

Evés- és testképzavarok



Túry Ferenc
Simmelweis Egyetem
Magatartástudományi Intézet

2016. október 10.

Az evészavarok története

Magyarországi
mester:
Szent Margit
(1242–1270)



1873: anorexia nervosa

1979: bulimia nervosa

1992: falászavar (binge eating disorder)

1993: izomdiszmorfia

1997: orthorexia nervosa

2000: testzsírfóbia (testépítő típusú evészavar)

2005: purgáló zavar

Forgács és mtsai (2008): ...Hogyan fedezzünk fel újabb evészavarokat?

Falási zavar

(„binge eating disorder”)

Spitzer és mtsai, 1992

Hasonló a bulimiához: falásrohamok vannak –
nincsenek súlycsökkentő manipulációk.

A betegek általában túlsúlyosak.

Izomdiszmorfia

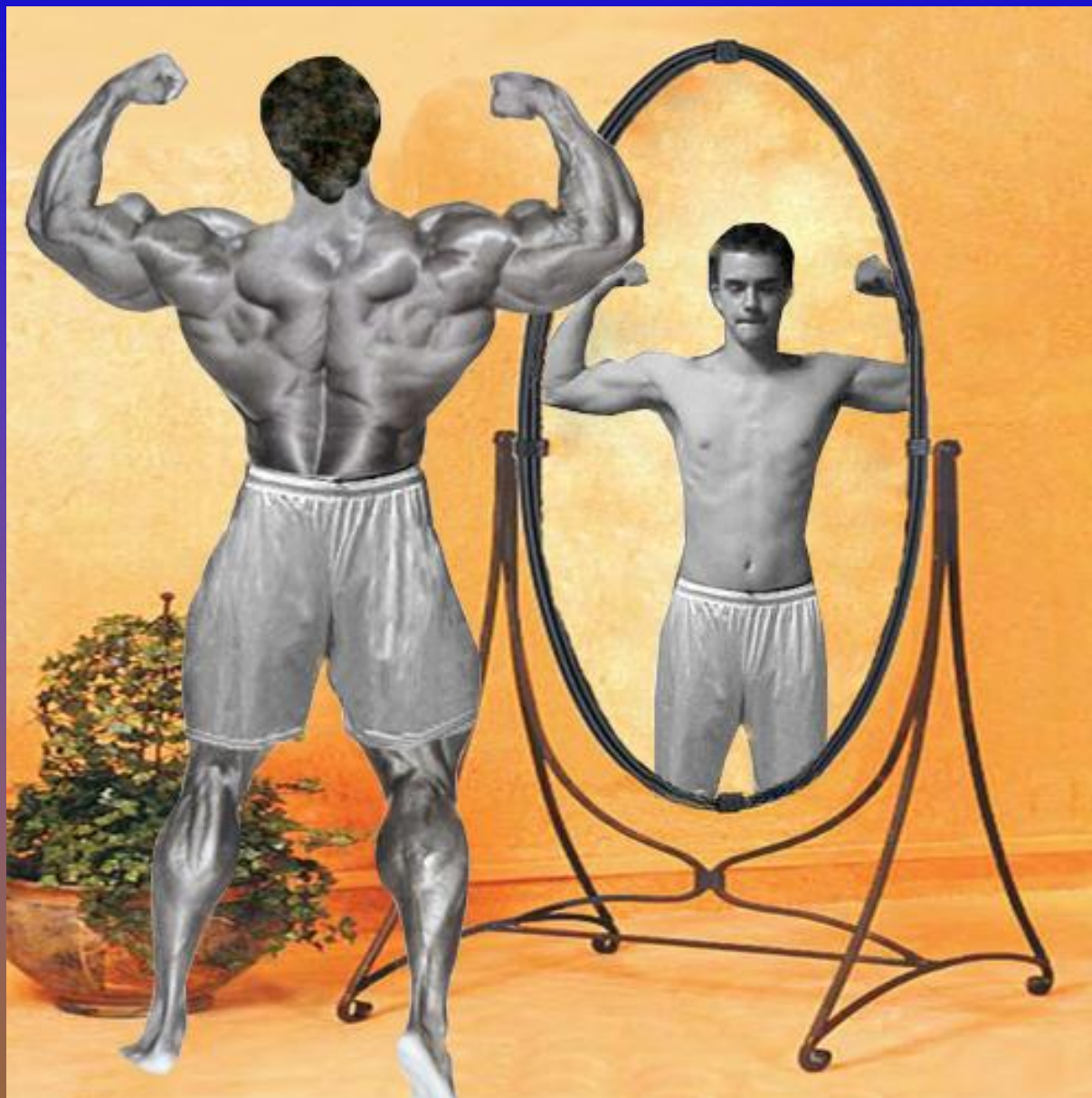
Pope és mtsai, 1993

Először inverz anorexia néven írták le.

Ebben a testképzavar fordított – az izmos, általában anabolikus szteroidot szedő testépítő férfi túlságosan soványnak tartja magát.

Az atlétaideál („Schwarzenegger-ideál”) jellemzi.

Testképzavar
izom-
diszmorfiában



Orthorexia nervosa

Bratman, 1997

„Egészséges” ételek kényszeres fogyasztása –
egészségesétel-függőség.

Az étel minősége az obszesszív jelenségek tárgya.



Testépítő típusú evészavar

Gruber és Pope, 2000

Tkp. testzsírfóbia.

Testépítő nőkre jellemző.



Purgáló zavar

Keel és mtsai, 2005

Gyakori hányások vannak, de nincs túlevés.



Adonisz komplexus

Pope és mtsai, 2000

A férfitest megszállottságának titkos krízise.

Garner, 1997: a férfiak 43%-a elégedetlen volt a megjelenésével (USA).

1972-höz képest ez háromszoros növekedés.



Feederism (etetés)

Giovanelli és Peluso, 2006

Feederism: új szexuális öröm és szubkultúra.

Az etetés szexualizálja a testzsírt, az evést és hízást.

Tkp. zsír-fetisizmusról van szó.



Fatorexia

Bird, 2010



Manorexia



Férfiak evészavarával egyre többször találkozunk.

- 2822 egyetemista szűrése: férfiak között 3,6% volt a DSM-IV szerinti evészavarok prevalenciája, s a nő/férfi arány 3:1 volt (*Eisenburg, 2011*).
- A szubklinikai zavarok aránya a két nemben csaknem egyező (*Mond, 2014*).
- Férfi evészavaros betegek mortalitása magasabb, mint a nőké (*Raevuoni, 2014*).
- Gyakori a pszichiátriai komorbiditás (*Weltzin, 2014*).



1978

1995

A Star Wars figurák átalakulása
(Luke Skywalker és Han Solo)

Water addiction – aquaholism

A vízivás is lehet szenvedély.

Veszély: vízmérgezés (hyponatraemia).



Ritkább formák

- Gyermekkorai típusok (pica, ruminatio, a szelektív evés szindrómája, ételfóbia stb.)
- Éjszakai falásrohamok
- Éjszakai evés szindrómája („night eating syndrome” – *Stunkard és mtsai, 1955*)
- „Rágás és kiköpés” szindrómája

Epidemiológia

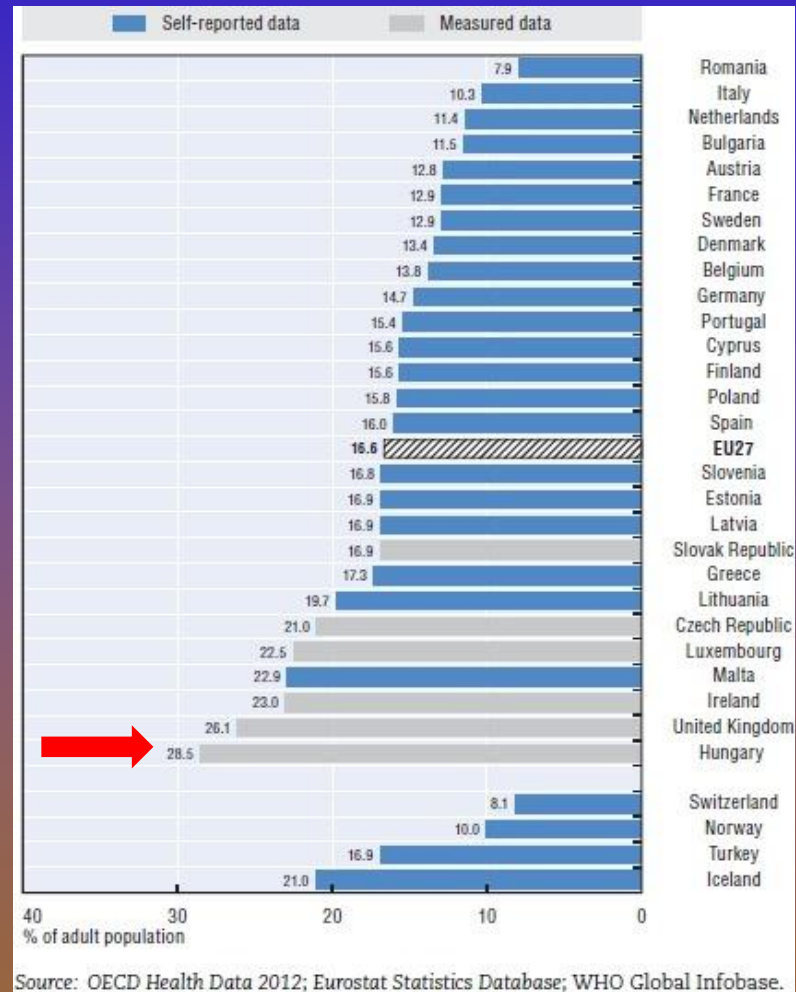
Az elhízás ($BMI \geq 30$) aránya a nyugati civilizációban 30% körüli.

Magyarország: 20-28% a különböző felmérések szerint.

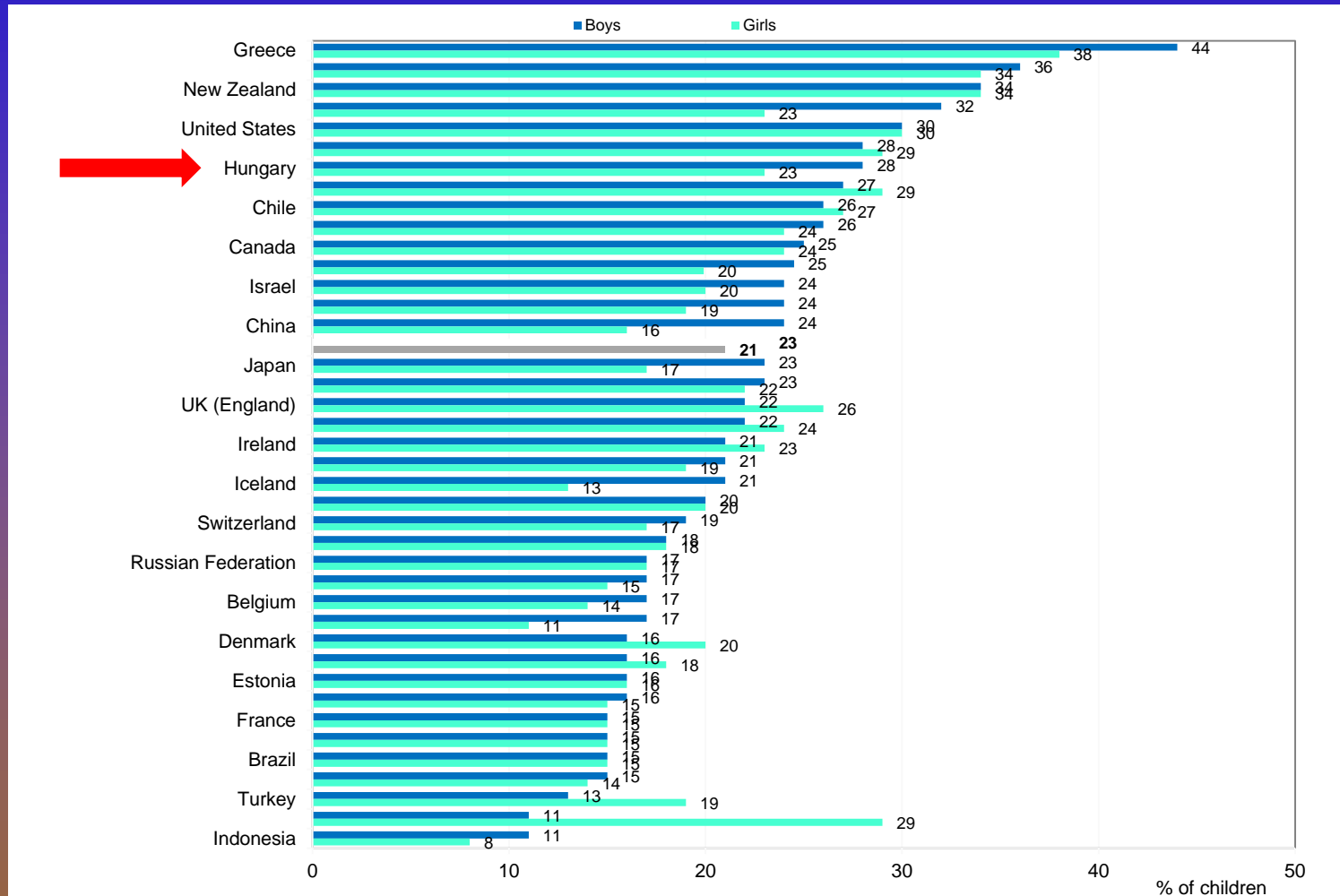
Elhízás: nincs testképzavar – AN-ban ez alaptünet.

Az evészavar is diszkontroll szindróma: **BN-ban a kontrollvesztés alaptünet.**

Az elhízás aránya Európában, 2012



Gyermekek elhízása, 2012



Az AN pontprevalenciája tizenéves lányok között 0,7%.

A BN 16-35 éves nők között 1-2% (*Hoek és Hoeken, 2003*).

Hazai adatok: hasonló arányok (ez kb. 30 000, klinikai súlyosságú evészavaros beteget jelent).

A BN korábban 3x gyakoribb volt, mint az AN – ma ez kiegyenlítődik.

A BN szerepét átveszik más zavarok (pl. testedzésfüggőség, plasztikai sebészet).

Régen: az evészavarok a „3W” betegségei

(white Western women = fehér nyugati nők).

Ma: terjednek feketék között, nem nyugati országokban és férfiakban is.

A nemi különbség 2050-re eltűnik (*Van Furth, 1998*)?

A karcsúságideál szerepe ui. terjed a férfiak között is.

Ma növekszik a multiimpulzív altípusok gyakorisága
– ez többféle impulzuskontroll-zavarral jár.

A szexuális abúzus aránya evészavarban szenvedő
nők között 25-30%.

Az evészavarok gyakoriságának változásai mögött kulturális tényezők játszhatnak fontos szerepet – megváltozott az emberi test és az étel értéke. Megváltozott a kulturális ideálok szerepe.

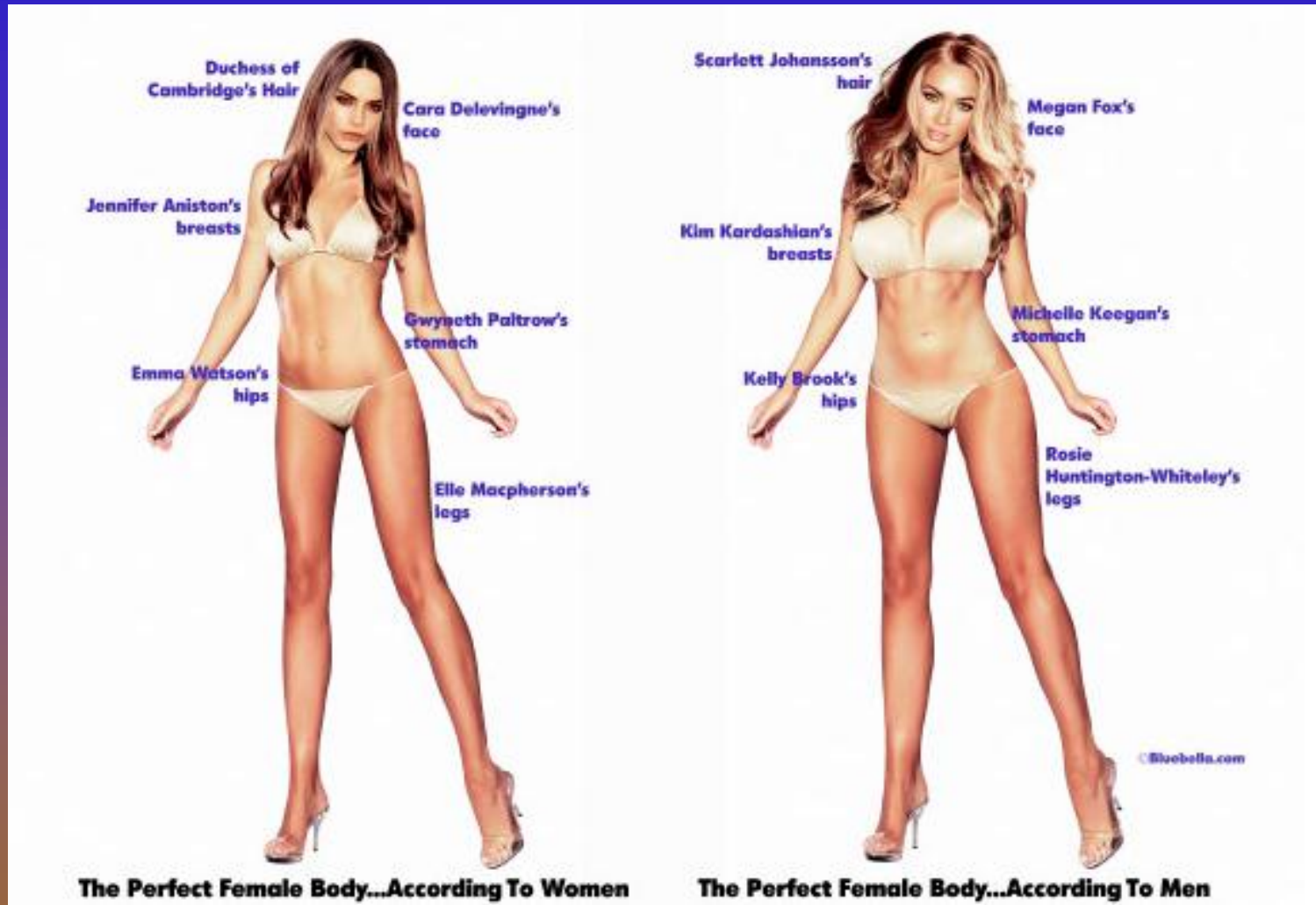
DiNicola (1990):

Az evészavarok kultúra-reaktív szindrómák?

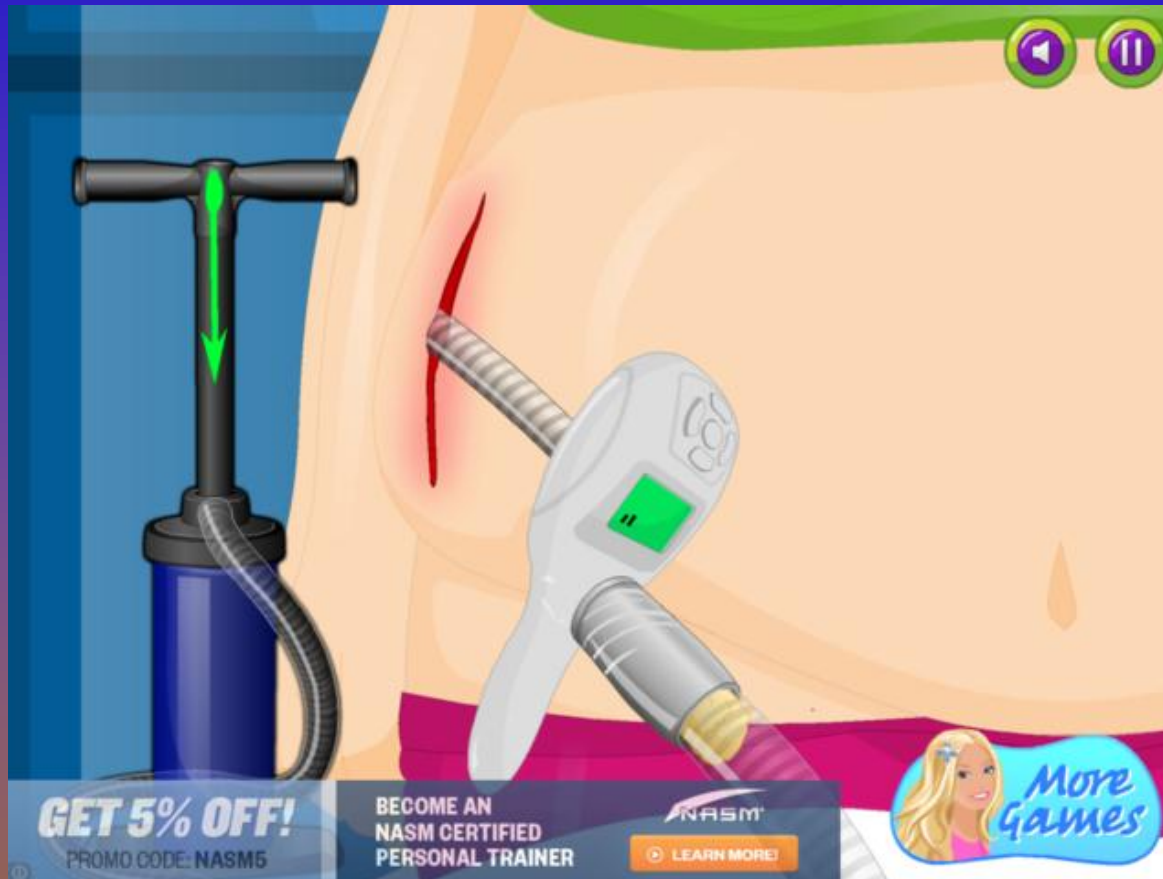
Szépségverseny díjazottai, 1922



A női testideál a nők és férfiak szemével



Számítógépes
játék gyerekek
részére:
zsírleszívás



Fontos tények az evészavarokról

Academy of Eating Disorders Report, 2012

- Az evészavarok súlyos betegségek életveszélyes testi és pszichológiai komplikációkkal.
- Az evészavarok nemcsak nőket betegíthetnek meg, hanem férfiakat is; emellett minden korosztályból, etnikumból, szocioökonómiai háttérből származókat is.
- A testsúly nem az egyedüli klinikai jelzője az evészavarnak. Normális testsúlyú személyeknek is lehet evészavaruk.

- Az evészavarok nem csak alacsony testsúlyúakat érintenek. Minden testsúlyvesztés, gyors testsúlygyarapodás jelezhet evészavart.
- A nagyobb testsúly mellett elégtelen lehet a tápláltsági állapot, és a normális testsúlytartományban lévők is élhetnek egészségtelen testsúlykontrolláló viselkedésformákkal.
- Gyermeknél a testsúlynövekedés elmaradása és a pubertás késése evészavart jelezhet.

- Az evészavarok orvosi szövődményei gyakran felismerés nélkül maradnak, még gyakorlott klinikusok esetében is.
- Az evészavarok súlyos orvosi szövődményekkel járhatnak, ezek több szervrendszert érinthetnek.

Korai felismerés

- Testsúlyvesztés, hízás
- Fogyas vagy a testsúlynövekedés elmaradása fejlődő gyermekeknél.
- Lényeges súlyingadozások.
- Elektrolit abnormitások, különösen hypokalaemia. Ezek EKG-eltérésekkel, hypoglykaemiával is társulhatnak.
- Bradycardia.
- Amenorrhoea vagy rendszertelen menstruáció.

- Megmagyarázhatatlan infertilitás.
- Túlzott testedzés.
- Székrekedés diéta vagy súlycsökkentő viselkedésformák miatt.
- 1-es típusú diabetes mellitus és megmagyarázhatatlan súlyvesztés, vagy rossz anyagcserekontroll.
- A testsúly befolyásolását célzó kompenzáló viselkedések (túl)evés után: önhánytatás, koplalás, túlzott testedzés.

Jellemző a rejtettség!

Hoek (2006) becslése szerint az anorexiás betegek 43%-a jelenik meg az elsődleges ellátásban, 34%-uk a szakellátásban;

a bulimiás betegek 11%-a jelenik meg az általános orvosi ellátásban, 6%-uk a szakellátásban.

Szűrésre ajánlott:

Morgan és mtsai, 1999: SCOFF kérdőív

Hazai adaptálás: Dukay-Szabó és mtsai, 2016

1. Meghánytatja magát, amikor úgy érzi, hogy kellemetlenül tele van a gyomra?
2. Szokott-e aggódni amiatt, hogy elvesztette a kontrollt afölött, hogy mennyit eszik?
3. Előfordult az utóbbi időben, hogy 3 hónapon belül legalább 6 kilogrammot fogyott?
4. Kövérnek tartja magát, amikor mások azt mondják, hogy túl sovány?
5. Elmondhatja magáról, hogy az étel uralja az életét?

Terápiás kérdések

Az evészavarok kezelési alapelvei

(Hay és mtsai, 2014: Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders)

1. Személyre szabott, informált döntéshozatal.
2. A család és a szignifikáns mások bevonása.
3. A legkevésbé korlátozó kezelési kontextus.
4. Multidiszciplináris megközelítés.
5. Lépcsőzetes, egymásra épülő ellátás.
6. A diagnózis és kezelés dimenzionális és kulturális alapokon nyugszik.

**NICE (National Institute for Clinical Excellence), 2004:
Általános irányelvek az evészavarok terápiájáról –
három alapelv**

1. Gyermekek és serdülők esetében családterápia javasolt.
2. A legtöbb anorexiás beteget ambulánsan kell kezelni.
3. A kórházi ellátás egyaránt törődjön a visszatáplálással és a pszichológiai gyógy módokkal.

A pszichofarmakonok szerepe az evészavarok kezelésében

Antidepresszívmok

AN: korlátozott a hatásuk.

Komorbiditás esetén (depresszió, kényszer)
javasoltak.

De: a depresszió gyakran álruhában jelentkezik!

BN és falászavar (BED):

az antidepresszívumok hasznosak lehetnek a tünetcsökkentésben, többféle gyógyszercsoport is.

Leginkább additív jó hatásuk bizonyított a pszicho- és farmakoterápia kombinációjakor (*Flament és mtsai, 2012; Hay és Claudino, 2012*).

Antipszichotikumok

Az olanzapin segíthet súlyos szorongás vagy obszessziók esetén (*Hay and Claudino, 2012*).

Bázisterápiaként nem ajánlott.

Étvágyfokozók

Adásuk műhiba, csak az ellenállást fokozzák.

Integratív terápiás megközelítés

Az evészavarok komplex volta az egyes terápiás módszerek kombinálását is szükségessé teheti.

Lépcsőzetes ellátás modellje.

A tünetek súlyosságának megfelelő kezelési formát kell választani:

- enyhe esetekben tanácsadás és önsegítő kézikönyvek,
- mérsékelten súlyos kórképekben ambuláns csoport- vagy családterápia,
- súlyos zavarokban kórházi kezelés, intenzív pszichoterápia.

Újratáplálási szindróma

Akár fatális kimenetelű folyadék- és elektrolitváltozásokkal jár: légzési és szívelégtelenség, delírium.

Hypophosphataemia a legjellemzőbb, de alacsony K- és Mg-szint is gyakori.

Intenzív ellátást igényel!

Újabb pszichoterápiás lehetőségek

Interperszonális terápia (IPT)

Az IPT nagyon hatékony a BN és a falászavar kezelésében (*Tanofsky-Kraff és Wilfley 2010*).

Hosszú távon hatékonyabb, mint a kognitív-viselkedésterápia.

Multiplex családterápia

Több terápiás rendszert dolgoztak ki.

A többletet itt a családok egymásra hatása, a példák és a tapasztalatok adják.

London, Maudsley Kórház: először a terapeuták egyesével találkoznak a családokkal.

Ezután a családok egy négynapos intenzív műhelyen vesznek részt, majd ezt a periódust egy 9-12 hónapos időszak követi 5-6 találkozással (*Eisler és mtsai 2010*).

Adoleszcens fókuszú pszichoterápia

(Fitzpatrick és mtsai, 2010)

Ez a self-pszichológiára épül, fejlődéslélektani orientációjú.

Egyéves egyéni terápia.

Az AN-val társuló fejlődésbeli elakadásokra koncentrál.

Cél a konstruktívabb coping mechanizmusok és az önhatékonyság fejlesztése, az érzelmek azonosítása és tolerálása (különösen a negatív érzelmeké).

Dialektikus viselkedésterápia (DBT) bulimiában és falászavarban

Eredetileg öngyilkossági kísérlet és borderline személyiségzavar miatt járóbetegként kezelt nők számára fejlesztették ki.

A módszer a dialektikus pszichológiára és a Zen elméletére alapozódik (*Linehan, 1994; Chen és Safer 2010*).

Kognitív remediációs terápia (CRT)

A CRT-t az anorexiás betegek neuropszichológiai zavarainak korrekciójára dolgozták ki

(Goldberg, 2001; Tchanturia és Hambrook, 2010).

Ismétlődő kognitív és viselkedéses feladatokat tartalmaz, amelyekkel fejleszteni lehet egyes kognitív képességeket, például a munkamemóriát vagy a válaszgátlást.

Elfogadás és elköteleződés terápia

(acceptance and commitment therapy, ACT)

Ez az elfogadást és a mindfulness stratégiáit alkalmazza elköteleződéssel és viselkedésváltoztató stratégiákkal, hogy a pszichológiai rugalmasságot növelje.

Juarascio és mtsai, 2013: evészavaros betegek csoportterápiájában hasznos volt az ACT.

Integratív kognitív-affektív terápia (ICAT)

A BN kezelésében az empirikusan leginkább támogatott CBT-forma az ICAT.

Ennek fókusza kiterjed azokra az érzelmi, interperszonális, kognitív és biológiai faktorokra, melyek a kórképpel kapcsolatos viselkedésformák kialakulásában és fennmaradásában szerepet játszanak (*Wonderlich és mtsai 2010*).

Greenberg, Rice és Elliott (1993), Samoilov és Godfried (2000):

„Hideg kogníciók”: racionális/intellektuális kognitív sémák.

„Meleg kogníciók”: emocionális sémák.

A személyes jelentésben az érzelmi sémáknak van szerepük.

Mindfulness (tudatos jelenlét)

Elhízásban sikerrel alkalmazták.

Az evészavarok prevenciójában hasznos volt
(*Atkinson és Wade, 2015*).

Önsegítés: nő a szerepe.

Vezetett – tiszta önsegítés.

Telemedicina: egyre több internet-alapú megelőző és szűrő program létezik.

Kilenc igazság az evészavarokról

(Bulik, 2014)

- 1. igazság:** Sok evészavaros személy egészségesnek látszik, mégis extrém módon beteg lehet.
- 2. igazság:** A családok nem hibáztatandók, s a betegek és a segítők legjobb szövetségesei lehetnek a kezelésben.
- 3. igazság:** Az evészavar diagnózisa egészségi krízist jelent, amely akadályozza a szokásos személyes és családi működést.

4. igazság: Az evészavarok nem önként választott zavarok, hanem biológiailag megalapozott súlyos betegségek.

5. igazság: Az evészavarok minden nemű, korú, etnikumú, testalkatú és testsúlyú, szexuális orientációjú, valamint szocioökonómiai státusú személyt érinthetnek.

6. igazság: Az evészavarok mind az öngyilkosság, mind az orvosi szövődmények fokozott kockázatával járnak.

7. igazság: A gének és a környezet fontos szerepet játszik az evészavarok kialakulásában.

8. igazság: A gének önmagukban nem jósolják meg, hogy kinek lesz evészavara.

9. igazság: Lehetséges az evészavarból való teljes felépülés. A korai felismerés és beavatkozás fontos.

Vége