.2.3. Izomdiszmorfia (Inverz anorexia, bigarexia nervosa)

A klasszikus evészavarok kevéssé érintik a férfiakat, az összes evészavaros mindössze 2-10%-a férfi. Az evészavarok központi motívuma a testképzavar, ami a XX. század végén a férfiakat is utolérte. Míg a nők egyre karcsúbbnak „kell” lennie, addig az igazi férfinak egyre hatalmasabb izomtömeggel „kell” rendelkeznie. Nem véletlen hogy a betegség a leggyakrabban a testépítő férfiak között fordul elő.

A klasszikus nemi szerepek változása a férfiakat is érinti. Egyrészt a nők „letaszították a trónról a teremtés koronáját” hiszen önálló, független, a családon kívül is önmegvalósító lények lettek, másrészt a szépség, mint érték, a külső megjelenés fontossága a férfira is vonatkozik. Már nem elég, ha egy férfi „egy fokkal szebb az ördögnél”, hiszen férfiasságát nem az ápolatlanság és az izzadság szaga, hanem az atletikus külső, a hatalmas izomzat és a parfümös illat igazolja. A machismo nervosa bár találó elnevezése a zavarnak, nem terjedt el széles körben (Whitehead 1994; Connan 1998).

A kórkép nozológiai helye nem dőlt még el. A tünetek egy része, a testészlelés torzulása, a vélt soványság a testdiszmorfiás zavarhoz áll közel, más tünetek, a rigid mennyiségi és minőségi étkezési szabályok pedig az evészavarokra emlékeztetnek. A túlhajtott testedzés kényszerekhez, míg végül a szteroid abúzus az ad dikciókhoz közelíti a betegséget.

Tünetek:

A legfontosabb tünet a testképzavar. A percepció zavar fordított, mint az anorexia esetén. Míg az anorexiás beteg kövérnek látja magát, vagy bizonyos testrészeit, addig az izomdiszmorfiás férfi önmagát soványnak, a testalkatát csenevésznek, izomzatát kevésnek tartja. Nem véletlen, hogy az első közleményekben inverz anorexia volt a megnevezése (Pope és mtsai 1993, Pope és Hudson, 1996, Pope Jr. és mtsai 1997)

A tünetek, a kényszeres testedzés, az anabolikus szteroidok abúzusa a magtünet, az Adonisz komplexus – bár talán találóbb lenne Herkules/Heraklész komplexusnak nevezni - köré szerveződnek. Az izomdiszmorfiás személyek gondolatai nagyrészt testük tökéletlensége, jelesen túlzott soványsága körül forognak annak ellenére, hogy súlyuk normális, vagy annál nagyobb (soványság fóbia). Az Adonisz komplexust Pope és munkatársai (2000) írták le. Ennek lényege a férfiaknak a testükkel kapcsolatos fokozott aggodalma, melynek kompenzálására egyrészt intenzív testedzést végeznek, másrészt a szépségipar, a medicina, a kozmetikai- és plasztikai sebészet igénybe vételével átalakítják testüket. Az izomdiszmorfiával kapcsolatban talán a megfelelőbb elnevezés a Herkules komplexus lenne, mert ez az izom- és testtömeg grandiozitásának óhaját jobban kifejezné.

A beteg kompenzáló tevékenységként testét leggyakrabban testépítéssel kényszeresen edzi, emellett speciális, merev diétát tart, és anabolikus szteroidokat szed, hogy izomzatát minél nagyobbra növelje. Ez gyakran szteroid abúzushoz/dependenciához vezet. A szteroidok mellékhatásaként viselkedésük agresszívvé válhat, ami szociális kapcsolataikat rombolja. A társas kapcsolatokat – különösen a partner kapcsolatot gyakran rontja, hogy az életet a testedzések, a pontos időbeosztás, és a szigorú diéta határozza meg (Babusa és Túry 2010).

A szteroid szedés következtében két ellentétes állapot, a szexuális túlfűtöttség, és az erekció növekedése, illetve a libidó csökkenése, és impotencia alakulhat ki.

Az izomdiszmorfiás férfiak önértékelése bizonytalan, kicsinek, elégtelennek, elfogadhatatlannak tartják magukat. Sokan ruhák egymásra húzásával próbálják testméretüket növelni, és vannak, akik nem mernek mások előtt levetkőzni – például strandra menni.

Úgy érzik, ha a testfelépítésük tökéletes lenne, akkor minden problémájuk megoldódna. Perfekcionista, akik maximálisan kontrollálni akarják testüket, ezért speciális edzéstervet készítenek, amihez mereven ragaszkodnak. Ha elmulasztják az edzést, büntudatot, szorongást élnek át. A szigorú edzéshez merev étkezési szabályok is társulnak – fehérjék és magas kalóriatartalmú ételek fogyasztása – és általában az anabolikus szteroidok abúzusa vagy dependenciája is annak ellenére megfigyelhető, hogy a hosszú távú egészségkárosító hatásokkal tisztában vannak.

Szomatikus szövődmények

Az anabolikus szteroid abúzus leggyakoribb következményei, hogy a tesztoszteron-ösztrogén egyensúly felborul, a mell megnő és az eredeti állapot csak plasztikai műtéttel állítható vissza. Az USA-ban 2010-ben férfiakon 18256 mellkisebbítő műtétet végeztek el, ami több mint két és félszerese a húsz évvel korábban elvégzett műtéti beavatkozások számának (<http://www.cosmeticplasticsurgerystatistics.com/statistics>).

A szteroid bevitel hatására a herék saját tesztoszteron termelése leáll, a herék atrofizálódhatnak. A spermiumképzés gátlődik, deformált, csökkent termékenyítőképességű spermák termelődnek. Ezzel párhuzamosan a szteroid szedés alatt, vagy után, potenciazavarok alakulhatnak ki. A másik veszély, hogy az anabolikus szteroidok nagy dózisu, tartosu, szedése prosztata megnagyobbodást, prosztatarákot okozhat (Babusa és Túry 2010).

Az injektálható szteroidok még veszélyesebbek, egyrészt azért, mert kevésbé ellenőrzöttek, másrészt mert a beadás fertözési lehetőségeket rejt magában.

A szívizom hipertrófiát az érhálózat nem tudja követni, a szív vérellátása csökkenhet. Ez a magyarázata a szteroid használó fiatal sportolók szívinfarktusból fakadó hirtelen halálának.

A szteroid gátolja a serdülő fiúk csontnövekedését, s ez által nem tudják elérni a genetikai adottságaik által lehetséges legmagasabb testméretet, éppen azt, amire vágynak. (Babusa és Túry 2010)

Az anorexia nervosával összehasonlításból látszik, hogy a tünetek jelentős része valóban inverze az anorexiás tüneteknek (lásd 4. számú táblázatot).

4.számú táblázat Az anorexia és inverz anorexia (izomdiszmorfia) összehasonlítása (Túry és Babusa 2012, 80.o)

Anorexia nervosa	Inverz anorexia nervosa/izomdiszmorfia
nők körében gyakoribb	férfiakra jellemző
veszélyes testsúlyhiány, soványság	súlytöbblet, igen izmos testalkat
félelem az elhízástól (súlyfóbia)	félelem a soványságtól (soványságfóbia)
testképzavar a karcsúságideál jegyében (kövérnek tartják magukat)	testképzavar az atlétaideál jegyében (soványnak tartják magukat)
demonstratív viselkedés	rejtőzködő viselkedés
hashajtó-, fogyasztószer-abúzus	anabolikus szteroid-abúzus

Epidemiológia

A szociokulturális hatások szerepét bizonyítja az is, ahogy az ideális alak megítélésében a nemek közti különbségek is változnak. . Az 1960-as években végzett vizsgálatokban azt találták, hogy a 10-12 éves fiúkat testsúlyuk kevésbé foglalkoztatja , mint a lányokat, és a túlsúly kevésbé aggasztja őket, mint a soványság (Cohane és Pope 2001).

Garner (1997) összehasonlító elemzése szerint huszonöt év alatt megháromszorozódott azoknak a férfiaknak a száma, akik elégedetlenek a testükkel (43%).

Az izomdiszmorfia epidemiológiájának felmérése számos nehézségbe ütközik. Ezek közül az egyik általában jellemző az evés és testképzavarokra, nevezetesen, hogy a rejtett betegségek közé tartozik. További nehézségeket jelent, hogy a betegek által használt anabolikus szteroidok egy része tiltott szer, másrészt, hogy az e körképben szenvedők közül sokan a testépítők speciális, nehezen megközelíthető szubkultúrájához tartoznak.

Az első vizsgálatok eredményei azt mutatják, hogy az izomdiszmorfia főképpen testépítő férfiak betegsége. Az anabolikus szteroidot használó testépítők 8-10%-a inverz anorexiás tüneteket mutat. Fordítva azonban nem igaz, vagyis nem minden szteroiddal élő testépítő szenved izomdiszmorfiás zavarban. (Pope és mtsai 1993, 1997; Pope és Katz 1994).

Az izomdiszmorfiát kezdetben a nyugati társadalmak betegségeként írták le , azonban az utóbbi években több hazai tanulmány is bizonyítja, hogy általánosan elterjedt zavarról van szó (Kovács és Túry 2001; Túry és mtsai 2001; Lukács és mtsai 2006). A hazai vizsgálatokban a testépítők 9-10%-a használ szteroidot, és közöttük az izomdiszmorfia prevalenciáját, 4,3%-volt. Lukács és munkatársai (2006) felmérésének eredménye szerint a katonai felsőoktatásban a hallgatók közel

kétharmada testépítő, vagy élete valamelyik időszakában testépítő volt. Önbevallás alapján 3,3%-uk használ rendszeresen szteroidot.

Etiológia

Új kórképről lévén szó, az izomdiszmorfia biológiai, genetikai háttéréről kevés empirikus adat áll rendelkezésünkre. A betegség az evészavar spektrumból kikerült, mivel az evéssel kapcsolatos tünetek inkább következménynek tekinthetők. Ugyanakkor mivel az izomdiszmorfiát a testdiszmorfiás zavar és az obsessív-compulzív zavar altípusaként is tekinthetjük, feltételezhetjük, hogy ennek a szindrómának a háttérében hasonló predisponáló tényezők állnak.

A testképzavar háttérében a pszichológiai faktorok közül a patológiás anya-gyerek kapcsolatot, valamint családi rendszert emelhetjük ki. Az anya hiperprotektivitása, túlzott aggodalmaskodása, a megoldatlan Ödipális kapcsolat elbizonytalanítja az amúgy is önértékelési zavarral küszködő serdülőt. Az apa a szoros anya-fiú kapcsolat miatt a családban a perifériára szorul, és azonosítási minta szerepét nem tudja betölteni. A test tökéletesítésének túlhajszolása olykor valamilyen gyerekkorban elszenvedett sérelem, például soványság vagy kövérség miatti csúfolás felnőttkori kompenzációja (Babusa és Túry 2010).

Az Adonisz komplexus, mint a magtünet - középpontjában a testkép zavara áll, illetve az annak következményeként kialakuló kóros kognitív és emocionális sémák, diszfunkcionális attitűdök, valamint inadekvát kompenzáló viselkedésmódok. Mivel az emocionális-kognitív tartalmak nehezen hozzáférhetőek, és kontrollálhatóak, az izomdiszmorfiás férfi a számára hozzáférhető entitáshoz, a testéhez fordul. Vagyis számára a személyiség fejlesztése elsősorban a test felépítése. Az anorexiás páciensekhez hasonlóan az izomdiszmorfiások is megtapasztalhatják azt, hogy befolyásuk alá tudja vonni a testüket, uralni képesek az életüket. És akkor is teszik ezt, ha tudják, hogy ennek nagy ára van, hiszen végre magabiztosnak érezhetik magukat.

Szelf elméleti megközelítésben az izomdiszmorfia háttérében a korai szelf fejlődés zavara állhat. Kezdetben a szelf szerveződése a testi tapasztalatok integrációjához kötődik, s meghatározza a határokat a szelf és a külvilág között. A fizikai szelf kialakulása mintegy fél évvel megelőzi a pszichológiai szelfét. Serdülőkorban a testi változások robbanásszerűek, és ha a pszichológiai szelf nem tudja követni, és integrálni ezeket a változásokat, akkor a szelf reprezentációban a test központi szerephez jut, és az érzések, a gondolatok is „testet öltenek”. A személyiség legfőbb reprezentánsa a test, és a szelf folyamatosságát a testi folyamatok irányítása, a testélmények biztosítják. Mint az önértékelés központi magja, az erő és a vonzerő kiemelt szerepet kap, (Túry és mtsai 2008).

A kapcsolati problémák részben az megoldatlan Ödipális problematikából fakadnak, részben az önleértékelésből, ami a páciens félénkké, visszahúzódnóvá teszi. A szociális kapcsolatok kialakítását a beszűkült élettér sem segíti, ahol a testedzés szenvedélye mereven meghatározza az életmódot.

Az izomdiszmorfia esetében a legközvetlenebbül a szociokulturális hatások érhetők tetten. A szépség, a külső, a jó megjelenés fontossága, és a szépségideál változása a férfiakat is elérte. A XX-XXI. században a férfinek is attraktívnak kell lennie, és ma már nem tartozik a férfiatlan dolgok közé, sőt elvárt a fitness- és kozmetikaipar termékeinek használata. Az önmagukban

bizonytalan, a külső ingerek által befolyásolható személyek nagyon sérülékenyek, és fogékonyak ezekre a hatásokra (Túry és Babusa 2012).

Kórlefolyás

A betegség lefolyásáról alig állnak rendelkezésre adatok. Az izomdiszmorfiával kapcsolatos tünetek 19 éves kor körül, késő adolescenciában, fiatal felnőttkorban kezdődnek. Jellemző előzmény, hogy a serdülő önbizonytalanságának kompenzálására a testét kezdi „felépíteni”, és fokozatosan alakul ki a kényszeres testedzés, az evéssel kapcsolatos megszorítások, a szigorú proteindiéta és a szteroid abúzus. A tünetek változásáról, spontán gyógyulásról nincsenek adataink (Olivardia és mtsai 2005).

Komorbiditás

Az izomdiszmorfiát kezdetben a férfiak inverz anorexiájaként definiálták (Pope és mtsai 1993), vagyis az evészavarokkal való rokonság kézenfekvőnek tűnik. Azonban az azóta elvégzett vizsgálatok eredményeképpen megváltozott a nozológiai rendszerbe való besorolás javaslata. Az evészavarok és az izomdiszmorfia között mégis számtalan hasonló tünet található. A szigorú diétázás, a kényszeres testedzés, büntudat az elmulasztása miatt, stb. Olivardia és munkatársai az izomdiszmorfiások 29%-ánál találtak valamilyen társult evészavart (Olivardia és mtsai, 2000)

Az izomdiszmorfiás testépítők elégedetlenek a testükkel, kóros evési attitűdöket mutatnak, és jellemző rájuk a szteroid abúzus. Körükben nagyobb a hangulat-, a szorongásos- valamint az evészavarok élettartam prevalenciája, mint az egészséges testépítőknél (Túry és Babusa 2012). Az izomdiszmorfiások mintegy fele szenved affektív zavarban, többségük depressziós, és körükben gyakori a bipoláris zavar is. Az izomdiszmorfiához 29%-ban szorongásos zavarok társulnak (Olivardia és mtsai, 2000).

Több vizsgálati is igazolja, hogy az öngyilkossági kísérlet gyakoribb az izomdiszmorfiások között, mint az átlagpopulációban (Malone és mtsai 1995; Kanayama és mtsai 2003; Pope és mtsai 2005).

A függőség két szempontból merül fel az izomdiszmorfiával kapcsolatban: a testedzés- és a szteroid függőség.

Az izomdiszmorfiások testedzését az önbecsülés, az önhatékonyság érzése motiválja, inkább kényszeres, mint dependens mechanizmusok jellemzik (Smith és Hale, 2005.)

Bár a szteroiddal kapcsolatban elsősorban a pszichológiai függőség merül fel, az anabolikus szteroidoknak újabban opioid-szerű hatást tulajdonítanak. Pope és munkatársai (2000) szteroid szedőknél az opioid-hatás gátlásának következtében megvonási tüneteket találtak.

A lelki függés azonban erősebb, mivel a szteroidok hatására az izomzat növelésében olyan gyors és látványos eredményt lehet elérni, ami semmilyen természetes edzéssel nem lehetséges. Amikor a szer alkalmazását a személy abbahagyja, teljesítménye csökken, izomereje, izomzata visszafejlődhet. Ettől a testtel való elégedetlenség nő, az elsatnyulástól való félelem

„megalapozottnak” látszik. Tehát újabb szteroid kúrát kell kezdeni, és a következő végén ugyanaz a tapasztalat, tehát az ördögi körből nincs kiszállás (Babusa és Túry 2010)

A személyiségzavarokkal való kapcsolatot többnyire nem erősítették meg a vizsgálatok, bár még kevés adat áll rendelkezésünkre. A bizonytalan szelf érzet, és az üresség élmény miatt az izomdiszmorfiát leginkább a nárcisztikus személyiségzavarral próbálták összefüggésbe hozni, azonban eddig nem találtak ezt megerősítő bizonyítékokat. Nem a szelf grandiózus ugyanis, csupán a test. Az izomdiszmorfiások inkább a kényszeres személyiségzavarral hozhatók összefüggésbe, mivel a kényszeresség alaptulajdonságuk (Pope és mtsai 2000).

4.6.2.4. A testépítő típusú evészavar (Gruber és Pope 2000)

A női egyenjogúságnak bizonyítéka a nőkre jellemző testépítő típusú evészavar. Új szindrómaként először Gruber és Pope (2000) írta le, és meghatározták a diagnosztikai kritériumokat is (lásd diagnosztika fejezetben).

Bár a betegség nevében szerepel az evészavar szó, a magtűnet ebben az esetben is a testélmény egy speciális zavara, a testzsírphóbia. Az izomdiszmorfiához hasonlóan ez a zavar elsősorban a szteroid-használó testépítők között fordul elő. Az első hazai esetleírást Túry és Gyányi 2007-ban közzétették. A 16 éves (kivételesen nem nő) esete alapján a legfontosabb tünetek jól követhetők.

„Péter (pseudonym) 16 éves korában, 2006 februárjában jelentkezett vizsgálatra szülei nyomására, az ő kíséretükben (terapeuta: T.F.). Gimnazista volt, 10. osztályos. Szülei diplomások, apjának második házasságából született. Édestestvére nincs, apja első házasságából van egy 28 éves fiú féltestvére. Apjával volt szorosabb kapcsolatban, mert anyja sokat dolgozott. Az általános iskolában osztálytársai sokszor csúfolták testmagassága miatt, ő volt a legalacsonyabb az osztályban. Amikor érdeklődni kezdett a lányok iránt, többen kikoszorúzták, bár barátságos és vidám természete miatt kedvelték őt. Ezért testedzésbe fogott 13 éves korában. Úgy gondolta, ha jól fog kinézni, bomlani fognak utána a lányok. Amint mondta, a külsejével való intenzív törődés a szerelmi kudarcoknak volt köszönhető.

Evéssel kapcsolatos problémái egy évvel jelentkezése előtt, 15 éves korában kezdődtek. A korábbi 53 kg-os testsúlyáról 45 kg-ra lefogyott, ekkor testmagassága 160 cm-es volt (testtömegindex [BMI]: 17,6). Kövérnek tartotta magát, félt, hogy elhízik. Ez az állapot tehát anorexia nervosának felelt meg. Szülei pszichiáterhez vitték, fluvoxamint kapott, amit azóta is szedett (este 150 mg). Néhány hónap után testsúlya emelkedni kezdett, s ekkor kezdett erősen érdeklődni az ételek minősége iránt. Furcsa étkezési szokásai jelentkeztek. Kezdetben csak arra ügyelt, hogy megadott időpontokban egyen, majd az étel minősége is egyre fontosabb lett, kerülni kezdte a zsírt, mint a háj kialakulásáért felelős tápanyagot, zsírszonya. lett. Akkurátusan vigyázott arra, mit eszik. Az ételeket gondosan megválogatta, ő készítette magának a speciális összetételű, zsírmentes étrendet, az összetevőket mérleggel mérte. Szigorúan háromóránként evett, s ha nem tudta, akkor elfogyasztani ételét, amikor megtervezte, feszült lett. Vacsora után még tett egy kimerítő sétát, s ha ez elmaradt valamilyen okból, feszültté vált. Az eddig is üzött otthoni testedzésen túl edzőterembe kezdett járni, mert nem akarta, hogy a teste zsíros legyen. Sokat edzett, otthon is igen sok fekvőtámaszt csinált. Szigorú menürendje miatt társaitól eléggé elszakadt, leginkább túlhalt szokásainak élt. Szüleivel is megromlott az addig jó kapcsolata, mert kritizálták evési szokásai miatt.

Az első interjú alkalmával izmos testalkata feltűnő volt, testmagassága 165 cm, testsúlya 55 kg (BMI: 20,2). „(Túry és Gyányi 2007, 206.o)

Amint látható, a tünetek előzménye a testtel, a külső megjelentéssel való elégedetlenség, amely az önértékelés alapja. A kamasz fiú alacsonyágát hatalmas izomtömeggel próbálja kompenzálni, de csakis izommal, az elhíjasodástól ugyanis retteg. Ennek érdekében egyrészt intenzív testedzést végez, másrészt rendkívül szigorúan összeállított diétába kezd, melynek energia-, fehérje- és zsírtartalma nem térhet el a „kíváratostól”. Viselkedésében megjelenik a merev étkezési rend is: előre meghatározott gyakorisággal, három-négy óránként kell elfogyasztania a többnyire saját maga által speciálisan kényszeres műgonddal elkészített ételeket. Ha bármelyik elemen változtatni kell, feszültté válik, és ha elmulaszt egy étkezést, intenzív szorongást él át.

Nők esetében az alacsony testzsírtömeg gyakori következménye az amenorrhea.

A személy életmódját teljesen a testzsírfóbia köré szervezi, ami a hétköznapi élethez való alkalmazkodást jelentősen megnehezíti, szociális kapcsolatait gyakran felőrli (Túry és Babusa 2012).

4.6.2.5. Nem hagyományos női nemi szerep (Gruber és Pope 2000)

Az általuk „nem hagyományos női nemi szerepnek” nevezett szindrómát Gruber és Pope írta le az ezredfordulón. A kórképre testépítő nők anabolikus szteroid szedésének következményeit vizsgálva bukkantak (Gruber és Pope 2000). Megállapították, hogy anabolikus szteroidot a testépítő nők mintegy harmada használ vagy valamikor használt, és hogy az ilyen nők 84%-a annak ellenére jellemzően „férfias vonásokat mutat”, hogy nemükkel elégedettek, vagyis nem transzneműek. Ezek a nők külsejükben is férfiasak, izmosak, öltözködésükben is inkább a férfias ruhadarabokat preferálják, foglalkozásuk, szabadidős elfoglaltságaik is jellegzetesen „férfiasak”. Hazai felmérés ezzel a szindrómával kapcsolatban még nem jelent meg. (A diagnosztikai kritériumokat lásd a diagnosztika fejezetben.)

4.6.2.5. Testedzésfüggőség (exercise dependence)

A testedzés alapvetően pozitív, az életminőséget javító, egészséges magatartás. Morgan azonban már 1979-ben felhívta a figyelmet a túlzott testedzés patológiás voltára, és a függőség kialakulásának veszélyére.

A testedzésfüggőség javasolt új szimptomatológiai egység, azonban nozológiai helyét illetően nincs egyetértés, és neve is attól függ, hogy az egyes szakemberek mely tünetet tartják a leginkább meghatározónak. Hívják edzésaddikciónak (exercise addiction, Goodman, 1990), a kötelező edzésnek (obligatory exercise), az angolszász médiában pedig a neve kompulzív testedzésről (compulsive exercise) abuzív testedzésre (abusive exercise) változott.

Magyarországon az internetfüggőség mintájára, amely hasonló viselkedészavarra utal (Demetrovics és Kurimay 2008; Rendi és mtsai 2010), a testedzésfüggőség elnevezés (exercise dependence Cockerill és Riddington, 1996; Hausenblas és Symons Downs 2002) terjedt el.

A testedzésfüggőség két altípusát szokás megkülönböztetni. Az ún. elsődleges testedzésfüggőség esetén maga a tréning válik szenvedéllyé, a másodlagos formánál pedig a túlhajtott testgyakorlás

a testsúly csökkentését szolgálja, ami többnyire anorexiás vagy bulimás betegek esetében jelentkező tünet. Ilyenkor nem beszélnek valódi függőségről, a tüneteket a karcsúság készítés következményének tekintik.

A testedzésfüggőség legfontosabb javasolt diagnosztikai kritériumai (Terry és mtsai 2004, magyarul Demetrovics és Kurimay 2008):

1. Túlzott sporttevékenység, aminek eredményeképpen jelentős klinikai tünetek lépnek fel és károsodik a személy testi, lelki, társas vagy egyéb területet érintő működése.
2. A testedzés uralja a személy mindennapjait, gondolatait, érzéseit (sóvárgás), viselkedését. Amikor nem edz, gondolatai akkor is gyakran a testedzés körül forognak.
3. Tolerancia, azaz a betegnek jó közérzet elérése, illetve az elvonási tünetek elkerülése érdekében egyre több testedzésre van szüksége.
4. Megvonási tünetek, azaz a testedzés hiányában, annak akadályoztatásakor jellegzetes megvonásos tünetek alakulnak ki. Ezek jelentkezhetnek hangulatingadozásban, irritabilitásban, alvászavarban vagy egyéb testi és/vagy pszichés tünetekben.
5. A személy észleli, hogy a túlzásba vitt edzések az élet szinte minden területén – társas kapcsolatok, munka, tanulás stb. – hátrányosan érintik, magatartásán mégsem képes változtatni.
6. Jellemző a testedzés hangulatmódosító hatása. A személyek gyakran számolnak be „high” élményről, vagy arról, hogy az edzés segít nekik „megszökni” a mindennapos problémák elől, s megnyugvást találni.
7. Visszaesés, azaz a túlzott testedzésnek újra és újra sem sikerül gátat szabni. Ha a személy mégis képes lesz kontrollálni, megszüntetni a tevékenységet, akkor az újrakezdéskor az aktivitásban nagyon rövid időn belül ismét eléri a korábbi extrém magas szintet.
8. Fontos szempont, a diagnózis egyik szükséges kritériuma, hogy a tüneteket ne lehessen más mentális zavarral jobban magyarázni. Azaz amennyiben például, a testedzés legfőbb oka az anorexia nervosa esetében megjelenő testsúlykontroll biztosítása, a tevékenységet az anorexia tüneteként és nem testedzés addikcióként kell értékelni.

Ha a tüneteket a viselkedés-addikciók megnyilvánulási módjának tekintjük, akkor pl. az internetfüggőség helyébe a testedzésfüggőséget könnyen „behelyettesíthetjük”, és az addiktív viselkedés minden elemét megtaláljuk. (Brown,1993; Griffiths, 2002):

Kiemelkedőség

A személy élete középpontjába a testedzés kerül, és szinte minden mást kiszorít onnan. Gondolatai minden helyzetben e körül forognak, és érzelmeit (sóvárgás), valamint viselkedését a tréning igénye alapvetően meghatározza (az idejének nagy részét az edzőteremben tölti).

Hangulatváltozás

Az edzés következtében a személy két alapélményt tapasztalhat. Az első a pozitív élmény, a felfrissülés, feldobottság érzése, illetve tréning hiányában negatív hangulat, rossz közérzet jelentkezik. A testedzésfüggőségben szenvedők az edzés elmaradásának következtében várható letargia elől menekülnek az edzésbe.

Tolerancia

Az addiktív szerekhez hasonlóan a testedzésnél is kialakul a tolerancia, vagyis ugyanazon pozitív élmény eléréséhez egyre több, és egyre intenzívebb tréning szükséges.

Elvonási tünetek

Az edzés elmaradásának következményeként kellemetlen kényelmetlen testi-lelkiállapotot élnek át a függő személyek. A leggyakoribb pszichés tünetek a bűntudat, az idegesség, a szorongás, és a nyomottság, De depresszió, alvászavar és már testi tünetek is megjelenhetnek. Sokan testükkel kapcsolatban diszkomfort érzést élnek át, kövérnek, erőtlennek érzik magukat (Szabó és mtsai 2008)

Konfliktus

A konfliktus külső és belső szinten is megjelenik. A testedzésfüggőség következtében a személy kötelezettségeit (tanulás, munka) elhanyagolja, és környezetétől eltávolodik szociális. Az életéből az edzésen kívül lassan minden más kiszorul, feladatait nem képes ellátni, kapcsolatai megromlanak. A belső konfliktus akkor keletkezik, amikor a személy felismeri, hogy ezek a kedvezőtlen változások a túlhajtott testedzéssel függenek össze, ezen azonban nem képes változtatni.

Visszaesés

Ha valamilyen okból hosszabb-rövidebb ideig (pl. sérülés miatt), a rendszeres tréninget kihagyja, nagy a veszélye annak, hogy egy idő után nem tudja magát a tréningtől visszatartani, és rövid idő alatt ugyanarra a kórosan extenzív és intenzív szintre tér vissza.

További pszichés tünetek

A testedzésfüggők vizsgálata csupán az utóbbi években, érdemi adatok tehát nem állnak rendelkezésre. Személyiség vizsgálatokkal azt találták, hogy a hosszútávfutókat, amennyiben tevékenységük hátterében nem evészavar áll, a kontrollcsoporttól, semmilyen dimenzióban nem lehet elkülöníteni. Ez annak ellenére igaz, hogy ők is jellemzően perfekcionista, introvertáltak, és a pozitív énkép kialakításában, illetve a kontroll élményében az ő életükben is nagy szerepet játszik a futás. Ezért Yates és munkatársai testedzésfüggőség patológia voltát megkérdőjelezi, és a viselkedést inkább megküzdési stratégiának tekintik (Yates és mtsai 2001; Basson 2001).

Epidemiológia

A testedzésfüggőséggel kapcsolatos epidemiológiai vizsgálatok elvégzését számos nehézség akadályozza. Egyrészt a zavar korrekt leírására még nincsenek általánosan elfogadott diagnosztikai kritériumok, másrészt ebből következően nincsenek, vagy csak kialakulóban vannak olyan mérőeszközök, amelyekkel a problémaviselkedést mérhető módon le lehet írni. Harmadrészt a viselkedészavar általában rejtett, vagyis legtöbb esetben a személy a túlzott testedzését nem érzi „zavarnak”.

Mindezek következtében bár epidemiológiai adataink vannak, ezek szórása igen nagy, a kutatók a vizsgált populáció, illetve az alkalmazott módszer függvényében jelentősen eltérő előfordulási gyakoriságról számolnak be.

Griffiths és munkatársai (2005) az általuk kidolgozott rövid kérdőívvel (Exercise Addiction Inventory, EAI) a rendszeres testedzők 3%-át találták testedzésfüggőnek, illetve veszélyeztetettnek. Mások, más mérőeszkőzzel, és más populációban végzett vizsgálatokkal ettől eltérő eredményeket kaptak. Slayék a hosszútávfutó férfiaknál 26%-os, a nőknél 25%-os

prevalenciát mérték (Slay és mtsai, 1998) Blaydon és Linder (2002) szerint a triatlonisták 52%-a elsődleges vagy másodlagos testedzésfüggőnek minősül.

A hazai vizsgálatok eredményei:

Monok és munkatársai (2012) adaptálták a testedzésfüggőségben legelterjedtebben alkalmazott két kérdőívet, a Testedzésfüggőség Kérdőívet (Exercise Addiction Inventory /EAI; Terry, Szabo, & Griffiths, 2004), és a Testedzésfüggőség Skálát (Exercise Dependence Scale /EDS; Hausenblas & Downs, 2002). (A tesztekét lásd a mérés fejezetben).

Nagy létszámú normál vizsgálati mintán, 474 rendszeresen sportoló személyt (57% férfi, átlag életkor 33.2 év) vizsgáltak meg a két kérdőívvel. Eredményeik szerint a felnőtt populáció 0.3-0.5%-a tartozik a testedzésfüggők közé, vagy legalábbis a nagy kockázatú csoportba (EDS, EAI értékek). A teljes minta 6.2%-a (EDS), ill. 10.1%-a (EAI) nem függő túlzott testedző. (nondependent symptomatic exercisers) volt.

Komorbiditás

A testedzésfüggőség, mint önálló betegség még nem létezik, ezért a komorbiditás tekintetében érdemi vizsgálatokat még nem végeztek. A kényszeres testedzés gyakran megjelenik, az evészavarok másodlagos tüneteként megjelenik, így adódik a két betegség összefüggése (Demetrovics és Kurimay 2008). A viselkedéses függőségek az „obszesszív-kompulzív spektrum” részeként azonosított zavarok. Hollander és Wong (1995) és a testedzésfüggőséget ebben spektrumban helyezi el a testedzésfüggőséget.

Etiológia

A testedzésfüggőség kialakulásban szerepet játszó biológiai, pszichológiai és szociokulturális faktorokról ma még keveset tudunk. Kurrens hipotézisek azonban léteznek.

A biológiai tényezők közül leginkább a hosszútávfutók által átélt „high-élményt”, az endorfin szint emelkedését hozzák vele összefüggésbe, azonban ennek a testedzésfüggőségben játszott etiológiai szerepe nem tisztázott (Pierce és mtsai 1993).

A másik népszerű modell az ún. termoregulációs hipotézis, az addikciót a testhőmérséklet emelkedésének és a szorongásnak az összeegyeztethetlenségével magyarázza. Ezek azok a személyek, akik az excesszív sportolást feszültségoldásra, illetve a szorongás csökkentésére „használják” (Morgan és O’Connor 1988).

A harmadik teória az ún. katekolamin hipotézis, amelynek alapja, hogy testedzés után a katekolaminok szintje megnő, és az agyban is megváltozik katekolamin-aktivitás, aminek hangulatmoduláló szerepe lehet (Cousineau és mtsai, 1977).

Pszichológiai faktorok:

A pszichológiai faktorok közül az önértékelés, a testképpel való elégedettség növelésének igénye kap kiemelt szerepet. Súlyemelők és testépítők vizsgálata egyaránt igazolta, hogy súlyemelés mindkét nemnél a testképre és az önbecsülésre egyaránt pozitív hatással van (Tucker, 1983, 1987, 1992).

A testedzésfüggőség összefüggésbe hozható a perfekcionizmussal, kényszeres vonásokkal, valamint a szorongásossággal is, vagyis a páciensek hasonló személyiségvonásokat mutatnak, mint az anorexia nervosában szenvedők (Davis és mtsai 1993, 1995; Kurimay és Demetrovics 2004, Coen és Ogles, 1993).

A testedzésfüggőség kialakulásában a szociokulturális faktorok sem elhanyagolhatóak, hiszen az egészséges életmódnak része a rendszeres testmozgás. A sport, a mozgás fontossága a népegészségügyi kampányokban kiemelt szerepet kap, de mint ahogy a túlzottan egészséges (vagy annak tűnő) táplálkozás, úgy a túlhajtott testedzés is visszajára fordulhat, s patológiás viselkedéssé válhat.

A fejezet összefoglalása

A testképzavarhoz kapcsolódó zavarok a legújabb betegségek közé tartoznak, bár jórészt az evészavarokhoz sorolják őket számos biológiai és pszichés jellemző, valamint a társuló evési magatartásjellemzők miatt.

A testkép multidimenziós pszichológiai konstrukció, komplex élmény, kognitív, emocionális és viselkedéses elemekkel, amely a személynek a saját testével kapcsolatos interoceptív, taktilis, vizuális és térbeli percepcióit, kognícióit, emóciót és viselkedését, valamint ezeknek az élményeknek a szerveződési módját is tartalmazza.

A testképzavar az evészavarokban nem általános percepciószavar, mivel a torz észlelés csupán a saját alakra vonatkozik.

Központi motívum az ideális külső megjelenés, többnyire a „tökéletes alak” és testsúly elérése, s ennek érdekében a személy valamilyen inadekvát stratégiát dolgoz ki, de mivel a kívánt célt, a testtel való elégedettséget nem sikerül elérni, állandó distresszt élnek át.

Kialakulásukban fontos a kulturális nyomás hatása, mely fokozott jelentőséget, tulajdonít a megjelenésnek, a szépséget a legfontosabb értéként kezelve (Veale 2004, Phillips 2005).

A jellemző tünetek alapján ide tartozó betegségek:

dizsmorfofóbia,
apodemnofilia
izomdizsmorfia,
testépítő típusú evészavar,
nem hagyományos női nemi szerep
testedzés-függőség

Az átfogó epidemiológiai vizsgálatok még váratnak magukra, azonban pilóta tanulmányok eredményeiből úgy tűnik, a fejlett nyugati országokban a testképzavarral kapcsolatos zavarok gyakorisága egyre növekszik.

Komorbiditás tekintetében a kevés kutatási eredmény született. Az eddigi vizsgálatok a szorongásos- és hangulatzavarok mellett az evészavarok és a függőségek gyakoribb előfordulását jelezték.

5. Az evés- és testképzavarok mérése

Az evészavarok vizsgálatára Magyarországon leggyakrabban használt kérdőíveket ismertem, a Túry és Szabó 2000-ben megjelent összefoglaló művében közölt tesztek (319-344.o.) egészítettem ki az azóta kidolgozott új eljárásokkal.

Mérőeszközök

Az evés- és testkép zavarok vizsgálatára számos módszert kidolgoztak. Léteznek önkitöltő kérdőívek, pontozóskálák, melyek főképpen epidemiológiai felmérésre alkalmasak. Vannak tünetbecslő skálák, diagnosztikus strukturált és félig strukturált interjúk, melyeket leginkább a klinikumban használnak. Újabban, főképp a testképzavarok vizsgálatára számítógépes technikák is léteznek. Ebben a fejezetben a Magyarországon leggyakrabban használt, főképpen a validált módszereket ismertetjük. Néhány olyan teszt is bekerült a jegyzetbe, melyeket ugyan nem validáltak Magyarországon, de a klinikai állapot becslésére, vagy az állapotváltozás követésére jól használhatóak. A legújabb kórképek mérésére csak az utóbbi években kezdtek kérdőíveket kidolgozni, így ezek egy részének hazai adaptációja jelenleg folyamik, ezért ott cut-off értékeket szintén nem tudunk megadni.

A legelső tesztek egyike az Evési Attitűdök Tesztje (Eating Attitudes Test, EAT), melyet Garner és Garfinkel (1979) dolgozott ki. Önkitöltő kérdőív, mely hatfokozatú Likert típusú skálán értékelteti a válaszadóval a tételeket. Az eredeti, a 40 tételes változatnak van egy rövidített, 26 tételes verziója. A kérdőívet Túry és munkatársai adaptálták hazai populációra (Túry és mtsai 1990, idézi Túry és Szabó 2000). A teszt az anorexia és a bulimia nervosára egyaránt jellemző kóros evési attitűdöket méri. Kiértékelése egyszerű, és mivel a kezdetektől epidemiológiai felmérésekben (elsősorban a rövid változatot) használják, ezért az eredmények jól összemérhetők a hazai és nemzetközi adatokkal. Diagnózisalkotásra nem alkalmas. (lásd 1. és 2. számú teszt)

1. számú teszt

Evési Attitűdök Tesztje (Eating Attitudes Test, EAT-40) Garner és Garfinkel (1979)

Jelölje kereszttel a megfelelő választ az alábbiak szerint:

	mindig	nagyon gyakran	gyakran	néha	ritkán	soha
1. Szeretek másokkal együtt enni.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Készíték mások számára ételt, de nem eszem meg, amit főzök.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Evés előtt szorongani kezdek.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Rettegek attól, hogy elhízom.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Kerülöm az evést, ha éhes vagyok.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Úgy érzem, aggodalmat jelent számomra a táplálkozás.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Voltak falási rohamaim, amikor úgy éreztem, hogy nem vagyok képes abbahagyni az evést.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Ételemet apró darabokra vágom.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Tisztában vagyok az általam fogyasztott ételek kalóriatartalmával.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. A magas szénhidráttartalmú ételeket (kenyér, burgonya, rizs stb.) különösen kerülöm.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Úgy érzem, az étkezések után felpuffadok.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Úgy érzem, mások azt szeretnék, ha többet ennék.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Evés után hányok.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Evés után erős bűntudatom van.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Foglalkoztat az a vágy, hogy soványabb legyek.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Keményen edzek, hogy az elfogyasztott étel kalóriatartalmát ledolgozzam.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Naponta többször ellenőrzöm a testsúlyomat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Szeretem, ha ruháim szorosak.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. Szeretek húst enni.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. Reggel korán felkelek.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. Napról napra ugyanazokat az ételeket eszem.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. Ha sportolok, mozgok, arra gondolok, hogy kalóriát égetek el.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. Menstruációs ciklusom szabályos.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. Mások azt gondolják, hogy túl sovány vagyok.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. Aggaszt az a gondolat, hogy hájas a testem.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. Több időt vesz igénybe az evés, mint másnak.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27. Szeretek étteremben enni.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28. Hashajtókat használok.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29. Kerülöm a cukortartalmú ételeket.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
30. Diétás ételeket eszem.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
31. Úgy érzem, a táplálkozás uralja életemet.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
32. Van önuralmam az étkezéssel kapcsolatban.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
33. Úgy érzem, mások nyomást gyakorolnak rám, hogy egyem.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
34. Túl sok időt és gondolatot szentelek a táplálkozásnak.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
35. Szorulásom van.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
36. Édességek fogyasztása után kellemetlenül érzem magam.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
37. Diétázom.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
38. Szeretem, ha a gyomrom üres.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
39. Szeretek tápláló ételújdonosságokat kipróbálni.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
40. Evés után hányási késztetésem van.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Az EAT-40 értékelése

Pontozás: a „mindig” válasz kap 3 pontot, s a mellette lévő válaszok 2 („nagyon gyakran”), illetve 1 pontot („gyakran”). A többi válasz (néha – ritkán – soha) nem kap pontot.

A fordított tételeknél (1., 18., 19., 23., 27., 39) a „soha” válasz kap 3 pontot, a „ritkán” 2 pontot, a „néha” 1 pontot, a többi nem kap pontot.

A maximális pontszám ennek megfelelően $40 \times 3 = 120$ pont.

A patológiás attitűdöket jelentő tartomány >29 pont.

2. számú teszt.

Evési Attitűdök Tesztje - rövidített változat (Eating Attitudes Test, EAT-26)

Jelölje kereszttel a megfelelő választ az alábbiak szerint:

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

Az EAT-26 értékelése

Egy fordított tétel van, a 25. számú: ennek pontozása: a "soha" válasz kap 3 pontot, a "ritkán" 2 pontot, a "néha" 1 pontot, a többi nem kap pontot. A többi válasz egyenes pontozású, azaz a "mindig" válasz kap 3 pontot, s a mellette lévő válaszok 2, illetve 1 pontot.

A maximális pontszám ennek megfelelően $26 \times 3 = 78$ pont.

A patológiás attitűdöket jelentő tartomány >19 pont.

Magas kockázatúak ≥ 20 pont.

Evészavar Kérdőív (Eating Disorder Inventory, EDI)

Szintén Garner és munkatársai dolgozták ki a ma már legáltalánosabban használt, az evészavar tüneteinek több dimenzióját is vizsgáló Evészavar Kérdőívet (Eating Disorder Inventory, EDI, Garner és mtsai 1983). A hazai adaptációt Túry és munkatársai 1997-ben közzétették, azóta csakúgy, mint a nemzetközi vizsgálatokban, Magyarországon is elterjedten használt teszt. (lásd 3.számú teszt)

Az EDI szintén hatfokozatú Likert-skálán kér önértékelést a vizsgált személytől. A tételek nyolc alskálába sorolhatók, melyek az evészavarokra jellemző kognitív, emocionális és viselkedési faktorokat mérik.

Az egyes alskálák tételei:

Karcsúság iránti késztetés: a diétázással, fogyással, testsúllyal kapcsolatos aggodalmaskodásra, a soványság vágyra, és a hízástól való félelemre kérdező tételek.

Bulimia: a kontrollálatlan falásrohamokra és az azt követő purgálási késztetésre való tendenciák vizsgálatára szolgáló tételek. A bulimiás és restriktív/purgáló anorexiások elkülönítésére alkalmas alskála, de diagnózis felállítására alkalmatlan!

Testi elégedetlenség: A tételek a testképzavarra utaló jelekre kérdeznek rá, a testtel általában, vagy valamelyik testrész kövérségével (fenék, comb, stb.) való elégedetlenség.

Elégtelenség érzése: az énhatékonyság hiánya, az értéktelenség és az elégtelenség érzése, a negatív énkép és a külső kontroll attitűd alskálája.

Perfekcionizmus: a tökéletesség igénye, a maximalizmus az anorexiások primer jellegzetessége. A szülők magas elvárásainak interiorizációja a szigorú felettes én csak a kimagasló teljesítményt akceptálja. Kognitív szinten a dichotóm gondolkodás, a "minden vagy semmi" típusú logikai hiba, és a primitív elhárító mechanizmus, a hasítás a tehetetlenség élményéhez vezet.

Interperszonális bizalmatlanság: a szociális kapcsolatokkal szembeni bizalmatlanság az alexitimiával, az érzelmek dekódolásának és kifejezésének a nehézségével függ össze.

Interoceptív tudatosság: A fiziológiai jelzések (éhség, jóllakottság) és az érzelmek felismerési nehézsége szintén az anorexia egyik jellegzetessége.

Félelem a felnőtté válástól: a pszichológiai érés visszautasítása, a felnőtté válástól való félelem, és a gyermekkorba való visszavágyás, a testi fejlődés leállítását is eredményezi.

A teszt előnye, hogy néhány, az evészavarra jellemző személyiségtényezőt is vizsgál, azonban nem mér fontos és jellegzetes pszichopatológiai vonásokat, pl. kényszerességet, rigiditást introverziót.

A teszt értékelése az alskálák pontjainak összesítése alapján történik. A legtöbb alskálánál nincsenek küszöbértékek, a szűrővizsgálatokban az első három alskálánál határoztak meg cut-off értékeket:

1. Karcsúság iránti késztetés: ≥ 14 pont
2. Bulimia: ≥ 14 pont
3. Testtel való elégedetlenség: ≥ 21 pont

3.számú teszt

Evészavar Kérdőív (Eating Disorder Inventory, EDI)

Ez a kérdőív különböző véleményeket, érzéseket és viselkedéseket mér. A tételek némelyike ételekkel és evéssel kapcsolatos. Más tételek az Ön saját magával kapcsolatos érzéseire vonatkoznak. Nincs jó vagy rossz válasz, próbáljon meg 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	rend- szerint	gyak- ran	néha	ritkán	soha
1.	Édességeket és szénhidráttartalmú ételeket anélkül eszem, hogy idegességet éreznék.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.	Azt hiszem, a gyomrom túl nagy.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.	Jó lenne, ha vissza tudnék térni a gyermekkor biztonságához.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.	Eszem, ha nyugtalan vagyok.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5.	Teletömöm magam étellel.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6.	Szeretnék fiatalabb lenni.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7.	Diétázásra gondolok.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8.	Megrémülök, ha érzelmeim túl erősek.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9.	Úgy gondolom, combjaim túl vastagok.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10.	Hasznavehetetlen embernek érzem magam.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11.	Rendkívül bűnösnek érzem magam túlevés után.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12.	Azt hiszem, a gyomrom éppen jó méretű.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13.	Csak a kiemelkedő teljesítmény elég jó, megfelelő a családomban.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14.	A legboldogabb időszak az életben a gyermekkor.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15.	Ki tudom fejezni érzelmeimet.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16.	Rettenetesen félek a hízástól.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17.	Megbízom másokban.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18.	Egyedül érzem magam a világban.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19.	Elégedett vagyok az alakommal.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20.	Általában úgy érzem, hogy a dolgokat ellenőrzés alatt tartom életemben.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21.	Zavarba ejt, hogy nem tudom, milyen érzelmet érzek.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22.	Inkább felnőtt lennék, mint gyermek.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23.	Könnyen kapcsolatba tudok kerülni másokkal.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

		Mindig	rend- szerint	gyak- ran	néha	ritkán	soha
24.	Szeretném, ha valaki más lennék.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25.	Eltúlzom vagy felnagyítom a testsúly fontosságát.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26.	Világosan meg tudom határozni, milyen érzelmet érzek.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27.	Elégedetlen vagyok magammal.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28.	Voltak falási rohamaim, amikor úgy éreztem, hogy nem tudom abbahagyni az evést.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29.	Gyermekeként nagyon erősen próbáltam elkerülni, hogy csalódást okozzam szüleimnek vagy tanárainknak.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
30.	Vannak szoros kapcsolataim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
31.	Tetszik a fenekem formája.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
32.	Nagyon foglalkoztat a vágy, hogy soványabb legyek.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
33.	Nem tudom, mi zajlik bennem.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
34.	Nehezemre esik, hogy kimutassam érzelmeimet másoknak.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
35.	A felnőttkor elvárásai túl nagyok.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
36.	Gyűlölöm, ha különböző dolgokban nem a legjobb vagyok.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
37.	Biztonságot érzek saját magammal kapcsolatban.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
38.	Falásrohamokra (túlevésekre) gondolok.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
39.	Boldog vagyok, hogy már nem vagyok gyermek.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
40.	Nem tudom pontosan, hogy éhes vagyok-e vagy sem.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
41.	Rossz véleményem van magamról.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
42.	Úgy érzem, meg tudok felelni a velem kapcsolatos elvárásoknak.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
43.	Szüleim kiemelkedőt vártak tőlem.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
44.	Aggódom, hogy érzéseim fölött elveszítem az uralmat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
45.	Úgy gondolom, hogy a csípőm túl széles.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
46.	Mások előtt mérsékelten eszem, de teletömöm magam, ha elmennek.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
47.	Normális étkezés után is felfúvódottnak érzem magam.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
48.	Úgy érzem, az emberek gyerekkorukban a legboldogabbak.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

		mindig	rend- szerint	gyak- ran	néha	ritkán	soha
49.	Ha hízom egy kg-ot, aggódom, hogy folytatódik a hízás.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
50.	Úgy érzem, értékes személy vagyok.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
51.	Ha zaklatott vagyok, nem tudom, hogy szomorú, rémült vagy dühös vagyok-e.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
52.	Úgy érzem, hogy tökéletesen kell csinálnom a dolgokat vagy sehogysem.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
53.	Azt gondolom, meg kell próbálnom hányni, hogy fogyni tudjak.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
54.	Az embereket bizonyos távolságra kell tartanom (kényelmetlen számomra, ha valaki túl közel próbál kerülni hozzám).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
55.	Azt hiszem, combjaim éppen megfelelő méretűek.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
56.	Belül (érzelmileg) üresnek érzem magam.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
57.	Tudok személyes gondolatokról, érzésekről beszélni.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
58.	Az élet legszebb évei azok, amikor az ember felnőtté válik.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
59.	Úgy gondolom, a fenekem túl nagy.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
60.	Vannak érzelmeim, melyeket nem tudok pontosan meghatározni.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
61.	Titokban eszem vagy iszom.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
62.	Azt hiszem, csípőm éppen jó méretű.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
63.	Igen magas céljaim vannak.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
64.	Ha zaklatott vagyok, aggódom, hogy enni kezdek.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Evészavar Kérdőív kiértékelése

Pontozás: a "mindig" válasz kap 3 pontot, s a mellette lévő válaszok 2 ("rendszerint"), illetve 1 pontot ("gyakran"). A többi válasz (néha - ritkán - soha) nem kap pontot.

A fordított tételeknél (*) a "soha" válasz kap 3 pontot, a "ritkán" 2 pontot, a "néha" 1 pontot, a többi nem kap pontot.

A *-gal jelölt tételek fordított kódolásúak.

Karcsúság iránti késztetés:

Tételek: 1*, 7, 11, 16, 25, 32, 49

Bulimia:

Tételek: 4, 5, 28, 38, 46, 53, 61

Testi elégedetlenség:

Tételek: 2, 9, 12*, 19*, 31*, 45, 55*, 59, 62*

Elégtelenség érzése:

Tételek: 10, 18, 20*, 24, 27, 37*, 41, 42*, 50*, 56

Perfekcionizmus:

Tételek: 13, 29, 36, 43, 52, 63

Interperszonális bizalmatlanság:

Tételek: 15*, 17*, 23*, 30*, 34, 54, 57*

Interoceptív tudatosság:

Tételek: 8, 21, 26*, 33, 40, 44, 47, 51, 60, 64

Félelem a felnőtté válástól:

Tételek: 3, 6, 14, 22*, 35, 39*, 48, 58*

Anorexia Nervosa Önértékelő Kérdőív

(Anorexia Nervosa Inventar für Selbstbeurteilung, ANIS, Fichter és Keeser (1980))

Az Anorexia Nervosa Önértékelő Kérdőívet Fichter és Keeser (1980) dolgozta ki. Hazai adaptáció nem készült, bár felmérés készült már magyar sportolókkal a 32 tételes, hat faktoros, az evészavarok jellegzetes tüneteit számba vevő teszttel (Dukai-Szabó 2007).

A faktorok: az alak tudatosult volta, elégtelenség érzése, kényszer, ételek által kiváltott adverz reakciók, szexuális szorongás, bulimia. (4.számú teszt)

4.számú teszt

Anorexia Nervosa Önértékelő Kérdőív

Karikázza be a megfelelő számjegyet a következő skálának megfelelően, jelenlegi állapotára vonatkozóan:

egyáltalán nem illik rám: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5: nagyon erősen illik rám
(minél gyakrabban fordul elő az állításban megfogalmazott jelenség, annál magasabb értéket jelölünk)

- | | |
|---|-------------|
| 1. Az unalom elviselhetetlen számomra. | 0 1 2 3 4 5 |
| 2. Sok követelményt támasztanak velem szemben,
melyekkel nehezen tudok megbirkózni. | 0 1 2 3 4 5 |
| 3. Félek az elhízástól. | 0 1 2 3 4 5 |
| 4. Legbelül kisebbségnek és tehetetlennek érzem magam. | 0 1 2 3 4 5 |
| 5. A szexuális kapcsolat gondolata nagyon feszültté tesz. | 0 1 2 3 4 5 |
| 6. Nem eszem jóllakásig, legtöbbször megállok,
ha elértem az alakom megtartásához szükséges határt. | 0 1 2 3 4 5 |
| 7. Evés után hányingerem van. | 0 1 2 3 4 5 |
| 8. Az evésre vonatkozóan rítusaim, kényszerű gondolataim
vagy cselekedeteim vannak. | 0 1 2 3 4 5 |
| 9. Gyakran érzem éhesnek magam, de megpróbálom legyőzni
és szabályozni ezt az érzést. | 0 1 2 3 4 5 |
| 10. Ha enni kezdek, előfordul, hogy ellenállhatatlan kényszert érzek,
hogy teletömjem magam. | 0 1 2 3 4 5 |
| 11. Másokhoz viszonyítva eléggé tudatos és alapos vagyok bármiben,
amit csinálok. | 0 1 2 3 4 5 |
| 12. Nagyon fontos számomra, hogy jó legyen az alakom, és
gyakran ellenőrzöm magam tükörben. | 0 1 2 3 4 5 |
| 13. Nehezemre esik a semmittevés. | 0 1 2 3 4 5 |
| 14. Mások elvárásaitól gúzsba kötöttnak érzem magam. | 0 1 2 3 4 5 |
| 15. Alacsony zsírtartalmú és szénhidrátszegény diétát próbálok tartani
(pl. burgonya, édesség nélkül). | 0 1 2 3 4 5 |
| 16. Unalmasnak és üresnek érzem magam. | 0 1 2 3 4 5 |
| 17. Étkezések után teltségérzésem van. | 0 1 2 3 4 5 |
| 18. Kényelmetlenül érzem magam, ha másokat szexuálisan felizgatottnak látok. | 0 1 2 3 4 5 |
| 19. Megesik, hogy nem vagyok egészen őszinte
étkezési szokásaimmal kapcsolatban. | 0 1 2 3 4 5 |
| 20. Nem sok értelme van a törekvésnek, hogy elérjek valamit az életben,
mert az erőfeszítések és próbálkozások igazából nem okoznak változást. | 0 1 2 3 4 5 |
| 21. Büszke vagyok teljesítményemre, ha hosszabb ideig sikerült koplalnom. | 0 1 2 3 4 5 |
| 22. Rosszabbul érzem magam étkezések után, mint előttük. | 0 1 2 3 4 5 |
| 23. Alkudozom a nekem kínált ételekkel kapcsolatban
(pl. megeszem ezt, ha nem kell megennem azt). | 0 1 2 3 4 5 |
| 24. Evés közben elérek egy ponthoz,
amin túl már nem tudok uralkodni az étvágyamon. | 0 1 2 3 4 5 |
| 25. Úgy érzem, nem vagyok ura saját életemnek mások követelése,
elvárásai miatt. | 0 1 2 3 4 5 |

26. Félek a csókolózástól.	0	1	2	3	4	5
27. Gyakran halogatom az evés elkezdését.	0	1	2	3	4	5
28. Ha ettem, olyan rosszul érzem magam, hogy hányni szeretnék.	0	1	2	3	4	5
29. Ha ettem, aggódom, hogy elhízom.	0	1	2	3	4	5
30. Ha elkezdek valamit csinálni, azt pontosan és tökéletesen akarom tenni.	0	1	2	3	4	5
31. Feszültnek és nyugtalannak érzem magam.	0	1	2	3	4	5
32. Azt hiszem, minden állításra legjobb tudásom szerint válaszoltam.	0	1	2	3	4	5

Anorexia Nervosa Önértékelő kérdőív értékelése:

Minden tétel egyforma pontozású, nincs fordított tétel. A tétel pontértéke a bekarikázott pontszámnak felel meg (0-5 pont közötti). A maximális pontszám 160 pont. Kóros tartomány: ≥ 65 pont.

Az egyes alskálák:

Az alak tudatosult volta:	3., 6., 9., 12., 15., 19., 21., 23., 27., 29. tétel
Elégtelenség érzése:	2., 4., 14., 16., 20., 25., 31. tétel
Kényszer:	1., 8., 11., 13., 30. tétel
Ételek által kiváltott adverz reakciók:	7., 17., 22., 28. tétel
Szexuális szorongás:	5., 18., 26. tétel
Bulimia:	10., 24. tétel

Bulimia Kognitív Disztorziós Skála (BCDS, Schulman és mtsai 1986, hazai változat Túry és mtsai 1991)

A bulimiára jellemző kognitív torzulásokat méri. A klinikai diagnózis felállítására nem használható, attitűdöt, a bulimiára való hajlamot mér.

Viszonylag rövid, 25 tételes teszt, ötfokozatú Likert skálán mér.

Két fő faktora van: az egyik a test alakját, a külső megjelenést (9 tétel), a másik az evési szokásokat, tüneteket, rítusokat vizsgálja. (lásd 5. számú teszt)

Az értékelés egyszerű, mivel nincsenek fordított tételek.

A 60 pontnál nagyobb érték bulimiás kognitív disztorziókra utal.

5.számú teszt

Bulimia Kognitív Disztorziós Skála (Bulimia Cognitive Distortions Scale, BCDS)

Karikázza be a megfelelő számot minden állítás után a következőknek megfelelően:

- 1 - nagyon nem értek vele egyet 2 - nem értek vele egyet 3 - közömbös
4 - egyetértek vele 5 - nagyon egyetértek vele

- | | |
|--|-----------|
| 1. Ha a hajam nem tökéletes, szörnyen nézek ki. | 1 2 3 4 5 |
| 2. Bármit csinálok, képtelen vagyok betartani a normális étrendet. | 1 2 3 4 5 |
| 3. Ha az arcom nincs jól kikészítve, az mindenkinek feltűnik. | 1 2 3 4 5 |
| 4. Mások naponta háromszor étkeznek, de én nem. | 1 2 3 4 5 |
| 5. Nem állhatom, ha mások a külsőmre negatív megjegyzéseket tesznek. | 1 2 3 4 5 |
| 6. Ha fél kilogrammot hízom, azt már kudarcnak érzem. | 1 2 3 4 5 |
| 7. Ha ettem valamit, meg kell szabadulnom tőle. | 1 2 3 4 5 |
| 8. Ha puffadtnak érzem magam, hánynom kell. | 1 2 3 4 5 |
| 9. Ha magányos vagyok, ennem kell. | 1 2 3 4 5 |
| 10. Ha hízom, bizonyára elvesztem az önkontrollomat. | 1 2 3 4 5 |
| 11. Ha dühös vagyok, falási kényszert érzek. | 1 2 3 4 5 |
| 12. Személyes értékem testsúlyommal kapcsolatos. | 1 2 3 4 5 |
| 13. Ha valaki nem tesz elismerő megjegyzést külsőmre, ez azt jelenti,
hogy negatív érzései vannak a külsőmmel kapcsolatban. | 1 2 3 4 5 |
| 14. Ha lehangolt vagyok, falási kényszert érzek. | 1 2 3 4 5 |
| 15. A falás és a hashajtás uralkodik rajtam, nem pedig én rajtuk. | 1 2 3 4 5 |
| 16. Az étel az egyetlen kellemes dolog a számomra. | 1 2 3 4 5 |
| 17. Nem tudok normálisan enni, bárhogy is próbálok. | 1 2 3 4 5 |
| 18. Azok az emberek, akik nem tudják a diétát betartani, reménytelen esetek. | 1 2 3 4 5 |
| 19. Ha túl sokat eszem, bűnösnek érzem magam. | 1 2 3 4 5 |
| 20. Ha a ruhám nem áll tökéletesen, ez mindenkinek feltűnik. | 1 2 3 4 5 |
| 21. Ha túl sokat eszem, nagyon nagy ügyet csinálok belőle. | 1 2 3 4 5 |
| 22. Nem tudok uralkodni magamon, ha eszem. | 1 2 3 4 5 |
| 23. Ha csalódás, kudarc ér, ennem kell. | 1 2 3 4 5 |
| 24. A falások utáni hányás jó módja annak, hogy a kecske is jóllakjon,
és a káposzta is megmaradjon. | 1 2 3 4 5 |
| 25. Ha nem vagyok sovány, ez azt jelenti, hogy kövér vagyok. | 1 2 3 4 5 |

Értékelés: a bekarikázott számok összeadandók. Az összpontszám így 25 - 125 között lehet.
Bulimiás kognitív disztorziókra utalnak a 60 pontnál nagyobb értékek.

Két faktora:

I. faktor: a test alakjára, a külsőre vonatkozik.

Ide tartozik: 1., 3., 5., 6., 12., 13., 18., 20., 25. tétel.

II. faktor: az evési szokásokra vonatkozik.

Ide tartozik: 2., 4., 7., 8., 9., 10., 11., 14., 15., 16., 17., 19., 21., 22. 23., 24. tétel.

.

BITE - Edinburgh-i Bulimia Kérdőív (Henderson és Freeman 1987; hazai adaptáció Tölgyes, 2007)

A BITE Magyarországon kevésbé elterjedten használt teszt, a falásrohamok illetve a DSM-III szerinti bulimia szűrésére. A teszt egy tüneti és egy súlyossági alskálából áll. A tünetlista 30 tételt tartalmaz, amelyen összesen 30 pont érhető el, melyből a 20 pont feletti érték tekinthető pozitívnak. A súlyossági skála 6 tételből áll, az elérhető maximális pontszám 39, az eredeti értékelés szerint 5 pont felett minősíthető kórosnak. A két érték összeadása adja az összpontszámot. A 25 pont feletti összpontszám feleltethető meg a DSM-III szerinti bulimia nervosának. A teszt validitását és reliabilitását is igen jónak mondható: $\alpha = 0,96$ a tünetlistára vonatkozóan, és $\alpha = 0,62$ a súlyossági alskálára vonatkozóan. Magyar nyelvre Tölgyes Tamással fordítottuk. Hazai nagy létszámú mintán Tölgyes Tamás (2007) a bulimia nervosa szűrésére alkalmasnak találta.

10. Előfordult-e már, hogy fizikai rosszullét hagyta abba önnel az evést?	igen	nem
11. Voltak-e olyan időszakai, amikor minden gondolata az ételek körül forgott?	igen	nem
12. Társaságban józanul eszik, míg magában mértéktelenül?	igen	nem
13. Mindig abba tudja hagyni az evést amikor akarja?	igen	nem
14. Érzett-e már valaha mindent elsöprő evési kényszert?	igen	nem
15. Hajlamos-e arra, hogy amikor szorong sokat egyen?	igen	nem
16. Kétségbe ejti Önt az elhízás gondolata?	igen	nem
17. Megtörtént-e már, hogy rengeteg ételt gyorsan felfalt (nem főétkezés idején)?	igen	nem
18. Szégyelli-e evési szokásait?	igen	nem
19. Fél-e attól, hogy nem tudja befolyásolni, hogy mennyit egyen?	igen	nem
20. A megnyugvás érdekében eszik?	igen	nem
21. Az étkezés végén képes a tányéron hagyni az ételt?	igen	nem
22. Igyekszik mások előtt titkolni, hogy mennyit eszik?	igen	nem
23. Az, hogy mennyire éhes, befolyásolja, hogy mennyit eszik?	igen	nem
24. Előfordult már, hogy mértéktelenül sokat evett?	igen	nem
25. Ha igen, akkor megszüntette-e ez a mértéktelen túlevés a kellemetlen belső állapotát?	igen	nem
26. Csak magában szokott gyorsan mértéktelenül sokat enni?	igen	nem
27. Milyen gyakran szokott mértéktelenül nagy mennyiségű ételt gyorsan befalni?		

1. szinte soha
2. egyszer egy héten
3. egyszer egy héten
4. két-három alkalommal egy héten

5. naponta

6. naponta két-három alkalommal

28. Képes-e nagy áldozatokra azért, hogy falási kényszerét kielégítse?	igen	nem
29. Evett-e már titokban?	igen	nem
30. Érez-e büntudatot, amikor túleszi magát?	igen	nem
31. Étkezési szokásait normálisnak tekinti-e?	igen	nem
32. Kényszeres evőnek tartja-e magát?	igen	nem
33. Szokott-e testsúlya két-három kilónál többet ingadozni egy héten belül	igen	nem

A teszt értékelése

A pontozás egyszerű, általában az igen válasz kap 1 pontot, kivéve a fordított tételeket (1, 13, 21, 23, 31), ahol a nem válasz kap 1 pontot. Ha az eredmény nagyobb 15 pontnál, veszélyeztetettség, ha nagyobb 20 pontnál, bulimiás tünetek valószínűsíthetők.

A súlyossági alskála pontozása: a 6, 7, 27 tételnél a bekarikázott pontértékeket összeadjuk. Ha az eredmény > 5 –nél, betegség valószínű, ha az összevont pontszám > 25 súlyos evészavart jelez.

Evészavartünetek Súlyossági Skálája (Eating Behaviour Severity Scale, EBSS, Yager és munkatársai 1987)

Klinikai tünetleltár, ami az anorexiás és bulimiás tünetek súlyosságát és gyakoriságát méri. A pontos diagnózis felállításához elengedhetetlen alapinformációkat tartalmaz. (lásd 7.számú teszt)

7.Számú teszt

Evészavartünetek Súlyossági Skálája

Milyen gyakran fordultak elő Önnél a következő viselkedések az utóbbi négy hét alatt?*
Jelölje kereszttel az Önre vonatkozó gyakoriságot.

	soha	havonta egyszer	havonta többször	hetente egyszer	hetente többször	naponta	naponta többször
A. Diétázás							
B. Testedzés a testsúly és alak miatt							
C. Étvágycsökkentők							
D. Falásrohamok**							
E. Hányás							
F. Hashajtók							
G. Vizelethajtók							

*Ugyanez felvehető az utolsó három hónapra vonatkoztatva is.

** A falásroham olyan nagy mennyiségű táplálék gyors elfogyasztása, melyet mások extrém mennyiségnek tartanak.

Morgan--Russell-skála (Morgan és Hayward, 1988)

A legelterjedtebben használt, a klinikai állapot változására alkalmas mérőeszköz Morgan--Russell-skála (Morgan és Hayward, 1988). A magyar fordítást Túry és Wildmann (1991,1993) végezték el. A tüneti változást többféle területen is vizsgálja. Alskálák: táplálékfelvétel, menstruáció, mentális-, pszichoszexuális-, szocioökonómiai állapot. Hazai adaptáció nem készült, elsősorban klinikai állapot- felmérésére és követésére alkalmazható. Nem alkalmas a bulimia nervosa tünetek, és serdületlen gyermekek tüneteinek mérésére (lásd 8. számú teszt).

8. számú teszt
Morgan--Russell-skála

Skálák:

Alskálák:

G. Globális állapotbecslés (ezt a skálát nem használják az átlagpontszám kiszámításához!).

A. Táplálékfelvétel

- A-1. A táplálékfelvétel megszorítása
- A-2. A testképpel való foglalkozás
- A-3. Testsúly

B. Menstruáció

- B-1. Az előző hat havi menstruáció adatai

C. Mentális állapot

- C-1. A mentális állapot zavarai

D. Pszichoszexuális állapot

- D-1. Szexuális témákkal kapcsolatos attitűd
- D-2. Célok szexuális téren
- D-3. Nyílt szexuális viselkedés
- D-4. A menstruációval kapcsolatos attitűd
(külön skála, ha visszatért,
külön skála, ha nem tért vissza)

E. Szocioökonómiai állapot

- E-1. Családi kapcsolatok
- E-2. Emancipáció a családban
- E-3. A családon kívüli kapcsolatok
- E-4. Társas aktivitás a családon kívül
- E-5. A munkavégzéssel, foglalkozással kapcsolatos adatok

A végső pontátlag: $\frac{(A+B+C+D+E)}{5}$

A skálák szerkezete

G. skála: A saját javulás pontozása (a beteg és más személy részéről)

Kategória:	rosszabb	változatlan	javult	gyógyult
Pontszám:	0	1	2	3

A. skála: Táplálékfelvétel

A-1. alskála: A táplálékfelvétel megszorítása

Kérdés: "Diétázik, vagy diétázott valamikor az elmúlt hat hónapban?"

Kategória:	mindig	az időszak több mint felében	kb. az időszak felében	az időszak felénél kevesebb ideig	soha
Pontszám:	0	3	6	9	12

Kódolási utasítás: a csekély szénhidrát-megszorítást nem kell figyelembe venni, ha csak arról van szó, hogy valaki ügyel a cukor vagy kenyér mennyiségére, mert ilyen attitűd köznapi a normális egyéneknél is. Csak valóban az átlagos szint alá csökkentett táplálékfelvétel veendő figyelembe a pontozáskor.

A-2. alskála: A testképpel való foglalkozás

Kérdés: "Aggódott-e a súlya vagy külseje miatt az elmúlt hat hónap folyamán?"

Kategória:	mindig	az időszak több, mint felében	kb. az időszak felében	az időszak felénél kevesebb ideig	soha
Pontszám:	0	3	6	9	12

A-3. alskála: Testsúly

Kategória:	mindvégig aggodalmat okozó testsúlyeltérés	mindig eltért, de csak néha annyira, hogy aggodalmat okozon	rendszerint csaknem átlagos ($\pm 15\%$ -on belül a normálshoz képest), de néha annyira eltér, hogy aggodalmat okoz	mindig átlagközelit
Pontszám:	0	4	8	12

Kódolási utasítás: nehézségek erednek az aggodalom okozásához elegendőnek tekintett súlyeltérés mértékének értelmezéséből. A beteg véleménye e tekintetben természetesen nagyon megbízhatatlan; néha a túlságosan aggódó hozzátartozók véleménye szintén nagyon eltérhet ebben a kérdésben. A pontozás ezért az előző hat hónap súlyingadozásai és az interjúkészítéskor mért súly alapján történik. Átlag közeli súlynak tekinthető a normális testsúlyátlag $\pm 15\%$.

B. skála

B-1. alskála: Az előző hat havi menstruáció adatai

Kategória:	nem volt menses ez időszak alatt	átmeneti, alkalmi, nem ciklusos menses	rendszeretlen menses némi ciklusos jelleggel	rendszeres és végig ciklusos menses
Pontszám:	0	4	8	12

C. skála

C-1. alskála: A mentális állapot zavarai (az interjú idején és az előző hat hónap során bármikor előfordult abnormitások alapján)

Kategória:	durván zavart és pszichotikus, téveszmékkel és hallucinációkkal	jelentős zavar, de nem pszichotikus	enyhe zavar	normális
Pontszám:	0	4	8	12

Kódolási utasítás: ez a skála az interjú alatti mentális állapot értékelésén és az előző hat hónapról szóló információkon alapszik. A "jelentős" és "enyhe" zavar közötti különbségtevés az általános aktivitással való interferencia alapján történik: így azok a tünetek, melyek megakadályozták a beteget munkája végzésében a hat hónapos időszak alatt bármikor, "jelentős"-nek minősülnek. Ha a tüneteket észleljük és lényegesnek értékeljük (kivéve a táplálékkal kapcsolatos jelentős túlértékeléseket), mégsem interferáltak a normális aktivitással, akkor "enyhe zavar"-nak minősítjük.

D. skála: Pszichoszexuális állapot

D-1. alskála: Szexuális témákkal kapcsolatos attitűd

Kérdés: "Hogyan viszonyul szexuális dolgokhoz?"

Kategória:	aktív viszolygás	változékony: viszolygás vagy érdektelenség	érdektelenség	örömteli
Pontszám:	0	4	8	12

D-2. alskála: Célok szexuális téren

Kategória:	nem akar házasságot kötni	házasságot kötne, de fél tőle	házasságot kötne, de nem akar gyermeket	határozottan szeretne meg- házasodni és
------------	------------------------------	----------------------------------	---	---

Pontszám:	0	4	8	gyermeket akar vagy már házasságban él 12
-----------	---	---	---	--

D-3. alskála: Nyílt szexuális viselkedés

Kategória:	kerüli a heteroszexuális kontaktusokat	alkalmi, felületes viszonyok örömteli szexuális kapcsolat nélkül	szerelmi kapcsolatok örömteli szexuális viszonnyal (beleértve azt is, hogy házasság és gyermekük vannak)
Pontszám:	0	6	12

D-4. alskála: A menstruációval kapcsolatos attitűd (ha már visszatért a menses)

Kategória:	aktív viszolygás	változó viszolygás vagy érintetlenség	érintetlenség	örül, hogy visszatért
Pontszám:	0	4	8	12

D-5. alskála: A menstruációval kapcsolatos attitűd (ha még nem tért vissza a menses)

Kategória:	örül, hogy nem tért vissza	változó: örül vagy érintetlenség	érintetlenség	sajnálja, hogy még nem tért vissza
Pontszám:	0	4	8	12

E. skála: Szocioökonómiai állapot

E-1. alskála: Családi kapcsolatok

Kérdés: "Hogyan értékeli szüleivel (és testvéreivel) való kapcsolatát?"

Kategória:	nagyon elégedetlen	elégedetlen	közömbös	elégedett
Pontszám:	0	4	8	12

Kódolási utasítás: tekintve, hogy a kapcsolatváltozó lehet a családkülönböző tagjaival, a legalacsonyabb egyéni pontszámot kell figyelembe venni, akár szülőkről, akár testvérekről van szó. Ha a betegen kívül egy másik adatközlő is jelen van, a végső pontozás e két pontszám átlaga legyen.

E-2. alskála: Emancipáció a családban (a felnőtt autonómia mértéke dependencia nélkül)

Kategória:	sok nehézség, nem látja, hogyan lesz eléggé független	lásd a 0 pontnál leírtakat, de néha úgy érzi, a nehézségek legyőzhetők	vannak nehézségek, de legyőzhetők	nincsenek nehézségek
Pontszám:	0	4	8	12

E-3. alskála: A családon kívüli kapcsolatok

Kategória:	nincs	kevés és felszínes	sok, de felszínes	sok közeli és sok felszínes barát
Pontszám:	0	4	8	12

E-4. alskála: Társas aktivitás a családon kívül

Kategória:	semmi	magányos a családon kívül	változó: főleg magányos, de némi társas aktivitás is van a családon kívül	adekvát csoportos aktivitás: jó társas kapcsolatok a családon kívül
Pontszám:	0	4	8	12

E-5. alskála: A munkavégzéssel, foglalkozással kapcsolatos adatok (az előző hat hónapban)

Kategória:	nincs fizetett alkalmazásban	az időszak felénél kevesebb ideig fize- tett alkalmazásban áll, vagy alkalmi, fizetés nélküli munkát végzett	az időszak több mint felében fizetett alkalmazásban áll, de részmunkaidőben	rendszeres, teljes munkaidejű fizetett alkalmazás hiányzás nélkül
Pontszám:	0	4	8	12

Evészavarok Értékelő Skálája (Eating Disorder Evaluation Scale – EDES, Vandereycken 1993)

Klinikai alkalmazásra készült skála, melynek segítségével a terápiás változásokat, az tüneti állapotváltozást lehet követni. Kezdetben strukturált interjúként alkalmazták, a későbbi önkitöltős változat, bár kevésbé megbízható, kényelmes és gazdaságos. Önállóan az önbevallás torzító hatása miatt nem használható diagnosztizáláshoz. Hazai adaptáció még nem készült. (lásd 9. számú teszt)

Alskálák: anorexiás aggodalmaskodás, bulimiás viselkedés, szexualitás, pszichoszociális alkalmazkodás

9. számú teszt Evészavarok Értékelő Skálája

1. Név:

Dátum:

2. Születési idő: év, hó, nap

A továbbiakban jelölje x-szel a megfelelő adatot:

3. Kivel lakik:

- ☐ egyedül
- ☐ szüleimmel
- ☐ házastárssal/élettárssal
- ☐ máshol, éspedig:

4. Mivel foglalkozik?

- ☐ tanuló
- ☐ dolgozom
- ☐ állást keresek
- ☐ képtelen vagyok tanulni/dolgozni

5. Családi állapota:

- ☐ házas
- ☐ elvált
- ☐ özvegy
- ☐ menyasszony vagy vőlegény
- ☐ hajadon/nőtlen

6. Mennyi a jelenlegi testsúlya: kg

7. Mennyi a jelenlegi testmagassága: cm

8. Mennyi volt az utolsó hat hónap alatt a legmagasabb testsúlya: kg

9. legalacsonyabb testsúlya: kg

Milyen gyakran fordultak elő a következők az utolsó hat hónapban (jelölje x-szel):

	soha	néha	hetente	naponta
10. koplalás, szigorú diéta				
11. hányás				
12. túlevés, falásroham				
13. hashajtóhasználat				

Milyen mértékben aggodalmaskodik a következők miatt:

	egyáltalán nem	alig	erősen	nagyon erősen
14. étel, főzés, evés, édességek				
15. testsúly, alak, megjelenés				

16. Mennyire volt rendszeres a menstruációja az utolsó hat hónap alatt?

- ☐ rendszeres (legalább havonta egyszer)
☐ rendszertelen (egy hónapnál hosszabb szünetekkel)
☐ ritka (pl. 1-2 alkalommal félév alatt)
☐ hiányzik (..... óta)

Szed-e fogamzásgátlókat (hormonokat): ☐ igen ☐ nem

17. Hogyan gondol a szexualitásra?

- ☐ nagyon pozitív módon - ez valami kellemes dolog az életemben
☐ pozitív módon - fontos, de megvagyok nélküle
☐ közömbösen - nem fontos számomra
☐ negatív módon - ez valami szörnyű és visszataszító

18. Milyen a jelenlegi szexuális élete (beleértve az önkielégítést):

- ☐ nagyon kellemes és kielégítő - egyáltalán nincs probléma
☐ jó vagy változó - néha van probléma (pl. kevés kielégülés)
☐ nem kielégítő - kevés szexuális kapcsolat, nincs kielégülés
☐ nemlétező - nincs szexuális kapcsolat, nincs önkielégítés

19. Milyen a jelenlegi kapcsolata szüleivel, testvéreivel?

- ☐ pozitív
☐ elég jól viszonyulunk egymáshoz; szabadságot is biztosítanak számomra
☐ változó: saját életemet élem, de nem vagyok eléggé független
☐ nem kielégítő: otthoni kötelek túl szorosak; túl sok a konfliktus
☐ rossz
☐ teljesen függök tőlük, vagy súlyos konfliktusaink vannak

20. Milyenek a kapcsolatai a családon kívül, barátokkal vagy ismerősökkel:

- ☐ pozitív: sok barátom van; könnyen teremtek kapcsolatokat
☐ változó: van néhány jó kapcsolatom, de többet vagy jobbat szeretnék
☐ nem kielégítő: nagyon kevés barátom van; nehéz kapcsolatokat teremtenem
☐ rossz: nagyon egyedül érzem magam, kapcsolatok nélkül

21. Hogyan érzi magát jelenlegi foglalkozásában? (tanulás, munka, vagy más napi tevékenység)

- ☐ jól, kielégítően (nincsenek problémák)
☐ változóan (lehetne jobb)

- ☐ nem kielégítően (sok problémám van)
☐ rosszul (szeretnék valami egészen mást csinálni)

22. Átélt-e a következőket az utolsó hat hónap alatt:
- | | | |
|--|-------------------------------|------------------------------|
| idegesség, feszültség, ingerlékenység, fáradtság | ☐ igen | ☐ nem |
| rendszeres alvászavar (vagy altatók használata) | ☐ igen | ☐ nem |
| erős szorongás (vagy nyugtatók használata) | ☐ igen | ☐ nem |
| depresszió, idegkimerültség | ☐ igen | ☐ nem |
| öngyilkossági kísérlet vagy súlyos testi önsértés | ☐ igen | ☐ nem |
| zavartság (pl. hangok hallása, szellemek látása) | ☐ igen | ☐ nem |
| visszaélés alkohollal, drogokkal vagy gyógyszerekkel | ☐ igen | ☐ nem |

23. Állt-e kezelés alatt az elmúlt évben pszichiáternél, pszichológusnál vagy pszichoterapeutánál:

- ☐ nem
☐ igen: ☐ amikor kórházban voltam
mennyi ideig: napig
☐ kórházi felvétel nélkül
ülések száma:

Kérjük, ellenőrizze, hogy megválaszolta-e az összes kérdést!

Pontozás

Jelenlegi testsúlyának aránya az ideálshoz (a kérdőív 6-7. tétele alapján): **1:**

90-109 % = 6 pont, 80-89 % vagy 110-119 % = 4 pont,
70-79 % vagy 120-130 % = 2 pont, 70 % alatt és 130 % fölött = 0 pont.

A legmagasabb súlyingadozás az utolsó 6 hónapban (a 8-9. tétel alapján): **2:**

1 kg-nál kisebb: 6 pont, 1-2 kg: 4 pont, 2-5 kg: 2 pont, 5 kg-nál több: 0 pont.

Evészavartünetek

soha = 6 pont, néha = 4 pont, hetente = 2 pont, naponta = 0 pont.

Koplalás (10. tétel)	3:
Hányás (11. tétel)	4:
Falásrohamok (12. tétel)	5:
Hashajtóhasználat (13. tétel)	6:

Aggodalmaskodás

soha = 6 pont, enyhe = 4 pont, erős = 2 pont, extrém = 0 pont.

Evés miatt (14. tétel) **7:**

Testsúly miatt (15. tétel) 8:

Menses (16. tétel) 9:

rendszeres = 6 pont, rendszertelen vagy tablettával van = 4 pont,
ritkán van = 2 pont, hiányzik = 0 pont.

Szexualitás

öröm, kielégültség = 6 - 4 - 2 - 0 = viszolygás, elkerülés

Szexualitás iránti attitűd (17. tétel) 10:

Aktív szexuális viselkedés (18. tétel) 11:

Szociális alkalmazkodás

jó/kielégítő = 6 pont, mérsékelt/változó = 4 pont,
elégtelen/gyenge = 2 pont, rossz/hiányzó = 0 pont.

Szülők iránti attitűd (19. tétel) 12:

Társas kapcsolatok (20. tétel) 13:

Tanulás vagy munka (21. tétel) 14:

Általános pszichés állapot (az evési problémától függetlenül) (22. tétel) 15:

6 = normális (a kortársakhoz hasonlítva)

4 = kissé abnormális (például: enyhe pszichoszomatikus panaszok,
enyhe hangulatingadozás; specifikus terápiára nincs szükség

2 = nyilvánvalóan zavart (például: szorongásos állapot, depresszió;
pszichiátriai kezelés és/vagy pszichoterápia szükséges

0 = súlyosan zavart (például pszichózis, addikció, öngyilkossági kísérlet;
intenzív terápia vagy hospitalizáció szükséges

Összpontszám (az 1 - 15. pontok összege):

Vigyázat: a pontozólapon a pontozott tételek száma nem ugyanaz, mint az eredeti kérdőív
tétéleinek száma!

Alskálák (a pontozólap tétéleinek számával jelölve):

1. Anorexiás aggodalmaskodás: 1., 2., 3., 7., 8. tétel

2. Bulimiás viselkedés	4., 5., 6. tétel
3. Szexualitás	9., 10., 11. tétel
4. Pszichoszociális alkalmazkodás	12., 13., 14., 15. tétel

A testképpel kapcsolatos vizsgálati módszerek

A testkép vizsgálatában számos új eljárást hoztak az evészavarral kapcsolatos felmérések. A módszerekkel kapcsolatos összefoglalót közöl Túry és Szabó (2000), valamint Lantos és mtsai (2008). Itt a leggyakrabban alkalmazott módszereket ismertetjük.

1. Vizuális méretbecslés során a vizsgálati személy kaliber-körzővel, vagy mozgatható fényforrások segítségével adja meg különböző testméreteit (az arc, a váll, a csípő és a derék), vagy 2X2 méteres papírlapon rajzolja be ezeket. Ilyenek például: Adjustable Light Beam Apparatus [ALBA], Thompson és Spana, 1988; Body Image Detection Device, Ruff és Barrios, 1986).
2. A torzított kép módszere esetén beállítható tükrök, lencsék, vagy videó-készülék segítségével a személy torzíthatja a képét a neki megfelelő mértékűre. Garner és Garfinkel, 1981; Touyz és mtsai, 1984; Probst és mtsai, 1995b). Ezekkel a módszerekkel reális méretekhez viszonyított torzítás mértékét pontosan meg tudjuk határozni.
3. Az Emberalakrajzok Tesztjében különböző tápláltságú alakok sorozatából - többféle szempont szerint - kell választania a vizsgált személynek, (Human Figure Drawings Test, Fallon és Rozin, 1985) Magyarországon a kilencvenes évek elején Szabó Pál vezette be a használatát (Szabó 1994).
4. A projektív módszerek közül a rajzteszteket elsősorban gyerekeknél alkalmazzák. A Rorschach-teszt segítségével Fisher és Cleveland (1958, 1986) vizsgálta a testképet.
5. Számítógépes módszerek. A vizsgálatban részt vevő személyek a számítógép képernyőjén külön-külön beállíthatják különböző testrészeik méretét. Így pontosan megállapítható, milyennek látják testüket. Többféle a program van forgalomban (Schlundt és Bell (1993) Body Image Testing System, BITS). Hazai változat például Iván és munkatársainak (2007) könnyen kezelhető programja. A virtuális valósággal kapcsolatos kutatások a testképzavar mérésébe is új dimenziót vezettek be, azonban Magyarországon ez a technika csak nagyon korlátozottan érhető el (Riva 1998).
6. A kérdőívek a testkép kognitív és affektív összetevőinek, a testtel való elégedettségnek a vizsgálatára alkalmasak. Néhány önálló testkép vizsgálati kérdőívet, melyek hazánkban is elterjedtek, validáltak, itt ismertetünk.

Énkép-Testkép Kérdőív (Secord és Jourard, 1953; magyar változat: Lukács és Pressing, 1988)

Énkép-Testkép Kérdőívet kevésbé alkalmazzák evészavarokban, pedig jól áttekinthető, könnyen értelmezhető, ezért az új típusú főképpen a testképpel kapcsolatos felmérésekben használható. Két alskálája van az egyik a testtel való elégedettséget méri, a másik inkább pszichés készségek, adottságokkal, az önképet méri. (lásd 10.számú teszt)

Az értékelés egyszerű átlagszámítással történik, ha az átlag $< 2,5$ az énkép, ill. testképzavar lehetséges.

10.számú teszt

Énkép – testkép (Secord és Jourard, 1953; Lukács, D.- Pressing, L.(1988)

Az alábbiakban olyan tényezőket sorolunk fel, melyekkel mindannyian rendelkezünk, de előfordulásukkal, minőségükkel mégsem azonos mértékben vagyunk elégedettek. Kérjük, olvassa el a felsorolást és jelölje meg, hogy ön személy szerint mennyire elégedett a Felsorolt testi vagy lelki adottságaival. Előnyösnek tartja-e pillanatnyi formájában, vagy Esetleg szívesen változtatna a helyzeten, amennyiben ez módjában állna. Véleménye kifejezésére a következő öt fokozatot használja fel:

- (1.) Örölnék, ha módom nyílna egy kedvezőbb változásra.
- (2.) Nem vagyok különösebben elégedett, de már megbarátkoztam vele.
- (3.) Nincs különösebb véleményem.
- (4.) Elégedett vagyok vele.
- (5.) Szerencsésnek tartom magam e tekintetben.

1. Keresztnév.....
2. Az önkifejezés képessége.....
3. Ízlés az öltözködésben.....
4. Kötelességtudat.....
5. Tapasztaltság.....
6. Művészi képesség.....
7. Hangulat.....
8. Fantázia, képzelőerő.....
9. Önbizalom, magabiztosság.....
10. Irányítási képesség.....
11. Vezetéknév.....
12. Mór.....
13. Kézírás.....
14. Intelligencia szint.....
15. Mozgásos ügyesség(tánc, sport).....
16. Boldogság.....
17. Szerelem.....
18. Kézügyesség.....

1. Haj.....
2. Arcbőr.....
3. kezek.....
4. A szörzet megoszlása a testen.....
5. Orr.....
6. Emésztés.....
7. Derék.....
8. Fülek.....
9. Edzettség.....
10. Profil.....
11. Magasság.....
12. Életkor.....
13. A kéz ujjai.....
14. Vállszélesség.....
15. Szemek.....
16. Csípő.....
17. A bőr tulajdonságai.....
18. Fogak.....
19. Comb.....
20. Alvás.....
21. Egészségi állapot.....
22. Szexuális aktivitás.....
23. Testtartás.....
24. Testsúly.....

Értékelés: egyszerű átlagszámítás, nincsenek fordított tételek.

A 2,5 pont, vagy alacsonyabb érték általában az énkép illetve a testkép zavarát, önértékelési bizonytalanságot jelez.

11.számú teszt

Testi Attitűdök Tesztje (Body Attitudes Test, BAT) Probst és mtsai 1995, hazai adaptáció Czeglédi és mtsai, 2010)

Jelölje kereszttel a megfelelő választ!

	mindig	rendszerint	gyakran	néha	ritkán	soha
1. Ha összehasonlítom a saját testemet a kortársaiméval, elégedetlen vagyok vele.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. A testem érzéketlen tárgynak tűnik.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. A csípőm túl szélesnek tűnik számomra.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Jól érzem magam a bőrömben.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Nagyon vágyom arra, hogy vékonyabb legyek.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Azt gondolom, hogy a melleim túl nagyok.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Hajlamos vagyok elrejteni a testemet (pl. bő ruhákat hordok).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Ha megnézem magam a tükörben, elégedetlen vagyok a testemmel.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Könnyű számomra ellazítani a testemet.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Azt gondolom, túl kövér vagyok.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Tehernek érzem a testemet.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Úgy tűnik nekem, mintha a testem nem is az enyém volna.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Úgy érzem, mintha egyes testrészeim dagadtak lennének.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. A testem szorongást jelent számomra.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. A testi megjelenésem nagyon fontos számomra.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Olyan nagy a hasam, mintha terhes lennék.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Feszültséget érzek a testemben.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Irigylem mások testi megjelenését.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. Olyan dolgok történnek a testemben, melyek megijesztenek.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. Figyelem, hogy milyennek látszom a tükörben.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Értékelés: a mindig: 5, rendszerint: 4, gyakran: 3, néha: 2, ritkán: 1, soha: 0 pontot ér; a 4. és 9. tétel fordítva pontozódik (a mindig: 0, rendszerint: 1, gyakran: 2, néha: 3, ritkán: 4, soha: 5 pontot ér).

A maximális pontszám 100. A 36 pontnál nagyobb érték jelent kóros testi attitűdöt.

A Testdiszmorfiás Zavar Kérdőívet (Body dysmorphic Disorder Questionnaire (BDDQ, Fischer, 2005), hazánkban Szászi és Szabó (2010) alkalmazta először plasztikai sebészeti beavatkozáson átesett betegek vizsgálatára. A hazai adaptáció folyamatban van. (12.számú teszt)

12.számú teszt

Testdiszmorfiás Zavar Kérdőív

Ez a kérdőív külső megjelenéssel kapcsolatos aggodalmaskodást vizsgálja. Kérjük, olvassa el gondosan mindegyik kérdést, és karikázza be azt a választ, amely a legjobban leírja azt, ahogyan Ön érez. Kérjük, írja be válaszait, ahol ezt kérjük.

1. Nagyon aggasztja azon testrészének/testrészeinek a megjelenése, amelyet/amelyeket visszataszítónak tart?

Igen

Nem

Ha „igen”-nel válaszolt: Ezek az aggodalmak erősen foglalkoztatják? Azaz túl sokat gondol rájuk, és azt szeretné, ha kevesebbet gondolna rájuk?

Igen

Nem

Ha „igen”-nel válaszolt: Mik ezek a gondolatok?

.....

Példák: az aggodalmaskodás a következő területeket érintheti: a bőr (pl.pattanások, hegek, ráncok, sápadtság, vörösség), a haj (pl. hajhullás vagy vékony haj), az orr, száj, állkapocs, ajkak, has, csípők, stb. alakja vagy mérete, a kezek, nemi szervek, mellek vagy egyéb testrészek rendellenessége.

Ha az előző kérdésre „igen”-nel válaszolt: Mi az, ami pontosan zavarja Önt ezen testrész(ek) megjelenésével kapcsolatban? Írja le részletesen:

.....

.....

.....

(Figyelmeztetés: Ha a fenti válaszok bármelyikére „nem”-mel válaszolt, be is fejezheti a kérdőív kitöltését. Egyébként kérjük, folytassa)

2. A fő problémája a megjelenésével az, hogy nem elég sovány, vagy hogy elhízhat?

Igen

Nem

3. A külső megjelenésével kapcsolatos aggodalmaskodás milyen hatással volt az életére?

- A rendellenesség(ek) sok feszültséget és lelki szenvedést okozott (okoztak)?

Igen

Nem

- A rendellenesség(ek) jelentősen akadályozta (akadályozták) a társas kapcsolatait?

Igen

Nem

Ha igen, hogyan?

.....
.....

- Vannak olyan dolgok, amiket elkerül a rendellenessége(i) miatt?

Igen

Nem

Ha igen, mik ezek?

.....
.....
.....

- Befolyásolta-e a családja vagy barátai életét vagy megszokott tevékenységét az Ön külső megjelenése miatti aggodalmaskodása?

Igen

Nem

Ha igen, hogyan?

.....
.....
.....

4. Mennyi időt tölt átlagosan egy nap azzal, hogy a rendellenességére (rendellenességeire) gondol? (Adja össze az összes időt, amit ezzel tölt. Karikázza be az egyik választ.)

- a) kevesebb mint napi egy órát
- b) naponta 1-3 órát
- c) naponta több órát

Az izomdiszmorfia mérésére

Muscle Appearance Satisfaction Scale (MASS, Mayville és mtsai, 2002), az Izomzattal Való Elégedettség Skála: Likert-típusú skála, 19 tételes, melyek öt faktorba rendeződnek (13.számú teszt):

- Testedzés-függőség
- Az izomzat ellenőrizgetése
- Szteroid vagy más teljesítményfokozók használata
- A sérülések kockázata
- Az izomzattal való elégedettség

13.számú teszt

MASS-HU kérdőív (Babusa és mtsai 2012)

Kérem, válaszoljon a következő állításokra aszerint, hogy azok mennyire vonatkoztak önre az elmúlt négy hét során! Nincsenek jó vagy rossz válaszok. Kérem, hogy minden kérdésre őszintén válaszoljon! Minden ön által nyújtott információ titkos marad.

Skála:

- 1 = határozottan nem értek vele egyet
- 2 = nagyrészt nem értek vele egyet
- 3 = közömbös/nem tudom
- 4 = nagyrészt egyetértek vele
- 5 = határozottan egyetértek vele

Kérem, karikázza be azt a számot, amely leginkább megfelel az ön válaszának!

- 1) Amikor a tükörben az izmaimat nézem, gyakran elégedettséget érzek izmaim jelenlegi méretével kapcsolatban.
- 2) Ha a napirendem arra kényszerít, hogy egy nap kihagyjam a súlyemelést, nagyon nyugtalannak érzem magam.
- 3) Gyakran kérdezgetem a barátaimat és/vagy rokonaimat, hogy nagynak nézek-e ki.
- 4) Elégedett vagyok az izmaim méretével.
- 5) Gyakran költök izomnövelő kiegészítőkre.
- 6) Az izomtömeg növelése céljából helyesnek tartom a szteroidhasználatot.
- 7) Gyakran úgy érzem, mintha a súlyozás rabja lennék.
- 8) Ha az edzésem rosszul sikerül, az valószínűleg negatív hatást gyakorol a napom hátralevő részére.
- 9) Bármit kipróbálnék, hogy növeljem az izmaimat.
- 10) Gyakran megtartom az edzést még akkor is, ha az izmaim vagy az ízületeim fájnak a korábbi edzésektől.
- 11) Gyakran sok időt töltök azzal, hogy az izmaimat nézegetem a tükörben.
- 12) Több időt töltök edzéssel a teremben, mint a legtöbben, akik edzenek
- 13) Annak érdekében, hogy izmos legyen valaki, képesnek kell lennie rá, hogy sok fájdalmat figyelmen kívül hagyjon.
- 14) Elégedett vagyok az izmaim feszességével/formájával.
- 15) Az önértékelésem leginkább arra összpontosul, hogyan néznek ki az izmaim.
- 16) Gyakran nem veszek tudomást sok fizikai fájdalomról, amikor súlyt emelek annak érdekében, hogy izmosabb legyek.
- 17) Muszáj nagyobb izmokra szert tennem, bármire legyen is szükségem hozzá.
- 18) Gyakran keresek másoktól megerősítést, hogy az izmaim elég nagyok.
- 19) Gyakran nehezemre esik ellenállni annak, hogy az izmaim nagyságát ellenőrizgessem.

Értékelés**Skálák:**

1. Testedzésfüggőség: 2, 7, 8, 12, 15
2. Az izomzat ellenőrizgetése: 3, 11, 18, 19
3. Szteroid vagy más teljesítményfokozó szerek használata: 5, 6, 9, 17
4. Sérülésekkel szembeni kockázat: 10, 13, 16
5. Izomzattal való elégedettség: 1, 4, 14

Összpontszám: $19 \times 5 = 95$ pont.

Nincs elválasztási ponthatár.

Fordított tételek: 1, 4, 14.

A testedzésfüggőség mérése

A testedzésfüggőség a legutóbbi időkben leírt zavarok egyike, és máris vannak standardizált kérdőívek a mérésére. A teszteket a javasolt diagnosztikai kritériumok (kiemelkedőség, hangulatváltozás, tolerancia, konfliktus, elvonási tünetek, visszaesés) alapján szerkesztett rövid kérdőívek, gyorsan kitölthetők és értékelhetők.(14. És 15.számú teszt)

Testedzés Addikció Kérdőív (Exercise Addiction Inventory EAI, Terry és mtsai, 2004) hazai adaptáció (Mónok és mtsai, 2012)

14.számú teszt EAI-HU

A következő kérdések a sportolásról, testmozgásról, edzésről szólnak. Kérjük, az alábbi állítások mindegyikénél jelölje, hogy az milyen mértékben igaz Önre!

		Nagyon nem értek egyet	Inkább nem értek egyet	Egyet is érték, meg nem is	Inkább egyetérte k	Nagyon egyetérte k
a	A testedzés a legfontosabb dolog az életemben.	1	2	3	4	5
b	Konfliktusok adódnak köztem és a családom és/vagy partnerem között amiatt, hogy mennyit edzek.	1	2	3	4	5
c	A testedzést arra használom, hogy a hangulatomon változtassak (pl. hogy kellemesebben érezzem magam, vagy hogy ne kelljen a problémáimmal foglalkoznom).	1	2	3	4	5
d	Az elmúlt időszak során növeltem a napi edzés mennyiségemet.	1	2	3	4	5
e	Ha ki kell hagynom egy edzést, rosszkedvű és ideges leszek.	1	2	3	4	5
f	Ha lecsökkentem a szokásos edzés mennyiségemet, akkor amikor újra elkezdem az edzést, addig folytatom, amíg az eredeti mennyiséget el nem érem.	1	2	3	4	5

PONTOZÁS :

Nincs fordított tétel, a pontokat összeadjuk.

6 – 12 pont = tünetmentes

13 – 23 pont = nem függő, de tünetek előfordulnak

24 – 30 pont = a testedzésfüggőség kockázata

A Testedzésfüggőség Kérdőív

A viselkedéses függőségek diagnosztikai kritériumainak megfeleltethető tüneteket mérő Likert-típusú skála. Minden kritériumhoz három tétel tartozik: tolerancia; megvonás; késztetés; (többet edz, mint tervezte); kontroll vesztés; idő (a tevékenységgel jelentős mennyiségű időt tölt; más tevékenységek csökkenése (pl. társas, munka); a tevékenység folytatása az észlelt problémák ellenére.

Exercise Dependence Scale (EDS) Hausenblas és Downs (2002) hazai adaptáció Mónok és mtsai (2012) (15.számú kérdőív)

15.számú teszt

EDS-HU Testedzésfüggőség Kérdőív

Kérjük, az alábbi állítások mindegyikét jellemezze a szerint, hogy az mennyire jellemző Önre! Az egyes állításokat a jelenlegi elképzelései, illetve az elmúlt 3 hónapban jellemző testedzési szokásaira vonatkozóan értékelje. Ha az állítás soha nem jellemző Önre, akkor az 1-es számot karikázza be, ha mindig, akkor a 6-os számot jelölje meg. Köztes esetekben a többi szám valamelyikének a bekarikázásával jelölje, hogy mennyire jellemző Önre az állítás. Kérjük, minden állítás mellett jelölje meg azt a számot, amelyet megfelelőnek tart.

		Soha				Mindig	
		1	2	3	4	5	6
1	Azért edzek, hogy megszabaduljak a kellemetlen érzésektől.	1	2	3	4	5	6
2	A visszatérő testi problémáim ellenére is folytatom az edzéseket.	1	2	3	4	5	6
3	Folyamatosan növelem az edzéseim intenzitását annak érdekében, hogy a kívánt célt elérjem.	1	2	3	4	5	6
4	Képtelen vagyok lerövidíteni az edzésidőmet.	1	2	3	4	5	6
5	Szívesebben edzek, minthogy a családommal vagy a barátaimmal töltssem az időmet.	1	2	3	4	5	6
6	Sok időt szánok az edzéseimre.	1	2	3	4	5	6
7	Általában többet edzek, mint amennyit eredetileg eltervezek.	1	2	3	4	5	6
8	Azért edzek, hogy megszabaduljak a szorongó érzéseimtől.	1	2	3	4	5	6
9	Sérülten is edzek.	1	2	3	4	5	6
10	Egyre többet edzek, annak érdekében, hogy a kívánt célt elérjem.	1	2	3	4	5	6
11	Képtelen vagyok arra, hogy ritkábban járjak edzeni.	1	2	3	4	5	6
12	Olyankor is az edzésen jár az eszem, amikor a munkámra/tanulásra kellene koncentrálnom.	1	2	3	4	5	6
13	A szabadidőm nagyobb részét edzéssel töltöm.	1	2	3	4	5	6
14	Általában hosszabban edzek, mint amennyit tervezek.	1	2	3	4	5	6
15	Azért edzek, hogy megszabaduljak a feszültségektől.	1	2	3	4	5	6
16	A folyamatosan fennálló testi problémák ellenére is folytatom az edzéseimet.	1	2	3	4	5	6
17	Folyamatosan, egyre hosszabb ideig edzek, annak érdekében, hogy a kívánt célt elérjem.	1	2	3	4	5	6

18	Képtelen vagyok arra, hogy kisebb erőbedobással edzzek.	1	2	3	4	5	6
19	Azért is edzek, mert így kevesebb időt kell a családommal/barátaimmal töltenem.	1	2	3	4	5	6
20	Az időm igen jelentős része edzéssel telik.	1	2	3	4	5	6
21	Általában többet edzem, mint amennyit előre eltervezek.	1	2	3	4	5	6

Értékelés

Nincs fordított tétel, a pontokat összeadjuk.

A fejezet összefoglalása

A fejezetben bemutattuk a hazánkban elterjedten alkalmazott evés- és testképzavarok mérésére kidolgozott teszteket. A kérdőívek az evés- és testképzavarok kognitív, emocionális és viselkedéses tüneteit, illetve azok súlyosságát mérik.

A kérdőívek egy része főképpen szűrővizsgálatok végzésére, más része klinikai felmérésre használható.

Evészavar szűrővizsgálati kérdőívek:
Evési Attitűdök Tesztje (EAT, EAT-26)
Evészavar kérdőív (EDI)
Anorexia Nervosa Önértékelő Kérdőív (ANIS)
Bulimia Kognitív Disztorziós Skála (BCDS)
Edinburghi Bulimia Kérdőív (BITE)

Klinikai tünetleltár:
Evészavartünetek Súlyossági Skálája (EBSS)
Morgan-Russel Skála
Evészavarok Értékelő Skálája (EDES)

A testképpel kapcsolatos vizsgáló módszerek között megemlítettük a vizuális méretbecslésen alapuló papír-ceruza és számítógépes módszereket, és bemutattuk a hazánkban alkalmazott kérdőíveket:

Énkép-testkép
Testi Attitűdök Tesztje (BAT)
Testdiszmorfiás Zavar Kérdőív (BDDQ)
Izomzattal Való Elégedettség Skála (MASS-HU)
Testedzés Addikció Kérdőív (EAI-HU)
Testedzésfüggőség Kérdőív (EDS-HU)

6. Az obezitás/elhízás

Az elhízást, a belgyógyászati és nem a mentális zavarok közé sorolják, pedig kialakulását számos pszichoszociális faktor befolyásolja. Bár a szindróma kialakulásában a biológiai meghatározottság nem tagadható, az elhízás hátterében valamilyen kóros fiziológiai-biológiai elváltozás csak ritkán mutatható ki. A történeti áttekintésben már kifejtettük, hogy az étkezési-életmódbeli szokásokat, illetve az ezek következtében kialakuló testalkatot, testsúlyt milyen gazdasági, társadalmi és kulturális hatások befolyásolják.

Az elhízás/obezitás a XX. század végén XXI. század elején világméretű járvány lett. A nyugati típusú országokban a felnőtt lakosoknak mintegy fele túlsúlyos, sokan pedig elhízottak. Az adatok ugyan kontinensenként, illetve országonként kisebb-nagyobb szórást mutatnak, összességében azonban elmondható, hogy azokban az államokban, amelyekben a lakosság nagy része számára az mennyiségi szempontból az ételmisszer szinte korlátlanul hozzáférhető, az elhízás járványszerű méreteket öltött. A statisztikai adatok rémisztőek, és ehhez még azt is hozzá kell tennünk, hogy a statisztikák sokszor önbevallás alapján készülnek, tehát az ezek alapján készült számítások a járvány súlyosságát valószínűleg alulbecsülik. Hollandiában például egy közel kétezer felnőtt bevonásával végzett vizsgálatban azt tapasztalták, hogy bevalláson alapuló kérdőív esetén 30%-kal kevesebb elhízott nő, és 26,1 %-kal kevesebb az elhízott férfi „van”, mintha valóban megméri a résztvevők testmagasságát és testtömegét (Visscher és mtsai 2006).

A statisztikai adatok így is elrettentőek: a WHO felmérései szerint 1980 és 2008 között a világon az elhízottak száma több mint kétszeresére nőtt. 2008-ban több mint 1.4 milliárd húsz év fölötti felnőtt volt túlsúlyos, és további 200 millió férfi és kb. 300 millió nő volt elhízott. Talán még riasztóbb adat, hogy 2010-ben több mint 40 millió öt év alatti gyerek volt túlsúlyos. (WHO, 2012) Szemléletes ábrázolását lásd a 4. számú ábrán.

Korábbi vizsgálatok szerint Magyarországon a lakosság mintegy 60%-ának van súlyproblémája: 20%-uk elhízott, 40%-uk túlsúlyos. 2010-es hazai adatok szerint a férfiak 41,8%-ának BMI-je 25 és 29,9 között, 17,1%-ának 30 fölött van, míg a nőknél ez a két érték 31,3 illetve 18,2 volt. Mivel a felmérés bevallott adatok alapján készült, feltehető, hogy ezen értékek, különösen a nők tekintetében, a valóságnál alacsonyabbak (WHO, 2012).

6.1. Az obezitás definíciója és diagnózisa:

Az elhízás az anyagcsere-folyamatok genetikai, központi idegrendszeri, endokrin és környezeti hatásokra létrejövő zavara, amely az energiaháztartás egyensúlyának módosulását okozza. Ez a változás a felvett táplálékmenyiségének növekedésében és/vagy az energia leadás csökkenésében nyilvánul meg, és előbb-utóbb fokozott zsírraktározódáshoz vezet. A súlytartó fázisban a kövérség fenntartása már kisebb energia bevitellel is lehetséges. Ebben a szakaszban is további szabályozási zavarok, társuló betegségek alakulhatnak ki. Az elhízás tehát krónikus és recidiváló betegség, amely a testsúly csökkentés, majd megtartása céljából tartós kezelést igényel (EÜ.MIN.Szakmai protokollja, 2008).

Az elhízás mérésére leggyakrabban alkalmazott módszerek:

- BMI (body mass index, testtömeg- index, melyet a kg-ban meghatározott testtömeg, és a méterben megadott testmagasság négyzetének hányadosaként definiálnak. Mértékegysége: kg/m^2 .
- Testzsírszázalék, amely (különböző eszközökkel, például bioelektromos impedancia analízissel (BIA) mérhető
- Haskőrfogat: férfiaknál 102, nőknél 88 cm-nél határozták meg az elfogadható kritikus haskőrfogatot, melyet a köldök fölött mérünk (Grilo, 2006).

Felosztás BMI alapján:

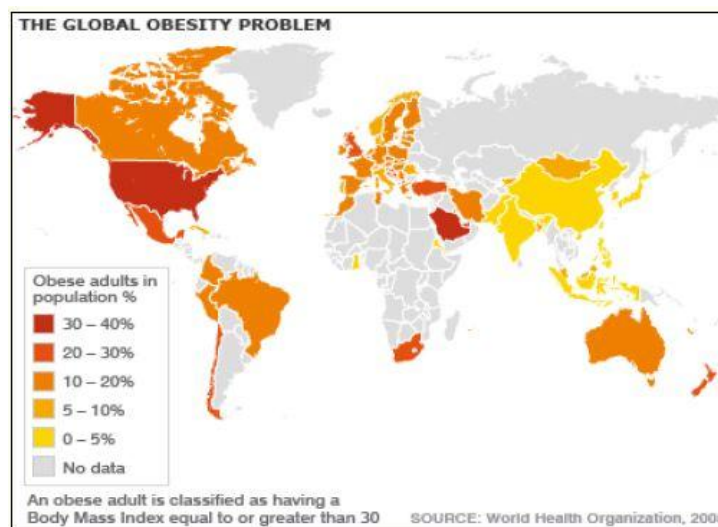
Sovány: BMI <18,5 (enyhén sovány 17-18,49; mérsékelten sovány 16-16,99; súlyosan sovány <16)

Normális: 18,5-24,9

Túlsúlyos: 25-29,9

Kövér (obezitás) > 30 (I. fokú 30-34,9; II. fokú 35-39,9; III. fokú (morbid obezitás, vészes elhízás) > 40

Korábbi vizsgálatok szerint Magyarországon a lakosság mintegy 60%-ának van súlyproblémája: 20%-uk elhízott, 40%-uk túlsúlyos. 2010-es hazai adatok szerint a férfiak 41,8%-ának BMI-je 25 és 29,9 között, 17,1%-ának 30 fölött van, míg a nőknél ez a két érték 31,3 illetve 18,2 volt. Mivel a felmérés bevallott adatok alapján készült, feltehető, hogy ezen értékek, különösen a nők tekintetében, a valóságnál alacsonyabbak (WHO, 2012).



4. ábra Az elhízás elterjedése a világ különböző részein

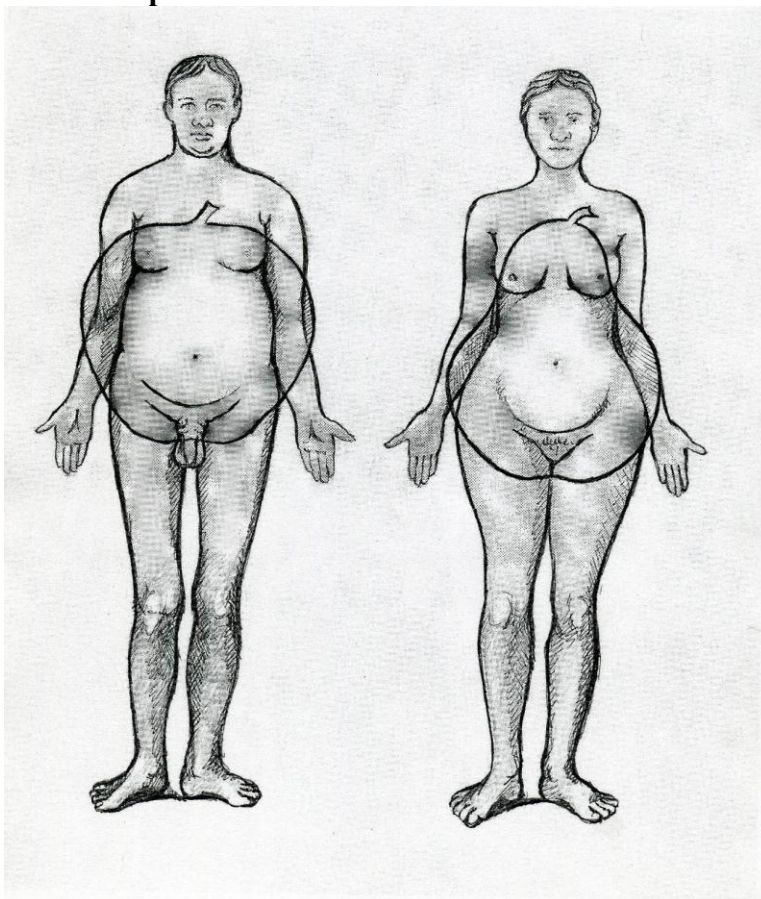
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

A szakirodalomban az evészavar spektrum betegségeinek kutatásában legelterjedtebben a BMI-t használják. Más adatok is alkalmazhatók, és a belgyógyászatban elterjedten a testzsírszázalékot, haskőrfogatot, illetve a has/csípő méretarányt használják.

Az elhízás típusai: (5.számú ábra)

a. Android (másképpen: abdominális, centrális, viszcerális, hasi, alma) típusú elhízás, mely főleg a férfiakra jellemző, és a hasi szervek közötti zsírszövet mennyiségének növekedése jellemzi. A metabolikus szindróma, valamint a szív-érrendszeri megbetegedések kialakulása szempontjából ez a típus jelenti a nagyobb kockázatot.

5. ábra Az alma és a körte típusú elhízás



b. Ginoid, csípőtáji, vagy körte típusú elhízás, amely nőkre jellemző és a szubkután zsírszövet mennyiségének növekedése jellemzi.

Pszichés tünetek

Az elhízás pszichológiai szempontból is komplex jelenség. Bár számtalan kísérlet történt az obez személyiség leírására, eddig nem sikerült ilyen személyiségtípust elkülöníteni, csak néhány jellegzetességet tudtak megállapítani (Marcus és Wildes, 2009).

Az elhízott emberek önértékelése bizonytalan, a csökkent önbecsülés ok és következmény egyaránt lehet. A rájuk is, mint általában a pszichoszomatikus zavarokban szenvedőkre jellemző alexitimia következtében interperszonális kapcsolataikban - ügyetlenek, szociális készségeik fejletlenek. A stressz kezelésére alkalmas, adekvát coping mechanizmusok esetükben többnyire hiányoznak, így sem az intra-, sem az interperszonális konfliktusokat nem tudják kezelni, s ennek

következtében hajlamosak az evést konfliktuskerülő stratégiaként (pl. evés mindenféle feszültség esetén) alkalmazni. Sok elhízott személyre jellemző az önállótlanlanság, a döntésképtelenség, az élet kontrollálásának nehézsége, az állandó külső megerősítés igénye, s mindezek következményeként gyakran kapaszkodnak meglévő kapcsolatukba, azaz gyakran társfüggők.

Mint ahogyan azt a bevezető részben láttuk, a kövér emberek „külső kontrollós” személyiségek, akiknek testi önismerete hiányos, vagyis viselkedésüket nem a belső ingerek (éhség, jóllakottság), hanem kívülről jövő hatások (vacsoraidő, jó illatok, mások esznek, stb.) determinálják (Schachter 1988).

Az elhízás negatívan befolyásolja az életminőséget, mert mind a szomatikus szövődmények, mind a pszichés tünetek szubjektív szenvedést okoznak, az étletteret beszűkítik, és a mai nyugati típusú kultúrákban a kövéreket gyakran érik kellemetlen szociális hatások, például diszkrimináció éri. A kutatások azt bizonyítják, hogy mindezek a nők jóllétét erőteljesebben csökkentik, mint a férfiakét (Larsson és mtsai, 2002).

Szomatikus tünetek:

1. A zsírszövet sejtjeinek nagysága és száma megnövekedett. A zsírszövet az energiaraktározáson kívül számos anyag termelésére is képes, amelyek sokféle szabályozó és metabolikus hatást fejtenek ki.
 2. Kardiovaszkuláris rendszer: elhízásban a szívizom, valamint az artériás és a vénás rendszer sok szervi károsodást mutat.
 3. Emésztés, gyomor-bél rendszer: a máj, a hasnyálmirigy, a nyelőcső, a gyomor, a vékony- és vastagbél, valamint a rectum elváltozásai egyaránt előfordulnak.
 4. A légzőszervek károsodása a krónikus alveoláris hipoventilláció, a bronchiális asztma és az alvási apnoe klinikai képében nyilvánulhat meg.
 5. A mozgásszervek az ízületek degeneratív elváltozásai és a harántcsíkolt izomzatban lerakódó zsír miatt károsodnak. A gyakrabban előforduló balesetek miatt az elhízottak körében a csonttörések is gyakrabban fordulnak elő.
 6. Az endokrin rendszer érintettsége: egyrészt a megnövekedett zsírtömeg endokrin regulációs változásokat okoz, másrészt egyes endokrin betegségek elhízással járnak.
 7. Az elhízás az idegrendszer mentális és organikus eltéréseit okozhatja.
- (EÜ.MIN.Szakmai protokollja, 2008)

Etiológia

Mint a minden pszichoszomatikus kórkép, az elhízás is multikauzális biopszichoszociális betegség, és járványszerű terjedése a többi evészavarok hasonlóan a XX. század végére, a XXI. század elejére tehető. Röviden áttekintjük az elhízás kialakulásában legfontosabbnak tartott biológiai, pszichológiai és szociális faktorokat. A családvizsgálati eredmények a genetikai faktorok és a környezet szerepét egyaránt bizonyítják. Ha mindkét szülő elhízott, akkor a gyermekek 70%-a, ha csak az egyik, akkor 50%-a lesz szintén kövér. Az elhízások kevesebb mint 1%-a tehető kizárólagosan genetikai háttérűnek.

Az elhízás egyes, rendkívül ritka szindrómáiban háromféle genetikai hátteret igazoltak:

monogénes, szindrómás és poligénes elhízás (Ichihara és Yamada, 2008, idézi Éder 2010). A genetikai kutatások fejlődésével, a gének azonosításának lehetőségével a ritka genetikai eredetű elhízásokat Éder 2010-es összefoglalója alapján ismertetjük.

Monogénes elhízás esetén a zavar hátterében egyetlen gén hibája áll. Ilyen ritka betegség a leptin gén (LEP) és a leptin receptor gén (LEPR) mutációja következtében kisgyermekkorban kialakuló extrém elhízás. Ezekben az esetekben a leptin pótlásával jelentős fogyást sikerült elérni.

Ide sorolható még a pro-opiomelanocortin gén (POMC) mutációja: a gén hibája korai elhízást, Addison-kórt (bronzkórt) és vörös hajpigmentációt okoz. Ez a gén egy olyan polipeptidet kódol, amely különböző fehérjék például az étvágy szabályozásban is szerepet játszó melanocita-stimuláló hormonok (MSH), a béta-endorfin és az adrenokortikotróp hormon (ACTH) elő alakja.

Az ismert leggyakoribb monogénes elhízás oka a melanokortin 4 receptor gén (MC4R) hibája. A gén az étvágy és a testtömeg szabályozásban játszik szerepet, és a gyermekkori elhízás 2–3%-áért felelős.

Szindrómás elhízás

Szindrómás obezitás esetén az elhízás más, jól körülhatárolt klinikai fenotípusokkal mentális retardációval vagy szerv specifikus fejlődési rendellenességekkel együtt jelenik meg. Ma hozzávetőleg két tucat féle szindrómás elhízás ismert.

A Prader–Willi-szindrómára korai elhízás, újszülöttkori csökkent izomtónus, túlevés, enyhe fokú mentális retardáció, valamint jellegzetes alkati és szervi elváltozások jellemzőek. A betegség a 15-ös apai eredetű kromoszóma egy régiójának hiányából fakad. Amennyiben az anyai kromoszóma ugyanezen szakasza is hibás, akkor Angelman-szindróma alakul ki; ezt az állandó mosolygás miatt régen boldog baba szindrómának is nevezték. Ezeknek a gyerekeknek mozgás- és mentális fejlődésük is retardált, és hajlamosak az elhízásra.

Szintén ritka betegség a Bardet–Biedl-szindróma (BBS), amely korai elhízással, fokozatos látásromlással, kéz- és lábujj-rendellenességekkel, valamint tanulási problémákkal jellemezhető. A betegség különböző kromoszóma szakaszok mutációihoz köthető.

Poligénes elhízás

Sokkal gyakoribb, de az összes elhízáshoz képest még mindig elenyésző arányú a poligénes elhízás, amelynek kialakulásában a különböző genetikai tényezők, és az elhízásra hajlamosító környezet közti cirkuláris kölcsönhatások is szerepet játszanak. Ennek bizonyítéka lehet például, hogy a francia populációban obezitást okozónak találtak egy olyan gént, aminek az elhízásban játszott oki szerepét német populáción nem sikerült bizonyítani, vagyis ugyanaz a gén az egyes populációkban másképp működhet.

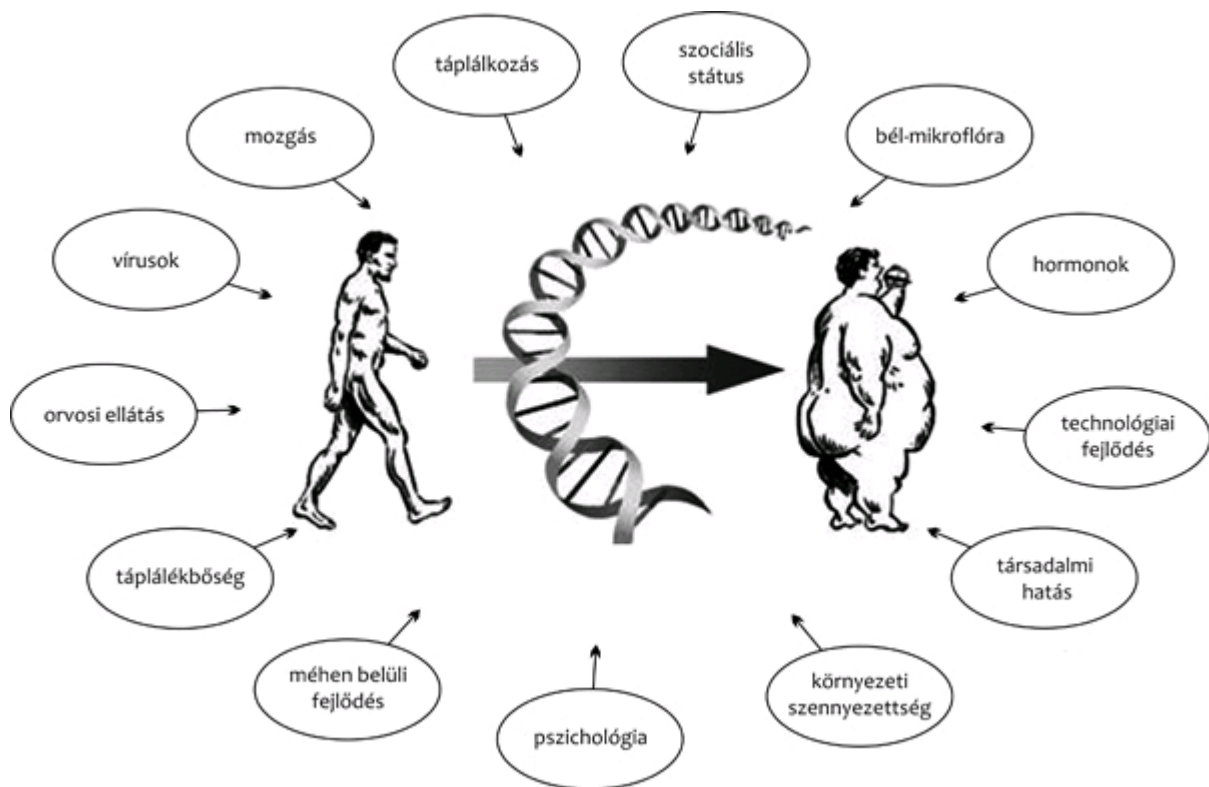
Ma már több olyan polimorfizmus ismert, amelyek kapcsolatba hozhatók az elhízással. Ilyen a már említett leptin és leptinreceptor (LEP- és LEPR) gének polimorfizmusa, amelyek az édes íz preferenciájával, vagyis a magas kalóriatartalmú élelmiszerek bevitelének szabályozásával vannak kapcsolatban.

Ide sorolhatók továbbá a kannabinoid 1receptor (CB1R), a dopamin 2 receptor (D2R) valamint a szerotonin 2 receptor (5-HT2) génben kimutatott polimorfizmus, amelyek a központi idegrendszer obezitásban betöltött fontos szerepét igazolják.

A teljes genomszűrésen alapuló vizsgálatok szerint az ún. FTO-gén (fat mass and obesity associated) polimorfizmusa is összefüggésbe hozható az elhízással. Humán- és állatkísérletes vizsgálatok egyaránt azt mutatják, hogy ez a gén szerepet játszik az étvágy szabályozásában. A hajlamosító változat növeli a táplálékbevitelt, és csökkenti a jóllakottság érzését. Fontos új ismeret, hogy a fizikai aktivitás befolyásolja a hajlamosító génváltozat hatását. (6.ábra)

Hat különböző populáción (amerikai, európai, ázsiai, afrikai, amish és pima indián) végzett összehasonlító kromoszóma vizsgálatsorán azt találták, hogy az Y kromoszóma kivételével valamennyi kromoszómán van olyan gén, amely legalább az egyik vizsgált populációban kapcsolatban van az elhízásban szerepet játszó faktorok (például testtömegindex, csípőkerület, vérnyomás) valamelyikével.

Mindezek alapján látható, hogy a genetikai tényezőknek az elhízásban fontos szerepük van. Mivel azonban az elmúlt néhány évtized alatt az emberi faj genetikai állománya alapvetően nem változott, miközben például az USA-ban harminc év alatt az elhízottak aránya megkétszereződött, biztosra vehetjük, hogy a környezet is lehet obezogén hatású.



6. ábra Gén–környezet kölcsönhatások poligénus elhízásban (Éder, 2010; 1299.old.)

Bár az öröklött sajátságoknak az anyagcsere-folyamatok és a testsúly szabályozásában jelentős szerepük van, a környezeti hatások biológiai-fiziológiai faktorokkal cirkuláris kapcsolatban állnak.

Pszichológiai tényezők:

Az elhízásban a pszichológiai tényezők predisponáló, precipitáló és fenntartó hatással is rendelkeznek.

A mentális faktorok között említhetjük a helytelen táplakozási szokásokat, a külső megerősítő tényezőket, valamint a belső állapot félreértelmezésén alapuló túlevést, amikor a személy minden belső állapotváltozásra, öröm, bánat, feszültség, stb. evéssel reagál. A klasszikus evészavarokban szenvedőkhöz hasonlóan az elhízottak sem tudják érzelmeiket megfelelően azonosítani, vagyis alexitimiások.

Jelentős fogyás esetén sok beteg depressziós lesz, szorongásszintjük növekszik, ami arra enged következtetni, hogy az evés számukra a negatív érzelmek elfojtását, a harag, az agresszió elől való menekülést jelenti. A zsírréteg a kövér ember „védőpáncélja”, ami megvédi a külvilágártó, vagy annak vélt hatásaitól (Geiger, 1987).

A családi hatások nem csupán a géneken keresztül érvényesülnek. A kövér gyerekek családjának vizsgálatai azt mutatják, hogy gyakran a szülők is elhízottak, az érzelmi és testséma zavarok rájuk is jellemzőek. Hilda Bruch (1983) leírta, hogy ezek az anyák anyai szerepükben gyakran bizonytalanok, inkompetensnek érzik magukat, a baba jelzéseit nem tudják differenciáltan értelmezni, és „minden bajra” etetéssel reagálnak.

Érdemes megemlíteni Minuchin és munkatársainak leírását a pszichoszomatikus családok speciális jellegzetességeiről. Szerintük e családok legfontosabb pszichológiai jellemzői a következők:

1. Összemosottság: a generációk közötti és az interperszonális határok nem világosak, egymás gondolatait, érzéseit túl jól ismerik, gyakran beszélnek egymás helyett.
2. Túlvédés: a szülők, általában az anya, túlzottan félti, óvja a gyermeket. Szoros, szimbiotikus kapcsolatba vonja, ami meggátolja a gyermek autonómia-törekvéseit, az apák pedig érzelmileg gyakran a család perifériájára szorulnak
3. Rigiditás: a családi szabályok rigidek és állandóak, ami megnehezíti a változó családi életciklusokhoz, és változó élethelyzetekhez való alkalmazkodást.
4. Konfliktuskerülés: a negatív érzések (harag, agresszió, stb.) és a konfliktusok kerülése jellemzi a családot, a problémákat a „szőnyeg alá söprik”.
5. Trianguláció: a gyermek szülői konfliktusokba történő, ami a gyermek számára lojalitás konfliktust okoz, s nagy feszültséggel jár (Minuchin és mtsai, 1978).

Az elhízás megértésében a nagycsalád dinamikájának ismerete is fontos lehet, mert a transzgenerációs hatások is eltérő üzeneteket közvetíthetnek (Pászthy és mtsai 2007).

Szociokulturális faktorok

A szociokulturális faktorok is egyaránt bírnak prediszpozíciós, precipitáló illetve fenntartó szereppel. Karen O'Dea ma már klasszikusnak tekinthető kísérlete az életmód meghatározó szerepére mutat rá. Ausztráliában a bennszülöttek több mint 50%-a jelentősen elhízott volt, és sokan az elhízással kapcsolatos kardiovaszkuláris betegségekben szenvedtek. Az doktornő 12 bennszülöttet megkért, hogy 10 hétre menjenek vissza az őserdőbe, s ott őseik életmódja és étrendje szerint éljenek. Alig 10 hét elteltével testsúlyuk szignifikánsan csökkent, s ezzel együtt valamennyi kóros metabolikus és kardiovaszkuláris paraméterük javult (O'Dean 1991).

A vizsgálat igazolta, hogy a kóros táplálkozási szokások és a túlsúly kialakulásában az életmódnak, ezen belül az „obezogén”, tényezőknek fontos szerepük van (Hill és Peters, 1998; Brownell, 2005). Napjainkban a szükségletek fizikai erőfeszítés nélkül is kielégíthetőek. A táplálék könnyen hozzáférhető, a tisztálkodáshoz csak a fürdőszobáig kell elmenni, nem a folyóhoz, a mosást elvégzi a mosógép, a moziba, vagy barátainkhoz autóval/busszal megyünk stb., így a hétköznapi életben a mozgás szerepe jelentősen csökkent.

Mindezen változások mellett a fogyasztás az új divat. A meglehetősen agresszív reklámpiacra buzdít, azonban a „fogyassz minél többet!” felszólítás mellett szintén imperatív üzenet, hogy „legyél karcsú és egészséges”. A kétféle üzenet egymással ellentétes, és szinte összeegyeztethetetlen. Érdekes, hogy miközben a kövérek tulajdonképpen csak a második szabályt hágják át, a társadalom bűnösnek tekinti, és gyakran negatívan diszkriminálja őket.

A kulturálisan meghatározott és a média által erőszakosan sulykolt karcsúságideál internalizása az elhízottakat további megoldhatatlan problémák elé állítja. Nemzetközi és hazai vizsgálatok eredményei egybehangzóan azt bizonyítják, hogy a karcsúság-ideállal való azonosulás fokozza a testképpel való elégedetlenséget, ami az evészavarok, és az életkor mellett az elhízás egyik fontos rizikófaktora (Matz és Foster, 2002; Myers és Crowter 2007; Czeglédi és mtsai 2009).

Több vizsgálat is igazolja, hogy a kövér embereket az élet számos területén, például az oktatásban, az egészségügyben vagy a foglalkoztatásban hátrányos megkülönböztetések érik (például Puhl & Brownell, 2001, 2003).

A szociokulturális magyarázatot az alábbi kutatási eredmények támasztják alá (Túry és Szabó 2000, és 2010 nyomán):

- A nők kövérebbek, mint a férfiak.
- A túlsúly az életkorral nő, majd idős korban csökken.
- A túlsúly etnikai meghatározottsággal is bír (az USA-ban például a feketék kövérebbek, mint a fehérek).
- Az alacsony szocioökonómiai státuszúak kövérebbek, mint a magas státuszúak.
- A nős férfiak kövérebbek, mint az agglegények.
- A többgyermekes anyák kövérebbek, mint a gyermektelenek.
- A falusiak kövérebbek, mint a városiak.

Precipitáló faktorok

A kiváltó tényezők közül az első helyen a szükségletnél nagyobb energiatartalmú táplálkozás áll. Miközben a nyugati típusú társadalmakat az elkényelmesedett és mozgásszegény életmód jellemzi, a táplálkozással bevitt kalória mennyisége nő. Jellemző például a nagy energiatartalmú és alacsony tápértékű élelmiszerek, (chipsek, édességek, édesített italok, stb.) fogyasztása. Sajnos, mint a bevezetőben említettük, számos gyógyszer megzavarhatja az energiaháztartás szabályozását, és ennek következtében elhízhatnak a betegek. A gyógyszerek közül például egyes antipszichotikumoknak lehet obezogén mellékhatása.

Bizonyos mentális zavarok is lehetnek kiváltó okok. A mentális faktorok közül kiemelkedő a falászavar (binge eating disorder), ami az elhízottak közel harmadában tapasztalható, valamint az éjszakai falászavar (night eating disorder). A bulimia nervosában szenvedők egy része is túlsúllyal küzd.

A pszichológiai sérülékenység fontos elemeként megemlítenéd még a kövér emberekre jellemző externalitás, ami a fogyasztásra buzdító környezeti hatások között túlevésre csábítja őket. Márpedig a fogyasztásra csábító hatások ma már minden pillanatban érnek bennünket. Az utóbbi 10-20 évben-hazánkban is elterjedt az „utcán evés”. Eszünk a tömegközlekedési eszközökön, süteményt veszünk, ha finoman illatozó pékség mellett megyünk el, ha forgalmasabb utcán sétálunk, giros, pizza, pita stb. kínálgatja magát. Ahogy erről már korábban volt szó, a normál súlyú személyeket, ezek a vizuális és olfaktorikus ingerek nem sarkallják evésre, ha szervezetüknek nincs szüksége energiára. A kövérek számára azonban ezek az ingerek kísértést jelentenek, amelyeknek nem tudnak ellenállni, és akár éhesek, akár nem, esznek. Érdemes megfigyelni az utcán sietve evő embereket, és feltételezett súlyukról gyors statisztikát készíteni. Többségük legalábbis túlsúlyos, de valószínűbb, hogy elhízott lesz.

A betegség lefolyása:

A betegség legtöbbször lassan, a zsírszövet tömegének fokozatosan, növekedésével alakul ki. A normális testtömegből, először a túlsúlyos állapot, majd elhízás alakul ki. Testsúlycsökkentő kezelés után gyakran fellép az ún. jojo effektus, amelynek lényege, hogy a "koplalás" után szabályozási rendellenességek lépnek fel, amelyek gyors visszahízást eredményezhetnek. A testsúly akár a kiindulásinál nagyobb értékre nőhet. Az elhízás szomatikus szövődményei mind a várható élettartamot mind az életminőséget csökkentik.

A férfiak elhízása életük harmadik évtizedétől az időskorig tart. A nők általában az első terhesség és a szoptatás idején szednek fel súlyfölsöletet. Veszélyes időszak a menopauza ideje is. A súlytöbblet, illetve az elhízás az esetek többségében élethosszig tart.

A betegség recidiváló jellegű, így a leghatékonyabb terápiás beavatkozások után is csak a páciensek 10 %-a tudja megtartani a testsúlycsökkentés során elért súlyát (Halmy, 2008).

Komorbiditás

Szervrendszerek szerint csoportosítva az elhízás a következő betegségek kialakulása szempontjából jelent fokozott kockázatot:

1. Kardiovaszkuláris betegségek: hipertónia; ischaemiás szívbetegség; miokardiális infarktus; balszívfél-elégtelenség; cor pulmonale.
2. Anyagcsere betegségek: 2. típusú cukorbetegség; aterogén diszlipidémia.
3. Mozgásszervi betegségek: térdízületi artrózis, coxarthrosis, gerincbetegségek, pes planus, gyakoribb csonttörés.
4. Daganatos betegségek: női emlőkarcinóma, méhnyakrák, petefészek-karcinóma, prosztaták, kolorektális karcinóma.
5. Gastrointestinális betegségek: nem alkoholos eredetű epekövesség, hiatus hernia, oesophagealis reflux.
6. Respiratorikus betegségek: krónikus alveoláris hypoventilláció; alvási apnoe; bronchiális asztma.
7. Központi idegrendszeri betegségek: depresszió, szélütés, testsémazavarok.
8. Endokrin betegségek: mellékvesekéreg-túlműködés, gonadális diszfunkciók, sterilitás, hiperinzulinémia.
9. A vénás rendszer betegségei: venectasia, tromboflebitisz, trombózis/pulmonalis embólia zavarok.
10. Aneszteziológiai és műtéti szövődmények
11. Bőrgyógyászati betegségek: mikózisok, striák.

Valamennyi komorbid kórképre igaz, hogy elsősorban a kiváltó okot, az elhízást kell kezelni, hiszen a súlycsökkenés valamennyi betegség esetében a tünetek csökkenését idézi elő.

Bár az öröklött sajátságoknak az anyagcserefolyamatok és a testsúly szabályozásában jelentős szerepük van, a környezeti hatások biológiai-fiziológiai faktorokkal cirkuláris kapcsolatban állnak.

6.2. Az elhízás kezelése

Első lépés a betegség differenciál-diagnosztikája. A fentebb említett, ritkán előforduló, de létező biológiai háttérű elhízás esetében, bár a testsúlycsökkentő eljárások hasonlóak, a gyógyszeres kezelés nem kerülhető el.

A terápiák belgyógyászati szempontú alapvetéseit az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja alapján itt közöljük, a pszichoterápiákról részletesen azonban a terápiás fejezetben beszélünk (WHO 2000; EÜ.MIN.Szakmai protokollja, 2008).

Az elhízás kezelése négy alappilléren nyugszik: energiaszegény étrend, fokozott fizikai aktivitás, a beteg pszichés vezetése vagy viselkedésterápiás kezelése, és a gyógyszeres terápia. Súlyos, extrém obezitás esetén sebészeti beavatkozás, az intragasztrikus ballon vagy a laparoszkópos gyomorszűkítő műtét is indokolt lehet.

A) Nem gyógyszeres kezelés

Diéta

A célszerű diéta meghatározásához ismerni kell a beteg táplálkozási szokásait. A legtöbb esetben érdemes dietetikai konzultációt igénybe venni.

Az egészséges táplálkozási elvek szerint a napi energia bevitel 30%-a származzon zsírból, 55-58%-a összetett szénhidrátokból, 12-15%-a fehérjéből.

Fontos szempont a kalóriacsökkentés üteme: kórházi körülmények között a napi energia bevitt maximum kéthetes időtartamra 800 kcal-ra lehet redukálni. Ambuláns kezelésben a szokásos ételtel fenntarthatóságához napi 1200-1500 kcal alá nem csökkenthető a kalória felvétel.

Vitaminok, ásványi anyagok, és nyomelemek pótlása a fogyókúrák során elengethetetlen.

Fontos még, hogy a beteg napi többszöri étkezéssel vigye be az előírt mennyiségű táplálékot, azaz többször, keveset egyen. A fogyókúrázónak naponta 2-3 litert energiaszegény/mentes folyadékot kell a fogyókúrázónak meginnia.

Fizikai aktivitás

Az energia-bevitel csökkentése önmagában kevés, a csökkentett energia-bevitelt fokozott fizikai aktivitással kell kiegészíteni. A mozgásterápia kezdetén orvosi vizsgálat szükséges, az orvos, vagy a gyógytornász az életkor, az anamnézis, a fizikai vizsgálat és a fizikai anamnézis alapján írja elő a mozgásterápiát.

Az egészséges csoportba azok az elhízott betegek tartoznak, akiknél szomatikus szövődmények (kardiovaszkuláris, ortopédiai, neurológiai, stb.) még nem alakultak ki, ezért megkötések nélkül sportolhatnak. A magas kockázatú csoportba valamilyen szövődménnyel rendelkező 40 éven felüli férfiak és 50 év feletti nők tartoznak. Ők kontrollált körülmények között sportolhatnak. Súlyos betegség esetén a mozgásterápia ellenjavallt.

A mozgásprogramnak a fokozatosság elvét kell követnie. A napi előírt mozgás 30 perc sétával kezdődik, amelynek tempója a kardiorespiratorikus és a mozgásszervi teherbíró képesség függvényében növekedhet. Célszerű olyan mozgásformákat előírni, amelyek a beteg hétköznapi életébe beilleszthetők (pl. egy megállót sétáljon, ne szálljon közlekedési eszközre. Lépcsőn menjen az emeletre, ne lifttel, autójával a céltól kicsit messzebb parkoljon, stb.).

Fontos a beteg figyelmét felhívni arra, hogy a túlzott energia bevitt a mozgással csak korlátozottan lehet kompenzálni, ezért a kalória-felvétel csökkentése nélkül nem érhető el érdemi eredmény.

Pszichés vezetés (itt röviden a belgyógyászati protokoll szerint vázoljuk a pszichológiai beavatkozásokat, a témával részletesen a terápiás fejezetben foglalkozunk)

Az elhízottak pszichológiai szempontból is heterogén csoportnak tekinthetők. Az elhízott személyek kivizsgálásába a pszichológiai szűrés (speciális első interjú, személyiségvizsgáló tesztek, kérdőívek) is beletartoznak.

A predisponáló személyiségtényezők (orális fixáltság, impulzivitás, negatív önértékelés, testképzavar, stb.) valamint az esetleges komorbid pszichés zavarok (alkoholfüggőség, kisgyermekkorú obezitás/evészavar, depresszió, hypochondria, fokozott szenzitivitás,

megoldhatatlannak tartott kapcsolati problémák, szexuális tünetek, alexitimiás tünetképzés) kezelésére megfelelő pszichoterápiás módszert kell kiválasztani.

Magának az orvosi kezelésnek is lehetnek pszichológiai következményei is. A diéta és a mozgásterápia előírásainak folyamatos betartása sok elhízott személy számára megterhelő, sok kudarcjal járhat, ezért gyakran reaktív depresszió, tovább súlyosbodó negatív önértékelés, vagy túlzott siker esetén anorexia nervosa, illetve bulimiás tünetképzés alakulhat ki. A komplex, egyénre szabott hatékony kezelés eredményeként elért súlycsökkentés és alak megtartása, az egészséges életstílus további betartása gyakran szintén igényel pszichoterápiát.

Az ún. Edukációs és önsegítő csoportok szervezése és működésük elősegítése is a csoportot irányító kezelőorvos feladatai közé tartozhat.

Az elhízásban a személy szükségleteinek leginkább megfelelő terápia az alábbiak közül választható:

- támogató pszichoterápia.
- nonverbális/verbális egyéni és csoportos pszichoterápia.
- kognitív viselkedésterápia.
- pszichoanalitikusan orientált pszichoterápia.
- pszichoanalízis.
- hipnózis.
- családterápia.

Az alkalmazott pszichológiai módszerek fő céljai: a reális testsúly elérése és megtartása érdekében az elhízott személy énjének erősítése, testképkorrekció, az önismeret fejlesztése, az önelfogadás elősegítése, az alkalmazkodóképesség növelése, a média stb. által sugalmazott „ideális test” elérésének hajszolása helyett az egészségnek megfelelő reális célok támogatása.

Az elhízott betegekkel foglalkozó szakembereknél a túlterhelés és a gyakori kudarcélmények miatt gyakran alakul ki kiégési szindróma (burn out). Ennek megelőzésében, felismerésében és kezelésében a pszichológusnak szintén fontos szerepe van.

Edukáció

Egyéni vagy csoportos pszichoedukáció is szükséges lenne, azonban hazánkban ez gyakorlatilag alig létezik.

B) Gyógyszeres kezelés

Ajánlott gyógyszeres kezelés

Az elhízás farmakológiai kezelésére hazánkban két lehetőség van. Az első a jóllakottság érzésének kialakítása és egyben a hőtermelés fokozása, a második a zsírfelszívódás vékonybélből történő gátlása.

A jóllakottság érzésének fokozása

A korábbi évtizedekben használatos különböző fogyasztó hatású gyógyszerek csökkentették az étvágyat és növelték a szimpatikus idegrendszeri aktivitást. Ezek a szerek különböző kedvezőtlen mellékhatásaik miatt mára kikerültek a gyógyszeres forgalomból.

A néhány éve használatos sibutramin az eddigi gyógyszerektől eltérő hatásmechanizmusa. A köztiagy jóllakottságközpontját ingerli, ami az éhségközpontra gátló hatást fejt ki.

Az ún. étvágycsökkentő szerek a monoaminerg rendszer ingerületátvivő anyagainak (noradrenalin, dopamin, szerotonin) fokozott termelését idézik elő. A sibutramin ezen ideg ingerület-átvivő anyagok visszavételét gátolja az őket termelő idegsejtben. Ezáltal az intercelluláris térben megnő a monoaminerg ingerületátvivők koncentrációja, és így a szomszédos idegsejtet tartós ingerület éri. Ez a hatásmechanizmus magyarázza azt a tényt, hogy a gyógyszer iránt nem alakul ki addikció. Emellett a hőtermelés fokozása szintén segíti a súlycsökkenést.

Önmagában azonban a gyógyszeres kezelés nem eredményes, azt az étrendi kezeléssel, a mozgásprogrammal és a pszichoterápiával együtt érdemes alkalmazni. A kezelési idő Magyarországon egy év, külföldön hosszabb ideig tartó kúrák is vannak.

A kísérő betegségekre már az 5-10%-os testsúlycsökkenés is jótékony hatást gyakorol. Tíz kilogrammnyi súlyvesztés az összhalálózást több mint 20%-kal, a cukorbetegséghez kapcsolódó halálózást több mint 30%-kal csökkenti.

A zsírfelszívódás gátlása a vékonybélből

A gyógyszeres kezelés másik lehetősége a zsírfelszívódás vékonybélből történő gátlása, amely hazánkban orlistattal hatóanyagú gyógyszerekkel történik. Ezek a gastrointestinalis lipáz trigliceridbontó hatását gátolják. Így a táplálékkal bevitt zsíradék 30%-a a széklettel távozik. Így a szervezetbe kisebb mennyiségű zsíradék jut, a testsúly csökken, a lipoprotein- és a szénhidrát anyagcsere javul. A kezelés időtartama egy év. A zsírban oldódó vitaminok esetleges felszívódási zavara miatt vitaminkészítmények adása is indokolt.

A hosszú távú folyamatos és fokozatosan kis súlycsökkenéssel járó kezelés kevésbé okoz zavart a testsúlyszabályozásban, és több esélyt ad az eredmény megtartására. A kezelés befejezésekor fokozott gondot kell fordítani az étrendre és a fizikai aktivitásra. Különösen a rövid távú fogyókúrák után észlelhető a testsúly "visszacsapása", de hosszán tartó kezeléseket után is előfordul. Fogyókúra helyett életmód-változtatást igyekezzünk kialakítani. Ennek létrejöttében az orvosi ellenőrzés mellett segítséget nyújthat a súlytartó klubokban folyó munka is.

Alternatív kezelés

Kisfokú testsúlycsökkenés - főleg fiatalokban –egyidejű energiaszegény étrend és fokozott fizikai aktivitás mellett táplálék kiegészítőkkel is elérhető. Az étrend-kiegészítők jelentősebb mértékű elhízásnál önmagukban nem tudnak érdemi testsúlycsökkentést nyújtani.

C) Sebészeti kezelés és endoszkópos gyomorballon-behelyezés **Műtéti indikáció**

A műtéti beavatkozások előzetes eredménytelen fogyókúrák esetén extrém obezitasban (BMI>40kg/m²) endokrin és pszichiátriai betegség kizárása után lehetségesek. Elsősorban rugalmas gyomorszűkítő gyűrű behelyezése ajánlott. Sikeres testsúlycsökkentés után szükség lehet plasztikai műtéti beavatkozásra is.

A belgyógyászati szakmai kollégium már a túlsúly megjelenésekor és/vagy a rizikófaktor/ok észlelése esetében, vagyis a prevenciós szakaszban a magatartásterápiának fontos, bázis-terápiás

szerepet ad, vagyis elsődleges beavatkozásként választandónak javasolja (Az elhízás kezelésének szakmai protokollja. EÜ.MIN. 2008, idézi: Halmy 2008).

A bizonyítékokon alapuló orvoslás a magatartásterápiát elismeri, mint hatékony beavatkozást az evészavarok és az elhízás kezelésében, azonban az elmúlt közel ötven év pszichoterápiás tapasztalatai alapján többféle komplex kezelési stratégiát is kidolgoztak, melyek személyre szabottak alkalmazva hatékornak bizonyultak (Géczy és Perczel 1988; Tölgyes és Géczy 1994; Túry és Szabó 2000; Túry és Pászty 2008, 2012).

A következő fejezetekben a klasszikus evészavarok és az elhízás kezelésének pszichoterápiás stratégiát mutatjuk be.

7. Az evészavarok kezelése

A mentális zavarokon belül az evészavarok kivételesen nagy gyakorisággal okozzák a betegek halálát, ezért e kórképek hatékony kezelése kiemelten fontos feladat.

A fejlett világban extrém módon terjedő evészavarok gyógyításának alapvető módszereit az Amerikai Pszichiátriai Társaság terápiás útmutatója (APA, 1993, 2006) igen részletesen megfogalmazza, ezért nemcsak az Egyesült Államokban, hanem a legtöbb európai országban, így Magyarországon is a szakemberek gyógyító munkájuk során ennek előírásait követik.

Az evészavarok komplex biopszichoszociális betegségek, ezért terápiájuk során integrált megközelítést kell alkalmazni, azaz a szomatikus, a pszichés és a szociális tényezőket egyaránt szem előtt kell tartani. A súly normalizálódása után a testi és a pszichés tünetek jelentős része előbb-utóbb valamelyest javul, ezért a terápia többlépcsős, és közvetlen célja a testsúly helyreállítása. Normális testsúlyról orvosi értelemben akkor beszélünk, ha a testtömeg-index (BMI) 20 és 25 közé esik.

Az evészavarok kezelésében a pszichoterápia szinte mindig nélkülözhetetlen, de a testi elváltozások, valamint tünetek súlyosságának függvényében különböző típusú orvosi beavatkozásokra, illetve diétára is gyakran szükség van.

A kezelés keretei

Alapvetően a beteg szomatikus állapota határozza meg, hogy a kezelés ambuláns vagy kórházi keretek között zajlik-e. Amennyiben a páciens magasságának megfelelő átlagos súlyhoz viszonyítva a testsúlyvesztés nagyobb, mint 20% akkor elsősorban kórházi kezelés javasolt. Ritka esetben, amikor a beteg igen jól kooperál, motivált és a kezelésbe családja is bevonható, ilyen súlyos esetekben is megoldható az ambuláns terápia.

Az állapot súlyosságától függően a kórházi kezelés történhet nappali kórházban, vagy bennfekvéssel. Ez utóbbi azonban szinte mindig elkerülhetetlen akkor, ha a súlyvesztés meghaladja a 30%-ot. A kórházi kezelés team-munkában történik. A beteg komplex terápiáját irányító szakember feladata a személyzet munkájának összehangolása. A siker feltétele, hogy az evészavarok terápiájában a stáb minden tagja képzett legyen (Túry és Wildmann 1993).

Az evészavarok kezelési stratégiájának kidolgozásához szükséges legfontosabb információk:

1. Az első találkozás, a terápiás kapcsolat kialakítása. Az anorexiás betegeknek általában nincsen betegség-belátásuk, ezért nem készek az együttműködésre, a problémát hárítják, tagadják. Az első interjú legfontosabb feladata tehát a teherbíró terapeuta-beteg viszony megalapozása, az elhárítás mértékének megállapítása és a terápiás motiváció kialakítása. A terápia során a betegnek számos nehéz, olykor kifejezetten szorongást keltő változtatást kell az életében véghezvinnie, és ez nem sikerülhet, ha nem alakul ki - a terapeutával bizalmi viszony.
2. Teljes fizikális kivizsgálás. Ha a súlyvesztés eléri, vagy meghaladja a 20%-ot akkor szükség van a részletes szomatikus anamnézis illetve a heteroanamnézis felvételére van szükség, illetve részletes belgyógyászati és laboratóriumi kivizsgálásnak is történnie kell.

3. Pszichológiai kivizsgálás. A félig strukturált interjú alkalmas az anamnesztikus adatok megismerése, valamint a fontosabb élettörténeti események, az étkezési szokások illetve az evészavaros tünetek kialakulásának (evési ritusok, esetleges falás-purgálás jelenléte, fizikai aktivitás, kényszeresség stb.) feltérképezésére. A pszichológus megismerheti a beteg önmagához, illetve testéhez való viszonyát is, kiderítheti a testképzavar jelenlétét, sajátságait. Anorexiában gyakran előfordul, hogy a páciens titkolja tüneteit, hiszen tagadja betegségét. Mivel a betegek nem szokták meg, hogy a negatívumokról, problémákról beszélni lehet, szívesen sugallják a „minden rendben van” képet. A szorongásokra, hangulati problémákra, szuicid gondolatok feltárására érdemes külön gondot fordítani. Az esetleges érzelmi és/vagy szexuális abúzus, valamint más impulzuskontroll zavarok jelenléte meghatározó lehet a terápiás stratégia kidolgozásában. A heteroanamnézis sokszor elengedhetetlen, különösen fiatal serdülők esetében, amikor a terápiába érdemes a szülőket is bevonni.
4. A személyiség működésének megismerése, valamint a tünetek részletes és alapos feltérképezése érdekében hasznos lehet pszichológiai vizsgálatokat is végezni.
 - a. Az intrapszichés és interszónális konfliktusok feltárásához a projektív tesztek közül a Rorschach teszt és a TAT egyaránt jól használható.
 - b. Az állapotfelmérésére és a követésére is több kérdőíves teszt áll rendelkezésre: EDI, Morgan-Russell skála, Emberalakrajzok tesztje, stb. (részletesen lásd a mérés fejezetben).
 - c. Ha fokozott szorongást vagy hangulati nyomottságot észlelünk, használhatunk depresszió vagy szorongás skálákat is. Más impulzuskontroll zavar, vagy a személyiség fejlődés zavarának gyanúja esetén a érdemes Young-féle Séma-tesztet kitölteni (Young, 2003, hazai adaptáció Unoka és mtsai 2004).

Ezeket a vizsgálatokat azonban fokozatosan és mértékletesen vezessük be, nehogy az amúgy is nehezen kooperáló beteget túlterheljük!

Az evészavarok komplex kezelése multimodális és multidimenzionális. A pszichoterápiáé az integráló szerep, de emellett a biológiai, a nutritív, az edukatív és a mozgásterápiának egyaránt nagy jelentősége van:

7.1. Az evészavarok integratív kezelése:

1. Biológiai kezelés

- Leggyakrabban a farmakoterápia.
- Extrém alacsony súly esetén belgyógyászati kezelés, szondatáplálás, só- és elektrolit háztartás helyreállítása
- Súlyos, terápia-rezisztens esetekben kivételesen elektrokonvulzív terápia (ECT).
- Obezitásban sebészeti beavatkozás.
- Kivételes esetben pszichokirurgia.

2. Nutritív terápia

3. Mozgásterápia

4. A pszichoterápia a teljes kezelési periódusban integratív szerepű. (A 7.2. fejezetben részletesen kifejtjük.)

7.1.1. Biológiai terápiák

Az evészavarok gyógyszeres kezelése

Az evészavarok több szinten történő kezelésében a pszichofarmakonok másodlagos szerepet játszanak, csak adjuváns terápiaként használhatók. Sokszor azonban a betegek félnek a gyógyszerektől, mert nehezen fogadják el, hogy a gyógyszerek a testükre általuk nem kontrollálható hatást gyakorolnak. A farmakoterápiát az is nehezíti, hogy a purgáló tünetek miatt a gyógyszerek felszívódás kérdéses, tehát hatásukat nehéz ellenőrizni.

Az anorexia nervosa farmakoterápiája

A téves az „an-orexis” elnevezésből kiindulva az első farmakoterápiás próbálkozások étvágyfokozókkal történtek. Ma már ezeket a szereket egyáltalán nem javasolják, mert az anorexiás betegek ét-vágya nem hiányzik. Ők az evést tiltják meg maguknak, ezért annak idején állapotukat ezek a szerek súlyosbították, és nem javították (Németh 1993, Túry és Szabó 2000, Németh és Túry, 2008).

Anorexia nervosás betegekben gyakran megjelennek kényszeres és depresszív tünetek, melyek csökkentésére a triciklikus és az SSRI (szerotonin-visszavétel-gátló) antidepresszív szerek kedvezően hathatnak. Bár ezektől a gyógyszerektől súlynövekedés nem várható, a társult depressziós, és obszesszív-compulzív tünetek enyhülése a betegek pszichoterápiás hozzáférhetőségét javíthatja (APA, 2006).

Újabban étkezések előtt nagy potenciálú benzodiazepineket alkalmaznak, hogy az evéssel és az annak következményeként anticipált hízással kapcsolatos szorongások csökkenjenek. A benzodiazepinek esetén azonban fontos a függőség kialakulásának veszélyével számolni. A legsúlyosabb esetekben második generációs antipszichotikumot lehet alkalmazni, melynek hosszú távú hatásai még nem ismertek. Az olanzapin bizonyítottan testsúlynövelő szer, de az eredmények stabilitásáról nincsenek adatok (Németh és Túry, 2008).

Vitaminok és nyomelemek (D-vitamin, Kalcium) a testsúlyt nem befolyásolják, de az osteoporózis megelőzésében szerepet játszhatnak. Cink tartalmú multivitaminok viszont segítenek a testtömeg növelésében.

A kiegészítő gyógyszeres kezelésnek a társuló pszichopatológiai tünetek csökkentésében és a relapszus prevenciójában lehet leginkább szerepe. Erre legalkalmasabbnak a mellékhatások szempontjából legkedvezőbb SSRI szerek látszanak (Németh és Túry 2008).

A bulimia nervosa farmakoterápiája

Bár a bulimia farmakoterápiája az anorexia farmakoterápiájához hasonlóan adjuváns jellegű, ebben a kórképben a gyógyszerek sokkal nagyobb szerepet kapnak. A falásrohamok

gyakoriságának csökkentésében, a szorongás és a hangulati nyomottság enyhítésében, valamint a negatív testkép és énkép javításában, az antidepresszív szerek hatékonyak lehetnek.

A legkedvezőbb mellékhatás-profiljuk a depresszióban alkalmazott átlagos dózisonál nagyobb dózisú SSRI gyógyszereknek van. A bulimiás tüneteket triciklikus antidepresszívumokkal és MAO inhibitorokkal akkor is hatékonyan csökkenteni lehet, ha depresszív tünetek nincsenek (Németh és Túry, 2008).

A falászavar (BED, binge eating disorder) farmakoterápiája

A betegség nagyon új, önálló kórképként először a DSM-IV-ben jelent meg (APA, 2000), ezért a gyógyszeres kezelés hatékonyságával kapcsolatban kontrollált vizsgálati eredményeket nem ismerünk. A probléma komplexitásából adódóan a „klasszikus evészavarokhoz” hasonlóan itt is érdemes szem előtt tartani, hogy a gyógyszeres kezelés csupán egyik eleme a terápiás stratégiának.

Mivel a túlevést semmilyen kompenzáló manőver nem követi, a falásrohamban szenvedőknek kb. a fele, elhízott. A terápiának tehát fő célja van; a falásrohamok csökkentése/megszüntetése, és a testsúly normalizálása.

A túlsúly és a falásrohamok gyakoriságának csökkentésében az SSRI szerek igazoltan hatékonyak. Ezeken kívül a hangulatstabilizáló antikonvulzív és a centrálisan ható étvágycsökkentő gyógyszerek is jelentősen csökkentik a tüneteket, és az eredményesség független attól, hogy depressziós tünetek jelen vannak-e vagy sem (Túry, 2009).

Az elhízás farmakoterápiája

Mivel az előző fejezetben az obezitás gyógyszeres kezeléséről már írtunk, itt csak röviden összefoglaljuk a jelenlegi ismereteket. A farmakoterápia önmagában az elhízás esetében sem alkalmazható, ebben a kórképben is egy komplex terápiás program része.

Az elhízás farmakológiai kezelésére az egyik lehetőség a jóllakottság érzésének kialakítása, és ezzel egyidejűleg a hőtermelés fokozása. Erre ma legelterjedtebben a sibutramint használják, amely a köztiagy jóllakottság-központjának ingerlésén keresztül az éhségközpont működését gátolja.

A gyógyszeres kezelés másik lehetősége a zsír vékonybélből történő felszívódásának gátlása, amely hazánkban orlistattal történik. A gyógyszer gátolja a gasztrointesztinális lipáz triglicerid bontó hatását, ezért a táplálékkal bevitt zsíradék 30%-a a széklettel távozik (Halmy, 2008).

Belgyógyászati kezelés

Extrém alacsony súly esetén belgyógyászati kezelés is indokolt. Az életveszély elhárítása céljából szondás táplálásra, valamint a só- és elektrolit háztartás helyreállítására is szükség lehet. Ezeket a kezeléseket azonban kizárólag a minimálisan elfogadható súly eléréséig, illetve a só- és elektrolit egyensúly kialakításáig lehet alkalmazni.

Elektrokonvulzív terápia, ECT

Az elektrokonvulzív terápia (ECT) csak kivételesen súlyos, pszichotikus tünetekkel társuló anorexiában (pl. depressziós stupor) alkalmazható. Mint a történeti részben láthattuk, a '60-as

években hazai kutatók beszámoltak néhány eredményes elektrokonvulzív kezeléstről (Nyirő és mtsai, 1958, 1964). Újabban ECT-val szintén sikeresen kezeltek néhány súlyos, terápiaerezisztens anorexiás beteget, olyanokat, akiknél az evészavar erős depresszióval társult (Fergusson, 1993). Túry és munkatársai (1998) két olyan anorexia nervosa beteg esetleírását közzétették, akiknél az evészavarhoz rapid lefolyású pszichotikus epizód kapcsolódott, és a terápiában az ECT jelentős fordulatot hozott.

Sebészeti beavatkozás

A pszichokirurgia az evészavarokban csak történetileg említhető, és csupán az életveszélyes állapot tartós fennállása esetében alkalmazták (Túry és Szabó, 2000).

Extrém obezitásban ($BMI > 40 \text{ kg/m}^2$) elsősorban rugalmas gyomorszűkítő gyűrű behelyezése javasolható. A tapasztalatok szerint a műtét után a testsúly jelentősen csökken, az életminőség javul de az eredmények hosszú távon csak komplex, többszintű, nutritív-, mozgás- és pszichoterápiával tarthatók fenn (Bende, 2008).

7.1.2. Nutritív kezelés

A nutritív kezelésnek minden evészavarban kiemelten fontos szerepe van, ezért a evészavarok (ide értve az obezitást is) komplex kezelésébe mindenképpen indokolt dietetikus szakembert is bevonni.

Anorexiában a terápia elsődleges célja a testsúly normalizálása, így a beteg feltáplálása a kezelés kiemelten fontos része. Az „újrátáplálási szindróma” (refeeding) megelőzése érdekében csak fokozatosan, heti 0,5 -1 kg-os súlynövekedést előirányozva lehet a szervezet nitrogén- és fehérjetartalmának visszaállítását elérni. Ez a testsúly növelése nélkül nem lehetséges. Tehát a kezelés során hangsúlyozottan nem hízásról/zsírosodásról, hanem a test újra építéséről van szó.

A nutritív terápia bulimiában, és falászavarban elsődleges, az egyéb evészavarokban másodlagos - célja a normális, rendszeres étkezési szokások kialakítása.

Obezitásban a nutritív terápia szerepe az anorexiáénak éppen fordítottja. Itt ugyanis elsődleges cél a testsúly csökkentése, aminek ideális üteme általában heti 0.5 -1kg fogyás. Itt is fontos a változatos, és kiegyensúlyozott étrend összeállítása.

7.1.3. Mozgásterápiák

A mozgásterápiáknak minden evészavarban fontos szerepe lehet, itt azonban részletesen erre nem térünk ki, mivel ennek megtervezése gyógytornász vagy mozgásterapeuta kompetenciája.

Anorexiában és bulimiában a nonverbális terápiák, ezen belül a kommunikatív mozgásterápiák segítik a betegek alapvetően gátolt érzelmkifejezésének visszafejlődését, és a testséma zavarok

korrekcióját is segíthetik. Előnyük még, hogy a nonverbális terápiák a belső tartalmaihoz nehezen hozzáférő beteget szocializálják a verbális terápiára.

Obezitásban a mozgásterápia célja az energiafelhasználás növelése. A fokozott fizikai aktivitás önmagában ugyan nem képes a súlyvesztést elindítani, de a kalória-bevitel egyidejű csökkentésével az anyagcsere-folyamatokat is befolyásolja.

7.2.Az evészavarok pszichoterápiája

A klasszikus evészavarok kezelésében a központi, integráló szerep a pszichoterápiának jut. Az evészavarok multikauzális etiológiáját az előző részben kifejtettük, s ennek megfelelően a kezelésben is sokféle megközelítésnek van helye. „klasszikus” evészavarok gyógyítását illetően a különböző pszichoterápiák hatékonyságáról széleskörű irodalmi adataink vannak, az újabb típusokról azonban még csak sporadikus esettanulmányok, beszámolók léteznek.

A történeti részből kiderült, hogy az evészavarok közül a legrégebbi ismert, és betegségként kezelt kórkép az anorexia nervosa, így a terápiás tapasztalatok is ezzel a betegséggel kapcsolatban a leggazdagabbak. A pszichoterápiák a betegség értelmezéséről saját elméleti modelleket alkottak, és a terápiás stratégiák ezeken alapulnak. Ugyanakkor a betegség komplexitásából adódóan a különböző terápiás megközelítések szimultán és/vagy szukcesszív integrációja általánosan elfogadott terápiás irányelv. Az alábbiakban ismertetjük a leggyakrabban használt terápiás stratégiák főbb ismérveit, valamint az integrációs lehetőségeket.

7.2.1.Pszichodinamikus terápia

Kezdetben a pszichoanalitikus megközelítés volt az anorexia nervosa pszichoterápiás kezelésének egyetlen eszköze. A pszichodinamikus modellen alapuló terápiák az evészavarok kezelésének integratív szemléletének megfelelően a kezelés különböző fázisaiban – elsősorban multiszimptomatikus bulimia, illetve traumatizált betegek esetében ma is jó hatásfokkal alkalmazhatók.

A létfenntartó és a fajfenntartó ösztönök közel állnak egymáshoz. Olykor egymással konkurálnak, máskor egymást kompenzálják, megint máskor mindkettő gátlás alatt állhat. Freud ösztön elméletében a személyiség legfőbb hajtóereje a libidó, mely minden más ösztönkésztetést meghatároz (Freud 1909).

A klasszikus analitikus felfogás szerint az anorexia nervosa kialakulásában szerepet játszik egy korai trauma, amelynek következtében a pszichoszexuális fejlődésben elakadás, fixálódás jelenik meg. Ebben az orális, valamint az anális karaktervonások a hangsúlyosak. Freud barátjával, Fliess-szel folytatott levelezése arról tanúskodik, hogy ő az étvágy elvesztésében a libidó elvesztését látta, és a pszichogén hányást az orális teherbeesés fantáziájával, illetve az ennek következtében fellépő szorongással hozta összefüggésbe.

Az anorexia nervosa orális fixációnak tekinthető, mely számos anális karaktervonással jellemezhető. A konfliktus az Ödipusz konfliktus megoldatlanságából fakad. Serdülőkorban a

szexuális vágyak felélése elfogadhatatlan incesztuózus érzéseket kelt, melynek elhárítására a beteg az orális regresszió, az étel visszautasításán, illetve a test nőiességének eltüntetésén keresztül törekszik. Az anorexiások étellel kapcsolatos állandó foglalkozása az oralitás szerepére, míg a takarékoság, a perfekcionizmus, a merevség, a dacosság, valamint a hashajtó abúzus az anális libidinózus késztetésekre utal (Ábrahám és mtsai 2008).

Hilda Bruch (1973) pszichoanalitikus elméletében hangsúlyozta a korai anya-gyerek kapcsolat zavarának etiológikus jelentőségét, melynek következtében az érzelmi-indulati állapot azonosításának képessége sérül.

Riskó evészavaros betegek komplex vizsgálatának eredményei alapján a következő jellegzetességeket írta le:

- Orális fixáció, orális agresszió, anális és uretrális fixáció.
- Testképzavar, a száj, a fogak, a tápcsatorna és a kéz túlhangsúlyozott és agresszív jellege. Anorexiásoknál a test felnagyított és aszexuális, míg bulimiásoknál a test integrálatlan.
- Nárcizmus, mely a testben fixálódott.
- Szenzitivitás.
- Nemi identitás problémák.
- Tárgykapcsolati zavar, kötődési nehézségek.
- Primitív elhárító mechanizmusok.
- Autóagresszió.
- Pszichopátiás vonások.

Ezek a vonások a bántalmazott gyermekekre jellemzőek, és mint láttuk, főképpen a bulimiások élettörténetében gyakori a testi, szexuális vagy érzelmi abúzus (Riskó, 1993).

A klasszikus analitikus értelmezésben az étel visszautasítása a szexualitás elutasítását is jelenti, és a központi konfliktus az Ödipusz komplexus, amely kamaszkorban ismét problémákat hoz. A nemiséggel szembeni ellenérzés a serdülő korban újraéled, így a tünetképzés egy regresszív reakció, amelynek során az alapvetően genitális probléma orálissá válik, és a beteg számára egy sokkal jobban kontrollálható terepet biztosít (Ábrahám és mtsai, 2008).

Az anorexiában újraéledő Ödipális probléma lényege, hogy az emocionális támogatást nélkülöző lány az anyjától az apja felé fordul. A vonzalmat a korábban már a család peremére szorult apa hajlamos megerősíteni, és ezzel a normál pszichoszexuális fejlődéssel ellenkező irányú folyamat indul el, az inceszt veszélyét magában hordozó Ödipális kapcsolat kezd kialakulni. Az anya, aki észleli az „apa-lány viszonyt”, a férfakkal való kapcsolat veszélyességét hangsúlyozó üzeneteket küld a lányának. Ennek következtében a serdülőkori szexualitás a gyermekben büntudatot kelt, melynek kiküszöbölésére a személy az orális fázisba regrediál. Ennek segítségével ösztönkésztetéseit kontrollálja, nőiességét visszavonja (Szabó és mtsai, 2006).

Elfogadva, hogy az elfojtott szexualitás és agresszió az Ödipális korhoz kötődik, más analitikus elméletek a patológia kialakulásában a probléma preödipális eredetét, a korai anya-gyerek kapcsolat zavarának elsődlegességét hangsúlyozzák (Dévald, 1993).

Ennek a modellnek a továbbfejlesztése a kötődés-elméletekben látható. Hilda Bruch (1973), aki az evészavarok diagnosztikájában is alapvető megállapításokat tett, terápiás tapasztalataiból arra a következtetésre jutott, hogy az evészavarok kialakulásában nagy szerepük van az anya bizonytalan kötődésének. Ezek az anyák úgy emlékeztek vissza gyermekük csecsemő korára, hogy nagyon szorongtak, anyai szerepükben bizonytalanok voltak, és az apát, mint támaszt nélkülözniük kellett. Ennek következtében a gyermek nem élhette át a biztonságos kötődés, a bizalom érzését, ami a biztonságos szeparálódásnak is gátja.

A bizonytalanul kötődő anya sem magára, sem gyermekére nem tud helyesen reflektálni, ezért gyermekét elárasztja a saját belső világával. A gyerek így nem tanul meg saját és mások érzései, illetve vágyai között különbséget tenni, és a reflektív funkció nála sem alakul ki (Fonagy, 1999).

Az anorexiás lány a bizonytalan anya saját magáról alkotott ideális anyaképét tökéletes, engedelmes jó kislánként igyekszik megerősíteni. Az anya azonban nem képes lánya érzelmi igényeire ráhangolódni, miközben a harag, az agresszió, és általában a negatív érzések kifejezése számára „tilos”. Ezért az anorexia a tökéletes anya elleni lázadásként értelmezhető. Az anya nem engedi gyermeke leválását, mert a szimbiotikus kapcsolat megszakadása a saját anyai szerepének jelentőségét háttérbe szorítaná (Geiger, 1988).

Ide kapcsolhatók a tárgykapcsolat elméleti megközelítések, melyek szerint anorexia nervosában az elakadás a szeparáció-individuáció fejlődési szakaszában, vagyis a szeparálódás és az autonóm szelf kialakulásának fázisában történt. A táplálás kezdetben az anyát, az ételt és a szükségletek biztonságos kielégítését, azaz a biztonságot jelenti. Az anorexiás betegek táplálása az anya szükségletei, szorongásai, bizonytalanságai szerint történtek, saját szükségleteik nem differenciálódtak. Az anorexia, az étel elutasítása lényegében az autonómiáért, a szeparálódásért, az individuációért folytatott küzdelem (Dévald, 1993).

Selvini-Palazzoli (1974) szerint egy hamis szelffel rendelkező lány a pubertáskori fiziológiai és érzelmi változásokra nincs felkészülve, és a másodlagos nemi jellegek eltüntetésével a szexualitás és a szeparáció okozta szorongásait csökkenti. A tünetek az arra éretlen lányt megvédik a pubertástól, és ilyen szempontból tulajdonképpen adaptívnek tekinthetők.

Az anorexiás serdülő az elárasztó anyával szemben passzív-agresszivitással védekezik. Saját testük az egyetlen terep, ahol az anorexiás betegek saját autonómiájukat gyakorolhatják. Az onnipotens kontroll igénye a paranoid-skizoid pozícióban való megrekedést jelzi, amelyben a legjellemzőbb elhárító mechanizmus a hasítás. A jó és rossz anyakép nem tud integrálódni, s a rossz anya reprezentánsa a saját test lesz, melyet a beteg büntetni, elpusztítani, kontrollálni akar, miközben az „ideális” anya elvárásainak perfekcionista módon igyekszik meg felelni. A hasítás mellett az elfogadhatatlan érzéseket tagadással, projekcióval és elfojtással igyekszik kirekeszteni (Dévald, 1993).

A tárgykapcsolat elméletek szerint az anorexiás betegeknél a nem megfelelő gondoskodás miatt a korai időszakban nem alakul ki a test modulálásának és a szelf megnyugtatójának, illetve szabályozásának képessége, ezért a koherens szelf nem tud kialakulni. A betegek az éhezéssel megpróbálják a „veszélyes” testi változásokat leállítani, és szexuális vágyaikat csökkenteni.

A test, a testrészek és az étel egyaránt szimbolikus jelentőséget kap. A testkép negatív lesz az önértékelés irreálisan alacsony, a betegek bizonytalanná válnak, a szociális kapcsolatoktól szoronganak. Csupán egyetlen dologban biztosak, abban, hogy testüket képesek kontroll alatt tartani, ezért ehhez, vagyis betegségükhöz makacsul ragaszkodnak (Karwautz és mtsai, 2001).

Ezek a pszichodinamikai és interperszonális sajátosságok a pszichoterápia során speciális nehézségeket okoznak:

- a. A verbális terápiát „nincs mire építeni” (Geiger, 1987), és ez sorozatos pszichoterápiás kudarcokhoz vezethet.
- b. Az evészavaros betegek atipikus indulat-áttételes reakciói a tapasztalatlan terapeuták számára nehezen kezelhetők
- c. A kezelő személyzetben erőteljes viszontindulat-áttételes reakciók (agresszió, türelmetlenség, saját testkép-és testsúly problémák aktiválódása, reményvesztettség, stb.) keletkeznek.
- d. Mindezek miatt a betegek gyakran nem személyre szabott, hanem kezelési séma szerinti terápiában részesülnek, ami a kezelés kudarcát, idő előtti megszakítását okozhatja (Riskó, 1993).

Az egyre gyarapodó terápiás tapasztalatok birtokában az evészavarok kezelésében a klasszikus analitikus terápia helyét a személyre szabott, probléma orientált, fókális, dinamikus orientált terápiák vették át, amelyek során a fenti nehézségek, problémák a kevésbé jelentkeznek. A dinamikus értelmezési keretbe jól illeszkedik a leuneri katatim képélmény, a pszichodráma vagy a kreatív terápia is.

Az evészavarok verbális egyéni pszichoterápiájában ezért Riskó (1993) a következő célokat tartja lényegesnek:

1. A testi egészség visszaállítása, a testsúly normalizálása.
2. Az egészséges táplálkozási szokások helyreállítás/kialakítása.
3. A kommunikáció fejlesztése.
4. A kudarc-tűrés és az önértékelés javítása.
5. Új kapcsolatok kialakítása, a meglévők javítása.
6. Az alkalmazkodás segítése.
7. Pszichoedukáció.

Az evészavarok kezelésének komplex terápiás modelljében Garnerék kétlépcsős kezelési stratégiák javasolnak. Az első szakaszban a kitűzött cél a táplálkozás helyreállítása, a beteg feltáplálása. Ennek eszközei: nutritív és edukatív módszerek felhasználásával a szomatikus kezelés, illetve a kognitív-viselkedésterápia, és akkor kezdődik az dinamikus terápiás munka, amikor a hangsúly a tünetekről a pszichés folyamatokra helyeződik át (Garner és mtsai 1986).

Mindezen elméleti alapokon az evészavarok kezelésére Dévald (1993) kétfázisos modellt ajánl:

1. A terápia első szakaszában a kezelés formális vonatkozásain van a hangsúly. A cél a teherbíró terapeuta-beteg kapcsolat kialakítása (holding) az ambivalens beteggel. A terapeutának, az intenzív áttételi nyomás ellenére, neutrális és objektív pozícióban kell maradnia.
2. A terápia második fázisában az Ödipális problematika talaján kerül sor az intrapszichés konfliktusok, a tudattalan képzetek, vágyak és fantáziák kibontakoztatására, illetve átdolgozására. Az evészavarok kezelésében kiemelten fontos a fallikus-ödipális vágyak, fantáziák feltárása és átdolgozása. Az értelmezéssel és a tükrözéssel az evészavaros betegnél különösen óvatosan kell

bánni. Dévald türelmes megértő attitűdöt javasol, a hangsúly a beteg önfelfedezésének, érzelmeinek megismerésének segítésén van.

Az alább ismertetett eset egy olyan, súlyos állapotban lévő, evészavarban szenvedő, szexuálisan abuzált lány sikeres kezelését mutatja be, akinek terápiája mindezen elméleti megfontolások alapján történt. Gáti és munkatársai (2001) esettanulmányukban a komplex, kétlépcsős, pszichodinamikusan orientált, a leuneri katatim képélmény technikát is alkalmazó integrált megközelítés sikerét illusztrálták.

A tizennyolc éves gimnazista lányszorongással, hangulati labilitással társuló kóros soványságát az iskolaorvos észlelte. A 169 cm magas sportoló lány két év alatt 65 kg-ról 41 kg-ra fogyott. Hónapok óta nem menstruált, a csuklóján metszéshegek voltak. A család és a lány között reménytelen és kilátástalan küzdelem zajlott, amelyben kiemelkedő szerepe volt a nagymamának, akivel a beteg hétközben élt. Mivel a BMI kisebb volt 14-nél, szükség volt kórházi kezelésre, amelyre a miskolci Evészavar osztályon került sor, ahol a komplex kognitív-viselkedésterápiás kezelés célja a testsúly normalizálása, és a pszichoterápiához szükséges bizalom kialakítása volt. A következő fázisban – még a bennfekvés idején - családterápiára is sor került, amelyre az anya overprotektivitása és az apa peremre szorulása, valamint az anyai nagyanya domináns szerepe miatt volt szükség. A családterápiás ülés hatására csökkent az anya túlzott aggodalmaskodása, kialakultak a generációk közötti határok, erősödött a szülők kapcsolata erősödött, s ez által a beteg szeparálódása-individuációja elindulhatott. Ekkor, 6 hételteltével, 47,2 kg súllyal a kórházi kezelési szakasz befejeződött, és elkezdődött az ambuláns dinamikus orientált rövid terápia. A módosult tudatállapotban végzett katatim imaginációs technikával kibontakozott egy interneten keresztül történt szexuális abúzus traumájának képe, valamint kiderült, hogy a családban van egy transzgenerációs szexuális „bűn”, amely a lány számára megnehezítette a női identitás kialakítását. A testsúly megtartása mellett a hat hónapig tartó terápiában —megkezdődött a trauma feldolgozása és a családról való leválás, elindult az önállósodás, és a felnőtt női identitás kialakulása. A két éves követés során az eredmények stabilak voltak.

Összefoglalóan elmondhatjuk, hogy az evészavaros betegek kezelésében, elsősorban a tápláltsági állapot normalizálódása után, a dinamikus orientált pszichoterápiáknak igen fontos szerepük lehet, különös tekintettel a krónikus, súlyos személyiségpatológiával társult esetekre. A betegség tagadása, a primitív elhárító mechanizmusok aktiválódása, valamint a speciális érzelmi áttételi reakciók miatt az evészavaros beteg kezelése nagy tapasztalattal rendelkező terapeuták számára is bonyolult, olykor megterhelő feladat. A különböző szakemberek szoros együttműködése, az igazi team munka, a rendszeres szupervízió, csökkentheti a kezelő személyzet érzelmi igénybevételét.

7.2.2.Hipnoterápia alkalmazása az evészavarokban (hipnózisban végzett pszichoterápia)

Az evészavarok komplex multimodális kezelésében gyakran alkalmazzák a hipnózist. Mivel az evészavaros betegek anamnézisében gyakori a fizikai és szexuális bántalmazás, vagy az érzelmi abúzus, ezek a személyek sokszor disszociatív vonásokat mutatnak. A leginkább a bulimiás betegek jellemző emelkedett disszociatív kapacitás, illetve hipnotikus fogékonyság lehetővé teszi a hipnózis terápiás alkalmazását (Vanderlinden és Vandereycken 1990a, 1990b; Vanderlinden és mtsai 1993, 1997; Túry 1990, 1997; Túry és Szabó 2000).

Anorexia nervosában szenvedő beteg hipnózissal történő kezeléséről először Pierre Janet, a hisztéria disszociációs elméletének megalkotója számolt be a XIX. század végén. Érdekes, hogy az evészavarok hipnoterápiás kezelésének eredményeiről csak közel egy évszázaddal később, az 1980-as években kezdtek esettanulmányokat közölni (Vanderlinden és Vandereycken 1990a, 1990b; Vanderlinden és mtsai 1993, 1997; Túry 1990, 1997; Túry és Szabó 2000; Gáti és mtsai 2001).

Az evészavarokban a hipnoterápia többnyire a komplex és integrált kezelési stratégia részeként jelenik meg. A tapasztalatok azt mutatják, hogy a disszociatív vonásokat mutató tünetekkel jellemezhető bulimiásoknál, illetve az éjszakai falászavarosoknál (night eating syndrome) az emelkedett hipnotikus szuszeptilitás miatt a hipnózis többféle elméleti terápiás modellbe is könnyen és jól beilleszthető. Anorexia nervosa esetében a kontroll törekvés merevsége és szigora, valamint a figyelmi kapacitás alacsony szintje miatt a hipnázis alacsonyabb szintű, a hipnózis tehát ritkábban alkalmazható. Hipnotikus szuszeptibilitás szempontjából a bulimarexiás (purgáló típusú anorexiában szenvedő) betegek a bulimiás és a restriktív anorexiás páciensek között helyezkednek el (Túry és Szabó 1990, 1993a, 1993b, 2000; Gáti és Árkovits, 2008).

Az evészavaros betegek kezelésekor a hipnoterápia kétféle céllal kerülhet a kezelési stratégiába:

- a. Tünetredukció, vagy a tünetek megszüntetése, amelynek érdekében általában kognitív- és viselkedésterápiás elemeket (expozíció-válaszmegelejtés, testkép korrekció, önértékelés javítás, interoceptív érzékenyítés stb.) is alkalmaznak.
- b. A patogenezis szempontjából fontos konfliktusok, traumák, érzések, gondolatok, élmények feltárása és interpretálása.

Az evészavaros betegek esetében a kontroll kérdésének rendkívüli jelentősége, illetve a labilis motiváció és az ellenállás miatt a hipnózis indukciós technikákat illetően az eriksoni indirekt, megengedő indukció javasolható (Vanderlinden és Vandereycken 1990a, 1990b). Jól alkalmazható továbbá az éberséget igénylő és az aktivitás élményét adó, Bányaí Éva által leírt ún. aktív-éber (nyitott szemmel kerékpár ergométer tekerése) hipnózisindukció is (Bányaí és Hilgard, 1976; Bányaí és mtsai 1993).

A pszichoterápia folyamatát három nagyobb fázisra tagolhatjuk, és a tapasztalat azt mutatja, hogy a hipnózis bevezetése a terápiás folyamatot felgyorsíthatja. (Vanderlinden és Vandereycken 1990):

1. A kezdeti fázisban a terápiás ülések célja a beteg változásokra való felkészítése, ellenállásának leküzdése. Jó eredményeket hozhat, ha a páciens megtanítja az önhipnózist.
2. A középső, munkafázisban történik a patológia kialakulásában szerepet játszó tényezők (traumák, disszociált énéállapotok, megoldatlan konfliktusok, stb.) feldolgozása.
3. Az utolsó szakaszban a cél az eredmények hosszú távú stabilizálása (Vanderlinden és Vandereycken 1990a, 1990b).

Mint látható, az integratív szemlélet keretében a terápia különböző fázisaiban a hipnózis a viselkedés-és kognitív terápiás elemekkel, illetve a pszichodinamikus technikákkal egyaránt jól kombinálható.

Az evészavarokban alkalmazott hipnoterápia hatékonyságáról csak nehezen összehasonlítható, sporadikus eseteleírások léteznek. A tudományosan megalapozott, a megismételhetőség

szempontjait érvényesítő intervenciók leírása egyelőre hiányzik, ezért, bár a módszer hatékonyságát bizonyítja néhány impresszív tanulmány, a terápiás protokollokba terápiás stratégiaként a hipnoterápia nehezen illeszthető be.

7.2.3. Interperszonális pszichoterápia

Az interperszonális pszichoterápiát az 1970-es években eredetileg a nem pszichotikus depressziók farmakológiai kutatásához dolgozták ki (Klerman és mtsai, 1984). A cél az volt, hogy olyan rövid, behatárolt idejű, jól követhető terápiát dolgozzanak ki, amelynél a hatékonyság jól mérhető, hogy a gyógyszeres kezelések effektivitásával össze lehessen hasonlítani. A depresszió és a disztímia kezelésében az interperszonális pszichoterápia hatékonynak bizonyult. Nevét abból kiindulva kapta, hogy a depresszió kialakulásában és fenntartásában a személyközi kapcsolati zavarok fontos szerepet játszanak, és a terápia e kapcsolati problémák köré szerveződik. A rendkívül jó terápiás eredmények hatására a módszer gyorsan elterjedt, és később a depresszió és a disztímia kívül más mentális zavarok – pl. szorongásos zavarok, evészavarok közül elsősorban a bulimia nervosa, falászavar, és a testdiszmorfiás zavar - kezelésére is sikeresen alkalmazták (Fairburn és mtsai, 1993; Fairburn, 1997; Weissman és mtsai, 2000). Az első magyar nyelvű ismertetések az ezredfordulón jelentek meg (Túry és Szabó, 2000; Lajtai 2001; Szumska, 2005; Zalai és Novák 2012).

Az interperszonális pszichoterápia eredetileg rövid, strukturált, verbális, egyéni és időhatáros kezelési mód, melyben a terapeuta kifejezetten aktív szerepet játszik. Később az interperszonális pszichoterápia csoportos változatát is kidolgozták, melyet több kórkép kezelésében többféle korcsoport esetén szintén sikerrel alkalmaztak (Wifley és mtsai, 2000).

A terápiás ülések száma 15-20. (Az első időszakban lehet heti két alkalom, később heti egy, majd kéthetente egy ülés). Az ülések időtartama 50 perc, a terápiás folyamat maximum 20 hétig tart. A terápia az „itt és most”-ra centrál, a múlttal kevésbé foglalkozik, szerepet csak az aktuális interperszonális probléma által kap. A módszer a dinamikus terápiákhoz és a kognitív-viselkedésterápiához hasonló elemeket is tartalmaz, de eredményességében egyes non-specifikus tényezőknek is fontos szerepet tulajdonítanak. A Rogersi alapváltozókön kívül (empátia, feltétel nélküli elfogadás, kongruencia) ezek a következők:

- A keretek, a strukturáltság, terápiás rítusok.
- A terapeuta reményteljes és optimista szemléletet nyújt, segíti a javulás tudatosítását.
- A beteg képes a problémái feletti tudatos kontrollt átélni.

Fontos, hogy az ülések során az evészavar tüneteivel hangsúlyozottan nem foglalkoznak, és amennyiben a páciens ezeket szóba hozza, a terapeuta visszatereli a figyelmet a kapcsolatokra. Az alapvető fókuszok a terápiában:

1. Gyász, veszteség, bánat. (A terápiás koncepció a depresszióból indult, amelyben ezeknek kiemelkedő szerepük, de evészavarok esetén ennek a fókuszuk a jelentősége kisebb).
2. Szerepátmenet. Evészavarban kiemelten fontos témapéldául a szülőktől való függetlenedés, az önállósodás, a szülőktől való elköltözés, a munkába állás, esetleg a házasságkötés, stb.
3. Szerepvita a páciens számára fontos személlyel, gyakran a szülővel, vagy a partnerrel, illetve a házastárssal.

4. Interperszonális deficit, amely legtöbbször az intim kapcsolat kialakításának, vagy fenntartásának nehézségét jelenti. Ez sok, elsősorban multiszimptomatikus bulimiában szenvedő beteg számára problémát jelent problémát. Ez a legnehezebben megoldható fókusz.

Az interperszonális pszichoterápiát is három szakaszra lehet osztani:

A bevezető szakasz összesen 3-4 ülésből áll, amelyre hetente egyszer, vagy kétszer kerül sor. Célja a meglévő interperszonális problémák feltérképezése és a pszichoedukáció. Górcső alá kerülnek a kapcsolati problémák és az, pl. falásrohamok, illetve ezek összefüggései. Az ülések során az interperszonális kapcsolati háló és a tüneteket elemzésére kerül sor, valamint arra, hogy a jelent összehasonlítták az evészavar kialakulása előtti időkkel. A terapeuta informálja a páciens a betegség természetéről, és segít kiválasztani a terápia fókuszát.

Az interperszonális problémák azonosításához és a fókusz kiválasztásához szükséges információk:

- Mikor kezdődtek a tünetek?
- A tünetek kialakulásának kontextusa.
- Családi- és kortárs kapcsolatok a tünetek kialakulása előtti időkben, illetve jelenleg.
- Életút, fontos életesemények.
- Önértékelés és depressziós jellegű problémák.

Fontos részletesen felmérni a beteg aktuális interperszonális működését, valamint a tünetek kiváltó tényezőit. Sokszor kiderül, hogy például a bulimiás falásrohamok interperszonális stresszel, konfliktussal hozhatók összefüggésbe. A bevezető szakasz végére a terapeuta igyekszik minél jobban megismerni a páciens interperszonális hálóját, abban való működését, és ezeknek a tünetekkel való összefüggését, mert ezek segítik abban, hogy kiválassza a terápia fókuszát.

Ennek legfontosabb szempontjai:

1. A páciens kapcsolatai az életében legfontosabb szerepet játszó személyekkel, és e kapcsolatok működési mechanizmusai.
2. A szignifikáns személyekkel való interakciók a jelenben, esetleg a kapcsolat előtörténete.
3. A beteg és a számára jelentős személyek egymással kapcsolatos szerepei, és a hozzájuk társuló normák, hiedelmek és elvárások.
4. Az interakciókhoz kapcsolódó érzelmek, indulatok azonosítása, különös tekintettel, a tünetprovokáló jelenségekre.
5. Az interperszonális kapcsolatok strukturálása, a személy elvárásainak, viselkedésének valamint az aktuális tünetek összefüggéseinek feltárása, és az ezek közül megváltoztatható elemek kiválasztása.

A bevezető szakasz végére körvonalazódnak a beteg interperszonális kapcsolati nehézségei, és a terapeuta segít a fókuszba állítandó problémák kiválasztásában.

A terápia első fókuszának érdemes a legegyszerűbb problémát választani, mert ennek sikeres megoldása növeli a bonyolultabb probléma megoldásának esélyét.

A terápia második, középső szakasza:

A munkafázisban általában heti egy, összesen 8-12 ülést foglal magában. Ebben a szakaszban a hangsúly a jelenen van. A páciens feladata, hogy interperszonális problémáit jobban megértse, és

a konfliktusok megoldására alternatívákat találjon. A terapeuta aktívan segíti a pácienselemző munkáját, de nem értelmez, hanem inkább kiemel, összefüggésekre, ismétlődésekre, ellentmondásokra, hasonlóságokra világít rá. A kapcsolati konfliktusok megbeszélésekor a „miért?” Kérdés helyett a „ki?” Kérdést teszi fel, mivel sokkal inkább a „ki-kivel milyen viszonyban van” a fontos, mint az okok és előzmények. A falásrohamok triggerei például gyakran az interperszonális konfliktusokhoz kapcsolódó emóciók, ezért a terápia e szakaszában kiemelten foglalkoznak azzal, hogy a beteg számára jelentős személyekkel való konfliktusok különböző érzésekkel és indulatokkal milyen összefüggéseket mutatnak. Az interakciók analízisének esetleg részét képezheti a terapeuta-beteg kapcsolat is, de az indulatáttétel-viszontindulat-áttétel kérdéskörével nem foglalkoznak. A terapeuta az ülések végén összefoglalást, visszajelzést ad, bátorít a változtatásra, de konkrét megoldásokat nem tanácsol.

A terápia befejező szakasza, a terápia lezárása:

Az utolsó 3-4 ülés célja az elért eredmények stabilizálása, és a visszaesés kockázatának csökkentése. Az ülések ritkulnak, kéthetente zajlanak. A lezáró fázisban összegzik a terápia során elért eredményeket, és áttekintik azokat a problémákat, amelyekkel nem foglalkoztak. A munkafázisban az evészavarról kevés szó esik, de ezeken a relapszus prevenciós megbeszéléseken már ez a téma is felmerülhet. A cél, hogy a betegek felkészüljenek arra, hogy interperszonális konfliktusait önállóan oldják meg, s ennek következtében a javulás a terápia befejezése után is folytatódhat.

A terápia eredményei közül a legfontosabbak: a beteg kapcsolataiban látványos javulás tapasztalható, mely megérteti vele, hogy képes a változtatásra. A beteg életében csökkennek az interperszonális feszültségek, önértékelése, hangulata javul, ami jelentősen mérsékli a falásrohamokkal kapcsolatos veszélyeket.

Az interperszonális terápia hatékonyságáról egyelőre kevés tanulmány készült, de azok az evészavarok kezelésében egyértelműen pozitív eredményeket mutatnak. A kognitív-viselkedésterápia és az interperszonális terápia hatását összehasonlítva azt tapasztalták, hogy a kezelés befejezésekor a kognitív-viselkedésterápiában jelentősebb a tünetredukció. Ugyanakkor az egyéves után követés adatai azt mutatták, hogy az interperszonális terápia befejezése után a betegek állapota tovább javul, és egy év elteltével az eredmények megközelítik a kognitív-viselkedésterápia eredményeit (Fairburn és mtsai, 1993).

Az interperszonális pszichoterápia újabb, módosított formáinak kidolgozása jelenleg is folyik. Egyrészt szeretnék alkalmazni olyan újabb diagnosztikai kategóriákban is, amelyekben az interperszonális gátoltság és a szociális készségek hiányossága patogenetikus szerepet játszik (pl. testdiszmorfiás zavar), másrészt új, rövidített technikákat is fejlesztenek (pl. Ipser és mtsai 2009, Arcelus és mtsai 2012; Didie és mtsai, 2012).

7.2.4.A családterápia szerepe az evészavarok kezelésében

Családterápia anorexia nervosában

Az anorexia terápiájának fejlődése a kezdetektől szorosan összekapcsolódott a családterápiával. Sok-sok esettanulmány és kontrollált hatástanulmány bizonyítja, hogy a fiatal, eredeti családban élő anorexiás betegek családterápiás kezelésének hatékonysága nagyon jó (részletes áttekintés Túry és Szabó 2000; Túry és Pásztty 2008; Túry 2012). Mint láttuk, az evészavarok etiopatogenezisében a család kitüntetett szerepet játszik: prediszponáló, precipitáló és tünetfenntartó hatással egyaránt bír. Bateson favágó hasonlata az egymásra körkörösén ható tényezőket, és az anorexiás családok működését egyaránt tökéletesen leírja. Azt gondoljuk, hogy a favágó kivágja a fát, amely egyszerűen csak elszenvedti ezt az aktust. És bár valóban igaz, hogy a kéz és a balta felemelését irányító impulzus a favágó agyában születik meg, a csapások irányát, helyét a maga sajátságaival - dőlésszögével, törzsének vastagságával, az előző csapások nyomaival stb. - tulajdonképpen a fa határozza meg. Vagyis a fa önmaga kivágásában aktívan részt vesz; a hatás-ellenhatás az első fejszezsapástól kezdve körkörös folyamattá alakul (Bateson, 1979). A lineáris modellekkel szemben, amelyek a családot ártó tényezőnek tekintik, a cirkuláris hatás elmélet, a beteg és a család interakcióit kölcsönös egymásra hatásukban értelmezi. Így az egymásra mutogatás - „a család betegíti meg a gyermeket”, „minden rendben volna, ha nem lenne a gyerek beteg” - kiküszöbölhető. A cirkuláris hatás elmélet tehát a betegséget a családi rendszer stabilizálásának maladaptív kísérleteként értelmezi.

Az evészavarok kezelésében az 1970-es években, a milánói szisztémás és a minuchini strukturális iskola családterápiás elméleti modelljei és terápiás stratégiái jelentettek áttörést (Selvini-Palazzoli és mtsai 1974, 1980; Minuchin 1974). Számos hazai közlemény is megjelent az anorexiások kezelésének családterápiás megközelítéséről (pl. Rátay, 1987; Geiger, 1988; Wildmann és Túry, 1992; Komlósi, 1993; Tölgyes és Géczy 1993; Túry és Pásztty 2008; Túry 2012).

A két legfontosabb elméleti modell keretében kidolgozták az evészavarok hatékony kezelésének családterápiás formáját.

A családterápiás iskolák elméleti és terápiás modelljének rövid ismertetése:

A strukturális családterápiás iskola (philadelphiai vagy minuchini modell):

Minuchinék szerint a pszichoszomatikus tünet a családi működés zavarának kifejeződése a tünehordozó személyben. A pszichoszomatikus betegek - köztük az evészavarokkal küzdők - családjainak jellemző sajátságai:

- A generációk és a személyek közötti határok diffúzak (összemosottság), egymás gondolataiban olvasnak. senkinek sincs privát szférája, az egyén autonómiája korlátozott.
- A túlvédő magatartás, valamint egymás érzéseinek és viselkedésének manipulálása, kontrollálása.
- A rigiditás, a család életének merev szabályozása, és a változásokkal szembeni ellenállás.
- A konfliktusok megoldásának hiánya, az alacsony konfliktustűrési küszöb, és a gyermekek bevonása a szülők konfliktusaiba. A tünet általában alkalmas arra, hogy elterelje a figyelmet a szülők közötti konfliktusokról, és ezzel segít elodáznai a problémák felszínre kerülését.

Az evészavarok strukturális megközelítésében fontos szerepet tulajdonítanak a tünetnek és a tünethordozónak, ami, és aki a családi diszfunkció megjelenítője. Ebből kiindulva az anorexia nervosa strukturális családterápiás kezelésének a céljai:

1. A koplalás, és ennek folyományaként a fogyás megállítása, mivel a család minden figyelmét ez a probléma köti le, hogy ne kerülhessenek felszínre a családon belüli konfliktusok.
2. A betegséget, a tüneteket fenntartó diszfunkcionális családi minták megismerése és megismertetése a család tagjaival.
3. A diszfunkcionális családi struktúra és működési minták megváltoztatása és adaptívabbak kialakítása annak érdekében, hogy a visszaeséseket, a tünetváltást, vagy más családtag megbetegedését elkerüljék.

A terapeuta aktívan forszírozza a családi hiedelmek - például a változtathatatlanságba vetett hit - megkérdőjelezését, és segíti alternatív megoldások kidolgozását. Serdülő betegek esetében támogatja az önállósági törekvést, és erősíti a szülői alrendszert. A konfliktusok elhárítása helyett facilitálja azokat, és megakadályozza a trianguláció kialakulását, vagyis a gyermek bevonását. Ennek eszköze lehet a „terápiás étkezés”, amikor a családterápiás ülés a terapeutával/terapeutákkal/ való közös étkezés.

Milánói (szisztémás) iskola

A milánói ("szisztémás") iskola elméleti modelljének és terápiás stratégiáinak kidolgozása Selvini-Palazzoli és munkatársai nevéhez kötődik. A szisztémás családterápia abból indul ki, hogy a tünet a beteg családtag maladaptív kísérlete a család homeosztatisz egyensúlyi állapotának fenntartására, amely stabilitás azonban szintén kóros (Selvini-Palazzoli és mtsai 1974, 1980). A családon belüli kommunikációt vizsgálva az anorexiás családokra legjellemzőbbnek a következő sajátságokat találták:

- A családtagok mennyiségileg sokat kommunikálnak, azonban gyakran visszautasítják, vagy érvénytelenítik egymás üzeneteit.
- A szülők nem vállalják fel nyíltan a vezető szerepet.
- Tilos egymással nyílt szövetségre lépni, miközben titkos koalíciók gyakran kötődnek.
- Egyik családtag sem vállal felelősséget semmilyen hibáért.

A családok a szülők közötti rejtett feszültségek dacára stabilnak tűnnek, de ez az egyensúly valamilyen krízis hatására megbomolhat. Mivel a családban az áldozatvállalás központi érték, a nagyobb áldozatot hozó személy válik erősebbé. Az anorexiás gyermek a gyengébbnek tartott fél mellé áll, és ezzel szeparálódása-individuációja megghiúsul. Ebben a rendszerben a tünet a család metaforája, a tünet kommunikációs értékkel bír.

A szisztémás családterápia alapelvei:

1. Hipotézis-alkotás, vagyis felállítanak egy olyan hipotézist, amely a terapeuták szerint képes a tünetet a családi rendszerben értelmezni. A tünetnek ugyanis a szisztémában valamilyen jelentése van.
2. Cirkuláris kérdezés. Információ szerzésére és átadására egyaránt alkalmas módszer, amely segíti a terapeutákat, hogy a tünet szerveződéséről és családban betöltött funkciójáról információkhoz jusson. Ugyanakkor újfajta szempontok és nézetek bevitelével a családot a rigid rendszer megváltoztatásra sarkallja.

3. A terapeuták magatartását, kommunikációját a neutralitás jellemzi, hogy elkerüljék az érzelmi bevonódást, vagy a koalícióba sodródást.

A szisztémás iskola az egymás hibáztatásának kiküszöbölésére a tüneti viselkedést átkeretezi, és pozitív értelmet ad neki. A technikák közé tartozik a paradox utasítás, vagyis előírják, hogy a családi stabilitás érdekében folytatni kell az eddigi viselkedést. A terápiás splitting (hasítás) a terapeuták között lévő véleménykülönbség megosztása a családdal, így rájuk bizzák a döntést, hogy mit fogadnak el.

Multigenerációs családterápiás megközelítés

A multigenerációs vagy transzgenerációs családterápiás megközelítés a stratégiás családterápiás iskolából fejlődött ki. Az értelmezési keretbe bevonják a szülők szüleit is, azaz kiinduló hipotézisüket három generációból származó információk alapján állítják fel (Stierlin és Weber, 1989). Alapfeltevésük, hogy a szülők párválasztását és a gyermeknevelését az eredeti család nézetrendszere alapvetően befolyásolja, ezért még az első találkozás előtt ezeket kérdőívek segítségével felméri. Az eredmények szerint az anorexia nervosa betegek szüleinek eredeti családjára a következő hiedelmek jellemzőek:

- Jobb adni, mint kapni.
- Az önmegtagadás jobba tesz.
- A családtagjaim vágyai, szükségletei fontosabbak, mint az enyéim.
- Csak akkor érzem jól magam, ha a többiek is jól vannak.
- A sors kovácsolt minket össze, és mindent meg kell tennünk azért, hogy együtt maradjunk a közös úton.

A transzgenerációs modell a tünetek gyökerét a családi hiedelem rendszerből vezeti le, ezért az első interjú célja a múlt, a jelen, és a jövő összekapcsolása. A terapeuta segít a család alaphiedelmeit újrakeretezni, a patológiás transzgenerációs láncokat megszüntetni, és alternatívákat kidolgozni. Fontos szemléleti újítás az apák szerepének új megvilágításba helyezése, és jelentőségük hangsúlyozása (Mazzag és mtsai, 2006; Túry és Pászthy, 2008).

A gyakorlatban leginkább elterjedt családterápiás módszerek a klasszikus iskolák elemeinek ötvöztetésével jöttek létre, melyek a pszichodinamikus, és a kognitív-viselkedésterápiás stratégiákat is integrálják. A legfontosabb információk rendszerét jól illusztrálja a Dél-Floridai Egyetem klinikai családértékelő útmutatója. (5. számú táblázat)

Az anorexia családterápiájában széles körben elterjedt a meglehetősen gyakorlatias, integratív kezelési stratégia, az ún. Maudsley-modell. A FBT (family-based outpatient treatment) fiatal, még nem krónikus anorexiás serdülők kétharmadánál teljes gyógyuláshoz vezet, és az eredmények ötéves után követéssel tartósnak bizonyulnak a sikeresen kezelték 75-90%-ánál (Lock és mtsai 2001).

A családterápiás kezelési útmutatók a hatékonyság vizsgálatokat is megbízhatóbbá tették, mivel a standardizált terápiás stratégiák eredményessége könnyebben összehasonlítható.

5. Táblázat A Dél-Floridai Egyetem klinikai családértékelő útmutatója (Miller, 1984, idézi Túry és Szabó 2000. 263.o.)

A/ Első találkozás

1. A terápia az első találkozáskor elkezdődik.
2. Megjegyzendő a beutalás és a telefonon keresztüli tranzakciók.

B/ Hogyan mutatja be magát a család?

1. Összetétel - ki van és ki nincs jelen.
2. Megjelenés - ruházat, viselkedés.
3. Kezdeti tranzakciók - ülés, szemkontaktus, szóvivő.

C/ Hogyan működik a család?

1. Probléma azonosítás és -megoldás.
2. Kommunikáció: világos vagy rejtett; direkt vagy indirekt.
3. Az érzelmek skálája.
4. Érzelmi bevonódás - közömbös, empátiás, nárcisztikus, szimbiotikus.
5. A viselkedés kontrolljának módja.
6. Individuáció/differenciáció; autonómia; ezek kezelésének különbségei.
7. Családi védekező mechanizmusok.
8. Családi hiedelemrendszerek - vallás, kultúra, értékek, fantáziák, félelmek, mítoszok, lojalitások.

D/ Hogyan strukturált a család?

1. Határok.
2. Koalíciók/szövetségek.
3. Hierarchia.
4. Szerepek - megosztás, elégedettség, egyéni szerepek.
5. Szabályok - ismétlődő tranzakcionális szekvenciák.

E/ Történet

1. A múlt, amennyiben a jelenre vonatkozik.
2. Genogram (a családfa grafikus megjelenítése a családi viszonyok szerkezetének történetét is jelezve).

F/ Terapeuta - család rendszer

1. Megjegyzendő, hogy a család hogyan válaszol a terápiás intervenciókra.

G/ Az információk/hipotézisek integrálása

1. Melyek a fő problémák/konfliktusok a családban?
2. Hogyan aktiválja egymást a tünet és a rendszer?
3. Mik a család erőforrásai?
4. Milyen problémákkal kell foglalkozni, milyen sorrendben és milyen eszközökkel?

A családlátogatás

Mint fentebb említettük, Minuchinék a terápiás étkezéssel a családterápia szokványos kereteit kiterjesztették a család hétköznapi életében való részvételre. Ennek a kiterjesztésnek egy változata a családlátogatás, mely annak ellenére, hogy számtalan új információval szolgálhat, illetve sok új intervencióra adhat lehetőséget, kevésbé terjedt el. A „résztvevő megfigyelő” szerep, ami a kulturális antropológiában és a csecsemő megfigyelésben elterjedten alkalmazott módszer, új szempontokat ad a család dinamika megéréséhez, a személyes határok/határtalanságok (pl. mindig nyitott ajtók) megismeréséhez, ezáltal a hatékony intervenciók megtervezéséhez. A pszichoterápiás kapcsolat elmélyítéséhez hozzájárulhat, hogy az orvos-betegtalálkozás nem hagyományos keretek, hanem informális, családi közegben történik. A hazai pozitív tapasztalatokról Túry és munkatársai (2006) számoltak be.

Családterápia bulimia nervosában

A bulimia nervosa relatíve idősebb korban kezdődik, sok beteg már önálló, a szülőktől független életet él. Eredeti családjukban élő pácienseknél a család gyakran kaotikus, a családtagok közötti a kapcsolatok kifejezetten ellenségesek ezért nem vonhatók be a terápiába. Ebben a körképben tehát ritkábban van lehetőség a családterápiára.

Fiatalabb, serdülőkorú bulimiás betegek esetében a fentebb részletezett strukturális, stratégias, transzgenerációs és integrációs családterápiák némi módosítással egyaránt jól alkalmazhatók (Vanderlinden és mtsai, 1992; Dodge és mtsai, 1995).

Az idősebb, már házasságban élő bulimiás betegek esetében párterápiát javasolnak, mivel ezeknek a betegeknek az új családjában az evészavarnak meghatározó funkciója van (Van den Broucke és mtsai 1997). A tünet legfontosabb funkciói: a transzgenerációs határok átjárhatóak maradnak; a tünetek a figyelmet elterelik a problémákról, és a konfliktusok elkerülését segítik, a betegség szabályozza a közelséget-távolságot, támogatja a szélsőséges komplementaritás fenntartását és a kontroll szabályozását.

A bulimia nervosa új, multiplex családterápiája (több család együttes kezelése, családcsoporthoz) egyesíti a család és a csoportterápia előnyeit, és ezzel a formával szemben a szülők ellenállása is kisebb (Honig, 2007).

Összefoglalóan elmondhatjuk, hogy prepubertásban és adolescenciában az anorexia nervosában szenvedő betegek kezelésében az elsőként választandó terápia a családterápia, mely gyakran tünetmentességet, sőt teljes gyógyulást eredményez. Idősebb, a szülőktől külön élő anorexiás és bulimiás betegek esetében a családterápiás eredmények kevésbé egyértelműek, a családterápia inkább integrált módszerek kombinációjában alkalmazható eredményesen (Tölgyes és Géczy 1993, Túry és Szabó 2000; Túry és Pászty 2008; Túry 2012).

Az elhízás családterápiája

Az elhízás soktényezős etiológiájú komplex pszichoszomatikus betegség. Kialakulásának háttérében, illetve komorbid betegségként gyakran fordul elő más evészavar, például falászavar, bulimia, vagy éjszakai falászavar. A klasszikus evészavarokhoz, az elhízáshoz is gyakran társul szorongás vagy depresszió, ezért a kezelés mindezen tényezők figyelembe vételével komplex, integrált módszerek kombinációját kívánja.

A pszichoszomatikus betegségek kialakulásában a családon belüli kommunikációs zavar patogén szerepet játszik, ezért a családterápia a kezelésben – gyerekek esetében különösen - kiemelt szerepet kap. A család jellegzetességeit vizsgálva, hasonló struktúrát és működési módokat találtak, mint a klasszikus evészavaros betegek esetében: az anya túlzottan óvó, gondoskodó, az apa kivonódott/kiszorult a családból. A kezelés célja a testsúly csökkentésén kívül a családi dinamika megváltoztatása (Pászthy és mtsai, 2007).

Ideális esetben az elhízott gyermekek kezelésében a mozgás- és nutritív terápia mellett a családterápia a komplex kezelés integratív része. Az elhízás, és az abból fakadó diétázás serdülőkorban az anorexia nervosa triggere lehet, ezért különösen fontos, hogy a háttérben lévő pszichológiai és családdinamikai tényezők kezelésére sor kerüljön. Sokszor a kövér gyermekek egyik vagy mindkét szülője elhízott, ami a problémával való szembesülést megnehezíti.

Harkaway (1982, 2000) a jellegzetes interakciós mintáik alapján öt típusba sorolta az elhízott gyermekes családokat:

1. Kétszülős család. A szülők között nincs egyetértés a gyermek súlyával kapcsolatban. Gyakran rejtett konfliktusaikba a gyermeket bevonják, trianguláció alakul ki. A gyermek mindkét szülőhöz szeretne lojális lenni, ezért a terápiába járás "adaptív" stratégia, de a fogyás nem.
2. A másik típus az egyszülős család (legtöbbször anyja és gyermek). A szülő az eredeti családjába általában nincs involválódva. Ezek a szülők problémáikkal magukra maradnak, sehonnan nem kapnak támogatást. A gyermek gyakran házastársi szerepet kap.
3. Az olyan kétszülős család, amelyben a szülők számára egységesen probléma a gyermek súlya, a konfliktus a szülői szövetség és a gyermek között áll fenn.
4. A háromgenerációs családokban sokszor egy szülő van, aki az eredeti családjáról nem vált le, s a gyermek valamelyik nagyszülővel transzgenerációs szövetségbe lép (pl. az anyja szeretné diétáztatni a gyermeket, a nagymama titokban eteti).
5. Vannak olyan családok, amelyek nem látják problémának a gyerek súlyát, ilyenkor többnyire szakember küldi terápiába a családot.

Gyermek- és serdülőkori elhízásban a klasszikus evészavarokban leírt strukturális, stratégiás, transzgenerációs és integrált családterápiás megközelítés egyaránt hatékonyan alkalmazható. A később, felnőtt korban kialakuló, még heterogénebb etiológiájú elhízás esetében a különböző egyéni és csoportterápiák a tapasztalatok szerint költséghatékonyabbak (Túry és Pászthy, 2008).

7.2.5.Csoportterápiák az evészavarok kezelésében

Az evészavarok kezelésében a csoportterápiákat gyakran alkalmazzák (Túry 1995). Igaz ez a komplex és integrált terápiákban is, amelyeknél a kezelés különböző fázisaiban a csoportterápiáknak (dinamikus, viselkedés, relaxációs, önsegítő, család stb.) más-más fontos szerep jut (Riskó, 1993):

1. A kognitív és magatartásbeli zavarok azonosítása és korrekciója
2. Az önmegerősítés, az asszertivitás fejlesztése
3. A kommunikációs készségek javítása
4. A magárahagyottság érzésének csökkentése
5. Visszajelzések biztosítása a hasonló problémával küzdő kortársaktól
6. A szociális szerepekkel való azonosulás és az ezekhez történő alkalmazkodó képesség fejlesztése
7. Információk nyújtása

Az evészavarokban kezelésében a csoportterápiák költséghatékony módszerek. Szinte minden terápiás irányzat kidolgozta a maga csoportmódszerét, amelyek az integrált megközelítésben jól alkalmazhatók. Az evészavar csoportterápiája homogén betegcsoporttal történik, de ezen belül az egyes alcsoportokat nem különböztetik meg. A csoportok általában zártak, de lehetnek akár nyitottak is, mint például a más mentális zavarokban nagy hagyományokkal rendelkező önsegítő csoportok (anonim alkoholisták, drogbetegek, stb.).

Az evészavarok integrált kezelésében a testorientált terápiáknak is kiemelt szerepük van. Ezek a terápiák szintén csoportos formában történnek, és vezetésük mozgásterapeuta vagy gyógytornász képzettséget igényel. Például a testképzavar korrekciójában alkalmazott testorientált terápiák a testkép korrekcióján túl a hiperaktivitás és az önkontroll probléma kezelésében is hatékonyak lehetnek. Legfontosabb technikái: relaxációs technikák, a tánc-és mozgásterápiák, légzésgyakorlatok, masszázs, video konfrontáció, stb.

A verbális csoportok közül röviden már beszéltünk a családcsoportról, a továbbiakban részletesen ismertetjük a viselkedés- és kognitív-terápiás megközelítést, és a pszichodrámat.

7.2.6. A pszichodráma szerepe az evészavarok kezelésében

A csoportpszichoterápiáknak, ezen belül a Moreno által kidolgozott pszichodrámának fontos szerepe lehet az evészavarok komplex, integratív kezelésében. A módszer hatékonyságáról néhány csoportterápiás esettanulmány beszámol ugyan, de ezek kevés összehasonlítható adatot tartalmaznak a konkrét betegek gyógyulásának, és a terápiás módszernek a kapcsolatáról (Treuer, 2001). A csoportok összeállításában a homogén és heterogén betegcsoportokról vannak tapasztalatok. A homogén csoportot az önfeltárás mélysége, illetve az érzelmi-indulati áttételes folyamatok kialakulásának kisebb problémája miatt inkább bulimiás betegek esetében javasolják. Vegyes csoportban a határok kezelését illetően az anorexiások és a bulimiások kiegészítik egymást, az anorexiások rigiditása csökken, a bulimiások képesek lesznek világosabb határokat kialakítani. A vegyes csoportok hátránya, hogy a betegek a tüneteket is eltanulhatják egymástól,

az anorexiások a falás-purgálást, a bulimiások a koplalást. Anorexiások esetében a monodramatikus terápia inkább javasolható, mint a homogén csoport.

A pszichodráma - a csoportfolyamatok terápiás hatása mellett - a verbális és nonverbális elemek együttes alkalmazásával segít az evészavarban szenvedő páciens mentalizációs deficitjének korrekciójában, Sáfrán (2008).

Az evészavaros csoportok jellegzetességei a pszichodrámaiban:

1. Az evészavaros betegek a felmelegedés szakaszában (warming up) könnyebben bevonhatók a strukturált játékokba. A bemelegítő gyakorlatok közvetlenül kapcsolódnak a tünetekhez (falás, hányás) és az ezekhez társuló érzésekhez. A csoportkohézió kialakítására már ebben a szakaszban nagy figyelmet kell szentelni, hogy a biztonság élménye kialakuljon a csoporttagokban.
2. A játék szakaszban három fő játéktípust alkalmaznak. A protagonista játék során a főszereplő vezetői segítséggel, és segéd-ének asszisztálásával játssza el témáját. A vignetták egyfelvonásos jelenetek, amelyben egy témát többen egymás után eljátszanak. A csoportjáték pedig spontán közös történet, amelyben a szerepét mindenki maga választja meg. Az evészavaros betegek kezelésének legfontosabb témái: az ételhez, illetve a testképhez/testsúlyhoz való viszonynak, valamint a kapcsolatok intimitásának, ön maga megélésének és az én-részeknek a megjelenítése. Az optimális távolság kialakításának, illetve a szeparáció-individuációnak az elősegítésére ilyenkor fontos szerepet kap a testi élmények felismerése, kifejezése, és kiemelten foglalkoznak a családi kapcsolatokkal is
3. Lezárás (sharing). A játék megbeszélése, a „szeretet katarzisa”. Az evészavaros betegek a csoporttagokkal gyakran titkolt, szégyellt és gyűlölt tartalmakat osztanak meg, melyek átdolgozásában a megbeszélés során kapott visszajelzések segítik őket. Ezek nélkül izolálódhatnak, ami acting out reakciót válthat ki.

Összefoglalóan azt mondhatjuk, hogy az evészavarokban a pszichodráma kezelés célja a testi élmények azonosítási képességének, a testképhez való viszonynak, és az önértékelésnek javítás. További cél az önállóság kialakulásának segítése, valamint a tünetek csökkentése, és a személyiségfejlődésbeli elakadás korrekciója. A sporadikus esettanulmányok sikeres eredményekről számolnak be, azonban a kutatás módszertanilag megfelelő hatékonyságvizsgálatok még váratnak magukra.

7.2.7.Kognitív-viselkedésterápiák

Az evészavarok kezelésében a pszichodinamikus megközelítés költség-hatékonyságának problémái miatt a családterápiás irányzattal párhuzamosan fejlődött a viselkedés, majd kognitív terápiás irányzat. Az 1970-es években a klasszikus viselkedésterápiás stratégiák terjedtek el, majd később, a depresszió kognitív terápiájának kidolgozását követően a módszert egyre több kórkép terápiájában alkalmazták. A kognitív-behaviorális megközelítés a '80-as évektől az evészavarokban is egyre általánosabbá vált. Az ezredfordulón az evészavarok terápiájában

újításként megjelent a séma-fókuszú kognitív terápia, amelyet korábban elsősorban személyiségzavarok esetén használtak. A kognitív terápiájának ezt a módját multiimpulzív bulimia nervosában, illetve komorbid személyiségzavarokban szenvedő pácienseknél kezdték bevezetni, mivel egyrészt ezek a kórképek egyre gyakoribbá váltak, másrészt a klasszikus kognitív és viselkedésterápia ezeken a betegeken nem segített. A XXI. század első évtizedében a viselkedés- és kognitív, valamint a séma-terápia elemeit ötvöző, integrált terápiás megközelítés terjedt el leginkább, amely lehetővé teszi a diagnózistól függő, személyre szabott stratégia kidolgozását. Ezek a technikák egyéni és csoportos formában egyaránt jól alkalmazhatók, s ez a kezelés költség-hatékonyságát is javítja (Tölgyes, 2008; Tölgyes és mtsai, 2008).

Megemlítendő még a Ryle-féle kognitív analízis (Cognitive Analytic Therapy, CAT), amelynek lényege az újrafogalmazás. Ez a megközelítés a kognitív terápia elemeit analitikus elemekkel ötvözi, azonban a tudatos folyamatok nagyobb hangsúlyt kapnak. A kognitív analízis időhatáros terápia, amely a személyiségzavarok, ezen belül a borderline személyiségzavar kezelésében hatékonyak bizonyult (Ryle és Kerr, 2002). A kognitív analízis Magyarországon alig ismert, nem is terjedt el, aminek oka talán az, hogy hatékonyságáról nagyon kevés vizsgálati adat áll rendelkezésre, s ezért itt ezzel részletesebben nem foglalkozunk.

A klasszikus viselkedésterápia

A klasszikus viselkedésterápia rövid, strukturált terápia, amelyben a terapeuta aktív és direktív. Természetesen a nonspecifikus terapeutaváltozók a viselkedésterapeutára is jellemzőek (empátia, kongruencia és feltétel nélküli elfogadás). A klasszikus viselkedésterápia tematikusan felépített, és ezért evészavarokban – különösen obezitásban – csoportos formában is jól alkalmazható.

Mint minden terápia, a klasszikus viselkedésterápia is szerződéskötéssel kezdődik, azonban a viselkedésterápiás szerződés legtöbbször írásban köttetik, és meghatározza az elérendő célokat és a szabályokat. Az evészavarok terápiájának elsődleges célja a tünetek redukciója, illetve a táplálkozási magatartás kontrolljának kialakítása, ezért a terápiás szerződés tartalmazza a célsúlyt, a heti súly változás ütemét, a célok elérésének pozitív, és el nem érésének negatív következményeit.

A terápiás beavatkozást megelőzi a viselkedésdiagnosztika, aminek elengedhetetlen adatforrásai a probléma viselkedés külső megfigyelése, és önmonitorozása. Az önmonitorozás első lépcsője az étkezési napló. Egyik evészavar viselkedés és kognitív terápiájában sem nélkülözhető az étkezési napló. Az étkezési naplónak tartalmaznia kell minden étkezés helyét, idejét, az elfogyasztott étel és ital mennyiségét, a körülményeket, a hányást, a hashajtózást, és azok mértékét, továbbá az evést, és a purgáló viselkedést megelőző és követő érzések, gondolatok leírását. Az étkezési napló a viselkedés-diagnosztikán kívül a beteg önkontrolljának is fontos eszköze. (lásd 7. számú ábra, példa: faló-purgáló anorexiás étkezési naplójának részlete)

7. számú ábra Étkezési napló

Mikor eszem? Dátum, óra, perc, időtartam	Hol, kivel Eszem?	Minden, amit megeszek és megiszok	Érzések és gondolatok evés előtt	Érzések és gondolatok evés után	Purgálás? Hányás? Hashajtó? Egyéb?	Érzések? Gondolatok purgálás után
18,15-21,30	Otthon a konyhában, és a szobában	2db gyümölcsös joghurt, 1 adag tézstasálata, kávé, 2 db pozsonyi kifli, 3 gombóc fagy, 2 sportszelet, 2 szelet sajt, 2 óriás túró rudi	Fáradt vagyok, az esti koncertet lemondta a barátnőm, csalódott vagyok, vigaszra van szükségem	Szétfeszül a gyomrom, rosszul vagyok, szégyellem magam	2 db hashajtó	Várom mikor fog hatni, számolom, hogy mennyi kalória szívódhat addig fel, utálom magam, el vagyok keseredve Nyomorultul érzem magam

Az anorexia nervosa kezelésében az operáns kondicionálás a legeredményesebb klasszikus viselkedésterápiás módszer. Ennek alkalmazásakor a terapeuta közvetve azokat a magatartásformákat erősíti meg, amelyek közvetve segítik a célzott súlygyarapodást (heti 1-1,5 kg). A súly stagnálásáért, vagy a fogyásért büntetéséként jutalommegvonás jár.

Az ingerdiszkrimináció technikája a testészlelés differenciálódását hivatott segíteni, az anorexiások interoceptív érzékelése fejletlen, hajlamosak az éhség és más belső állapotok (pl. érzélem) összekeverésére.

Anorexia nervosában szenvedő betegeknél a testsúly növelés mellett a szociális készségek fejlesztése is kiemelt terápiás feladat. Az önállósodással, a felnőtt- valamint a női szereppel kapcsolatos magatartásformák kialakítása komplex viselkedéstréning formájában történik. A kezdeti időkben, főképp a kórházi kezelés során, a szigorú viselkedésterápiás protokollok terjedtek el. A sokszor látványos és gyors siker azonban csak rövid ideig tartott, a kezelés hosszútávon nem bizonyult eredményesnek, ezért az 1980-as évektől a megengedőbb, több kognitív elemet tartalmazó stratégiák kerültek előtérbe.

Az anorexia és a bulimia nervosa kognitív-viselkedésterápiája egymáshoz hasonló elveken és módszereken nyugszik, és lehetőség szerint ambuláns formában zajlik. A kezelés során a viselkedésváltoztatás mellett jelentős hangsúlyt helyeznek a kognitív átstrukturálásra is. A két klasszikus evészavar terápiás megközelítésében azonban van néhány „súlyponti” különbség. Az anorexiások központi tünete az extrém alacsony testsúly, viszont erre betegségbelátásuk nagyon csekély, „sokszor küldik őket”, ezért a pszichoterápiába nehezebben vonhatók be. A kezelés elején tehát a kitűzött cél motiváció felkeltése.

A bulimiás betegek központi problémája szintén a testsúly, azonban mivel súlyuk általában normálisnak mondható, a terápiában ennek ellenőrzése kisebb szerepet kap. Betegség tudatuk megfelelő, a terápiára motiváltak, többnyire együttműködők. Különbség van a terápia hosszúságában is: az anorexia terápiája általában egy év, míg a bulimia nervosa kezelése rövidebb, 18-20 üléses, és fél éven belül lezárul. (áttekintő irodalom: Freeman, 1995; Garner és mtsai 1997; Waller és mtsai, 2007; magyar nyelven: Tölgyes és mtsai, 1996; Tölgyes és mtsai, 2008; Túry és Szabó, 2000)

Az anorexia nervosa kognitív viselkedésterápiája

Ahogy arról korábban már volt, fiatal anorexiás betegek esetében a családterápia igen hatékony, ezért ez az első választandó kezelési mód. Olyan esetekben azonban, amikor a család nem vonható be a kezelésbe, vagy ha idősebb, már önálló életet élő betegekről van szó, a kognitív-viselkedésterápia jön szóba. Ez lehetőség szerint ambuláns formában történik, a kórházi kezelés azonban bizonyos testsúly alatt elkerülhetetlen. A kezelés három szakaszra osztható. Az ülések az első fázisban (kb. 1 hónap) hetente két, a másodikban hetente egy, majd a harmadikban kéthetente, később havonta, majd még ritkábban történnek.

Az első szakaszban a cél a bizalom, illetve a terápiás kapcsolat kialakítása, a terápiára való motiváció felkeltése. Fontos a pszichoedukáció, azaz a páciens korának és intellektusának megfelelő szinten meg kell ismertetni a betegséggel és az annak kognitív magyarázatával kapcsolatos ismereteket. Ebben a szakaszban történik a terápiás keretek kialakítása, a viselkedés, a kogníciók, és az emóciók önmonitorozása a kognitív diszfunkciók feltérképezése, illetve a szükséges változtatások lépéseinek rögzítése.

A következő szakaszban a feladat a testsúllyal és az ételekkel kapcsolatos hiedelmek, diszfunkcionális feltevések, maladaptív sémák megváltoztatása, kognitív újrastrukturálása. Az énkép megváltoztatása, és az interperszonális kapcsolatok újraértelmezése, az autonómia igény megfogalmazása, az önkontroll élmény leválasztása az evésről és a testről, és kiterjesztése más területekre, a család bevonása (ha szükséges és lehetséges).

Az elért eredmények összegzése, relapszus prevenciós technikák kidolgozása, felkészülés a lezárásra. Kiemelten fontos a visszaesésekre való felkészítés, és olyan módszerek kialakítása, melyek meggátolják, hogy a hibás kognitív sémák aktiválódjanak, és az inadekvát kompenzatív reakciók beinduljanak.

Az ülések struktúrája hasonlít más betegségekben (pl. depresszió) alkalmazott kognitív terápiás ülések struktúrájához, azonban speciális kiegészítéseket tartalmazhatnak.

1. Súlymérés. Anorexiában elmaradhatatlan, és mivel a terápiás célkitűzések szorosan kapcsolódnak a célsúlyhoz, a súlymanipulációt érdemes kizárni, illetve megbeszélni a beteggel, hogy hosszútávon nem vezet eredményre. (Egyszer ugyan meg lehet inni 1 liter vizet, de 3 hét múlva már 5 litert kellene, és az nemigen lehetséges.) A mért súly megbeszélése.
2. A szomatikus problémák felmérése, intervenciók (ha szükséges).
3. Az ülés napirendjének megbeszélése.

4. Az étkezési napló áttekintése, az étrend tervezése, az evéssel és a testtel kapcsolatos érzések, kognitív koceptualizáció, negatív gondolatok azonosítása, szituációelemzés, interperszonális kapcsolatok problémája, az adott probléma megoldásában segítő kognitív technikák megtanítása (pl. automatikus negatív gondolatok naplója). Leggyakoribb kognitív disztorziók: perfekcionizmus, dichotóm gondolkodás, értéktelenség, inkompetencia séma.
5. A diszfunkcionális viselkedések és sémák azonosítása és változtatása, kognitív technikák alkalmazása (pl. előny-hátrányelemzés, gondolat-naplók, stb.).
6. Az ülésen megtanult dolgok összefoglalása (ezt először a betegről kéri).
7. A házi feladatok megbeszélése (ezek az aktuális ülésen felmerült problémához kapcsolódnak, amelyeken ellenőrzik, hogy a feladatokat a beteg megértette-e).

Az anorexia nervosa kezelésében a kognitív viselkedésterápia bizonyítottan hatékony eljárás (Fairburn és Harrison 2003; Tölgyes és Unoka 2008; Szumska és mtsai, 2012) Lásd 6. számú táblázat.

A bulimia nervosa kognitív viselkedés-terápiája

Az evészavarok közül leginkább a bulimia nervosa kognitív viselkedés-terápiája terjedt el. A sikerességét a '80-as évek óta számos hatékonyságvizsgálat támasztotta alá. Jelentős eredményeket a bulimiás tünetek redukciójában, illetve újabban a falászavarban is. (Fairburn és Harrison 2003; Szumska és mtsai, 2012). (Lásd 6.számú táblázat)

Az anorexiásokkal szemben, a bulimiásoknak adekvát betegségbelátásuk van, és a terápiára megfelelően motiváltak. Esetükben a kezelés rövid, időhatáros, 18-20 ülésből áll, kezdetben heti két, majd heti egy, végül ritkább találkozókkal. Általában nem önmagában a testsúly van fókuszban, hanem az ezzel kapcsolatos inadaptív étkezési magatartás, a koplalás-falás-purgálás ördögi körének megszakítása. A terápia során feltárják az evéssel kapcsolatos kóros magatartás háttérében álló hibás kogníciókat, téves hiedelmeket, sémákat. A kezelés a jelenre és a jövőre koncentrál, a múlttal csak annyiban foglalkozik, amennyiben az adott probléma (pl. diszfunkcionális séma) kialakulásában szerepe van. A bizalmi viszony, a megbízható terapeutapáciens kapcsolat kialakítása itt is rendkívül fontos szerepet játszik. A kezelés struktúrája hasonló a más zavarokban (anorexia nervosa, depresszió, stb.) alkalmazottakhoz.

1. Az első szakasz célja a bizalomteli kapcsolat kialakítása, és a viselkedésváltoztatás (kb. 6-8 ülés). A betegséggel kapcsolatos pszichoedukáció, és a kognitív szemlélet bemutatása. Magyar nyelven önsegítő kézikönyv egyelőre csak néhány betegséggel kapcsolatban van, a bulimia szerencsére ezek közé tartozik. Két remek, gyakorlatias, jól használható önsegítő kalauz is hozzáférhető (Cooper, 1994 Túry, 2005).

A viselkedésdiagnosztika mellett a kognitív térképezés is ebben a szakaszban kezdődik, de az egész terápián végigvonul. A gondolkodási hibák, a testtel, az evéssel kapcsolatos diszfunkcionális feltevések azonosítása, és különböző kognitív-viselkedésterápiás technikákkal való megkérdőjelezése. Az önfigyelés először az étkezéssel kapcsolatos, majd fokozatosan kiterjed az élet többi területére. Az interperszonális kapcsolatok önmonitorozásának például kiemelkedő jelentősége van.

Átállás heti egyszeri súlymérésre. Sokszor ugyanis probléma, hogy a betegek naponta akár többször is megméri magukat, ami a téves hiedelmeket megerősítheti (pl. ha egy teljes adag ebédet megeszem, hízik tőle 1 kilót”).

Az egészséges, rendszeres, változatos étkezési szokások fokozatos kialakítása. Önkontroll stratégiák tanulása, az önkontroll funkciók erősítése (pl. ingerkontroll, nem tart veszélyes ételeket a lakásban, stb.). A kognitív átstrukturálás elkezdése. A falásrohamok kiváltó ingereinek– például többnyire interperszonális konfliktusok, negatív hangulati állapotok, diszfunkcionális gondolatok - azonosítása után az ingerek adaptív kezelésének megtanulása. Az automatikus negatív gondolatok azonosításában a betegeket segítheti, ha megtanulják az öt vagy hét oszlopos kognitív terápiás technikát. (lásd 8. számú ábra)

8. Ábra Az automatikus negatív gondolatok azonosítása (példa)

Helyzet Mit csináltam, Mit gondoltam?	Érzések Mit éreztem? Mennyire volt rossz?	Automatikus gondolatok	Alternatív magyarázatok	Érzéseim most
Régi farmer felpróbálása és kicsit szűk. Megint híztam!	Düh 80% Harag 95% elkeseredés 100%	Kövér disznó vagyok, jobb ha nem is megyek emberek közé. Nem lett volna szabad ebédelnem.	1. A mosáskor minden farmer összemegy. 2. Nagyon régen vettem, akkor tényleg nagyon sovány voltam. 3. Régi úgyis, itt az ideje, hogy újat vegyek	Düh 60% Harag 75% elkeseredés 70%

2. A középső fázis 8 ülésben, heti egy alkalommal zajlik. Célja, hogy normál étkezési szokások stabilizálása mellett megtörténjen a kognitív átstrukturálás. Ebben a szakaszban történik a leginkább meghatározó diszfunkcionális sémák és attitűdök megváltoztatása. A bulimiában jellemző specifikus diszfunkcionális attitűdök többnyire a karcsúsággal és a sikerrel, a perfekcionizmussal, és az önkontrollal függenek össze. A betegeket általában a dichotóm (minden vagy semmi) gondolkodásmód jellemzi. Az önértékelésben a külső megjelenés és attraktivitás túlzott jelentőséget kap.

A pácienseknek kognitív technikák segítségével megtanítják, hogy a maladaptív kogníciókat hogyan tudják adaptívakkal helyettesíteni. A depresszió kezelésére kidolgozott kognitív technikák (előny-hátrány elemzés, lefelé nyíl technika, stb.) bulimiában is jól használhatók.

3. A végső fázisban, amely kéthetente, összesen 4 találkozást jelent, az ülések célja az elért eredmények stabilizálása, és a visszaesések megelőzése. Ilyenkor tudatosítani kell a betegekkel, hogy a veszélyhelyzetekre fel lehet készülni, a terapeuta példákat kér a közeljövőben várható nehézségekről, közösen elemezik a problémát, és adaptív megoldásokat dolgoznak ki. A

pácienseket az egyszeri falás-hányás rohamok lehetőségére is fel kell készíteni. Ezeket meg kell különböztetniük a visszaeséstől. Hasznos, ha a beteg írásban relapszus prevenció tervet készít, melynek elemei a következők:

- a. Ha a falás-purgálás újra előfordul, tudatosítsa, hogy valójában miről is van szó.
- b. Térjen vissza az önmonitorozáshoz.
- c. Idézz fel és alkalmazza mindazokat a stratégiákat, amelyek korábban adaptívak voltak.
- d. Újra elkezdi a kognitív újrastrukturálást a problémák hatékony kezelésére.
- e. Rövid távú, reális célokat kitűzése.

A bulimia nervosa kognitív viselkedésterápiája rövid, strukturált terápiás beavatkozás, a terapeuta aktívan és direktíven vesz részt benne. A változások generalizációjában bízva a terápiajelentős részében az étkezéssel és a testképpel foglalkozásnak, az élet egyéb területeinek problémáira kevesebb figyelem jut. Bár a terápia során a falásrohamok és a purgáló viselkedés szempontjából jelentős tünetredukció érhető el, a betegek mintegy felénél, az elért eredmények hosszútávon nem bizonyultak tartósnak. Hasonló felépítésű kognitív-viselkedésterápiával jelentős sikereket lehet elérni a falászavar kezelésében is (Szumska és mtsai, 2012).

Egyes betegeknél, különösen, ha a bulimia személyiségzavarral társul (lásd multiimpulzív bulimia nervosa), ez egyre gyakoribb, a klasszikus kognitív-viselkedésterápia effektusa csekély. Ezekre az esetekre dolgozták ki a korábban említett Ryle-féle kognitív analízist, valamint a Young-féle séma-fókuszú kognitív terápiát.

A séma-fókuszú kognitív-viselkedésterápia

A séma-fókuszú kognitív-viselkedésterápia a Young-féle sématerápiának a klasszikus kognitív viselkedésterápiára nem reagáló evészavarokra történő adaptálása. Általában olyan kórképek kezelésében van erre szükség, amelyeknél az evészavar személyiségzavarral társul. Young (1999) modelljét a kognitív és az analitikus elvek integrálásával dolgozta ki. Elméletében öt alapvető érzelmi szükségletet jelöl meg:

1. Biztonságos kötődés (a biztonság, az állandóság, gondoskodás és elfogadottság igénye).
2. Az autonómia, a kompetencia és az énazonosság érzésének igénye.
3. A jogos szükségletek és az érzelmek kifejezésének igénye.
4. A spontaneitás és a játékosság iránti igény.
5. A reális keretek és önkontroll igénye.

Amennyiben az alapszükségletek kielégítetlenek, a veleszületett temperamentum sajátosságok, illetve a kora gyermekkori és serdülőkori tapasztalatok függvényében kialakulnak az ún. korai maladaptív sémák. Ezek olyan átfogó és komplex kognitív, illetve emotív mintázatok, amelyek mentén a személy az önmagára és a világra vonatkozó információkat strukturálja. Számos tanulmány igazolta, hogy ezek a korai maladaptív sémák az evészavarok kialakulásában és fenntartásában egyaránt szerepet játszanak (Leung és mtsai 1999; Gorgora és mtsai 2004; Tölgyes 2007; Unoka 2007; Unoka és mtsai 2008; Tölgyes és mtsai 2008).

A korai maladaptív sémák legfontosabb jellegzetességei:

- Kiterjedt, átfogó mintázatok, “témák”.
- Emlékeket, kogníciókat, érzelmeket, és testi érzéseket foglalnak magukban.
- Aktiválódásukkor magas hőfokú, szétziláló affektusok lépnek fel.
- A személy önképére és másokkal való kapcsolatára egyaránt vonatkoznak.
- Korai gyermek- és serdülőkorban alakulnak ki.
- Az egész élet folyamán módosulnak és
- jelentős mértékben diszfunkcionálisak (Young és mtsai 2003).

Az alapszükségletek szerint öt sématartományt írt le, melyekhez összesen 18 általa azonosított maladaptív séma tartozik.

I. *Elszakítottság és az elutasítottság séma tartomány.* A bizalmi kapcsolatok kialakításának sérülése, melynek háttérében instabil családi viszonyok állhatnak. Az ide tartozó sémák a következők:

1. Elhagyatottság-instabilitás
2. Ézelmi depriváció-érzelem-megvonás
3. Bizalmatlanság-abúzus
4. Csökkentértékűség-szégyen.
5. Társas izoláció-elidegenedettség

II. *Károsodott autonómia és teljesítőképesség séma tartomány.* Az autonómia az önállóság, a szülőkről való leválás képessége. A séma kialakulásának háttérében túlóvó, vagy épp elhanyagoló családi háttérrel feltételeznek. Az ide tartozó sémák:

7. Dependencia-inkompetencia
8. Sérülékenység-veszélyeztetettség
9. Összeolvadtság-éretlenség
10. Kudarca ítéltég

III. *A károsodott határok séma tartomány.* A belső korlátok, az önfegyelem és a kölcsönösség hiánya, narcisztikus vonások:

11. Feljogosítottság-grandiozítás
12. Elégtelen önkontroll-önfegyelem

IV. *Kóros másokra irányultság séma tartomány.* A saját szükségleteket, igényeket háttérbe szorító, a másokra centráló beállítódás. A tipikus családi háttér a feltételekhez kötött elfogadás, a szülők saját igényei fontosabbak, mint a gyermek szükségletei. Sémák:

13. Behódolás
14. Önfeláldozás
15. Elismerés-hajszolás

V. *Aggályosság és gátlás sématartomány.* A spontaneitás hiánya, az érzelmek elnyomása a teljesítmény és szigorú szabályok betartása kerül előtérbe. A tipikus családi háttér: még az öröm, és más érzések elnyomása árán is a perfekcionizmusra és a teljesítményekre való törekvés.

16. Negativizmus-pesszimizmus

17. Érzelmi gátoltság
18. Könyörtelen mércék-hiperkritikusság
19. Büntető készenlét

Young elmélete szerint a maladaptív viselkedések (tünetviselkedések) a sémákra adott reakciók, nem pedig a séma részei. Az evészavar tünetek a maladaptív sémák elkerülésére és/vagy kompenzálására tett kísérletekként foghatók fel. A kényszeres diétázás például, a kudarcra ítéltség séma kompenzálásaként értelmezhető. Ezzel szemben a falás-purgálás tünetekkel a beteg az elhagyatottság, vagy a bizalmatlanság-abúzus sémák aktiválódásából származó magányosságot, dühöt, és egyéb negatív érzelmeket nyomja el.

A séma-fókuszú kognitív-viselkedésterápia kevésbé strukturált, és hosszabb ideig tart, mint a klasszikus kognitív-viselkedésterápiák. Az ülések általában több mint egy éven át heti egyszer történnek. Az étkezéssel és a testképpel kapcsolatos kogníciókon túl a terápia az általánosan meghatározó korai maladaptív sémákra fókuszál. A terápiás kapcsolat kiemelten hangsúlyos, a terapeuta aktív és direktív, hagyományos kognitív és viselkedésterápiás módszereket, imaginatív és szerepjáték technikákat egyaránt alkalmaz. A kezelés itt is három szakaszra osztható:

1. A kezelés elején a korai maladaptív sémák azonosítása történik meg. Erre nagyon jól használható a Young-féle séma kérdőív (Young, 1999; hazai adaptáció Unoka és mtsai 2004). Pszichoedukáció is történik. A pácienssel érthető módon megismertetik a kogníciók, a diétázó viselkedés és a bulimiás roham betegségével való kapcsolatát, illetve a séma elméletet. A terápiás kapcsolat kialakításában a Rogersi terapeutaváltozók annak ellenére fontosak, hogy a terapeuta kifejezetten aktív és direktív. A terapeutának nagy tapasztalatra és speciális képzettségre van szüksége.
2. A terápia a maladaptív sémák értelmezésén túl azok kialakulásának hátterét vizsgálva a korai tapasztalatokkal is foglalkozik. A feltáró munka során a páciens megérti, és átéli, hogy a kora gyermekkori hatások, és körülmények mellett reakciói valószínűleg adaptívak voltak. Környezete azonban, valamint ő maga is megváltozott (pl. kikerült az abuzív családból, felnőtt és nem kisgyermek), ezért a régi sémák az új helyzetek értelmezésére, azokra való reagálásra nem alkalmasak. A terápia célja a kognitív újrastrukturálás, a korai maladaptív sémák megváltoztatása, adaptívabbak kialakítása.
3. A terápia lezárása előtt az ülések ritkulnak. A kognitív újrastrukturálás, az adaptívabb sémák kialakítása nyomán a tünetek csökkenése, vagy megszűnése várható. Ebben a fázisban a relapszus prevenció, és a relapszus kezelés kiemelt fontosságú. A terápia során kialakított kognitív és viselkedéses technikákat összegyűjtik, és felkészítik a beteget a várható nehézségekre (pl. a koplalás veszélyes, mert falásrohamot indukálhat, milyen jelzésekre figyeljen, amelyek a visszaesést megelőzhetik, stb.).

Bár az evészavarok séma-fókuszú kognitív-viselkedésterápiájával kapcsolatban kevés hatékonyságvizsgálat ismert, úgy tűnik, hogy mind a hagyományos kognitív viselkedésterápiára nem reagáló bulimia, mind a multiimpulzív bulimia esetében jelentős és tartós eredményeket lehet elérni (Tölgyes és Unoka 2008).

Hatékonyság vizsgálatok

A klasszikus evészavarok pszichoterápiája jelentős múlttal rendelkezik, így a különböző terápiás megközelítésekről vannak összehasonlítható eredmények. (Lásd 6. számú táblázat, Szumska és mtsai 2012 nyomán)

Terápiás megközelítés	Anorexia nervosa		Bulimia nervosa		Falászavar	
	bizonyíték	Hatékonyság	bizonyíték	Hatékonyság	Bizonyíték	Hatékonyság
Antidepresszív (akut)	mérsékelt	0	jelentős	**	mérsékelt	**
Antidepresszív (relapszus prevenció)	mérsékelt	*	mérsékelt	*	nincs	-
Kognitív-analitikus terápia	mérsékelt	*	nincs	-	nincs	-
Kognitív-viselkedés terápia	mérsékelt	*	erős	***	közepes	***
Családterápia serdülőknél	közepes	***	nincs	-	nincs	-
Interperszonális pszichoterápia	nincs	-	közepes	**	mérsékelt	***
Pszichodinamikus terápia	mérsékelt	*	mérsékelt	*	nincs	-
Táplálkozási tanácsadás	mérsékelt	0	mérsékelt	*	nincs	-

6.Táblázat A terápiás megközelítések hatékonysága és a bizonyítékok erőssége a kontrollált vizsgálatok alapján (Szumska és mtsai, 2012, 157o.)

Bizonyítékok erőssége:

nincs - nincs vizsgálat;

mérsékelt - négy vizsgálat van és egyik sem kiváló minőségű;

közepes - legalább négy vizsgálat, vagy kettő kiváló minőségű;

jelentős - a közepes és erős között,

erős - legalább tíz vizsgálat, és legalább öt kiváló minőségű vizsgálat.

Hatékonyság:0 - nem hatékony *□- enyhe, **- mérsékelt, ***- közepes

A táblázatból látható, hogy az anorexia kezelésében – serdülők esetében a családterápia a leghatékonyabb kezelés, a bulimia és falászavar hasonlóan reagál a különböző megközelítésekre, és legnagyobb effektusa mindkét zavar esetében a kognitív-viselkedés és az interperszonális terápiának van.

7.3. Az obezitás pszichoterápiája

Az elhízás komplex és heterogén etiológiájú probléma, a klasszifikációs rendszerek szerint nem a mentális zavarok közé tartozik, ezért pszichoterápiás kezelésének nincs hosszú múltja. A pszichoanalitikus megközelítés az orális fixáció szerepét hangsúlyozza, azonban önmagában az elhízás kezelésére az alacsony költséghatékonyság miatt a dinamikus megközelítést nem alkalmazzák elterjedten (Riskó, 1993).

Mint korábban említettük, az elhízott gyermekek családjára a pszichoszomatikus családok sajátosságai jellemzőek, ezért a családterápia az elhízott gyermekek esetében kikerülhetetlen.

A hipnózissal, illetve más módosult tudatállapottal történő kezelés hatékonyságára csak sporadikus esettanulmányok utalnak, és nagyszámú esettel végzett hatékonyságvizsgálatok nem ismertek (Túry, 2000).

A csoportterápiás megközelítések közül a legtöbb bizonyíték a viselkedés-és kognitív terápiás módszerrel kapcsolatban van. A viselkedésterápia főként az étkezéssel kapcsolatos viselkedések megváltoztatásával foglalkozik, a kognitív-viselkedésterápia pedig a táplálkozási ezen kívül az étkezéshez és a testképhez kapcsolódó kognitív disztorziókkal, azok módosításával is törődik (Géczy és Perczel, 1988; Cooper és mtsai 2003; Perczel és Czeglédi 2009).

Az elhízás viselkedésterápiáját lépésről-lépésre ismertetjük, mivel ez a terápia az, amelyet rövid tréninget követően, szupervízió mellett pszichológus alapképzettséggel is lehet végezni.

Az obezitás viselkedésterápiája

Az elhízás 60-as évektől történő járványszerű terjedése új pszichológiai terápiás stratégiák kidolgozását is motiválta. Az obezitás költséghatékony kezelésére a klasszikus analitikus kezelések mellett Amerikában és Európában is új, viselkedésterápiás módszereket dolgoztak ki. . Az elhízás viselkedésterápiájának hazánkban nagy hagyományai vannak Az első hazai közlemény a 80-as években jelent meg, és az óta a hagyományos viselkedésterápiás elemek megőrzése mellett a kognitív elemekkel kibővített, kognitív-viselkedésterápiás megközelítés került előtérbe (Stuart 1967; Rinck és Mohr 1984; Géczy és Perczel 1988; Wadden és Foster 2000; Cooper és Fairburn 2001; Cooper mtsai 2003; Wing 2004).

A kognitív-viselkedés csoportterápia rövid, strukturált, időhatáros módszer. A vezető aktív és direktív. A csoportok összetételüket illetően a klasszikus evészavarokhoz hasonlóan homogének. A csoportok tagjai tehát valamennyien elhízott egyének, de a túlsúly mértéke szerint hasznos a heterogenitás. A terápiás cél nem csupán a testsúly csökkenése, hanem az étkezési magatartás, valamint az életmód változtatása. A kognitív terápiában a testképpel, és az önértékeléssel is hangsúlyosan foglalkoznak. A csoportterápia az integrált kezelésben nutritív- és mozgásterápiával is társul.

A viselkedésterápiás csoport struktúrája (például Rinck és Mohr 1984, hazai adaptáció Géczy és Perczel 1988): a 24 hetes program első 8 hetében a csoportvezető minden héten jelen van a kurzuson, majd pedig 8 hétig kéthetente. Közben a csoporttagok vezető nélkül is találkoznak. Az

utolsó 8 hétben a vezető havonta vesz részt az üléseken. A pszichoedukáción kívül a vezető feladata a csoportfolyamatok moderálása, és az önsegítő csoporttá alakulás katalizálása.

A terápia a szerződéskötéssel kezdődik (itt írásbeli, lásd 9. számú ábra), és három szerkezeti egységből áll:

9. ábra

MEGÁLLAPODÁS

1. Vállalom, hogy részt veszek a kurzuson, a foglalkozásokon pontosan megjelenek.
2. Vállalom, hogy a feladatokat rendszeresen elvégzem, és a foglalkozásokra magammal viszem.
3. Tudomásul veszem, hogy ha több mint két foglalkozást elmulasztok, a csoportterápia számomra idő előtt befejeződhet.
4. A csoportfoglalkozáson elhangzottak az orvosi titoktartás hatálya alá esnek, arról máshol, mással nem beszélek.

A kurzusvezető kötelezi magát, hogy a tudományos kutatások eredményeinek és a terápiás gyakorlatnak megfelelő csoportterápiás kurzust vezet. Az ott elhangzó adatok titkosságáért felel.

Dátum:

.....
csoportvezető

.....
csoporttag

A terápia szakaszai:

1. A terápiás célok meghatározása. Az étkezési magatartás megfigyelése.
A csoportvezető feladata, hogy a tagokat a célkitűzésekben a realitás felé terelje. A tapasztalat az, hogy 10-15%-os súlycsökkenés már számos mérhető pozitív egészségügyi hatással jár, és a megtartása is könnyebb. A jelentősebb hirtelen súlyvesztés a jo-jo effektushoz vezethet. A viselkedésterápia elsődleges célja nem maga a súlyvesztés, hanem sokkal inkább a túlsúlyt eredményező étkezési szokások megváltoztatása, az egészségesebb életmód kialakítása. A táplálkozásra, a túlsúly kialakulására és a viselkedésterápiás alapokra vonatkozó ismeretek átadása és megbeszélése után a házi feladat a tünetviselkedés megfigyelése: a testsúly mérése, és heti egyszer feljegyzése, valamint az étkezési magatartás önmonitorozása. Hasonlóan történik, mint a klasszikus evészavarokban. A csoport tagjait ebben jól strukturált űrlapok segítik. Illusztráció: étkezési napló, megfigyeléseim az evésről (lásd 10. 11.számú ábra).

10. ábra
Étkezési napló

Mikor eszem? től-ig	Hol eszem? Kivel eszem	Minden amit megeszem és megiszom. Pontosan megmérve: gramm, ml	Kalória	Megjegyzések

11. ábra
Megfigyeléseim az evésről és az ivásról

1.Érzéseim és cselekedeteim evés / ivás előtt:	Strigulák	Összesen
Jókedv, öröm, jó érzés		
Düh, idegesség, zavartság		
Fáradtság, unottság		
Magányosság, szomorúság		
Kimerültség		
Bevásároltam		
Valami ehetőt láttam		
Másokat enni/inni láttam		
Valami kellemetlenség ért		
Egyéb.....		

2.Okom az evésre, ivásra:

Mindig ilyenkor eszem		
Éhes voltam		
Étvágyam volt		
Éppen volt időm		
Bele kellett kóstolnom		
A maradékokat meg kellett enni		

Már úgyis vétkeztem		
Mások kínáltak		
Egyéb.....		

3. Hogyan eszem/iszom:

Élvezem		
Alig veszem észre		
Mohón felfalom		
Étvágygerjesztő a tálalás		
Nem túl kíváncsú a tálalás		
Egyéb.....		

4. Tevékenységem evés/ivás közben:

strigulák

összesen

Csak az ízekre koncentrálok		
Másokkal beszélek		
Gondokkal foglalkozom		
Nem törődöm a gondokkal		
Olvasok, dolgozom, tévézek		
Egyéb.....		

5. Tovább eszem, bár jóllaktam:

Mert maradt még étel		
A többiek még esznek		
Kínálnak		
Nem tudom abbahagyni		
Egyéb.....		

6. Így érzem magam evés után:

Kellemesen		
Rossz a lelkiismeretem		
Feszül a gyomrom, tele vagyok		
Még szívesen ennék		
Egyéb.....		

Megfigyeltem még azt is, hogy

.....

.....

.....

2. A következő szakasz a viselkedés és a motiváció elemzése, a terápiás terv kidolgozása és a változtatások megkezdése. Az összegyűjtött megfigyelési adatok egyéni és csoportos elemzése után terápiás tervét mindenki saját maga határozza meg. Eldönti tehát, hogy étkezésében és ezzel kapcsolatos viselkedésében mit és hogyan fog megváltoztatni. A vezető feladata, hogy felhívja a figyelmet a realitásokra, a „kis lépések elvének” hasznosságára, és arra, hogy a cél nem a drasztikus fogyókúra, hanem a saját maga számára kivitelezhető, egészséges és csökkentett kalóriatartalmú étkezési szokások kialakítása, amelyek a hosszú távú testsúlycsökkenésnek is a garanciáját jelentik. Az evési szokások megváltoztatásához strukturált „feladatlapok” is segítséget nyújtanak (lásd 12.13. Ábra). A megfigyelések alapján az evéssel kapcsolatos tapasztalatok az élet más területeinek problémáit is előhozzák, pl. hogyan lett általános örömforrás az evés, stb.

12. ábra Elégedettségi mérlegem

9							
8							
7							
6							
5							
4							
3							
2							
1							
0							
	Mozgás	Evés	Barátok Ismerő- sök	Család	Külsőm	Munka Hivatás	Más...

13. ábra

Magatartási szabályok listája

- Csak az előre meghatározott időpontokban eszem.
- Minden étkezéshez kiválasztok egy fix, állandó étkező helyett, és csak ott eszem és iszom.
- Evés és ivás közben kikapcsolva tartom a tévét és a rádiót.
- Étkezés közben az evésre/ivásra koncentrálok, és nem végzek semmilyen melléktevékenységet.
- Minden étkezés után azonnal elrakok minden ételmaradékot.
- Azokkal igyekszem együtt enni, akik szintén keveset esznek és isznak.
- A lakásban látható helyen nem hagyok élelmiszert és italt.
- Nem tartalékolok készleteket olyan dolgokból, amelyek evésre, ivásra csábítanak.
- Vásárláskor csak azokat az élelmiszereket veszem meg, amelyek a listámra fel vannak írva
- Csak akkor megyek vásárolni, ha előtte már ettem és ittam.
- Minden falatot még egyszer kettévágok, mielőtt a számba veszem.

- A szokásos villa helyett süteményes villával eszem.
 - A levest csak teáskanállal eszem.
 - A poharat vagy csészét minden korty után leteszem.
 - Minden falatot legalább tizenötször megrágok, és figyelek az ízére.
 - Csak kis kortyokban iszom.
 - Minden étkezésnél legalább ötször leteszem az evőeszközt, és várok kb.15 másodpercet, mielőtt újra felveszem és tovább eszem.
 - A poharat vagy csészét minden korty után leteszem.
 - Evés előtt teljesen elkészítem az ételt, és csak az elkészített étellel megrakott tányért teszem az asztalra.
 - Ha már jóllaktam, nem eszek meg mindent, hanem nyugodtan otthagynom a maradékot.
 - Vendéglátás vagy vendégség előtt pontosan eldöntöm, hogy majd mennyit eszem és iszom.
 - Ha az előre eltervezett étkezések között enni vagy inni kívánnék, azonnal olyan kellemes tevékenységekbe kezdek, amelyeket épp erre az esetre terveztem magamnak pótlásként.
3. A terápia lezárása. A harmadik szakaszban a hangsúly a változtatásokon, és az elért eredmények megtartásán van. A csoportvezető egyre ritkábban van jelen az ülésen, a csoport egyre inkább önsegítővé válik, és a tagoknak önmaguknak kell saját terápiájukat kézben tartani. Ennek az eredmények hosszú távú stabilitásában kiemelkedő szerepe van, mert segít felkészülni a kritikus szituációkra, a visszaesés megelőzésére. (Segítő űrlapok: kritikus helyzetek, elégedettség mérleg lásd 14.15. Ábra)

14. ábra Kritikus helyzetek

Kritikus helyzet	Érzések, gondolatok	Megoldás, mit csináltam

15. ábra Elégedettségi kérdőív

	Mindig	Gyakran	Ritkán	Soha
Ha fáradtnak és kimerültnek érzem magam, elkezek enni és inni és nem tudom abbahagyni.				
Családom támogatja erőfeszítéseimet és a kurzuson való részvételemet.				
Szakítok időt arra, hogy elégedettségem érdekében az evésen és iváson kívül is tegyek valamit.				
Tudatosan tudom élvezni az evést.				
Barátaim és ismerőseim támogatják étkezési magatartásom megváltoztatására irányuló erőfeszítéseimet.				
Gondolok arra, hogy testemet tornáztatnom kell, hogy be ne rozsdásodjon.				
Ha szabadidőmben másokkal vagyok együtt, többnyire van valami enni- és innivaló.				
Ügyelek rá, hogy vágyaim ne legyenek túlságosan elérhetetlenek, és amit tervezek el is érem.				

A túlsúlyos és az obez személyek kezelésében a viselkedésterápia hatékonynak tűnik, különösen, ha mozgásterápiával egészítik ki. Extrém obezitás esetében azonban más – farmakoterápiás vagy sebészeti - beavatkozás szimultán, illetve szukcesszív alkalmazása is ajánlott (Géczy és Perczel 1988; Halmy, 2008).

Az elhízás kognitív viselkedésterápiája

Az utóbbi évtizedekben a klasszikus viselkedésterápiás kezelési módokat egyre több kognitív elemmel gazdagították. A legjobban kidolgozott, legáltalánosabban elterjedt kognitív – viselkedésterápiás módszer a Cooper és munkatársai által kidolgozott 24 üléses, 44 hetes program, melynek középpontjában a testsúly csökkentése mellett a súly hosszú távú megtartása szerepel. Ennek eléréséhez a viselkedés modifikációján túl, a kognitív átstrukturálásra is szükség van (Cooper és mtsai 2003; Czeglédi, 2007).

A terápia felépítése (Cooper és Fairburn 2001, 2004; Cooper és mtsai, 2003)

A terápia átmenet a rövid és hosszú terápiák között. Valójában csak 24 ülésből áll, mivel azonban a terápia előrehaladásával az ülések ritkulnak, összesen 44 hétig tart. Az első hat héten heti egy terápiás ülés történik, majd a 38. hétig kéthetente, végül az utolsó két ülés 3 hetente van találkozás. A terápia egyéni formában történik, az ülésszámban és a felépítésben a páciens problémája, tempója, szükségletei szerint valamennyi rugalmasság lehetséges. Ez a személyre

szabottság és rugalmasság, valamint az, hogy a fogyás és a súlyvesztés megtartása egyformán hangsúlyos, ez a terápia jelentősen különbözik a korábban általánosan leírt viselkedésterápiától.

A kezelés két részből áll. Az első fázisban a cél a fogyás (a 30. hétig), a másodikban pedig a csökkent súly megtartása, illetve a visszahízás megelőzése (30-44 hét). Fontos, hogy a testsúlycsökkentési cél reális legyen (kb.10-15% súlyvesztés), és fontos annak elfogadtatása is, hogy a második részben nem a további fogyás a feladat, hanem az eredmények megtartása.

A kezelést modulokra osztották, amelyek egymást átfedő struktúrával és feladatokkal bírnak, s melyeket a személy tempójának megfelelő rugalmasság jellemez. Az első öt modul a fogyási fázis (24-30 hétig tart), amelynek céljai és módszerei nagymértékben megegyeznek a viselkedésterápiában leírtakkal.

I. modul

Felmérő szakasz.

1. Pszichoedukáció történik az elhízás okainak viselkedés-kognitív szempontú értelmezése érdekében.
2. Az önmonitorozás bevezetése, a fogyás és a súlyvesztés megtartása közötti különbség tisztázása (az űrlapok hasonlóak a viselkedésterápiánál használthoz, lásd, fent.). A feljegyzések fontosságára felhívják a páciensek figyelmét, mivel ezek jelentőségét a páciensek többnyire alulbecsülik.

II. modul

A testsúly-csökkenés elérése és fenntartása.

A fogyás elérése és fenntartása. A reális heti fogyás (0,5-1 kilogramm) céljából a kis lépések elve alapján a napi energia-bevitelt kb. 1500 kcal-ra csökkenteni. Ebben a szakaszban problémamegoldó stratégiát is tanítanak a páciensnek:

1. A probléma azonosítása
 2. A probléma pontos meghatározása, megfogalmazása
 3. Megoldási módok, stratégiák kidolgozása
 4. A megoldási stratégiák tesztelése
 5. A legjobbnak tűnő megoldás/ok kiválasztása;
 6. A kiválasztott megoldás végrehajtása, ez eredmény értékelése. Ha nem sikerült a várt eredményt elérni, az 1. ponttól előlről kell kezdeni, illetve érdemes új technikát kipróbálni.
- A terápia folyamán mindvégig fontos a problémamegoldó készségek fejlesztése.

III. modul

1. A fogyás akadályainak azonosítása.
2. Az előző modulban már megismert probléma-megoldási készségek gyakorlása.
3. A kalória bevitel csökkentése sok páciensnek problémát jelent. Ebben a szakaszban ennek akadályait derítik fel, és segítenek ezeket leküzdeni. Ebben hasznosak például az önmonitorozó jegyzőkönyvek, az étkezési napló, az evéssel kapcsolatos egyéb megfigyelések.
4. Az obese személyek mintegy felére jellemzőek a falásrohamok, és harmaduknál falászavar (BED) is fennáll. A problémamegoldó tréningek a falásroham triggereinek és kezelésének hatékony technikáit jelentik.

IV. modul

Egészséges táplálkozási szokások kialakítása. Inkább irányelvek megfogalmazásáról van szó, hiszen az utóbbi évtizedekben sokat változott, hogy a szakemberek mit tartanak ideális összetételű tápláléknak (Pados, 2006). Tiltott ételek nincsenek, csak mennyiségi korlátozás javasolt. A szélsőséges megszorítások kerülendők, mivel, ahogy arról korábban már volt szó, falásrohamot indukálhatnak.

V. modul

Az aktivitás növelése. Az első fázis utolsó modulja. Ebben a szakaszban a fogyásban az aktívabb életmód kap szerepet, ami a testsúly megtartásához is fontos lesz. A fizikai aktivitás fokozása a testsúly csökkentésében, és az új testsúly megtartásában kulcsszerepet játszik. Rövidtávon a mozgás hatása nem látványos, hosszútávon azonban az elért eredmény megtartásában elengedhetetlen az aktivitás általános fokozása (Jones és Wadden, 2006). Az intenzív mozgásprogramok helyett, az életvitelben történő apró változtatásokon van a hangsúly. Nehéz rávenni a pácienseket arra, hogy hetente kétszer úszni menjenek, de az életükbe bele lehet illeszteni, hogy közelebbi helyekre ne autóval, hanem biciklivel menjenek, hogy lift helyett a lépcsőt használják, vagy, hogy ne közvetlenül a cél előtt parkoljanak, hanem kicsit messzebb, és munkába menet egy-két megállót sétáljanak, stb.

Ezzel a fázissal lezárul a klasszikus viselkedésterápiás elemeket tartalmazó rész. Ideális esetben a kitűzött testsúlyt sikerült elérni, az étkezési magatartás az egészséges normákhoz közelít, az általános fizikai aktivitás növekedett.

A következő fázisok az elért testsúly elfogadásának akadályaira (VI-VIII.), az utolsó modul pedig a csökkent testsúly megtartására, az eredmények konzerválására irányul (IX.). Ezekben a modulokban főképpen klasszikus kognitív terápiás elemeket alkalmaznak.

VI. modul

1. A testképpel kapcsolatos problémák azonosítása. Az irreális célok háttérében a külső megjelenéssel, az alakkal, annak fontosságával kapcsolatos kognitív disztorziók állnak. A testképre vonatkozó kognitív torzítások felmérése egyénre szabottan történik, s a páciens ennek a modulnak az elérésekor már fogott valamennyit. Ez a fázis is edukációval kezdődik, amelynek során a páciens megismerkedik a testkép fogalmával és önértékeléssel való kapcsolatával.

2. A páciens aggodalmainak, testképpel való problémáinak feltérképezése, illetve azon tényezők azonosítása, amelyek a testképpel kapcsolatos aggodalmaihoz hozzájárulnak. Ilyen például a társ buzdítása a fogyásra; testellenőrző, és elkerülő viselkedések; a külsővel kapcsolatos negatív gondolatok.

3. A páciens buzdítása a változtatásokra. Például ha nem méri a súlyát, azzal szorongását csak aktuálisan csökkenti, hosszútávon fogyási esélyeit rontja. Az elkerülő viselkedés megakadályozza, hogy a negatív önkép megváltozzon, mivel a páciens nem tapasztalja meg, hogy a félelmetes elvárások mégsem következnek be (pl. nem mindenki rajta nevet az uszodában). Ezen kívül nem tanulják meg a valóban problémás helyzeteket kezelni.

4. A páciens buzdítása pozitív testélmények szerzésére: sport, masszázs, frizuraváltoztatás, stb. a klasszikus kognitív technikák (előny-hátrányelemzés) a betegeket segítik az önmagukról alkotott kép újrastrukturálásában, a pozitív, önmagát elfogadó testkép és énkép kialakításában.

VII. modul

Ebben a fázisban a cél, hogy a páciens a reális testsúlyt, mint fenntartandó állapotot képes legyen elfogadni. Itt a terapeuta feladata, hogy a páciens további súlycsökkentési céljával szemben a realitást támogassa. Ez a modul a gyakorlatban az előző (testkép) modullal párhuzamos. A terapeuta és a páciens között a testsúllyal kapcsolatos irányított disputa az alábbi fogalmak mentén zajlik:

1. Ideális testsúly: „álomsúly”, az a testsúly, melynek irrealitásával a páciens maga is tisztában van.

2. Kívánt testsúly: az a testsúly, amiről a páciensek azt gondolják, hogy jó lenne elérniük, azonban sokszor még ez is irreálisan alacsony, a kezelés sikerességét veszélyeztető cél.

3. Elfogadható testsúly: az a legnagyobb testsúly, amit a páciensek még elfogadható célként értelmeznek, és sikernek tekintenének.

Az disputában a cél a kívánt testsúllyal kapcsolatos kognitív újraértelmezés. Fontos továbbá azt is feltérképezni, hogy a beteg a testsúly csökkenésétől élete milyen területein és milyen változásokat vár.

4. A terápiában ezen a ponton az eddigi fogyókúra tapasztalatok, kudarcok újraértelmezésével is foglalkoznak. A cél, a visszahízásért felelős faktorok azonosítása, melyek legtöbbször a következők:

- a. irreálisan alacsony testsúlycél
- b. túlzott étrendi megszorítások hosszú időn keresztül
- c. a testsúly fenntartó stratégiák hiánya

Mindezek alapján a testsúllyal kapcsolatosan kitűzött céljait a páciens képes lesz újraértelmezni. Ebben a fázisban a terapeuta a figyelmet az elért célok pozitív értékelése felé igyekszik terelni. Ilyenek az aktivitás fokozódása, az energikusabbá válás, a környezettől érkező pozitív visszajelzések észrevétele, az öltözködés könnyebbége, stb. Ezzel az áthangolódással a páciens képes lesz a mérsékelt, de reális célokat elfogadni, ami a testsúly stabilizálásának fontos aspektusa.

VIII. modul

Az elsődleges célok azonosítása. Elsődlegesek azok a célok, amelyeket a páciens a fogyással szeretne elérni. Ezek például: a külső, az alak megváltozása, az önbecsülés növekedése, stb. Ennek a modulnak a bevezetése a testsúlycél megbeszélésével egyidőben történik, és ettől kezdve a többi modullal párhuzamosan fut. Az elsődleges célok megvalósítása önálló joggal lesz része a terápiának. Ezekkel kapcsolatos problémamegoldó feladatokat is kapnak a páciensek: keressenek új kapcsolatokat, csatlakozzanak valamilyen csoporthoz, klubhoz, vásároljanak új ruhákat, stb.

IX. modul

A testsúly fenntartása. Legkésőbb a 30. héten vezetik be. Ettől kezdve a testsúly további csökkentése hangsúlyozottan nem cél, az eredmények stabilizálását, hosszú távú fenntartását segítő stratégiák kidolgozása történik. A terapeuta az elért testsúlycsökkentéstől függetlenül ellenzi a további fogyást. Közös kialakítják a hatékony súlykarbantartó módszereket. Ehhez fontos az eredmények elfogadása, és az önfogadás segítése. A páciensnek relapszus prevenció stratégiákat tanítanak, hogy a testsúlykontrollt hosszútávon is hatékonyan tudják gyakorolni. Emellett a visszaesés szempontjából veszélyes tényezőket is számba veszik, és közösen emlékeztetők készítenek, amit a páciensírásban megkap.

A Cooperék által kidolgozott kognitív viselkedésterápia egyéni formában zajlik, így kevésbé tekinthető költséghatékonyak. Ezen elvek alapján kidolgozták a kognitív viselkedésterápia csoportos formáját is, amely a fentebb leírt 24 hetes, és az itt ismertetett 44 hetes program elemeit ötvözi. A 24 hetes csoport-program rövidtávon hatékonyak bizonyult, de hosszú távú után követéses tapasztalat ezzel kapcsolatban még nincs. (Perczel-Forintos és Czeglédi, 2009)

Az elhízás kognitív viselkedésterápiája a túlsúlyos és elhízott betegek esetében átlagosan 10-15%-os testsúlyvesztést hoz, melyet rövidebb távon (1 év) képesek megtartani. Az eredmények tartósságával kapcsolatban nincsenek pozitív tapasztalatok, 5 évteltével a páciensek közel 50%-a visszahíz az eredeti súlyára (Perczel-Forintos és Czeglédi 2012).

Összességében elmondható, hogy az obezitás kognitív és viselkedésterápiája rövidtávon jelentős eredményeket tud felmutatni, de az elért eredmények nem bizonyulnak tartósnak, ezért egyre nagyobb hangsúlyt kellene a prevencióra helyezni.

7.4. Az evészavarok prevenciója

A táplálkozási magatartás-zavarok gyakoriságának növekedése miatt a megelőzés hatékony stratégiáinak kidolgozása egyre sürgetőbbé vált. A prevenciós módszerek hatékonyság-vizsgálatai szerint az evészavarokkal összefüggő betegségek megelőzésében a tágabb szociális környezet bevonása nélkül nem lehet tartós eredményeket elérni. Kiemelkedő szerepe van ebben az iskolai nevelésnek, az egészséges életmód népszerűsítésének és a média által közvetített értékek (pl. extrém karcsúság ideál, presszió a fogyasztásra) megváltoztatásának (Szumska és mtsai, 2003).

Az internet szerepe a prevencióban

A klasszikus evészavarok főleg a fiatalokat érintik, ezért a primer és a szekunder prevencióban egyaránt meghatározó szerep juthat az internetnek.

Napjainkban az interneten számtalan anorexiás és bulimiás honlapon chat-elhetnek egymással a betegek, sajnos azonban ezek a fórumok nem az egészséges magatartásmódokat népszerűsítik, hanem a patológiás nézeteket, attitűdöket terjesztik, és további fogyókúra és purgálási tippet adnak ott egymásnak.

Sokáig váratott magára olyan internetes fórum megjelenése, ahol szakemberek az egészséges életmódot népszerűsítik, valamint az étkezéssel, a testképpel kapcsolatos problémákra tanácsot adnak. Ilyen nemzetközi, egészségmegőrzést segítő program a „Pro youth”, melyhez 2011-ben hazánk is csatlakozott. Magyarországon a programot a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete koordinálja (proyouth.eu).

A ProYouth ingyenes online tanácsadó szolgálat, amely elsősorban a felsőoktatási intézmények hallgatóinak szól, a lelki egészséggel, a táplálkozással és a testsúllyal kapcsolatos kérdésekben nyújt információkat, szükséges esetén segítséget.

A portál látogatóit az alábbi szolgáltatások várják:

1. Kérdőíves online szűrés, mely alapján az evészavar szempontjából veszélyeztetetteket ki lehet szűrni.

2. Folyamatos állapotkövetés. A tesztek kitöltőket a változásokról (például a testtel való elégedettségben, a testsúlyban és az étkezési szokásokban) értesítik.
3. Fórum, melyet a ProYouth csapata moderál. A segítők feladata a lelki problémák megbeszélésének facilitálása mellett az egészséges életmód népszerűsítése, és az evészavarral kapcsolatos destruktív nézetek eliminálása.
4. Csoportos chat konzultáció. A másfél órás virtuális csoportülésen az online tanácsadó moderálja a résztvevők által felvetett kérdések megbeszélését.
5. Egyéni chat konzultáció. A chat-szobában személyes problémákban lehet tanácsot kérni.

Mivel a program nagyon új, hatékonyságát még nem vizsgálták.

A fejezet összefoglalása

Az evés- és testképzavarok terápiája

A XX. és XXI.században az evés- és testképzavarok járványszerű elterjedése tapasztalható. A betegségek kezelése komplex biopszichoszociális megközelítést igényel. Az evészavarok terápiája multimodális és multidimenzionális: a pszichoterápiáé az integráló szerep, de emellett a biológiai, a nutritív, az edukatív és a mozgásterápiának is kiemelt jelentősége van.

Az evészavarok kezelésének lehetőségei:

Pszichoterápia a teljes kezelési periódusban integratív szerepű.

Biológiai kezelés:

- Leggyakrabban a farmakoterápia.
- Extrém alacsony súly esetén belgyógyászati kezelés, szondatáplálás, só- és elektrolit háztartás helyreállítása.
- Súlyos, terápia-rezisztens esetekben kivételesen elektrokonvulzív terápia (ECT).
- Obezitásban sebészeti beavatkozás.
- Kivételes esetben pszichokirurgia.

Nutritív terápia.

Mozgásterápia.

Pszichoterápiás lehetőségek:

- Pszichodinamikus
- Hipnózis
- Családterápia
- Interperszonális pszichoterápia
- Csoportterápiák; pszichodráma, kognitív-viselkedésterápiás csoport
- Kognitív-viselkedésterápia, sématerápia

A hatékonyságvizsgálatok eredményei szerint a bizonyítottan költséghatékony terápiák:

- Fiatal anorexiások esetében a családterápia és kognitív-viselkedésterápia.
- Bulimiásoknál, falászavarban- és testdiszmorfiás zavarban szenvedőknél az interperszonális és kognitív-viselkedésterápiák.
- Az elhízás kezelésében a kognitív-viselkedésterápiák.

A legújabb evés- és testképzavarokkal kapcsolatban még nincsenek hatékonyságvizsgálati eredményeink.

Az utóbbi időkben az evés- és testképzavarok terápiája mellett a prevencióra is nagy figyelmet fordítanak, s ebben, mivel e zavarokban leginkább a fiatal populáció érintett, az internetnek is fontos szerepe van.

8.A téma iránt érdeklődők számára ajánlott irodalom

American Psychiatric Association (APA): Practice Guideline for Eating Disorders. Am J Psychiatry, 1993, 150: 207-228. (magyar fordítás: Gyakorlati útmutató evési zavarok kezeléséhez. (VIKOTE-füzetek, Budapest, 1997).

American Psychiatric Association (APA): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Ed. 4, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington DC, 2000

American Psychiatric Association(APA): Practice Guideline for the treatment of patients with Eating Disorders. Am J Psychiatry, APA, Washington D.C., 2006

Bratman S., Knight D: Health Food Junkies: Overcoming the Obsession with Healthful Eating. Broadway Books, New York 2000.

Brewerton, T: Clinical Handbook of eating disorders. An integrated approach. Marcel Dekker, New York. 2004

Brownell KD, Fairburn CG (eds): Eating disorders and obesity. New York, Guilford, 1995
Bruch H: Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person within. Basic Books, New York, 1973

Clark DM, Fairburn C. G, Editors. Science and practice of cognitive behaviour therapy. Oxford University Press, Oxford, 1997

Cooper PJ: Farkaséhség (bulimia). Budapest, Springer, 1994

Cooper Z., Fairburn, C. G., Hawker, D. M. Cognitive-behavioral treatment of obesity. A clinician's guide. New York, London: Guilford Press. 2003

Demetrovics Zsolt (szerk.): Az addiktológiai alapjai. IV kötet. ELTE Eötvös, Budapest, 2010

Garner DM, Garfinkel PE (eds): Handbook of treatment for eating disorders). New York, Guilford, 1997

Lock, J., Le Grange, D., Agras, W. S., C. Dare.: Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach. New York: Guildford Publications, Inc. 2001

Minuchin S: Families and family therapy. Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1974

Minuchin S, Rosman BL, Baker L: Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context. Harvard University Press, Cambridge Massachusetts, 1978

Mórotz K, Perczel Forintos D (szerk.): Kognitív viselkedésterápia, Medicina Könyvkiadó Rt, Budapest, 2005

Németh A.(szerk.): Kényszerbetegség. Cserépfalvi, Budapest, 1994

Riskó Á (szerk.): Étkezési zavarok. Budapest, Magyar Pszichiátriai Társaság, 1993

Selvini-Palazzoli, M.: Self-starvation. London: Chaucer, 1974

Túry F, Szabó P: A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa. Medicina, Budapest, 2000

Túry F.: Anorexia, bulimia. Önségítő és családsegítő kalauz. Print-X-Budavár, Budapest, 2005

Túry F, Pászthy B.(Eds.): Evészavarok és testképzavarok. Budapest: Pro Die 2008

Túry F, Pászty B. (Eds):Az evészavarok pszichoterápiájának aktuális kérdései. Semmelweis kiadó, Budapest, 2012

Van den Broucke S, Vandereycken W, Norré J: Eating disorders and marital relationships. London, Routledge, 1997.

Vanderlinden J, Norré J, Vandereycken W: A practical guide to the treatment of bulimia nervosa. New York, Brunner/Mazel, 1992.

Waller G., Cordery H., Corstorphine E., Hinrichsen H., Lawson R., Mountford V., Russel K.: Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders: A Comprehensive Treatment Guide. Cambridge University Press 2007

Wadden, T. A., Stunkard. A. J. (eds.). Handbook of obesity treatment. The Guilford Press, New York. 2004

WHO: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth

Revision (ICD-10). Genf, WHO, 1992. A pszichiátriai rész magyar fordítása: BNO-10. A mentális és viselkedészavarok osztályozása, WHO MPT, 1994, 262-269

WING, R. R.: Behavioral weight control. In: Wadden, T. A., Stunkard. A. J. (eds.). Handbook of obesity treatment. The Guilford Press, New York. 2004

Folyóiratok, amelyek az evés- és testképzavarokkal foglalkoznak, vagy azokkal kapcsolatos tanulmányokat rendszeresen közölnek:

Behaviour Research and Therapy

British Journal of Clinical Psychology

Body Image

Eating Disorders

Eating and Weight Disorders

European Eating Disorders Review

International Journal of Eating Disorders

International Journal of Obesity

Journal of the American Dietetic Association

Magyar Pszichológiai Szemle

Mentálhigiéné és Pszichoszomatika

Obesity Reviews

Psychiatria Hungarica

Psychosomatics

Pszichoterápia

9. Hivatkozások

Abraham SF, Beumont PJV.: How patients describe bulimia or binge eating. *Psychological Medicine*. 1982; 12: 625-635.

Ackard DM, Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, French S, Story M: Binge and purge behavior among adolescents: associations with sexual and physical abuse in a nationally representative sample: the Commonwealth Fund Survey. *Child Abuse and Negl*, 2001, 25:771-785.

Anderluh MB, Tschanturia K, Rabe-Hesketh S, Treasure J: Childhood obsessivecompulsive personality traits in adult women with eating disorders: Defining a broader eating disorder phenotype. *Am J Psychiatry*, 2003, 160:242-247.

Altomare Gy, Riskó Á: Anorexia és bulimia a mai pszichiátriai gyakorlatban. *Psychiatria Hungarica* 1989, 4:187-199.

American Psychiatric Association (APA): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, First Edition. Washington, D.C. APA. 1952.

American Psychiatric Association (APA): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Ed. 4, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington DC, 2000.

American Psychiatric Association(APA): Practice Guideline for Eating Disorders. *Am J Psychiatry*, 1993, 150: 207-228. (magyar fordítás: Gyakorlati útmutató evési zavarok kezeléséhez. (VIKOTE-füzetek, Budapest, 1997).

American Psychiatric Association [APA]: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third Edition. Washington, D.C. APA, 1980.

American Psychiatric Association [APA]: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition. Washington, D.C. APA, 1994.

American Psychiatric Association (APA): Diagnostic and statistical manual for mental disorders. Third edition – Revised. APA, Washington D.C., 1987, 25-26.

American Psychiatric Association(APA): Practice Guideline for the treatment of patients with Eating Disorders. *Am J Psychiatry*, APA, Washington D.C., 2006

Anzengruber, D., Klump, K.L., Thorton, L., Brandt, H., Crawford, S., Fichter, M.M: Smoking in eating disorders. *Eating Behaviors*, 2006;7, 291–299.

Arany László: A kiskakas gyémánt félkrajcárja. Móra Ferenc Könyvkiadó, 1981.

Arceus, J., Whight, D., Brewin, N and McGrain L. Brief Interpersonal Psychotherapy for the treatment of Bulimic Disorders: a pilot study. *European Eating Disorders Review*, 2012 20, 326-330

Arisztophanész: Az akharnabeliek, In: Arisztophanész vígjátékai, Budapest, Európa (1988):

Az elhízás diagnosztikája és kezelése. Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja
<http://www.kk.pte.hu/servlet/download?type=file&id=430letöltés> 2012-08-29

Ábrahám I., Árkovits A., Gáti Á.: Az evészavarok pszichodinamikus megközelítése és terápiája.
In: Túry F, Pászthy B (szerk):Evészavarok és testképzavarok. Pro. Die, Budapest, 2008, 197-210.

Babusa B, Urbán R, Czeglédi E, Túry F:Psychometric properties and construct validity of the Muscle Appearance Satisfaction Scale among Hungarian men. Body Image, 2012, 9. 155–162.

Babusa B., Túry F. Az izomdiszmorfia nozológiai helye és mérése. Psychiatria Hungarica, 2011: 26(3), 158-166.

Bağci Bosi AT, Camur D, Güler C. : Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey). Appetite 2007;49(3):661-6

Barkóczi I, Kulcsár Zs: Kísérlet a pszichoszomatikus betegségek két csoportjának több szempontú megközelítésére. In: Pszichológiai tanulmányok XVI. Budapest, Akadémiai Kiadó, 1985, 629-673.

Basson CJ:Personality and behaviour associated with excessive dependence on exercise: Some reflections from research. S Afr J Psychol 2001;31: 53-5

Bateson, G: Mind and Nature: A Necessary Unity (Advances in Systems Theory, Complexity, and the Human Sciences). Hampton Press. 1979.

Bányai ÉI, Hilgard ER: A comparison of active-alert hypnotic induction with traditional relaxation induction. J Abnorm Psychol 1976, 85:218-224.

Bányai ÉI, Zseni A, Túry F: Active-alert hypnosis in psychotherapy. In: Handbook of clinical hypnosis (szerk. Rhue JW, Lynn SJ, Kirsch I). Washington, D.C., American Psychological Association, 1993, 271-290. old.

Bánfalvi A: „Csak akkor leszek boldog, ha megszabadítanak az egészséges lábamtól!” LAM 2003;13(8):672-3

Beck AT: Depression: Causes and Treatment. Philadelphia, P.A.: University of Pennsylvania Press, 1972.

Becker AE, Burwell RA, Gilman SE, Herzog DB, Hamburg P.: Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. Br J Psychiatry 2002;180:509–514.

Bell L.: Does concurrent psychopathology at presentation influence response to treatment for bulimia nervosa? Eat Weight Disord 2002, 7:168–181.

Bende János: Életminőség változások a gyomorgyűrű beültetett betegeken Obesitologia Hungarica 2008; (9) Supplementum 1; S1–S56

Bereczkei, T: Evolúciós pszichológia. Budapest: Osiris Kiadó, 2008.

Berkman JR: Anorexia nervosa, anorexia, inanition, and low basal metabolic rate. *Amer J Med Sci* 1930, 180:411-424.

Berrios GE, Kan CS: A conceptual and quantitative analysis of 178 historical cases of dysmorphophobia. *Acta Psychiatr Scand.* 1996 Jul;94(1):1-7

Beumont PJV, George GCW, Smart DE: "Dieters" and "vomitters" and "purgers" in anorexia nervosa. *Psychol Med* 1976, 6:617-622.

Beumont PJV, Kopec-Schrader E, Touyz SW.: Defining subgroups of dieting disorder patients by means of the Eating Disorders Examination (EDE). *British Journal of Psychiatry.* 1995; 166: 472-474.

Biró, K., Regenye J: Exploitation and Workshop sites in the Bakony Mts: study of the lithic material. Paper presented on Lengyel-Polgár cultures in Cracow, 2006. In: Koztowski-Raczky eds. 2007,261-268.

Blaydon MJ, Lindner KJ:Eating disorders and exercise dependence in triathletes. *Eat Disord* 2002; 10: 49-60.

Blinder B. J., Cumella E. J., Sanathara V. A.: Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosom Med* 2006, 68: 454-462.

Bornstein, R. F: A meta-analysis of dependency-eating-disorders relationship:Strength, pecificity and temporal stability. *Psychopathol Behav Assess*, 2001,23:151-162.

Böszörményi Z, Brunecker Gy: A gyermekkor és az ifjúkor pszichiátriája. Budapest, Medicina, 1979.

Branch CHH, Eurman LJ: Social attitudes toward patients with anorexia nervosa, *Am J Psychiatry*, 1980, 137:631-632.

Bratman S: Orthorexia Nervosa. *Yoga Journal.* October. 1997
<http://www.orthorexia.com/original-orthorexia-essay/> letöltés 2012.május 7.

Bratman S., Knight D: *Health Food Junkies: Overcoming the Obsession with Healthful Eating.* Broadway Books, New York 2000.

Braun, D. L., Sunday S. R., Halmi K. A.: Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychol Med*, 1994, 24:857-867.

Birketvedt GS, Florholmen J, Sundsfjord J, Østerud B, Dinges D, Bilker W, Stunkard A : Behavioral and Neuroendocrine Characteristics of the Night-Eating Syndrome *JAMA.* 1999;282(7):657-663.

Brewerton, T :Clinical Handbook of eating disorders. An integrated approach. Marcel Dekker, New York. 2004.

Brewerton, T.D., Lydiard, R.B., Herzog, D.B., Brotman, A.W., O'Neil, P.M., Ballenger, J.C.: Comorbidity of axis I psychiatric disorders in bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1995,56, 77–80.

Brown, R.I.F: Some contributions of the study of gambling to the study of other addictions.In: Eadington, W.R. and Cornelius, J.A. (Eds.), *Gambling Behaviour and Problem Gambling*. University of Nevada Press, Reno. 1993, pp. 241–272.

Brownell, K. D: Does a “toxic” environment make obesity inevitable? *Obesity Management*, 2005, 1(2), 52-55.

Bruch H: Transformation of oral impulses in eating disorders: A conceptual Approach. *Psychiatric Quarterly*, 1961, 35, 458-481.

Bruch H: Anorexia nervosa and its differential diagnosis. *J Nerv Ment Dis* 1966, 141:555-566.

Bruch H: *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person within*. Basic Books, New York, 1973.

Bruch H: *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. Open books, London, 1978

Bulik CM, Sullivan DF, JL, Fear JL, Joyce PR.: Eating disorders and antecedent anxiety disorders: a controlled study. *Acta Psychiatr Scan* 1997, 96:101–107.

Bulik CM, Sullivan PF, Wade TD, Kedler KS: Twin studies of eating disorders: a review. *Int.J.Eat.Disord*, 2000, 27, 1-20

Bulik C, Tozzi F, Anderson C, Mazzeo SE, Aggen S, Sullivan PF.: The relation between eating disorders and components of perfectionism. *Am J Psychiatry* 2003,160(2):366-368.

Bulik, C.M., Klump, K.L., Thornton, L., Kaplan, A.S., Devlin, B., Fichter, M.M: Alcohol use disorder comorbidity in eating disorders: A multicenter study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2004, 65, 1000–1006.

Burns BD: *Feeling good. The new mood therapy*. New York, William Morrow and Co. 1980

Campfield, L. A. and Smith, F. J.: Transient declines in blood glucose signal meal initiation. *International Journal of Obesity*, 1990: 14 (Supplement 3), 15-33.

Catalina Zamora, M. L., Bote Bonaachea, B., Garcia Sanchez, F., Rios Rial, B. (2005): Orthorexia nervosa. A new eating behavior disorder? [Article in Spanish, abstr.] *Actas Españolas Psiquiátricas*, 33: 66—68.

Cartwright, M. M.: Eating disorder emergencies: understanding the medical complexities of the hospitalized eating disordered patient. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 2004, 16: 515—530.

Cassin SE, von Ranson KM. Personality and eating disorders: A decade in review. *Clin Psychol Rev*, 2005, 25:895-916.

Czeplédi E , Urbán R, Csizmadia P.: A testkép mérése: a Testi Attitűdök Tesztjének (Body Attitude Test) pszichometriai vizsgálata. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 2010, 65. 3. 431–461. DOI: 10.1556/MPSzle.65.2010.3.1

Cooper, Z., Fairburn, C. G., Hawker, D. M.: Cognitive-behavioral treatment of obesity. A clinician's guide. New York, London: Guilford Press. 2003

Chao YM, Pisetsky EM, Dierker LC, Dohm FA, Rosselli F, May AM, et al.: Ethnic differences in weight control practices among U.S. adolescents from 1995 to 2005. *Int J Eat Disord* 2008;41:124–133.

Cockerill, I.M. and Riddington, M.E: Exercise dependence and associated disorders: a review. *Counselling Psychology Quarterly*, 1996. 9, 119–129

Coen SP, Ogles BM: Psychological characteristics of the obligatory runner: A critical examination of the anorexia analogue hypothesis. *J Sport Exerc Psychol* 1993; 15: 338-354.

Comer R J.: A lélek betegségei Osiris Kiadó Budapest, 2000

Connan F. Machismo nervosa: an ominous variant of bulimia nervosa. *Eur Eating Dis Rev* 1998;6:154-9.

Conroy M, Menard W, Fleming-Ives K, et al. Prevalence and clinical characteristics of body dysmorphic disorder in an adult inpatient setting. *Gen Hosp Psychiat* 2008;30:67–72.

Cooper PJ: Farkaséhség (bulimia). Budapest, Springer, 1994.

Cooper Z., Fairburn, C. G., Hawker, D. M. Cognitive-behavioral treatment of obesity. A clinician's guide. New York, London: Guilford Press. 2003

Cooper Z., Fairburn, C. G.: A new cognitive behavioural approach to treatment of obesity. *Behaviour Research and Therapy*, 39. 499–511. 2001

Cooper Z., Fairburn, C. G. :Cognitive-behavioral treatment of obesity. In: Wadden, T. A., Stunkard. A. J. (eds.). *Handbook of obesity treatment*. The Guilford Press, New York. 2004: 465–479.

Cosmetic plasticsurgery: <http://www.cosmeticplasticsurgerystatistics.com/statistics.html#2010-HIGHLIGHTS> letöltés 2012.aug.23.

- Cousineau D, Ferguson RJ, de Champlain J, Gauthier P, Côté P, Bourassa M.: Catecholamines in coronary sinus during exercise in man before and after training. *J Appl Physiol.* 1977 Nov;43(5):801-6.
- Crerand CE, Franklin ME, Sarwer DB.: Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery *Plast Reconstr Surg.* 2006 Dec;118(7):167e-80e.
- Crisp A. H. *Anorexia nervosa: Let me be.* Academic Press: London, 1980
- Crowther JH, Armey M, Luce KH, Dalton GR, Leahey T. :The point prevalence of bulimic disorders from 1990 to 2004. *Int J Eat Disord* 2008;41:491–497.
- Czeplédi E, Urbán R, Rigó A: elhízás és testképpel való elégedetlenség. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 2009, 64. 2. 313–336.DOI: 10.1556/MPSzle.64.2009.2.2
- Czeplédi, E., Urbán, R., Csizmadia, P: A testkép mérése: A Testi Attitűdök Tesztjének (Body Attitude Test) pszichometriai vizsgálata. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 2010. 65, 3, 431-462.
- Czeplédi E.:Az elhízás Cooper–Fairburn-féle kognitív viselkedésterápiás megközelítésének Bemutatása. *Alkalmazott Pszichológia IX. Évfolyam 3–4. Szám (2007)* 174–197.
- Csenki L: Érzelemszabályozás a serdülőkori anorexia nervosában. Doktori (PhD) disszertáció, Pécs, 2011
- Davis C, Brewer H, Ratusny D:Behavioral frequency and psychological commitment: Necessary concepts in the study of excessive exercising. *J Behav Med* 1993; 16: 611-628.
- Davis C, Kennedy SH, Ravelski E, Dionne M, Brewer H, Neitzert C, Ratusny D.:Obsessive compulsiveness and physical activity in anorexia nervosa and high-level exercising. *Journal of Psychosomatic Research.* 1995; 39:967-76
- DiNicola VF: Anorexia multiforme: self-starvation in historical and cultural context. *Transcultural Psychiatric Research Review* 1990, 27:165-196.
- Demcsákné Kelen I: Táplálkozási és emésztési zavarok. In: *Pszichoszomatikus zavarok gyermek- és ifjúkorban.* Budapest, Medicina, 1982, 134-143. old.
- Demetrovics Zs, Kurimay T: Testedzésfüggőség: a sportolás mint addikció. *Psychiatria Hungarica.* 2008: 23, 129–141.
- De Zwaan, M.: Binge eating disorder and obesity. *International Journal of Obesity*, 2001, 25, 51-55.
- Dévald P: Öndestruktivitás az evészavarokban. Budapest, a Pszichoanalitikus Gyermek- és Serdülőterápiás Intézet kiadványa, 1993.

Diaz-Marsa, M., Karrasco J. L. és Saiz J.: A study of temperament and personality in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Personal Disord*, 2000, 14:352-359

Didie ER, Loerke EH, Howes SE, Phillips KA.: Severity of interpersonal problems in individuals with body dysmorphic disorder. *J Pers Disord* 2012. 26:345-56.

Dodge E, Hodes M, Eisler I, Dare C: Family therapy for bulimia nervosa in adolescents: an exploratory study. *J Family Therapy* 1995, 17:59-77.

Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M., Cannella, C.: Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorders*, 2004 9: 151—157.

Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M., Cannella, C.: Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. *Eating and Weight Disorders*, 2005, 10: 8—32.

Doba, K., Nandrino, J.L., Lesne, A., Humez, C., Pezard L.: Organization of the narrative components in autobiographical speech of anorexic adolescents: A statistical and non-linear dynamical analysis. *New Ideas in Psychology*, 2008, 26, 295-308.

Dömötör T: Naptári ünnepek - népi színjátszás. Budapest : Neumann Kht., 2004
<http://mek.oszk.hu/04600/04696/html/>

Dudás K, Túry F : Orthorexia nervosa: az egészséges étel-függőség mint a legújabb vészavarok egyike *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika* 9 (2008) 2, 125—137
DOI: 10.1556/Mentál.9.2008.2.2

Dukay-Szabó Sz.: Evés- és testsúlyzavarok magyar műkorcsolyázók körében. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika* 2007, 8:3, 193.202

Dukay-Szabó Sz, Túry F: Az evészavarok, a testkép és a vakság kapcsolata. In: Túry F., Pászthy B. (szerk.): *Evészavarok és testképzavarok*. Pro Die, Bp., 2008. 287-297.

Eriksson L, Baigi A, Marklund B, Lindgren EC.: Social physique anxiety and sociocultural attitudes toward appearance impact on orthorexia test in fitness participants. *Scand J Med Sci Sports*. 2008 Jun;18(3):389-94.

Éder Katalin: Az Elhízás Genetikája. *Magyar Tudomány* 2010/11, 1294-99.
<http://www.matud.iif.hu/2010/11/02.htm> letöltés 2012-08-29

Fairburn CG, Beglin SJ: Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1990, 147:401-408.

Fairburn, C.G., Brownell, K.D. szerk.: *Eating disorders and obesity*. Guilford, New York. 2002

Fairburn C.G., Jones R., Peveler R.C., Hope R.A., O'Connor M.E.: Psychotherapy and bulimia nervosa: longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive therapy. *Archives of General Psychiatry* 1993, 50:419-428

Fairburn CG.: Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. In Garner DM, Garfinkel PE (Eds): *Handbook of treatment for eating disorders*. New York, Guilford, 1997, 278-293.

Fairburn CG, Harrison PJ. :Eating disorders.: *Lancet* 2003, 361:407-16.

Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Welch SL: Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Arch Gen Psychiatry*, 1999, 56: 468-476.

Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Norman P, O'Connor M.: The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Arch Gen Psychiatry*. 2000 jul;57(7):659-665

Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R.: Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behav Res Therapy* 2003, 41(5):509-28.

Fairburn CG, Welch SL, Hay PJ: The classification of recurrent overeating: the "binge eating disorder" proposal. *Int J Eating Dis* 1993, 13:155-159.

Fairburn CG, Welch SL, Doll HA, Davies BA, O'Connor ME: Risk factors for bulimia nervosa, a community-based case-control study. *Arch Gen Psychiatry*, 1997, 54:509-517.

Fairburn CG: Eating Disorders. In: Clark DM, Fairburn C. G, Editors. *Science and practice of cognitive behaviour therapy*. Oxford University Press, Oxford, 1997, 209-242.

Fallon A, Rozin P: Sex differences in perception of desirable body shapes. *J Abnorm Psychol* 1985, 94:102-105.

Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RA, Winokur G, Munoz R: Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatry* 1972, 26:57-63.

Ferenczi S.: *A pszichoanalízis haladása (Development of psychoanalysis [Hungarian])*. Budapest: Dick Manó; 1919.

Ferguson JM: The use of electroconvulsive therapy in patients with intractable anorexia nervosa. *Int J Eating Dis* 1993, 13:195-201.

Feusner JD, Townsend J, Bystritsky A, Bookheimer S.: Visual information processing of faces in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:1417–1425.

Feusner, Hembacher E, Phillips KA.: The mouse who couldn't stop washing: pathologic grooming in animals and humans. *CNS Spectr* 2009;14:503–513.

Fichter, M. M., Keeser, W.: *Das Anorexia-nervosa-Inventar zur Selbstbeurteilung (ANIS)*. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 1980, 228: 67.89.

- Fichter MM: Franz Kafkas Magersucht. *Fortschr Neurol Psychiat* 1988, 56:231-238.
- Fidan T, Ertekinb V., Işıkbay S., Kırpınarc I.: Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 2010, 51, 49-54.
- Fink EL, Smith AR, Gordon KH, Holm-Denoma JM, Joiner TE Jr.: Psychological correlates of purging disorder as compared with other eating disorders: An exploratory investigation. *Int J Eat Disord* 2009;42:31–39.
- First, Michael B.: Desire for Amputation of a Limb: Paraphilia, Psychosis, Or a New Type of Identity Disorder. *Psychological Medicine*. 2007:35, 919–928.
- Fisher S, Cleveland SE: Body image and personality. Princeton, Van Nostrand, 1958.
- Fisher S: Development and structure of body image. Vol. 1-2. Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1986.
- Fonagy, P.: Psychoanalytic Theory from the Viewpoint of Attachment Theory and Research. In J. Cassidy, P.R. Shaver, (Eds.), *Handbook of Attachment. Theory, research and Clinical Applications* London: Guilford Press. 1999. (pp. 595-620).
- Forgács, A: Az evés lélektana. Budapest, Akadémia Kiadó, 2004.
- Forgács A, Forgács D, Németh M.: Potenciális evészavar generátor – avagy hogyan fedezzünk fel újabb evészavarokat? In: Túry F., Pászthy B. (szerk.): *Evészavarok és testképzavarok*. Pro Die, Bp., 2008 121–134.
- Foster, G. D., Makris, A. P., Bailer, B. A.: Behavioral treatment of obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 82, 1. 230S–235S. 2005
- Freeman C: Cognitive therapy. In: Szukler G, Dare C, Treasure J (eds): *Handbook of eating disorders*. New York, Wiley, 1995, 309-331.
- Freud, S: Pszichoanalízis. - Öt előadás 1909-ben, a Worcesteri Clark Universityn - <http://mek.oszk.hu/01100/01160/html/>
- Garner DM: Pathogenesis of anorexia nervosa. *Lancet* 1993, 341:1631-1635.
- Garner DM.: Body image survey. *Psychology Today* 1997;30:30-84.
- Garner DM, Garfinkel PE: The Eating Attitudes Test: an index of symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979, 9:273-279.
- Garner DM, Garfinkel PE: Body image in anorexia nervosa: measurement, theory and clinical implications. *Int J Psychiat Med* 1981, 11:263-284.
- Garner DM, Garfinkel PE, Irvine MJ: Integration and sequencing of treatment approaches for eating disorders. *Psychother Psychosom* 1986, 46:67-75.

Garner DM, Olmstead MP, Polivy J: Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eating Dis* 1983, 2:15-34.

Garner DM, Vitousek KM, Pike KM: Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. In: Garner DM, Garfinkel PE (eds): *Handbook of treatment for eating disorders*. New York, Guilford, 1997, 94-144.

Gáthy V: NAGY LÉLEK – Mahátmá Gandhi Elektronikus kiadás: Terebess Ázsia E-Tár Rubicon 1994/7 <http://terebess.hu/keletkultinfo/gathy.html> leoltés 2012-07-13

Gáti Á: Pszichotraumák patogenetikai és terápiás vonatkozásai. PhD értekezés, Pécs 2002

Gáti Á., Túry F, Wildmann M.: A bántalmazás multimodális terápiás megközelítése anorexia nervosában. *Psychiatra Hungarica*, 2001, 16: 669-676

Gauvin L, Steiger H, Brodeur JM. Eating-disorder symptoms and syndromes in a sample of urban-dwelling Canadian women: Contributions toward a population health perspective. *Int J EatDisord* 2009;42:158–165.

Gáti Á, Ábrahám I: Az evészavarok genetikája. In: Túry F., Pászthy B. (szerk.): *Evészavarok és testképzavarok*. Pro Die, Bp., 2008 135-146.

Gáti Á, Árkovits A: Az evészavarok hipnoterápiája. Túry F., Pászthy B. (szerk.): *Evészavarok és testképzavarok*. Pro Die, Bp., 2008. 465-476.

Geiger Á.: Új tapasztalatok az anorexia nervosa diagnosztikájában és terápiájában. In : Gerő Zs (szerk.): *Klinikai gyermekpszichológiai tanulmányok*. Budapest: Akadémiai Kiadó, 1982/1988: 161-169

Geiger Á.: *Obesitas. A MAOTE és az MPT Pszichoszomatikus szekciójának közleményei*. 1987.

Geiger Á: A testthatárok szerepe a juvenilis obesitas tünettanában. *Magyar Pszichol Szemle* 1978, 35:33-44.

Géczy A: Egyes magatartászavarokra jellemző kognitív disztorziók vizsgálatát és terápiája. Kandidátusi disszertáció, Budapest, 1994

Géczy A, Perczel D.: Kísérlet egy új típusú fogyókúra módszer kialakítására - Beszámoló a viselkedésterápiás testsúlycsökkentő csoportmódszerről. *Ideggyógy. Szemle*, 1988: 41, 266-276.

Gleaves, D.H., Eberenz, K.P., May, M.C: Scope and significance of posttraumatic symptomatology among women hospitalized for an eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, .1998, 24, 147–156.

Godart N, Berthoz S, Rein Z, Perdereau F, Lang F, Venisse JL, Halfon O, Bizouard P, Loas G, Corcos M, Jeammet P, Flament M, Curt F.: Does the frequency of anxiety and depressive disorders differ between diagnostic subtypes of anorexia nervosa and bulimia? *Int J Eat Disord*, 2006, 39: 772-778.

Godart N. T., Perdereau F., Rein Z., Berthoz S., Wallier J., Jeammet P., Flament M. F: Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders. Critical review of the literature *J. Affect. Disord.* 2007, 97:37-49 (Epub ahead of print)

Gongora C.V., Derksen J.J.L., van Der Staak C.P.F.: The role of core beliefs in the specific cognitions of bulimic patients. *J Nerv Ment Dis*, 2004, 192:297-303

Goodman, A.: Addiction: definition and implications. *British Journal of Addiction*, 1990, 85, 1403e1408

Griffiths, M.D.: Gambling and Gaming Addictions in Adolescence. *British Psychological Society/Blackwells*, Leicester, 2002.

Griffiths Md, Szabo A, Terry A: The exercise addiction inventory: A quick and easy screening tool for health practitioners. *Br J Sports Med* 2005; 39: 30.

Grilo, C. M. Eating and weight disorders. Hove, New York: Psychology Press. 2006

Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Skodol A. E., Gunderson, J. G., Stout R. L., Shea N.T. et al.: Do eating disorders co-occur with personality disorders? Comparison group matter. *Int J Eat Disord*, 2003, 33: 155-164.

Grimm H.U: A leves hazudik. Az ételek szép új világa. Kétezeregy Kiadó, Piliscsaba, 2009

Griffin J, Berry EM: A modern day holy anorexia? Religious language in advertising and anorexia nervosa in the West. *Eur Journal of Clinical Nutrition* 2003/57:43-51

Grastyán, E.: Az emóció. ELTE-BTK, kézirat. 1981

Gruber AJ, Pope HG Jr : Psychiatric and medical effects of anabolic-androgenic steroid use in women. *Psychother Psychosom* 2000; 69, 19–26.

Hajnal Á: Az anorexia nervosa pszichopatológiai, pszichodinamikai, pszichoterápiás sajátosságai és problémái. *Orvostudományok* 1987, 62:459-469.

Hall RC, Hoffmann RS, Beresford TP és mtsai: Physical illness encountered in patients with eating disorders. *Psychosomatics* 1989, 30:174-191.

Halmi KA: Relationship of the eating disorders to depression: Biological similarities and differences. *Int J Eating Dis* 1985, 4:667-680.

- Halmi KA: The biology and experimental treatment of anorexia nervosa and bulimia. In: American Handbook of Psychiatry. 2nd Ed, Vol 8 (szerk. Berger PA, Brodie HK). New York, Basic Books, 1986, 762-788. old.
- Halmi KA: Princess Margaret of Hungary. Am J Psychiatry 1994, 151:1216.
- Halmi KA, Eckert ED, LaDu TJ, Cohen J: Anorexia nervosa: treatment efficacy of cyproheptadine and amitriptyline. Arch Gen Psychiatry 1986, 43:177-181.
- Halmi KA, Eckert E, Marchi P, Sampugnaro V, Apple R, Cohen J: Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. Arch Gen Psychiatry 1991, 48:712-718.
- Halmy L: Az elhízás mai szemlélete. Psychiatria Hungarica 1996, 11:257-265.
- Halmy L. Az elhízás. Klinikai irányelvek kézikönyve - Anyagcsere -Endokrinológia, Útmutató Különszám, Medition Kiadó, 2002, 117-132.
- Halmy L.: Az elhízás kezelésének jelenlegi helyzete. In: Túry F., Pászthy B. (szerk.): Evészavarok és testképzavarok. Pro Die, Bp., 2008. 397- 413.
- Hamann B: Habsburg lexikon. Budapest, Uj Génius Kiadó, 1990.
- Hamann B: Erzsébet királyné, Aquila, 1998.
- Harkaway JE: "Obesity: A Family Systems Perspective" (January 1, 1982). Electronic Doctoral Dissertations for UMass Amherst. Paper AAI8210331.
<http://scholarworks.umass.edu/dissertations/AAI8210331>
- Harkaway JE: Obesity and systems research: The complexity of studying complexities. Families, Systems, & Health, Vol 18(1), 2000, 55-59.
- Hausenblas HA., Downs, SD: How much is too much? The development and validation of the exercise dependence scale. Psychology and Health, 2002. 17,387e404.
- Hay P: The epidemiology of eating disorder behaviors: An Australian community-based survey Int J Eat Disord 23: 371–382, 1998.DOI: 10.1002/(SICI)1098-108X(199805)23:4<371
- Henderson M, Freeman CPL: A self- rating scale for bulimia. The „BITE”. Brit J Psychiatry, 150:18-24. 1987
- Heriques GR, Calhoun LG.: Gender and ethnic differences in the relationship between body esteem and self esteem. Journal of Psychology. 1999; 133 : 357-68
- Herman E: Anorexia nervosa. A MÁOTE és a MPT Pszichoszomatikus Szekciójának Közleményei, 14. füzet. Budapest, 1987.
- Herman E, Góth E, Radó J: Hyperaldosteronizmussal járó gyógyult anorexia nervosa. Orvosi Hetilap 1973, 114:1754-1756.

Herman CP, Mack D.: Restrained and unrestrained eating. *Journal of Personality* 1975; 43: 647-660

Herzog DB, Dorer D, Keel PK.: Recovery and relapse in anorexia and bulimia nervosa: A 7.5-year follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999, 38:829–837.

Hill, J. O., Peters, J. C. (1998): Environmental contributions to the obesity epidemic. *Science*, 280, 1371-1374

Holderness CC, Brooks-Gunn J, Warren MP: Co-morbidity of eating disorders and substance abuse: review of the literature. *Int J Eat Disord*, 1994, 16:1-34

Hollander E, Wong CM: Obsessive-compulsive spectrum disorders. *J Clin Psychiatry* 1995; 56 (Suppl 4):3-6; discussion 53-55.

Holló G.: Retina eltérések anorexiában, személyes közlés, Budapest, 2012. 07.17.

Homérosz: Odüsszeia. Ford. Devecseri Gábor XX. Ének (é.n.)
<http://mek.niif.hu/00400/00408/html/01.htm>. letöltés 2012. Jul. 11.

Honig, P. (2007). Working Collaboratively with Families. In B. Lask & R. Bryant-Waugh (eds.). *Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders In Adolescence and Childhood*: 3rd edition. Hove: Psychology Press.

Hsu LKG.: Outcome of bulimia nervosa. In: Brownell KD, Fairburn CG (.eds): *Eating disorders and obesity*. New York, Guilford, 1995, 238-244.

http://index.hu/kulfold/2012/04/24/ehsegsztrajkba_kezdet_timosenko/ letöltés 2012-07-13

http://index.hu/kultur/media/2011/12/09/lomnici-botrany_ehsegsztrajk_es_tuntetes/ letöltés 2012-07-13

http://index.hu/belfold/2011/10/21/ehsegsztrajkot_kezdték_szegedi_hallgatók/ letöltés 2012-07-13

<http://www.huszadikszazad.hu/index.php?apps=pedia&id=275> letöltés 2012-07-14

<http://www.pro-youth.eu/>

IASO. 2010a. Overweight & Obesity in the EU27.
<http://www.iotf.org/database/documents/v2PDFforwebsiteEU27.pdf>. letöltés 2010.09.11.

Ipser JC, Sander C, Stein DJ: *Pharmacotherapy and psychotherapy for body dysmorphic disorder (Review)*. John Wiley & Sons, Ltd. 2009.

Iván E, Lantos K.: Testképvizsgálati program. OTDK dolgozat, Piliscsaba, 2007.
[vmtkd.edu.rs/.../ivanlantos\(2\)Egy%20új%20diagnosztikai%20segédeszköz.doc](vmtkd.edu.rs/.../ivanlantos(2)Egy%20új%20diagnosztikai%20segédeszköz.doc). letöltés 2012. aug. 27.

Javaras, K.N., Pope, H.G., Lalonde, J.K., Roberts, J.L., Nillni, Y.I., Laird, N.M., Bulik, C.M., Crow, S.J., McElroy, S.L., Walsh, B.T., Tsuang, M.T., Rosenthal, N.R., & Hudson, J.I.: Co-occurrence of binge eating disorder with psychiatric and medical disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2008, 69, 266-273.

Johnson JG, Spitzer RL, Williams JBW. : Health problems, impairment and illnesses associated with bulimia nervosa and binge eating disorder among primary care and obstetric gynaecology patients *Psychological Medicine* / Volume 31 / Issue 08 /2001 , 1455-1466

Johnson C, Wonderlich SA: Personality characteristics as a risk factor in the development of eating disorders. In: Crofther JH, Tennenbaum, DL (Eds.): *The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context*. Kent, O. H.: Kent State University Press, 1992, 179-196

Jones, L. R., Wadden, T. A.: State of science: behavioural treatment of obesity. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 2006: 15, 1. S30–S39.

Józsa L.:Az elhízás és ábrázolása az őskőkorbán. *Orvosi Hetilap*.2008,149: 2307–2312.

Józsa L :Milyen lehetett (volt?) az őskőkori asszony testalkalta? *Folia Anthropologica* 2010, 9; 19–37.

Józsa L. G: Obesity in the paleolithic era. *Hormones*. 2011, 10(3):242-245

Józsa L:Az őskőkori és újkőkori idolk testalkatának összehasonlító vizsgálata. *Folia Anthropologica* 2012,11; 31–39.

Jánosi A, Túry F: Az anorexia nervosa hátterében álló evolúciós mechanizmusok, Budapest, *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 13 (2012)1,1—19 DOI: 10.1556/ Mental.13.2012.1.1

Kafka, Franz: *Naplók*. Györffy Miklós fordítása, Európa, Budapest, 2008.

Kanayama G, Pope HG, Jr, Cohane G, Hudson JI. Risk factors for anabolic-androgenic steroid use among weightlifters: A case-control study. *Drug and Alcohol Dependence*. 2003;71:77–86

Karwautz, A., Vökl-Kernstock, S., Nobis, G., Kalchmayr, G., Hafferl-Gattermayer, A., Wöber-Bingöl, C., Friedrich, M.H. : Characteristics of self-regulation in adolescent patients with anorexia nervosa. *British Journal of Medical Psychology*, 2001. 74, 101-114.

Kaye WH, Lilenfeld LR, Plotnicov K, Merikangas KR, Nagy L, Strober M, Bulik CM, Moss H, Greeno CG: Bulimia nervosa and substance dependence: association and family transmission. *Alcohol Clin Exp Res* 1996, 20:878-881.

Keel PK, Haedt A, Edler C.: Purgin disorder: an ominous variant of bulimia nervosa? *Int J Eat Disord*. 2005,38:191-199.

Keel PK, Striegel-Moore RH: The Validity and Clinical Utility of Purging Disorder. *Int J Eat Disord* 2009; 42:706–719.

Kinzl J.F., Hauer, K., Traweger, C., Kiefer, I.: Orthorectic eating behaviour: a frequent eating disorder among dietitians? *Ernährungs-Umschau*, 2005, 52: 436–439.

Kishi T, Elmquist JK: Body Weight is regulated by the brain: a link between feeding and emotion. *Mol Psychiatry*, 2005, 10:132-146

Klerman, G.L., Weissman M.M., Rounsaville B.J., Chevron E.S. (1984): *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York, Basic Books.

Kodolányi J.: *Boldog Margit*. Budapest, Atheneum, 1937

Komlósi P. : Családterápiás megközelítés az anorexia nervosa kezelésében. In: Riskó Á (szerk): *Étkezési zavarok (anorexia, bulimia, obezitas)* (pp. 69-75). Budapest: Magyar Pszichiátriai Társaság, 1993

Koran LM, Abujaoude E, Large MD, Serpe RT.: The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. *CNS Spectr* 2008;13:316–322.

Korinth A, Schiess S, Westenhoefer J.: Eating behaviour and eating disorders in students of nutrition sciences *Public Health Nutr.* 2010 Jan;13(1):32-7. Epub 2009 May 12

Kovács D.: *Az evészavarok tüneti elemzése*. Ph.D. értekezés, Budapest, 2004.

Kovács Sz, Túry F: Az inverz anorexia megjelenése testépítők között. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 2001; 12(3), 41–44.

Körner A : A táplálékfelvétel és a testsúly szabályozása. In: Túry, F., Pászthy, B. (szerk.): *Evészavarok és testképzavarok*. Pro Die, Budapest, 2008, 147-159

Krizbai T.: *Az evészavarok egyes epidemiológiai és pszichológiai vonatkozásai, különös tekintettel az élettörténeti emlékezetre*. PHD értekezés, Debrecen., 2011

Kurimay T, Demetrovics Zs: Sport és addikció. *Psychiatr Hung* 2006; 21 (Suppl): 73.

Lacey JH, Evans C: The impulsivist: a multi-impulsive personality disorder. *British J Addiction* 1986, 81:641-649.

Lajtai L.: Az interperszonális pszichoterápia bemutatása. *Pszichoterápia* 2001, 11:199-207

Lantos K, Iván E, Pászty B: A testkép és mérése. In: Túry, F., Pászthy, B. (szerk.): *Evészavarok és testképzavarok*. Pro Die, Budapest, 2008, 299-315.

Larsson, U., Karlsson, J., Sullivan, M.: Impact of overweight and obesity on health-related quality of life – a Swedish population study. *Int. J. Obesity & Related Metabolic Disorders* 2002; 26:417-424.

Leung N., Waller G., Thomas G.: Core beliefs in anorexic and bulimic women. *J. Nerv Ment Dis*, 1999, 187: 736-741.

Ley P: Az elhízás pszichológiája: okai, következményei és szabályozása. In: Barkóczi I, Séra L (szerk.): Az emberi motiváció I. Alapvető motivációs mechanizmusok. Tankönyvkiadó, Budapest, 1988.

Lock, J., Le Grange, D., Agras, W. S., C. Dare.: Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach. New York: Guildford Publications, Inc. 2001

Lukács, D., Pressing, LAz énkép és az önértékelés vizsgálata. In: Mérei, F., Szakács, F. (szerk.). *Pszichodiagnosztikai Vademecum. I. Explorációs és biográfiai módszerek, tünetbecslő skálák, kérdőívek. 2. rész* Tankönyvkiadó, Budapest, 1988, 37-75.o.

Lukács L: A kognitív információfeldolgozás sajátosságainak újabb eredményei az észzavarok terén. In F. Túry, B. Pászthy (szerk): *Évészavarok és testképzavarok Budapest: Pro Die* 2008. 211-222

Lukács L, Túry F, Argalász A, Murányi I: A testépítés gyakoriságának és az evészavarok egyes háttértényezőinek preventív vizsgálata fiatal férfiakon. *LAM* 2006;16(3):242–247.

Malone DA Jr, Dimeff RJ, Lombardo JA, Sample RH.: Psychiatric effects and psychoactive substance use in anabolic-androgenic steroid users. *Clin J Sport Med*. 1995;5(1):25-31.

Mannucci,E.:Eating Disorders in Obesity: Beyond (and Behind) DSM Categories. DOI: 10.1556/HMJ.1.2007.1.5

Marcus, M.D., Wildes, J.E. Obesity: is it a mental disorder? *Int. J. Eating Disord*. 42:739-753.

Mayville, S. B., Williamson, D. A., Netemeyer, R. G. & Drab, D. L.: Development, 2009. of the Muscle Appearance Satisfaction Scale: A self-report measure of the assessment of muscle dysmorphia symptoms. *Assessment*, 2002. 9, 351–360

McCutcheon R, Nolan A.: Chewing and Spitting out Food-A Neglected Symptom. *International Journal of Eating Disorders*. 1995; 17: 197-200

Mathieu J.:What is orthorexia? *Journal of the American Dietetic Association*, 2005, 105(10). 1510-1512.

Matz, P. E., Foster, G D., Faith, M S., Wadden, T. A: Correlates of body image dissatisfaction among overweight women seeking weight loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2002 70 (4), 1040–1044.

Minuchin S: Families and family therapy. Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1974.

Minuchin S, Rosman BL, Baker L: Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context. Harvard University Press, Cambridge Massachusetts, 1978, 11-34.

Money, J., Jobaris, R. & Furth, G. : Apotemnophilia : two cases of self-demand amputation as paraphilia. Journal of Sex. Research 1977. 13, 115–125.

Mónok K, Berczik , Urbán R, Szabo A, Griffiths MD, Farkas J, Magi A, Eisinger A, Kurimay T, Kökönyei Gy, Kun B, Paksi B, Demetrovics D.: Psychometric properties and concurrent validity of two exercise addiction measures: A population wide study. Psychology of Sport and Exercise 13 (2012) 739-746

Montanari, M.: Éhség és bőség. Atlantisz könyvkiadó, Budapest, 1999

Moravcsik EE: Gyakorlati elmekelet. Budapest, Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat, 1897.

Morgan, W.P. and O'Connor, P.J. (1988). Exercise and mental health. In: Exercise Adherence: Its impact on Public Health. Ed: Dishman R.K. Champaign, IL: Human Kinetics. 91-121.

Morgan HG, Hayward AE: Clinical assessment of anorexia nervosa. The Morgan - Russell Outcome Assessment Schedule. Brit J Psychiatry 1988, 152:367-371.

Moschos MM, Gonidakis F, Varsou E, Markopoulos I, Rouvas A, Ladas I, Papadimitriou GN: Anatomical and functional impairment of the retina and optic nerve in patients with anorexia nervosa without vision loss. Br J Ophthalmol 2011;95:1128e1133. doi:10.1136/bjo.2009.177899

Munro A: Monosymptomatic hypochondriacal psychosis. Brit J Psychiatry 1988, 153(suppl. 2):37-40.

Myers, T. A., Crowther, J. H.: Sociocultural pressures, thin-ideal internalization, self-objectification, and body dissatisfaction: Could feminist beliefs be a moderating factor? Body Image, 2007, 4 (3), 296–308.

Németh A: Az étkezési zavarok gyógyszeres kezelése. In: Étkezési zavarok (szerk. Riskó Á). Budapest, Magyar Pszichiátriai Társaság, 1993, 63-68. old.

Németh A: A kényszerbetegségek spektrumába tartozó kórképek. In: Németh A.(szerk.): Kényszerbetegség. Cserépfalvi, Budapest, 1994, 183-190.

Németh A, Túry F: Az evészavarok gyógyszeres terápiája. In F. Túry, B. Pászthy (szerk.): Evészavarok és testképzavarok Budapest: Pro Die 2008. 415-422.

Nielsen S.: Epidemiology and mortality of eating disorders. Psychiatr Clin North Am 2001, 24:201–214.

Nisbett RE: Determinants of food intake in obesity. Science 1968, 15:1254-1255.

Nyíró Gy, Fornádi F, Bartos V: Az anorexia nervosa halmozott elektroshokkal gyógyított esete. Ideggyógy Szemle 1958, 11:99-102.

Nyíró Gy, Fornádi F, Bartos V, Kaffka K: Neuroendokrin szindrómák kezelése transcerebrális elektrostimulációval. Ideggyógy Szemle 1964, 17:1-12.

O'Brien KM, Norah KV.: Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationships. Clinical Psychology Review 2003, 23:357-74.

O'Dea K.: Westernisation, insulin resistance and diabetes in Australian aborigines. Med. J. Austr. 155. 258 (1991)

Olivardia R, Pope HG, Hudson JI.: Muscle Dysmorphia in Male Weightlifters: A Case-Control Study. Am J Psychiatry 2000;157:1291-1296. 10.1176/appi.ajp.157.8.1291

Osman S, Cooper M, Hackmann A, Veale D.: Spontaneously occurring images and early memories in people with body dysmorphic disorder. Memory 2004;12:428-436.

Otosson, H., Bodlund, O., Ekselius L., Grann, M., von Knorrig, L., Kullgren, G., et al.: DSM-IV and ICD-10 personality disorders: A comparison of a self-report questionnaire (BIP-Q), with a structured interview. Eur Psychiatry, 1998, 13:246-273.

Pados Gy.: A nagy rizikófaktorok – a szív- és érrendszeri betegségek kockázatának csökkentése. SpringMed Kiadó, Budapest. 2006.

Palik É: Az étvágy szabályozás, zsírszöveti citokinek és génpolimorfizmusok szerepe az obesitas - inzulinrezisztencia - diabetes kapcsolatban. Doktori értekezés. Budapest, 2008

Pászthy B. : A gyermek- és serdülőkorban kezdődő anorexia nervosa pszichoszomatikus jellemzői és komplex terápiája. Gyermekgyógyászat, 2007a.: 58, 203-209.

Pászthy B. : A gyermek- és serdülőkorban kezdődő anorexia nervosa szomatikus szövődményei. Orvosi Hetilap 2007b, 148:405-412

Pászthy B., Major M., Mazzag J., Túry F.: A család szerepe a gyermekkori elhízás kialakulásában és kezelésében. Házi orvos Továbbképző Szemle 2007.: 12:292-296.

Pearlman, E.: Terror of desire: The etiology of eating disorders from an attachment theory perspective. Psychoanalytic Review, 2005. 92, 223-236.

Perczel Forintos D, Czeglédi E.: Falánkság, túlsúly, elhízás. Az obesitas pszichoterápiás megközelítési lehetőségei. Psychiatria Hungarica, 2009 24(5), 365-371.

Perczel Forintos D, Czeglédi E: Az elhízás kognitív és viselkedésterápiás lehetőségei. In: In: Túry F, Pászthy B: Az evészavarok pszichoterápiájának aktuális kérdései. Semmelweis Kiadó. 2012. 36-59.

Pethő B: Részletes pszichiatria II. Functionalis betegségek és zavarok (szerk. Pethő B). Budapest, MPT, 1989

Péter O.M.: Evészavarok az ókorban. In: Túry, F., Pászthy B. (szerk.): Evészavarok és testképzavarok. Pro Die, Budapest, 2008,317-328.

Péter O, Kelemen J, Pászty B: Az evészavarok kardiológiai következményei. In: Túry, F., Pászthy, B. (szerk.): Evészavarok és testképzavarok. Pro Die, Budapest, 2008,317-328).

Phillips KA.: The Broken Mirror: Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder (revised and expanded ed.). New York: Oxford University Press; 2005.

Phillips KA: Suicidality in Body Dysmorphic disorder. Primary Psychiatry 2007, 14: 58-66.

Phillips KA; Menard W: Suicidality in Body Dysmorphic Disorder: A Prospective Study Am J Psychiatry 2006;163:1280-1282.

Phillips, KA, Didie, ER, Menard W, Pagano, ME, Fay C., Weisberg RB: Clinical features of body dysmorphic disorder in adolescents and adults. Published online 2006 February 23. doi: 10.1016, PMID: PMC1592052

Phillips KA, Hollander E.: Treating body dysmorphic disorder with medication: evidence, misconceptions, and a suggested approach. Body Image: Int J Res 2008;5:13–27.

Phillips KA, Pinto A, Menard W, et al. :Obsessive-compulsive disorder versus body dysmorphic disorder: a comparison study of two possibly related disorders. Depress Anxiety 2007;24: 399–409.

Phillips KA, Grant J, Siniscalchi J, Albertini RS. Surgical and non-psychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. Psychosomatics 2001;42:504–510.

Phillips KA, Wilhelm S, Koran LM, Didie ER, Fallon BA, Feusner J, Stein DJ: Body dysmorphic disorder: some key issues for DSM-V. Depression and Anxiety, 2010, 27 : 573–591.

Phillips KA, Siniscalchi JM, McElroy SL. Depression, anxiety, anger, and somatic symptoms in patients with body dysmorphic disorder. Psychiatr Q 2004;75:309–320.

Pierce EF, Eastman NW, Tripathi HL, Olson KG, Dewey WL: Beta-endorphin response to endurance exercise: Relationship to exercise dependence. Percept Mot Skills 1993; 77: 767-770.

Pinel, J. P. J: Biopsychology. 4th edition. Boston, etc.: Allyn and Bacon., 2000.

Pinel, J. P. J., Assanand, S., Lehman, D. R.: Hunger, Eating, and Ill Health. American Psychologist, 2000, 55 (10), 1105-1116.

Plöttner G: Prevalence of eating disorders and minor psychiatric morbidity in Central Europe before the political changes in 1989: a cross-cultural study, Psychol

Med, 1995, 25:1027-1035.

Polivy J, Herman CP.: Causes of eating disorders. Annual Review of Psychology.2002, 53:187-213.

Pope HG Jr, Hudson JI: Treatment of bulimia with antidepressants. Psychopharmacology 1982, 78:176-179.

Pope HG, Hudson JI: Are eating disorders associated with borderline personality disorders? A critical review. Int J Eating Dis 1989, 8:1-9.

Pope HG, Hudson JI: Anorexia nervosa and "reverse anorexia". NEDO Newsletter 1996, 30(1):1-2.

Pope HG, Katz DL: Affective and psychotic syndromes associated with use of anabolic steroids. Am J Psychiatry 1988, 145:487-490.

Pope HG, Katz DL: Psychiatric and medical effects of anabolic-androgenic steroids: a controlled study of 160 athletes. Arch Gen Psychiatry 1994, 51:375-382.

Pope HG Jr, Hudson JI, Jonas IM, Yurgelun-Todd D: Antidepressant treatment of bulimia: a two-year follow-up study. J Clin Psychopharmacol 1985, 5:320-327.

Pope HG Jr, Hudson JI, Nixon RA és mtsai: The epidemiology of ipecac abuse. N Engl J Med 1986, 314:245-246.

Pope HG, Katz DL, Hudson JI: Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders. Compr Psychiatry 1993, 34:406-409.

Pope Jr. HG, Gruber AJ, Choi P, et al. :Muscle dysmorphia: an underrecognized form of body dysmorphic disorder. Psychosomatics 1997;38:548–557.

Pope HG, Phillips KA, Olivardia R.: The Adonis Complex: The Secret Crisis of Male Body Obsession. New York: The Free Press; 2000.

Pope CG, Pope, HG, Menard W, Fay C, Olivardia R., Phillips KA.: Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphic disorder Body Image. 2005 December; 2(4): 395–400.doi: 10.1016/j.bodyim.2005.09.001 PMID: PMC1627897

Popper P, Geiger Á, Csépanyi L, Elkán Gy: Obesitas és anorexia psychés tényezői. Gyermekgyógyászat 1973, 24:457-460.

Powley, T. L. and Keesey, R. E.:Relationship of body weight to the lateral hypothalamic feeding syndrome. Journal of Comparative and Physiological Psychology, 1970: 70, 25-36.

Prince R: The concept of culture-bound syndromes: anorexia nervosa and brainfag. Soc Sci Med, 1985, 21:197-203.

Probst, M., Vandereycken, W., Van Coppenolle, H., Vanderlinden, J.: The Body Attitude Test for patients with an eating disorder: psychometric characteristics of a new questionnaire. *Eating Disorders* 1995a; 3:133-144.

Probst M, Van Coppenolle H, Vandereycken W: Body experience in anorexia nervosa patients: an overview of therapeutic approaches. *Eating Disorders* 1995b, 3:145-157

Puhl, R.M., & Brownell, K.D.: Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Research*, 2001, 9(12), 788—805.

Puhl, R.M., & Brownell, K.D.: Psychosocial origins of obesity stigma: toward changing a powerful and pervasive bias. *Obesity Reviews*, 2003, 4(4), 213—227.

Rabelais F: Gargantua és Pantagruel. Fordította: Benedek Marcell. Szépirodalmi Könyvkiadó, 1965.

Rathner G, Túry F, Szabó P.: Evészavarok a rendszerváltás után a volt kommunista országokban. *Orvosi Hetilap* 2001, 142:1331-1333.

Rathner G, Túry F, Szabó P, Geyer G, Rumpold A., Forgács W, Söllner W, Rátay Cs: Újabb törekvések az anorexia nervosa pszichoterápiás kezelésében. *Psychiatria Hungarica* 1987, 2:201-208.

Rendi M, Szabó A, Bárdos Gy: Testedzésfüggőség: egy ritka, de súlyos pszichológiai rendellenesség. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 2010, 65. 3. 529–544. DOI: 10.1556/MPSzle.65.2010.3.4

Rehavia-Hanauer, D.: Identifying conflicts of anorexia nervosa as manifested in the art therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 2003. 30, 137-149.

Rinck G, Mohr H: Fogyni – de ésszerűen : A „Bundescentrale für gesundheitliche Aufklärung” gyakorló programja túlsúlyosak számára. Köln, 1984

Rinck G, Mohr H: Fogyni – de ésszerűen : A „Bundescentrale für gesundheitliche Aufklärung” tanári kézikönyve. Köln, 1984

Riskó Á szerk.: Ételkezési zavarok. Budapest, Magyar Pszichiátriai Társaság, 1993a.

Riskó Á: Az étkezési zavarok (anorexia, bulimia, obesitas) meghatározása, klinikai tünetei, pszichodinamikai jellegzetességei, kezelési lehetőségei. In: *Ételkezési zavarok* (szerk. Riskó Á). Budapest, Magyar Pszichiátriai Társaság, 1993b, 6-16. old.

Riskó Á: Anorexiás, bulimiás és rohamszerűen faló elhízott személyek pszichodiagnosztikai vizsgálatának főbb sajátosságai. *Psychiatria Hungarica* 1996a, 11:281-288.

Riskó Á: Ételkezési zavarban szenvedők (anorexia, bulimia, ún. faló elhízottak) pszichoanalitikus terápiájának kezdeti nehézségeiről. In: *Korai személyiségfejlődés és terápiás folyamat* (szerk. Lukács D). Budapest, Animula, 1996b, 131-138. old.

- Riskó Á: Változatok a deperszonalizációra. In: Flaskay G (szerk):Határhelyzetek. Budapest, Magyar Pszichoanalitikus Egyesület, 1997, 173-181. old.
- Riva G: Modifications of body-image induced by virtual reality. *Percept Mot Skills* 1998, 86:163-170.
- Rockert W, Kaplan AS, Olmsted M. Eating disorder not otherwise specified: The view from a tertiary care treatment center. *Int J Eat Disord* 2007;40:S99–S103.
- Rosenvinge, J. H., Martinussen, M., Ostensen, E.: The comorbidity of eating disorders and personality disorders: A meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eat Weight Disord*, 2000, 5:52-61.
- Rostand, Edmond:Cyrano de Bergerac Fordította: Ábrányi Emil.
<http://mek.oszk.hu/00400/00478/00478.htm> letöltés 2012.május 29.
- Ruff GA, Barrios BA: Realistic assessment of body image. *Behav Assessment* 1986, 8:237-252.
- Russell GFM: Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979, 9:429-448.
- Russell GFM: Bulimia revisited. *Int J Eating Dis* 1985, 4:681-692.
- Russell GFM: The history of bulimia nervosa. In: *Handbook of treatment for eating disorders* (szerk. Garner DM, Garfinkel PE). New York, Guilford, 1997, 11-24. old.
- Russell GFM, Szmukler GI, Dare C, Eisler I: An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1987, 44:1047-1056.
- Russell GFM, Checkley SA, Feldman J, Eisler I: A controlled trial of D-fenfluramine in bulimia nervosa. *Clin Neuropharmacol* 1988, 11(Suppl 1): S146-S159.
- Russell GFM, Treasure J, Eisler I: Mothers with anorexia nervosa who underfeed their children: their recognition and management. *Psychol Med* 1998, 28:93-108.
- Russell J, Byrnes S: Nutritional management. In: *Neurobiology in the treatment of eating disorders* (szerk. Hoek HW, Treasure JL, Katzman MA). New York, Wiley, 1998, 431-455.
- Ryle, A. & Kerr, I. B.: *Introducing Cognitive Analytic Therapy: Principles and Practice*. Wiley. 2002
- Sarwer DB, Magee L, Crerand C E: Cosmetic Surgery and Cosmetic Medical Treatments. In: Thomson, J. Kevin (ed.): *Handbook of Eating Disorders and Obesity*. Wiley, New York, 2004, 718–737.
- Sarwer DB, Crerand CE. : Body dysmorphic disorder and appearance enhancing medical treatments. *Body Image: Int J Res* 2008;5:50–58.

Sacco, M: Orthorexia Nervosa: Disease That Masquerades as Health, Psychiatric Times, 2012. Vol. No. April 3,

Sáfrán Zs.: A pszichodráma alkalmazás az evészavarok kezelésében. In: Evészavarok és testképzavarok (szerk.: Túry F, Pászhy B), Pro Die Kiadó, 2008, 451-463.

Skara Brae lelet: <http://www.orkneyjar.com/history/skarabrae/> letöltés 2012. Aug.1.

Schachter S: A testi funkciókra gyakorolt kognitív hatások: tanulmány a kövérségről és az evésről. In: Az emberi motiváció I. Alapvető motivációs mechanizmusok (szerk. Barkóczi I, Séra L). Budapest, Tankönyvkiadó, 1988.

Secord, P.F., Jourard, S.M. :The appraisal of body cathexis: Body Cathexis and the Self. Journal of Consulting Psychology. 1953:17; 343-347.

Segura-García C, Papaiani MC, Caglioti F, Procopio L, Nisticò CG, Bombardiere L, Ammendolia A, De Fazio P, Capranica L.: Orthorexia Nervosa: A frequent eating disordered behavior in athletes. Eat Weight Disord. 2012 Feb 21. PMID: 22361450

Smith, D. K., & Hale, B. D.: Exercise-dependence in bodybuilders: Antecedents and reliability of measurement. Journal of Sports Medicine and Physical Fitness, 2005, 45(3), 401–408

Schmidt U, Treasure J.: Getting better bit(e) by bit(e). London: Psychology Press.1993; 35-49

Schmidt U, Tiller J, Blanchard M, Andrews B, Treasure J: Is there a specific trauma praecipitating anorexia nervosa? Psychol Med, 1997, 27:523-530.

Schlundt DG, Bell C: Body Image Testing System: a microcomputer program for assessing body image. J Psychopathol Behav Ass 1993, 15:267-285.

Schnell E: Neuroendokrin rendszer. In: Pszichoszomatika a gyakorlatban (szerk. Császár Gy). Budapest, Pszichoteam, 1989.

Selvini-Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G: The treatment of children through brief therapy of their parents. Family Process 1974, 13:429-442.

Selvini-Palazzoli M, Cecchin G, Prata G, Boscolo L: Hypothesizing - circularity - neutrality: three guidelines for the conductor of the session. Family Process 1980, 19:3-12.

Selvini-Palazzoli, M.: Self-starvation. London: Chaucer, 1974

Serpell L, Livingstone A, Niedermann M, Lask B: Anorexia nervosa: obsessive-compulsive disorder, obsessive-compulsive personality disorder, or neither? Clin.Psychol. Rev. 2002, 22: 647-669.

Simon L, Tölgyes T: A bulimia nervosa II. Ideggyógy. Szemle 1990, 43:484-500.

Slay Ha, Hayaki J, Napolitano Ma, Brownell KD: Motivations for running and eating attitudes in obligatory versus nonobligatory runners. *Int J Eat Disord* 1998; 23: 267-275.

Smith GR Jr, Ross RL.: Chewing and spitting associated with protein sparing modified fast and psychosocial stressor. *Psychosomatics*. 1989; 30: 224-226.

Smith, D.E., Marcus, M.D., Lewis, C.E., Fitzgibbon, M., Schreiner, P.: Prevalence of binge eating disorder, obesity and depression in a biracial cohort of young adults. *Annals of Behavioral Medicine*, 1998, 20, 227-232.

Sonnevend M, Pászthy B: Az evészavarok idegrendszeri háttere. In: Túry, F., Pászthy, B. (szerk.): *Evészavarok és testképzavarok*. Pro Die, Budapest, 2008, 183-195.

Sótonyi P: A hypothalamicus szabályozás egyes funkcióinak vizsgálata. Doktori értekezés, Budapest, 2010.

Specker S; De Zwaan M.; Raymond N; Mitchell J.: Psychopathology in subgroups of obese women with and without binge eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 1994, 35: 185-190.

Spitzer RL, Devlin MJ, Walsh BT és mtsai: Binge eating disorder: to be or not to be in DSM-IV. *Int J Eating Dis* 1991, 10:627-629.

Steiger H, Bruce KR: Personality traits and disorders associated with anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder. In: Brewerton, T.D. (ed.): *Clinical Handbook of Eating Disorders. An Integrated Approach*. Marcel Dekker, Inc., New York. 2004

Steinhausen HC.: The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry* 2002, 159: 1284–1293.

Stewart, A.: Disorders of eating control. In P.J. Graham (Ed.), *Cognitive behavior therapy for children and families* (pp. 359-384). Cambridge University Press 2005.

Stice E.: A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: mediating effects of dieting and negative affect. *J Abnorm Psychol* 2001, 110:1-12.

Stierlin H, Weber G: *Unlocking the family door. A systemic approach to the understanding and treatment of anorexia nervosa*. New York, Brunner/Mazel, 1989.

Strober M: Personality and symptomatological features in young, nonchronic anorexia nervosa patients. *J Psychosom Res*, 1980, 24:353-359.

Strober M, Lampert C, Morrell W, Burrough J, Jacobs C: A controlled family study of anorexia nervosa: evidence of familial aggregation and lack of shared transmission with affective disorders. *Int J Eat Disord*, 1990, 9:239-253.

Strober M, Freeman R., Lampert C, Diamond J., Kaye W : Controlled family study

of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of parcial syndromes. AM.J.Psychiatry. 2000, 157:393-401.

Stuart RB. Behavioral control of overeating. Behav Ther 1967;5:357–65.

Stunkard AJ, Grace WJ, Wolff HG: "The night eating syndrome": a pattern of food intake amongst certain obese patients. Am J Med 1955, 19:78-86

Stunkard, S., Koch,C.:The intepretation of gastric motility:I.Apparent bias in the reports of hunger by obese persons. Arch.of General Psychiatry. 1964,11,74-82. .

Sullivan P, Bulik CM, Carter FA, Gendall KA, Joyce PR.: The significance of a prior history of anorexia in bulimia nervosa. Int J Eat Disord 1996, 20:253–261.

Szabó L., Pászthy B., Túry F. : Az apák szerepe az evészavarok családdinamikájában. Pszichoterápia, 2006, 15, 406-415.

Szabó A., Demetrovics Zs., Kun B., Kurimay T.: Testedzésfüggőség. In Demetrovics Zs., Kun B. (szerk.), Az addiktológia alapjai IV. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó 2010. pp. 283-305.

Szabó P: Az anorexia és bulimia nervosa egyes epidemiológiai és pszichológiai vonatkozásai. Kandidátusi értekezés, Debrecen, 1994.

Szabó P.: Testkép és zavarai, testorientált terápiák. Psychiatria Hungarica, 1996, 11 (3), 311–325.

Szabó Pál, Túry Ferenc: Testkép és testképzavar fiatal felnőttek között. In: Deviancia-jelenségek serdülőkorban (Szerk.: Pető Zoltán). Edutech Kiadó, Sopron, 1996, 51-67. old.

Szabó P, Túry F, Madléna M: A bulimia nervosa sztomatológiai vonatkozásai. Fogorvosi Szemle 1991, 84:301-305.

Szabó Pál: A testdiszmorfiás zavar. In: Az addiktológia alapjai IV. Viselkedési addikciók és az impulzuskontroll egyéb zavarai (szerk.: Demetrovics Zsolt és Kun Bernadette). ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2010. 459-480.

Szabó P: Egy régi "új" betegség: a testdiszmorfiás zavar (dysmorphophobia). Orvosi Hetilap 2010, 151: 1805-1815.

Szabó P, Túry F.: A depresszió és a táplálkozási zavarok kapcsolata. Psychiatria Hungarica 1994, 9:55-68.

Szabó K, Túry F: A magazinokban megjelenő írott és képi tartalmak evészavarokkal való lehetséges kapcsolata. LAM 2012;22(2):139–145.

Szászi B, Szabó P:Testkép és tesztélmény plasztikai sebészeti betegek körében. 2010, MPT Nagygyűlés Absztrakt, 129.o.

Szilárd J, Vetró Á: Gyermek- és ifjúságpszichiátria. Oktatási segédanyag. Szeged, SZOTE, 1990, 191-198.

Szlávik G.: Edas ut vivas, ut edas, noli vivere. Étkezési szokások a görög-római világban a társadalmi helyzet és társadalmi helyzettől meghatározott életfelfogás kifejeződéseként Gesta X (2011)136–146. http://tortenelemszak.uni-miskolc.hu/gesta/gesta2011/2011_136.pdf. letöltés 2012.jul.27.

Szumska I.: Evészavarok prevalenciája fiatal Magyar nők körében. Pszichoszociális háttérjellemzők, komorbiditás más mentális problémákkal. PHD értekezés, Budapest, 2005.

Szumska I, Dudás K: Falászavar. In: Túry F, Pászthy B (szerk): Evészavarok és testképzavarok, Pro Die Kiadó, 2008, 41-52.

Szumska, I. Túry F., Szabó P.: Az evészavarok epidemiológiájának újabb adatai. In: Túry, F., Pászthy, B. (szerk.): Evészavarok és testképzavarok. Pro Die, Budapest, 2008, 109–120.

Szumska, I. Túry F., Gülec H, Kohl E: Az evészavarok terápiájának hatékonyságvizsgálata. In: Túry F, Pászthy B: Az evészavarok pszichoterápiájának aktuális kérdései. Semmelweis Kiadó 2012. 153-162.

Szumska I, Túry F, Jakabfi P.: Az evészavarok prevenciója. Kérdések és ellentmondások LAM 2003;13(1):24–28.

T. Biró K: Kőeszköz-nyersanyagok magyarországi területén. A Miskolci Egyetem Közleménye A sorozat, Bányászat, 74. kötet, 2008 p. 11-37

Teitelbaum P, Epstein AN: The lateral hypothalamus syndrome: recovery of feeding and drinking after lateral hypothalamic lesions. Psychol Rev 1962, 69:74-90.

Telch, CF.; Stice, E: Psychiatric comorbidity in women with binge eating disorder: Prevalence rates from a non-treatment-seeking sample Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 66(5), Oct 1998, 768-776. doi: 10.1037/0022-006X.66.5.768

Terry A, Szabo A, Griffiths MD: The exercise addiction inventory: A new brief screening tool. Addiction Research and Theory 2004; 12: 489-499.

Thompson JK, Spana RE: The adjustable light beam method for the assessment of size estimation accuracy: description, psychometrics, and normative data. Int J Eating Dis 1988, 7: 521-526.

Thornton C. Russell J.: Obsessive compulsive comorbidity in the dieting disorders. Int J of Eat Disord 1997, 21:83–87.

Torem MS: Psychodynamic Ego-State Therapy for Eating Disorders. In: Larocca FEF (szerk): Eating Disorders, New Directions for Mental Health Services, No, 31, Jossey-Bass Fall, San Francisco, 1986, 99-107.

Touyz SW, Beumont PJV, Collins JK: Body shape perception and its disturbance in anorexia nervosa. Br J Psychiatry 1984, 144:167-171.

Tóth, B.: Magyar ritkaságok. Atheneum, Budapest, 1899.

Tóth E.: Anorexia nervosa az evolúciós pszichopatológia tükrében. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika 2001, 3, 59—62.

Tóth, E.: Az anorexia nervosa: szociobiológiai kitekintés. In J. Kállai, & B. Kézdi (szerk.), Új távlatok a klinikai pszichológiában. Budapest: Új Mandátum 2003. 201—218.

Tölgyes T.: Evészavarok és evészavar-tünetek epidemiológiája. Evészavarban szenvedő betegek személyiségvizsgálata kognitív megközelítésben pszichometriai módszerekkel. PhD disszertáció, Budapest, 2007

Tölgyes T. :Viselkedés- és kognitív terápiák. In: Szőnyi G., Füredi J. (szerk.) : A pszichoterápia tankönyve. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt, 300-313. 2008

Tölgyes T, Géczy A: Integrációs lehetőségek a táplálkozási magatartászavarok kezelésében pszichoterápiás ambulancián. Végeken 1993, 4(3):25-33.

Tölgyes T, Simon L: A bulimia nervosa I. Ideggyógy. Szemle 1989, 42:397-407.

Tölgyes T., Simon L., György S: A táplálkozási magatartászavarok kognitív és viselkedésterápiája. Psychiat Hung, 1996, 11: 299-309

Tölgyes T, Nemessúri J: Epidemiological studies on adverse dieting behaviours and eating disorders among young people in Hungary. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2004, 39: 647-654.

Tölgyes T, Unoka Zs: Az evészavarok kognitív megközelítése: sémák és személyiség. In: Túry, F., Pászthy, B. (szerk.): Evészavarok és testképzavarok. Pro Die, Budapest, 2008, 223-235.

Tölgyes T, Unoka Zs, György, S.: Viselkedés- és kognitív terápiák evészavarban. In: Túry, F., Pászthy, B. (szerk.): Evészavarok és testképzavarok. Pro Die, Budapest, 2008, 423-436.

Treuer T: A kényszerspektrumhoz tartozó egyes kórképek tüneti alcsoportjainak elkülönítése és klinikai jellemzőinek vizsgálata. Doktori értekezés. Budapest, 2001.

Treuer T, Fábián Zs, Füredi J: A fizikai bántalmazás, szexuális bántalmazás és a testképzavar összefüggése evészavarokban. Pszichoterápia, 2001, 248-252.

Tucker LA: Effect of weight training on self-concept: A profile of those influenced most. Res Q Exerc Sport 1983; 54: 389-397.

Tucker LA: Effect of weight training on body attitudes: Who benefits most? J Sports Med Phys Fitness 1987; 27: 70-78

Tucker LA, Maxwell K: Effects of weight training on the emotional well-being and body image of females: Predictors of greatest benefit. *Am J Health Promot* 1992; 6: 338-344,

Turnbull, S.J., Troop, N.A., Treasure, J.L.: The prevalence of post-traumatic stress disorder and its relation to childhood adversity in subjects with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 1997; 5, 270-277.

Túry F: Csoportmódszerek az evési zavarok kezelésében. In: *Életutak és útsegítők* (szerk. Pető Z). A Szociális Munka Alapítvány Kiadványai 12. Budapest, 1995, 33-50. old.

Túry F: A hipnoterápia szerepe a táplálkozási magatartás zavarainak kezelésében. *Pszichoterápia* 1997, 6:335-340.

Túry F: A túlsúly mint pszichoszomatikus zavar. *Praxis* 2000. 9:17-21,

Túry F.: Anorexia, bulimia. *Önsegítő és családsegítő kalauz*. Print-X-Budavár, Budapest, 2005.

Túry F, Szabó P: A táplálkozási zavarok pszichoszomatikája, különös tekintettel a bulimia nervosára. A MÁOTÉ és a MPT Pszichoszomatikus Szekciójának közleményei, 24. Budapest, 1989.

Túry F, Szabó P: Bulimia nervosa: irodalmi áttekintés. *Psychiatria Hungarica* 1991, 6:43-59.

Túry F, Kovács Sz, Gyenis M: Az izomdiszómorfia (inverz anorexia) hazai gyakorisága testépítők között. *Szenvedélybetegségek* 2001; 9, 326-330.

Túry F: Adatok a táplálkozási viselkedés zavarainak epidemiológiájához és terápiájához. Kandidátusi értekezés. Miskolc, 1993.

Túry F, Szabó P, Szendrey G: Evészavarok prevalenciája egyetemista populációban. *Ideggyógy Szemle* 1990, 43:409-418.

Túry F, Kollár M, Szabó P: Táplálkozási attitűdök középiskolások között. *Ideggyógy Szemle* 1991, 44:173-181.

Túry F, Kollár M, Szabó P, Pető Z, Boda K: Táplálkozási zavar-epidemiológiai vizsgálatok két középiskolás populációban. *Végeken*, 1993, 4:14-19.

Túry F, László Zs, Wildmann M, Ábrahám I: A súlyos anorexia speciális formája: anorexia by proxy. In: Túry F, Pászty B: *Az evészavarok pszichoterápiájának aktuális kérdései*. Semmelweis Kiadó 2012. 178-189.o

Túry F., Pászty B: Az evészavarok családterápiája az újabb adatok fényében. In F. Túry F, Pászty B (Eds.), *Evészavarok és testképzavarok*. Budapest: Pro Die 2008. 437-449.

Túry F., Pászty B: Családterápiás csapdák az evészavarok kezelésében. In: Túry F, Pászty B.: *Az evészavarok pszichoterápiájának aktuális kérdései*. Semmelweis kiadó, Budapest, 2012.

Túry F, Szumska I: Az étkezési zavarok kognitív viselkedésterápiája. In: Mórotz K, Perczel Forintos D (szerk.): Kognitív viselkedésterápia, Medicina Könyvkiadó Rt, Budapest, 2005, 501-526.

Túry F, Kollár M, Szabó P, Pető Z, Boda K: Táplálkozásvizsgálatok két középiskolás populációban. Végeken, 1993, 4:14-19.

Túry F, Lukács L :Az evészavarok modern formái. Ideggy Szle 2006;59(7–8):294–296.

Túry F., Lukács L., Rácz O., Horváth K.: Az evés- és a testképzavarok újabb megnyilvánulásai. Lege Artis Medicinae, 2003,13: 642—647.

Túry F, Szabó P: A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa. Medicina, Budapest, 2000.

Túry F, Szabó P: Az evés zavarai: anorexia, bulimia, falási zavar. In:Demetrovics Zs. És Kun B.(szerk): Az addiktológia alapjai IV. ELTE Ötvös kiadó 2010, 423-446.

Túry F, Wildmann M: Integratív terápiás megközelítés a táplálkozási viselkedés zavarainak kezelésében – egy éves tapasztalataink. Magyar Pszichológiai Szemle, 1992/93, 48/49:13-235.

Túry F, Wildmann M: Tapasztalataink az evészavarokban szenvedő betegek speciális intézeti kezelésével. In: Étkezési zavarok (szerk. Riskó Á). Budapest, Magyar Pszichiátriai Társaság, 1993, 29-36. old.

Túry F: Adatok a táplálkozási viselkedés zavarainak epidemiológiájához és terápiájához. Kandidátusi értekezés, Miskolc, 1993.

Túry F: A táplálkozási zavarok hipno-behaviorális kezelése. Ideggyógy Szemle,1990, 43:128-134.

Túry F: A túlevéses zavar (binge eating disorder) gyógyszeres kezelése. Neuropsychopharmacologia Hungarica 2009, XI/2, 55-56

Túry F, Gyányi A: „Testzsírfóbia”, a modern evészavarok egyike: a testépítő típusú evészavar. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika. 2007, 8, 203–10.

Túry, F; Kollár, M; Szabó, P: Táplálkozási attitűdök középiskolások között. Ideggyógy szemle 1991, 44, 173-181.

Túry F, Szabó P: Hypnotherapy in a special dissociative state: nocturnal bulimia. A case study. Hypnos 1990, 17:155-161.

Túry F, Szabó P: A hipnotikus fogékonyság bulimiában. Szenvedélybetegségek 1993a, 1:299-302.

Túry F, Szabó P: A táplálkozási viselkedés zavarainak disszociációs hipotézise. Lege Artis Medicinae 1993b, 3:264-269.

Túry, F; Szabó, P; Szendrey, G: Evészavarok prevalenciája egyetemistapopulációban. Ideggyógy Szemle 1990, 43, 409-418.

Túry F, Wildmann M, László Zs: Elektrokonvulzív kezelés az anorexia nervosa pszichózissal szövődött formájában. Psychiatria Hungarica 1998, 113:281-284.

Túry F., Wildmann M., László Zs., Düll A.: Családlátogatás evészavarban szenvedőknél – környezetpszichológiai megfontolások. Magyar Pszichológiai Szemle 61:53-66, 2006.

Tusor András: Gasztronómia, é.n.<http://mek.oszk.hu/00100/00129/html/letöltés> 2012. Jul.3.

Unoka Zs: Személyiségvonások és rossz szülői bánásmód kapcsolata a depressziós, szorongásos, bulimiás zavarokkal és a borderline személyiség zavarral, és evészavarok háttérében álló látens sérülékenység dimenziók vizsgálata. Doktori értekezés. Budapest, 2007

Unoka Zs, Rózsa S, Fábán Á, Mervó B, Simon L.: A Young-féle Séma kérdőív: A Korai maladaptív sémák jelenlétét mérő eszköz pszichometriai jellemzőinek vizsgálata. 2004, Psychiatr Hung, 3: 235-243.

Unoka Zs, Tölgyes T, Czobor P: Early maladaptive schemas and body mass index in subgroups of eating disorders: a differential association. Compr.Psychiatry 2007, 45:192-204.

Yates A, Leehey K, Shisslak CM: Running – an analogue of anorexia? N Engl J Med 1983; 308: 251-255.

Yates A, Shisslak Cm, Allender J,Crago M, Leehey K: Comparing obligatory to nonobligatory runners. Psychosomatics 1992; 33: 180-189.

Young, JE: Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach (3rd ed.). Professional Resource Press/ Professional Resource Exchange, Sarasota FL.1999

Young JE, Klosko JS, Weishaar M. Schema Therapy: A Practitioner's Guide. Guilford Publications, New York, 2003.

Van den Broucke S, Vandereycken W, Norré J: Eating disorders and marital relationships. London, Routledge, 1997.

Vandereycken W: The Eating Disorder Evaluation Scale (EDES). Eating Disorders 1993, 1:115-122.

Vandereycken W., Van Deth R., Meermann R.: Hungerkünstler, Fastenwunder,Magersucht. Eine Kulturgeschichte der Ess-störungen. Biermann, Zülrich, 1990.

Vandereycken W, Vanderlinden J: Denial of illness and the use of self-reporting measures in anorexia nervosa patients. Int J Eating Dis 1983, 2:101-107.

Vanderlinden J, Norré J, Vandereycken W, Meermann R: Die Behandlung der Bulimia Nervosa. Eine praktische Anleitung. Schattauer, Stuttgart – New York, 1992, 97-114.

Vanderlinden J, Norré J, Vandereycken W: A practical guide to the treatment of bulimia nervosa. New York, Brunner/Mazel, 1992.

Vanderlinden J, Vandereycken W: Hypnosis in the treatment of eating disorders (anorexia and bulimia). *Hypnos* 1990a, 17:64-70.

Vanderlinden J, Vandereycken W: The use of hypnosis in the treatment of bulimia nervosa. *Int J Clin Exp Hypnosis* 1990b, 38:101-111.

Vanderlinden J, Vandereycken W: Guidelines for the family therapeutic approach to eating disorders. *Psychother Psychosom* 1991, 56:36-42.

Vanderlinden J, Vandereycken W.: Is sexual abuse a risk factor for developing an eating disorder? *Eating Disorders*; 1993,1:282-286.

Vanderlinden J, Vandereycken W. :Trauma, dissociation and impulse dyscontrol in eating disorders. Brunner/Mazel, Inc. Bristol, Pennsylvania. 1997

Vanderlinden J, Vandereycken W, Van Dyck R, Vertommen H. : Dissociative experiences and trauma in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*; 1993;13:187-194.

Van Hoeken D, Lucas AR, Hoek HW: Epidemiology. In: *Neurobiology in the treatment of eating disorders* (szerk. Hoek HW, Treasure JL, Katzman MA). New York, Wiley, 1998, 97-126. old.

Varga M, Dudás K, Túry F. : Az orthorexia nervosa – egészségesétel-függőség. In: Demetrovics Zsolt (szerk.): *Az addiktológiai alapjai. IV kötet. ELTE Eötvös, Budapest, 2010: 447-458.*

Varga M, Babusa B: Az új keletű evészavarok néhány pszichológiai és rendszerszemléleti vonatkozása, *LAM* 2012;22(6–7):440–444.

Veér A, Matuzsinka F: Anorexia nervosa. In: *Pszichoszomatikus megbetegedések. Budapest, Medicina, 1976, 113-116.*

Veale D.: Outcome of cosmetic surgery and 'DIY' surgery in patients with body dysmorphic disorder. *Psychol Bull* 2000;218–221.

Veale D: Body dysmorphic disorder *Postgrad Med J* 2004;80:67-71
Doi:10.1136/pmj.2003.015289

Vetró Á, Engels R: Az anorexia nervosa pathogenesise, diagnosztikus kritériumai és terápiás lehetőségei, különös tekintettel a magatartásterápiára. *Ideggyógy Szemle* 1984, 37:221-228.

Vetró Á, Fedor I: Evészavarok a gyermekkorban. *Psychiatria Hungarica* 1996, 11:267-280.

Visscher TLS, Viet AL, Kroesbergen HT, Seidell JC. : Underreporting of BMI in adults and its effect on obesity prevalence estimations in the period 1998 to 2001. *Obesity* 2006. 14 (11):2054-2063.

Vitousek, K, Manke, F: Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Abnorm Psychol*, 1994, 103:137-147.

von Ranson KM, McGue M, Iacono WG: Disordered eating and substance use in an epidemiological sample: 2. Associations within families. *Psychol Addict Behav*, 2003, 17:193-201.

Wadden TA, Foster GD.: Behavioral treatment of obesity. *Med Clin North Am* 2000;84:441–61

Wade TD, Bergin JL, Tiggemann M, Bulik CM, Fairburn CG.: Prevalence and long-term course of lifetime eating disorders in an adult Australian twin cohort. *Aust NZ J Psychiatry* 2006; 40:121–128.

Waller G., Ohanian V., Meyer C., Osman S. : Cognitive content among bulimic women: The role of core beliefs. *Int J Eat Disord*, 2000, 28: 235-241.

Waller G., Cordery H., Corstorphine E., Hinrichsen H., Lawson R., Mountford V., Russel K.: *Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders: A Comprehensive Treatment Guide*. Cambridge University Press 2007

Waller, G., Ohanian, V., Meyer, C., Everill, J., Rouse, H.: The utility of dimensional and categorical approaches to understanding dissociation in the eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 2001. 40, 387–397.

Weingarten, H. P.: Conditioned cues elicit feeding in sated rats: A role for learning in meal initiation. *Science*, 1983, 220, 431-433.

Weissman M.M., Markowitz J.C., Klerman G.L.: *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*. New York, Basic Books. 2000

Welch SL, Fairburn CG.: Impulsivity or comorbidity in bulimia nervosa: a controlled study of deliberate self-harm and alcohol and drug misuse in a community sample. *Br J Psychiatry* 1996, 169:451–45

WHO: *International Classification of Diseases. Ninth Revision (ICD-9)*. Magyar változat: *Betegségek nemzetközi osztályozása, 9. Revízió (BNO-9)*. Genf, WHO, 1975.

WHO: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision (ICD-10)*. Genf, WHO, 1992. A pszichiátriai rész magyar fordítása: *BNO-10. A mentális és viselkedészavarok osztályozása*, WHO MPT, 1994, 262-269.

WHO (World Health Organization) : *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. Report of a WHO Consultation. Geneva: WHO. 2000

WHO: *Obesity and overweight* 2012 .<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> letöltés 2012. augusztus 29.

Wildmann M., László Zs., Túry F.: Rendszerszemlélet, családterápia evészavarokban. *Psychiat Hung*, 1996, 11:289-298.

Wildmann M, Túry F: A családterápia szerepéről evészavarokban. *Ideggy Szemle* 1992, 45:170-179.

Whitehead L.: Machismo nervosa: a new type of eating disorder in men. *International Cognitive Therapy Newsletter* 1994;8:2-3.

Wifley, D.E., Mackenzie, K.R., Welch, R., Ayres, V., Weissman, M.M. (eds.): *Interpersonal Psychotherapy for group*. Basic Books, New York, NY. 2000

WING, R. R.: Behavioral weight control. In: Wadden, T. A., Stunkard. A. J. (eds.). *Handbook of obesity treatment*. The Guilford Press, New York. 2004, 301–316.

Woodside DB, Bulik CM, Halmi KA, Fichter MM, Kaplan A, Berrettini WH, Treasure M, Strober J, Lilienfeld L, Klump K, Kaye WH: Personality, perfectionism and attitudes toward eating in parents of individuals of eating disorders. *Int J Eat Disord*, 2002, 31: 290-299.

Zalai D, Novák M: Interperszonális pszichoterápia evészavarokban. In: Túry és Pászthy (szerk): *Az evészavarok pszichoterápiájának aktuális kérdései*. Semmelweis kiadó. E-book. 60-66.

Zhang Y, Procena R, Maffei M, Barone M, Leopold L, Freidman JM: Positional cloning of the mouse obese gene and its human homologue. *Nature* 1994, 372:425-432

Zolnay L: *Kincses Magyarország*. Magvető Kiadó, Budapest 1977.