

# Évés zavarak

Túry Ferenc

Semmelweis Egyetem  
Magatartástudományi Intézet



<http://go.to/funpic>









## Miért fontosak az evés zavarai?

- Gyakorik: az elhízás prevalenciája 20-30% körüli; a szubklinikai zavarok aránya egyes populációkban eléri az 50%-ot.
- Gyakoriságuk fokozódik: nagy a társadalmi változások szerepe.
- Súlyosak: az anorexia halálozása a betegségkezdet után 10 évvel 8%, 20 évvel 20% körüli.

# Elnevezés

Az *evés* a pszichológiai értelemben vett táplálékfelvételi viselkedés: ezt használjuk.

Az *étkezés* a szociális rítusokra utal (antropológiai fogalom), a *táplálkozás* túlságosan tág kört érint.

Két klasszikus forma:

- **anorexia nervosa** (AN)
- **bulimia nervosa** (BN).

Ezek mellett fontos az **elhízás** (obesitas):

- gyakori;
- sok belgyógyászati vonatkozás;
- általában pszichoszomatikus zavar.

# Történet

## *Az anorexia története*

An-orexis: vágyak hiánya (1. század).

Galenus (i.u. 129-199): már az étvágy hiányát jelölte vele.

Kezdetben vallásos elképzelések.

Éhező szentek: 12-13. századtól. Példa: **Szent Margit**.

Később: a soványság mint boszorkányság – inkvizíció.

**Richard Morton** (1689): „*ideges (f)elemésztődés*”

(nervous consumption)

A soványság más formái:

- csodálatos lányok;
- éhezőművészek (19–20. századtól napjainkig);
- éhségstrájk (20. századtól).

Az AN első „igazi” leírása önálló kórképként:

**Lasègue** és tőle függetlenül **Gull** (1873)

Első magyar esetleírás:

Iványi és Kovács (Orvosi Hetilap, 1955)

Anorexiás (életet élő) személyiségek modellszerepe:

Lord Byron, Erzsébet királyné (Sisi), Franz Kafka, Twiggy, Lady Diana, Kate Moss stb.



Magyarországi  
mester:

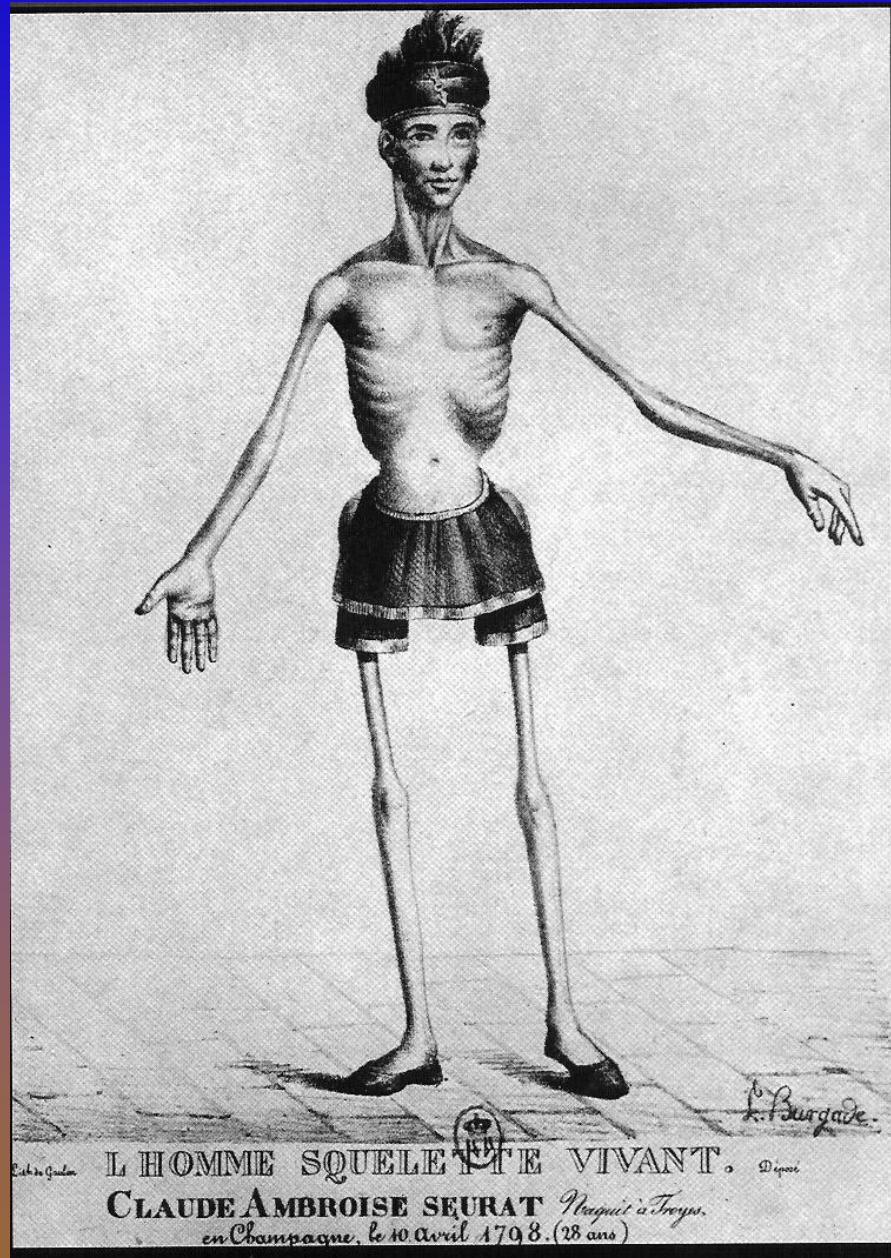
Szent Margit  
(1242–1270)

(színezett  
fametszet,  
1500 körül)

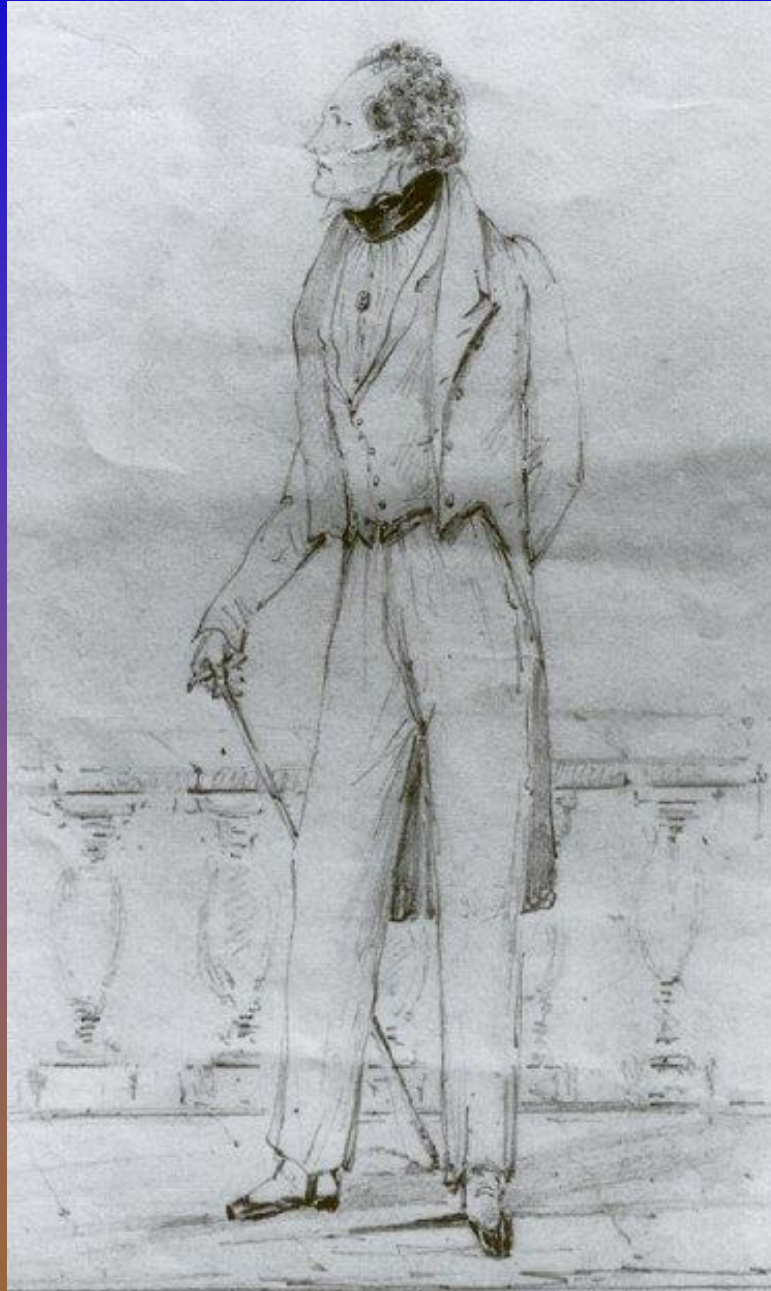


Claude-  
Ambroise  
Seurat

francia  
éhezőművész  
(1798–1826)

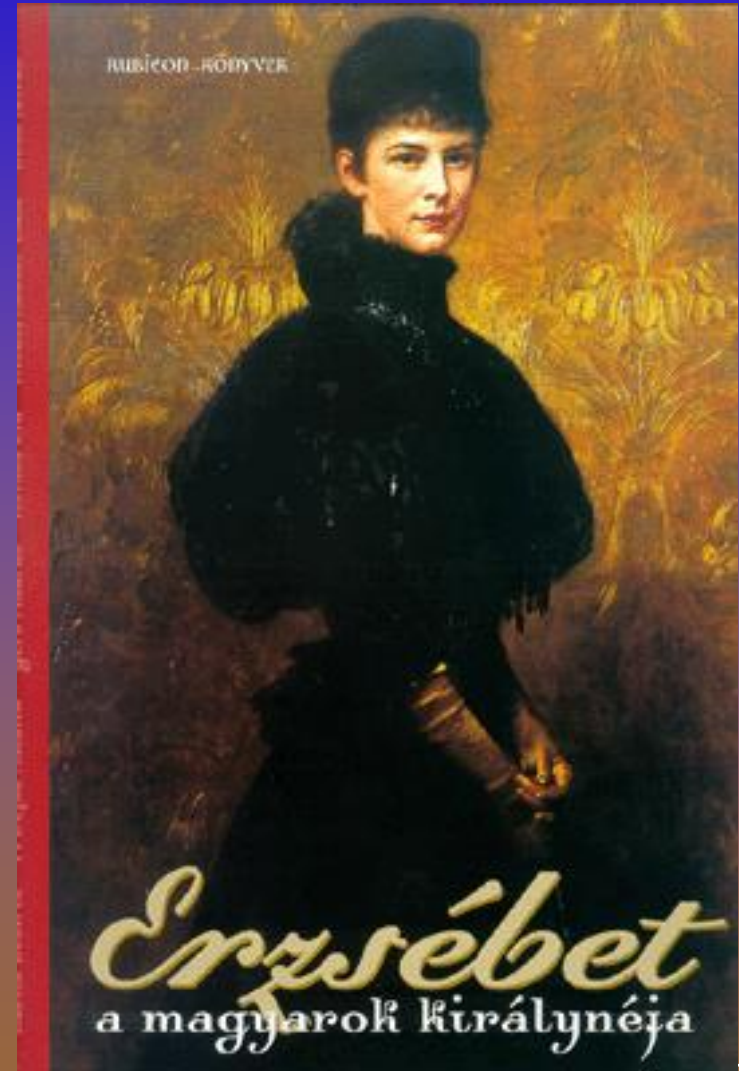
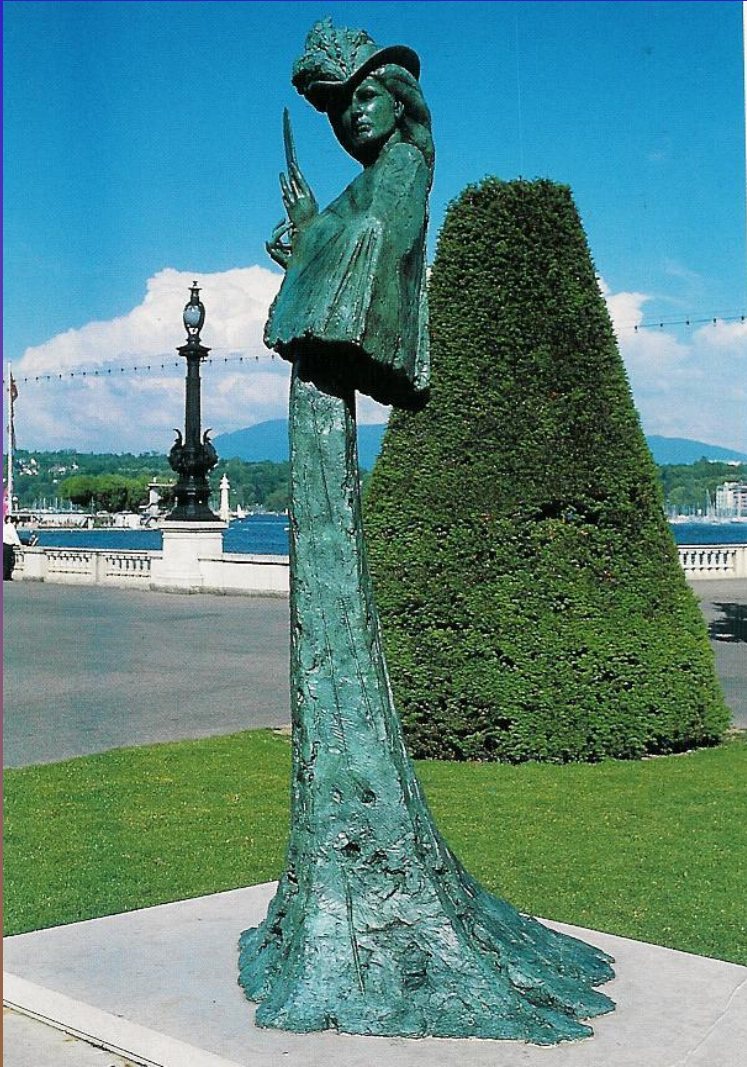


Lord George  
Gordon Byron  
(1788–1824)



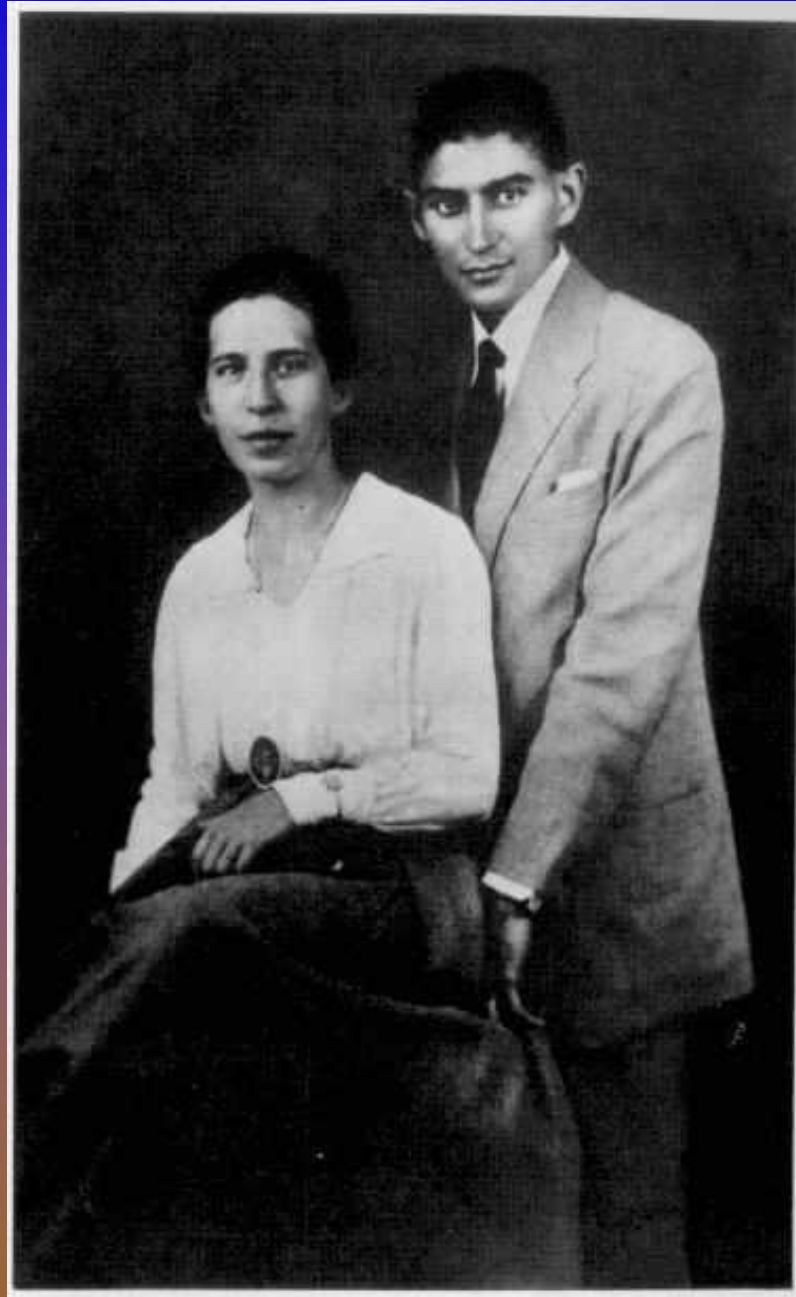


## Sisi (1837–1898)



Franz Kafka  
(1883–1924)

anyjával



Lady Diana  
Spencer  
(1961–1997)





## *A bulimia története*

Boüsz (ökör, ill. nagyító képző) – Limosz (az éhség istennője).

Ókori hedonisztikus lakomák: nem bulimia.

Kezdetben az AN részjelenségének vélték.

1979, **Russell**: a BN az AN ominózus variánsa.

1980: megjelenik a DSM-III-ban is

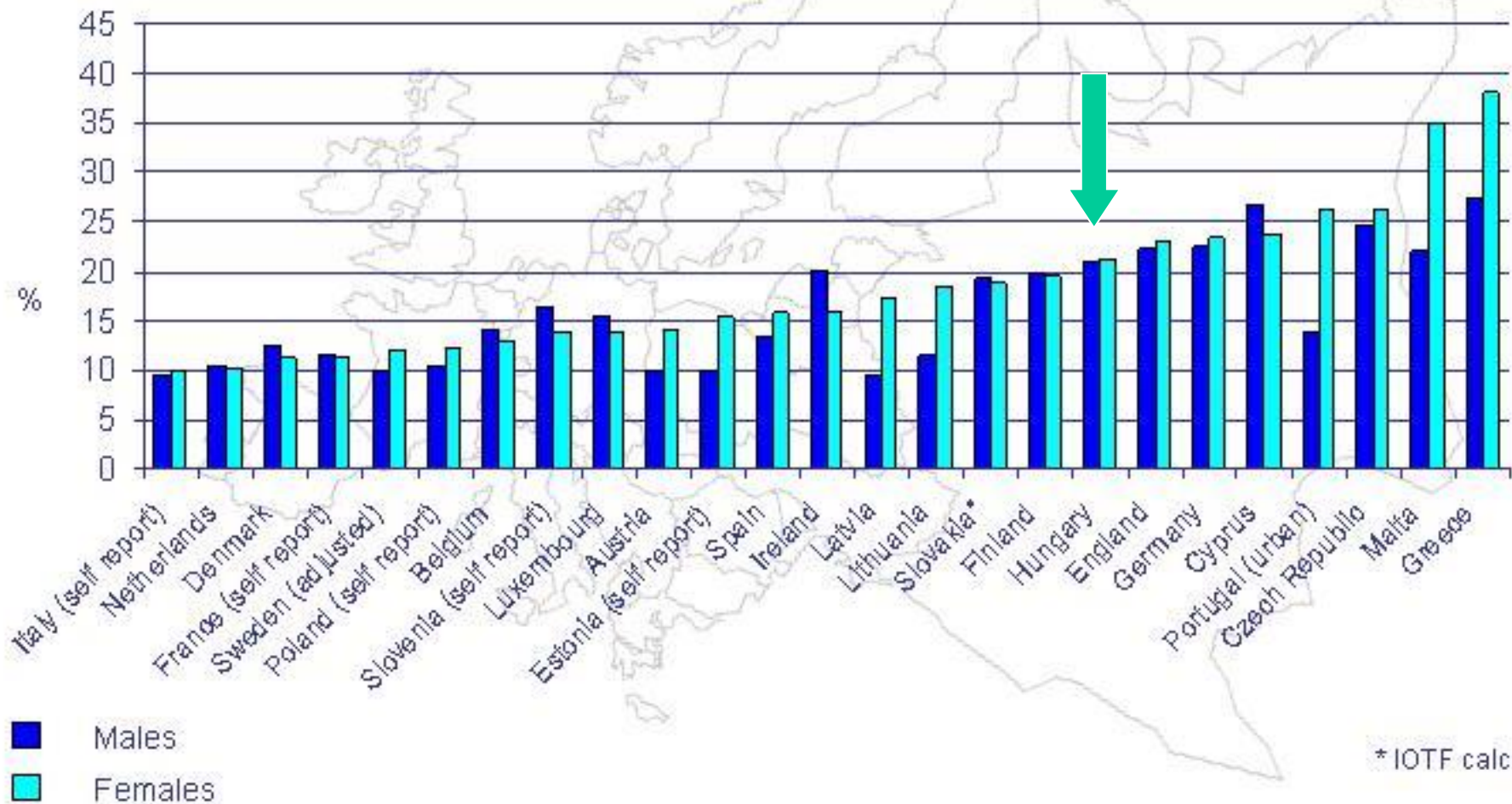
(amerikai betegségosztályozási rendszer).

# Epidemiológia

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

Magyarország: 20% körül.

# Obesity in European Adults (BMI $\geq 30$ )



\* IOTF calculated

Age range and year of data in surveys may differ. With the limited data available, prevalences are not age standardised. Self reported surveys may underestimate true prevalence. © International Association for the Study of Obesity

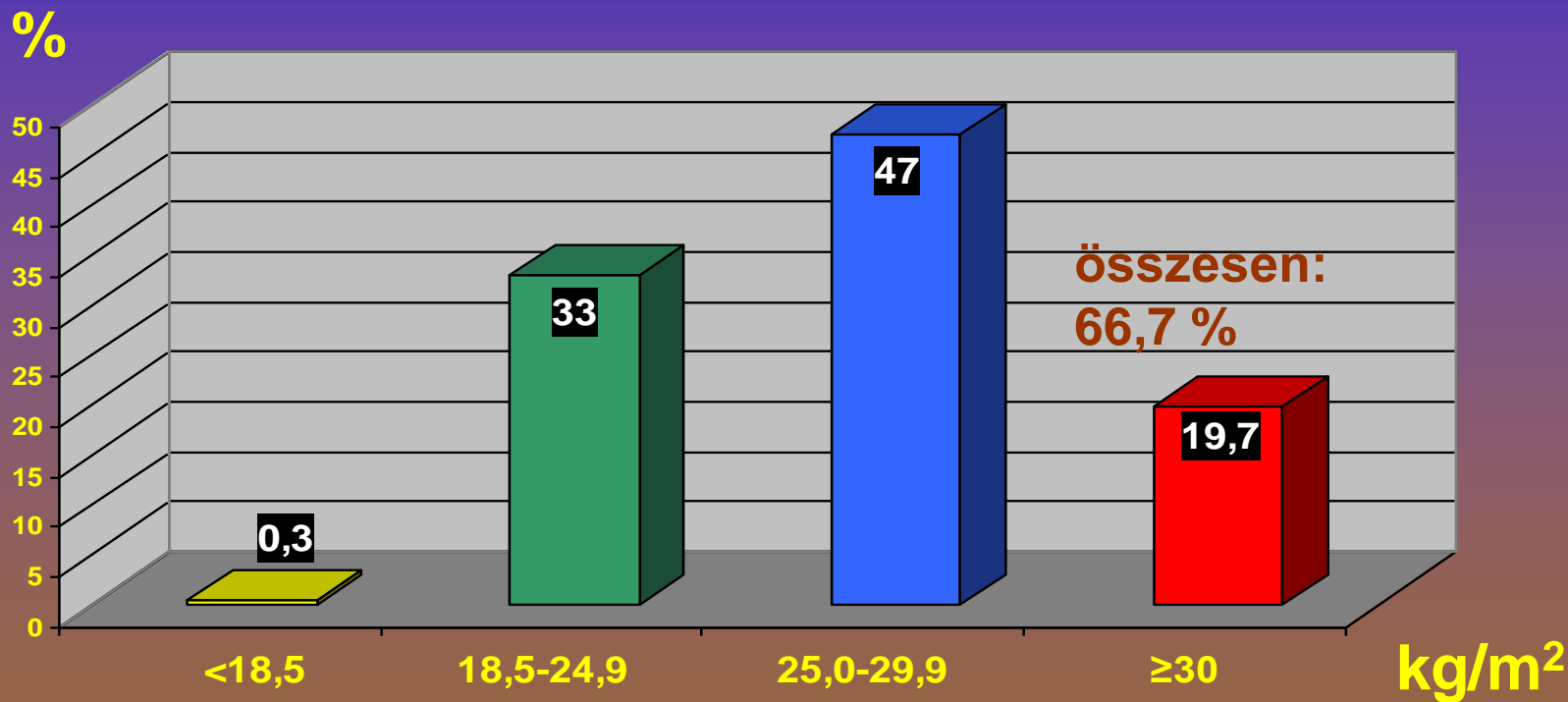
Michelangelo  
Buonarroti: Dávid





# Az elhízás és a túlsúlyos állapot előfordulása országos vizsgálatban férfiak között (Halmy és mtsai, 2004)

N = 21 755





Sokáig úgy vélték, hogy az evészavarok a „3W” betegségei  
(white Western women = fehér nyugati nők).

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

A nők 10x–50x gyakrabban betegszenek meg.

Egyes szerzők szerint a nemi különbség 2050-re eltűnik:  
a karcsúságideál szerepe terjed a férfiak között is.

*Pontprevalencia:* 18–35 éves nők között 1–4%.

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

*Betegségkezdés:*

AN 12–18 éves korban,

BN 17–25 éves korban kezdődik.

Akceleráció észlelhető.

Tizenévesekben a leggyakoribb betegségek:

- obesitas
- asthma bronchiale
- AN

Mindhárom pszichoszomatikus zavar!

Az evészavarok a felső és középső társadalmi rétegek betegségei (változás: egyre gyakoribbak alacsonyabb társadalmi rétegekben is).

Fokozott kockázatú populációk: diákok (főleg egyetemisták), a karcsúság követelményének kitett csoportok (pl. táncosok, manökenek), diabetes mellitusban szenvedők, férfiakban a homoszexuálisok.

Az evészavarok gyakorisága nő, emellett látszólagos morbiditásnövekedés is van: egyre több beteg jelentkezik kezelésre.

Rejtett zavarok: a BN-sok 80%-a nem kap kezelést!

## *Az altípusok gyakoriságának gyors időbeli változása*

1960-as évek: restriktív AN a leggyakoribb

1970-es évek: bulimarexia

1980-as évek: normális testsúlyú BN

1990-es évek: multiimpulzív BN

(többféle impulzuskontroll-zavarral jár)

2000-es évek: multiimpulzív AN

## *Komorbiditás*

A depresszió élettartam-prevalenciája 80% is lehet BN-ban.

Szuicidiumkísérlet: BN-ban a betegek 20–30%-ában fordul elő.

A kényszerbetegség, szociális fóbia, alkoholizmus, drogfogyasztás élettartam-prevalenciája 10–30% BN-ban.



# Az evészavarokkal kapcsolatban álló pszichiátriai zavarok



# Etiológia

Az AN régebbi magyarázatai:

- 1912: hypophysaer cachexia (Simmonds kór) leírása
- 20. század első harmada: pszichoanalízis
- 1960-as évektől: testképzavar szerepe

Mai megközelítés:

pszichoszomatikus zavarok –

biopszichoszociális megközelítés szükségessége.

Elkülönítünk

- prediszponáló,
- precipitáló,
- fenntartó tényezőket.

## ***Prediszponáló tényezők:***

- egyéni (genetikai, biológiai, személyiségbeli)
- családi
- szociokulturális kockázati tényezők (nem, kor, társadalmi réteg, foglalkozás különbségei, a karcsúság-ideál, teljesítménykényszer kulturális nyomása)

***Precipitáló tényezők:*** diétázáshoz és fogyáshoz vezető stresszorok.

***Fenntartó tényezők:*** környezeti és kognitív megerősítők, az alultápláltság következményei, a betegség szociális következményei stb.

A komplex elméletek mellett vannak *szelektív elméletek*, amelyek egy-egy aspektusra hívják fel a figyelmet.

Közöttük több betegségmodell van, amelyek valamilyen ismert zavarral tételeznek fel szoros rokonságot.

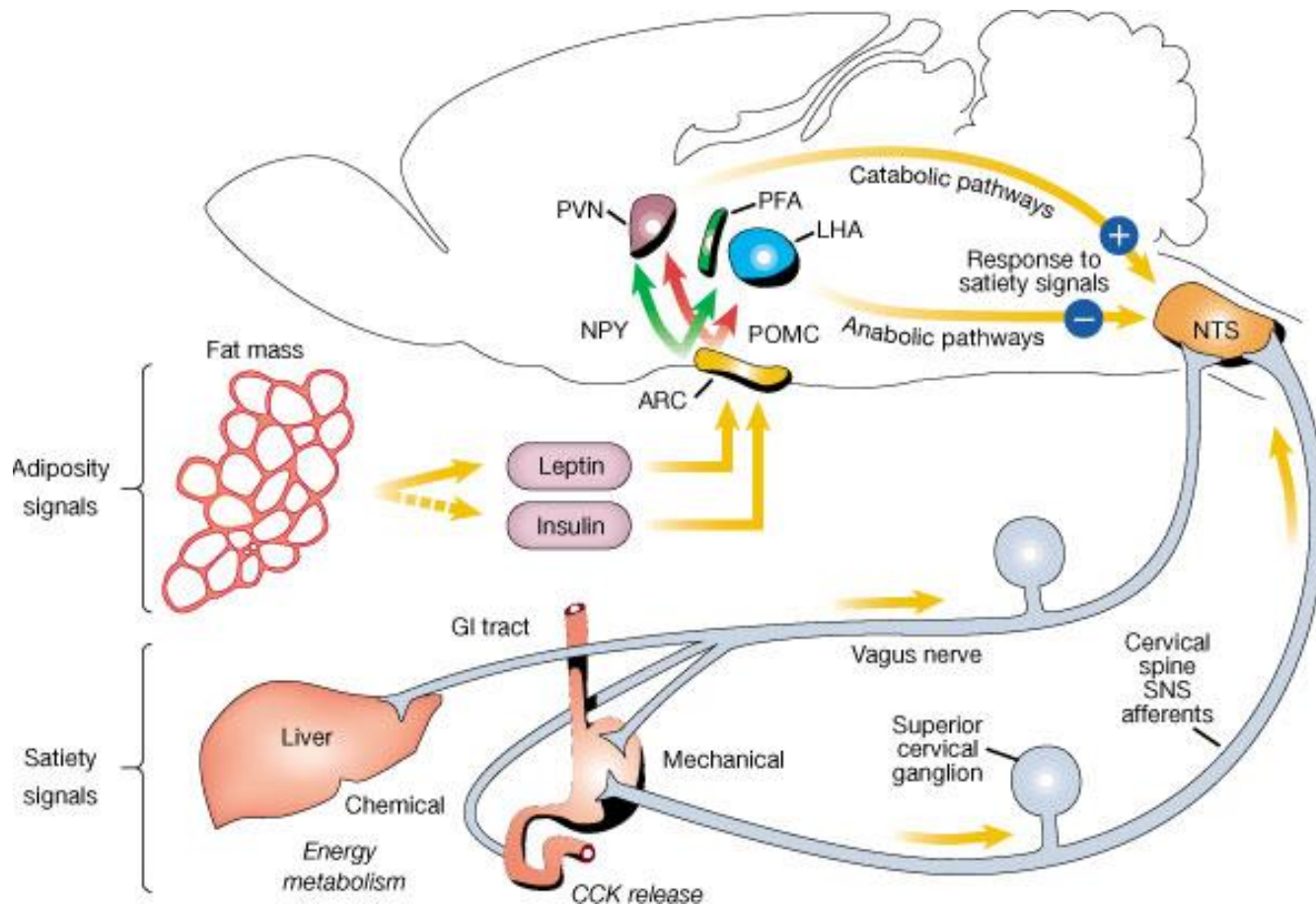
1. Biológiai elméletek
2. Pszichoanalitikus elméletek
3. Családdinamikai modell
4. Viselkedéslélektani és kognitív elméletek
5. Feminista modell
6. Szociokulturális elképzelések
7. Depresszió-elmélet
8. Addikciós modell
9. Kényszerbetegség-modell
10. Feszültségredukciós modell
11. Disszociációs hipotézis



## *Ad 1. Biológiai elméletek*

Az étvágy, éhség és telítettség szabályozásában szereplő idegrendszeri struktúrákban (pl.: hipotalamusz), biokémiai tényezőkben talált elváltozások szerepét emelik ki.

# Az energia homeosztázis



## *Ad 2. Pszichoanalitikus elméletek*

Pszichodinamikai tényezők szerepét hangsúlyozzák.

Orális regresszió.

Anális regresszió is lehet: hashajtózás, vagy a kényszeres, perfekcionista személyiség.

Anya-gyermek kapcsolat: a csecsemőkori etetés mintái.

Szexualitás elfojtása, a szexuális érés halasztása (evolúciós nézőpontból ez adaptív válasz is lehet: a beteg késlelteti a termékenységét).

Szexuális abúzus: evészavarban szenvedő betegek 25–30%-ában fordul elő – nem specifikus kockázati tényező.

Az egyik alapvető ösztön (létfenntartás, fajfenntartás) zavara a másik terület zavarához vezethet.

René François  
Ghislain Magritte  
(1898–1967):  
A megbecstelenítés



### *Ad 3. Családdinamikai modell*

A tünetek rendszerszemléleten alapuló családi jelentését emeli ki (az evés megtagadása igen gyakran a családon belüli dac megnyilvánulása lehet).

A strukturális családterápia (*Minuchin, 1975*) szerint a pszichoszomatikus családok jellemzői:

- Összemosottság (enmeshment)
- Túlvédés (hiperprotektivitás)
- Rigiditás
- A konfliktusmegoldás hiánya
- A gyermek bevonása a szülői konfliktusba

#### *Ad 4. Viselkedéslélektani és kognitív teóriák*

A különböző megerősítők, kognitív deficitek, a testképzavar jelentőségét emelik ki.

A viselkedéslélektani és kognitív modellek főleg a kiváltó tényezőkre és a fenntartó hatásokra összpontosítanak, a hajlamosító tényezőkre kevésbé.

## *Ad 5. Feminista modell*

A női szerepsajátosságok megváltozásának van alapvető szerepe.

Egy generáción belül hatalmas változások a női szerepben: a korábbi családanyai szerep mellé más szerepek is felzárkóztak (pl. egyenrangúnak lenni a munkában).

Lényeges a terapeuta szerepe, pl. szexuális abúzus kezelésekor: a férfi terapeuta lehet nemkívánatos a betegnek, de korrektív tapasztalatot hozó is.

## *Ad 6. Szociokulturális elképzelések*

A testideálok, a karcsúságideál szerepét, az evészavarok társadalmi metaforikus jelentését emelik ki.

DiNicola (1990): kultúra-reaktív szindrómák



## *Az AN és BN szociokulturális elméletének érvei:*

- Kultúrafüggők („3 W”).
- Gyakoriságuk növekszik.
- Női túlsúly – biológiai magyarázat hiányzik.
- Jellegzetes kormegoszlás: pubertás és adolescencia.
- Etnikai különbségek: a színesbőrűek között ritkák.
- Szociális osztálybeli különbség: a felső és a középosztály betegségei.
- Bizonyos csoportokban nagy kockázat (modellek, táncosok, tornászok, hosszútávfutók, zsokék – soványság-kényszer).
- Egyértelmű biológiai magyarázat nincs; ezeket inkább prediszponáló és betegségfenntartó jelentőségűeknek tekinthetjük.

Willendorfi Vénusz  
(i.e. 24 000 – 22 000)



Milói Vénusz  
(Melosi  
Aphrodité)  
(i.e. 100 körül)



Pieter Pauwel  
Rubens

(1577–1640):

Ádám és Éva

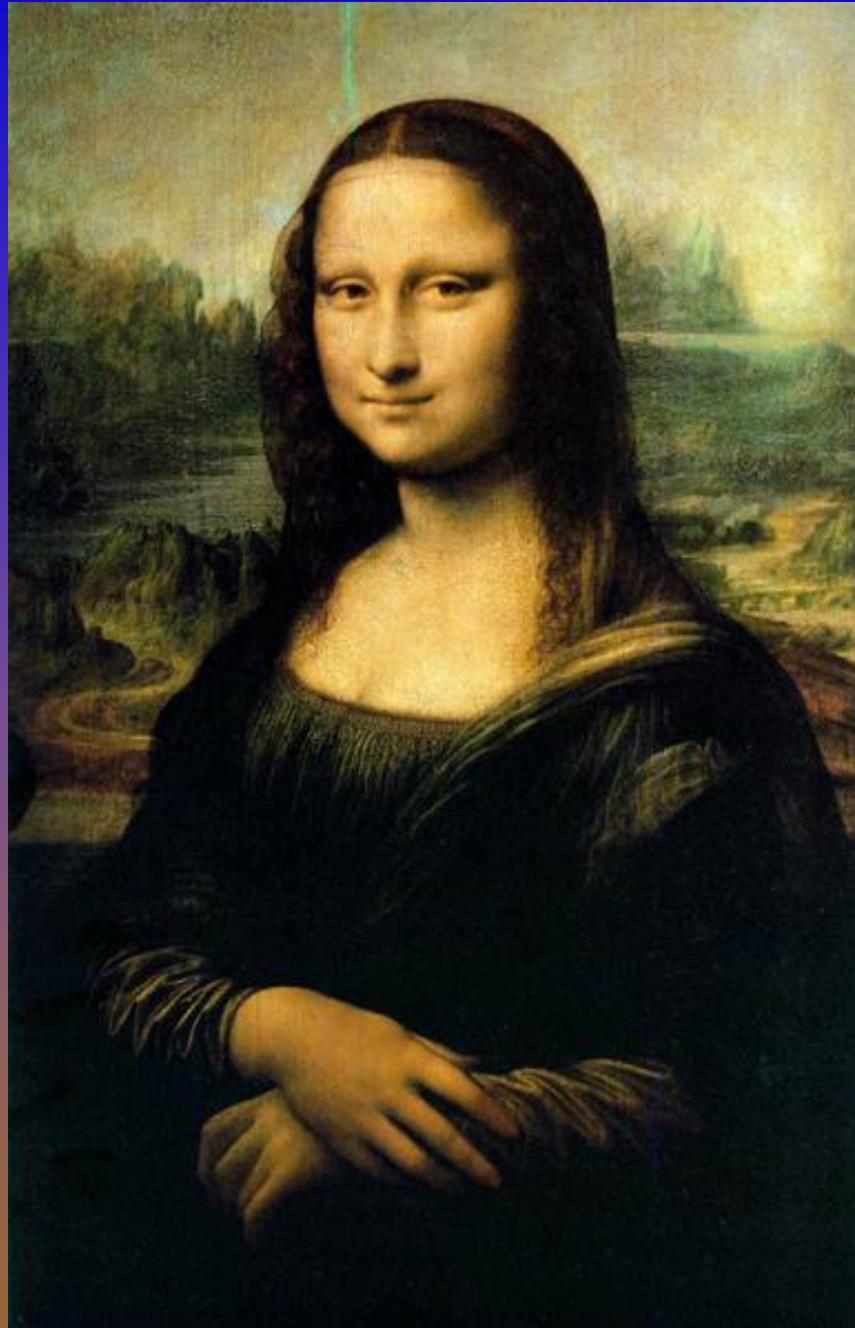




Tiziano Vecellio (cca. 1490–1576): Vénusz és Adonisz



Leonardo da Vinci  
(1452–1519):  
Mona Lisa

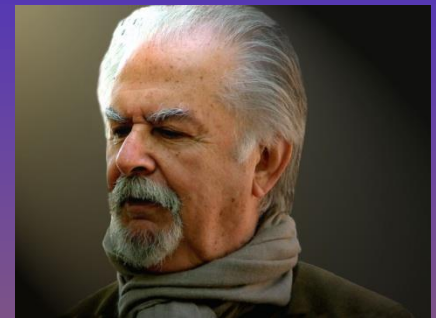




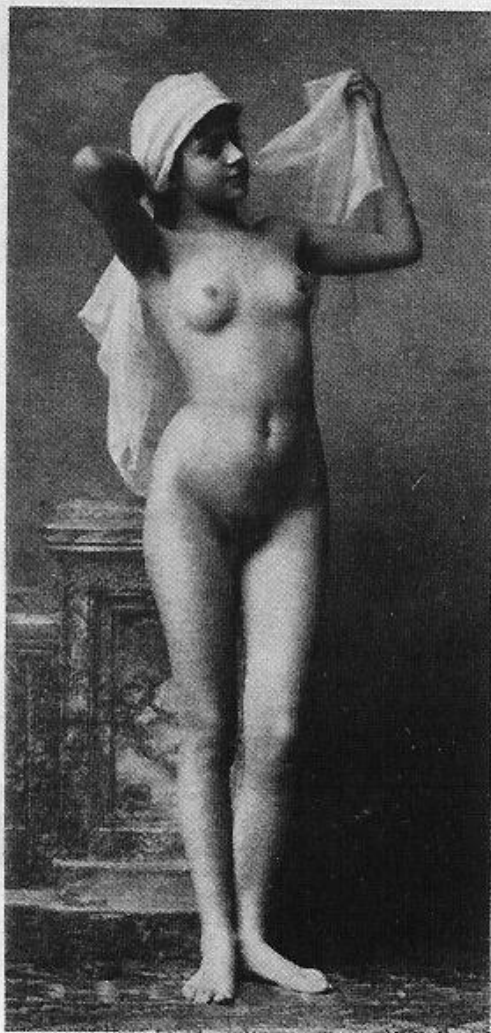
Fernando Botero  
(1932–):  
Mona Lisa



Fernando Botero  
(1932–):  
Házaspár







WIENER MÄDCHEN  
Photographie nach dem Leben.

Neubach, Pflanzl & Co. München.

*Die Schönheit*  
*des*  
*Weiblichen Körpers.*

*Von*  
*DR. C. H. STRATZ.*

*DEN MÜTTERN, ÄRZTEN UND KÜNSTLERN*  
*GEWIDMET.*

*Mit 96 theils farbigen Abbildungen im Text und 4 Tafeln in Hellogravüre.*

*DRITTE AUFLAGE.*



*STUTTGART.*  
*VERLAG VON FERDINAND ENKE.*

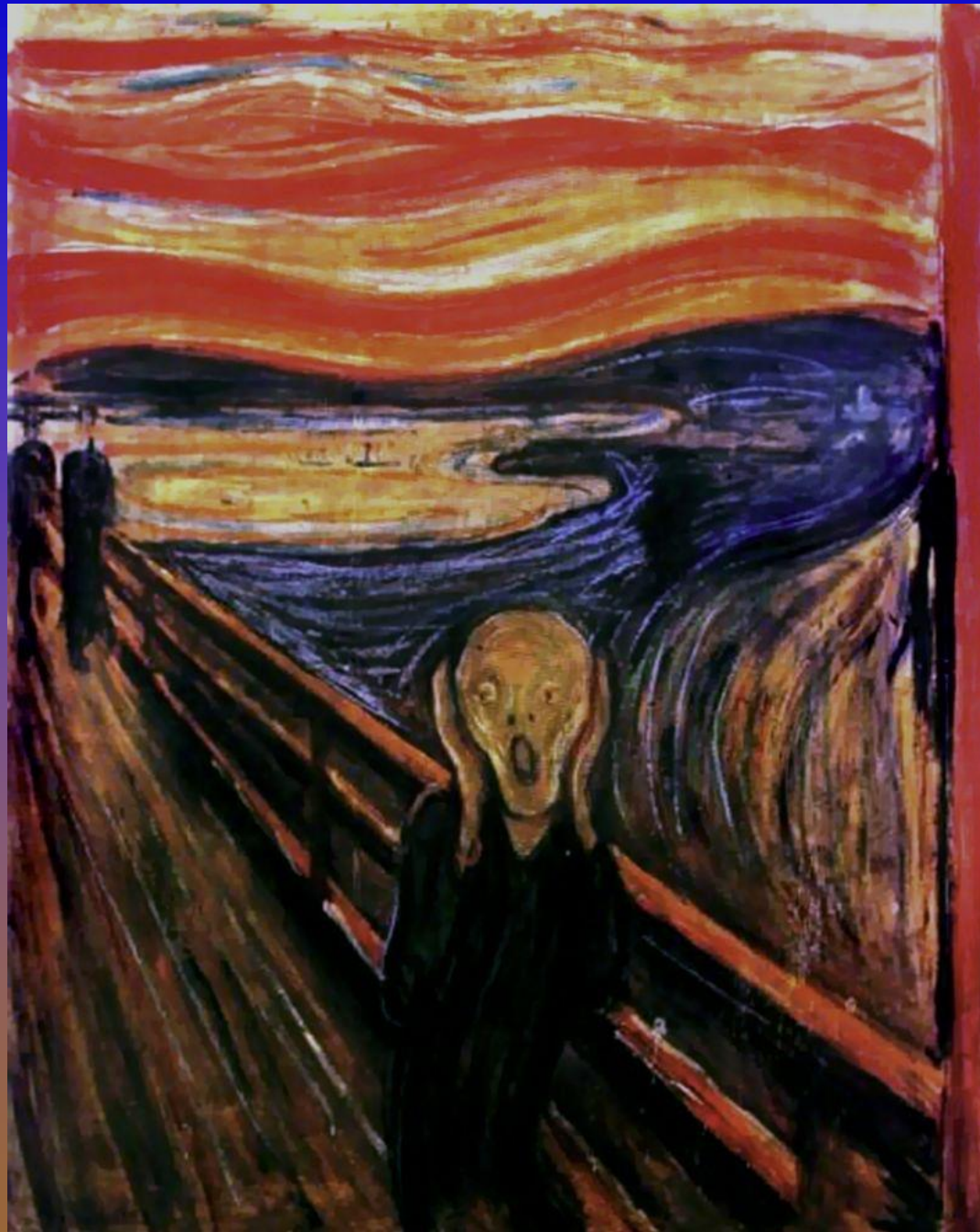
*1899.*

Amedeo Modigliani  
(1884–1920):  
Jean Cocteau





Edvard Munch  
(1863–1944):  
Sikoly

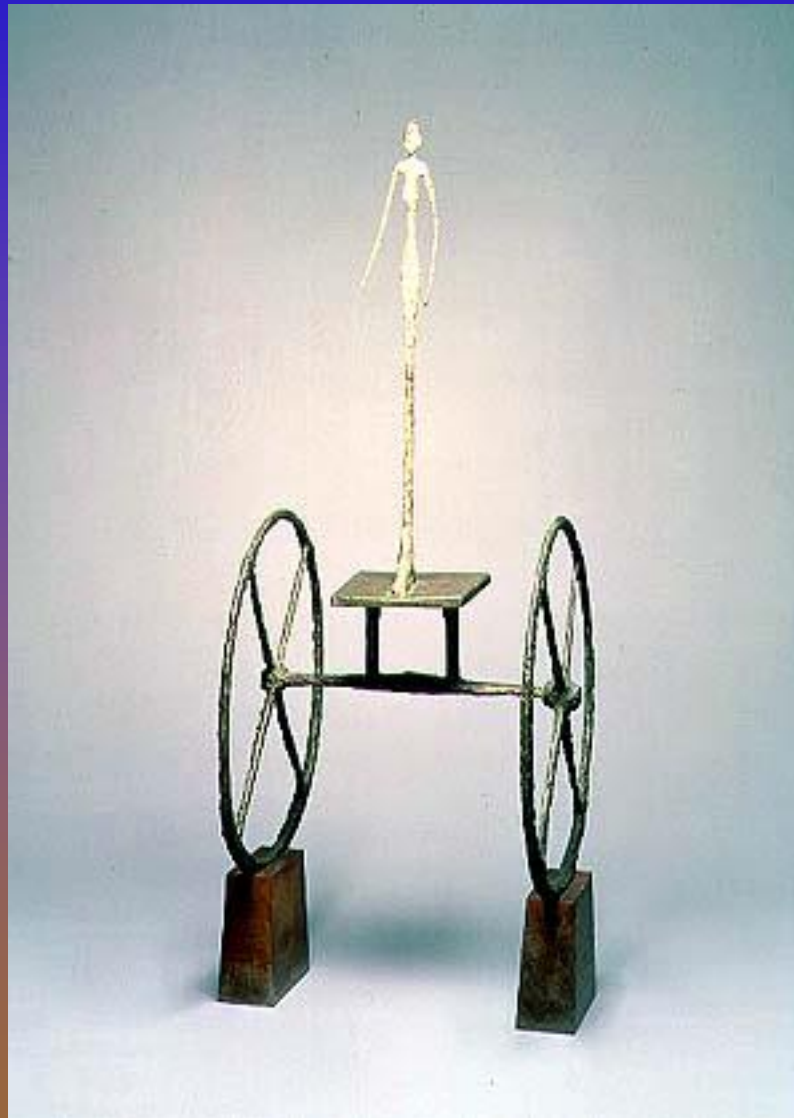


## Varga Imre (1923–): Radnóti Miklós





## Alberto Giacometti (1901–1966): A szekér



Marilyn Monroe  
(1926–1962)



MARILYN MONROE  
PHILIPPE HALSMAN

Twiggy (1949–)

170 cm, 44 kg,  
BMI: 15,2

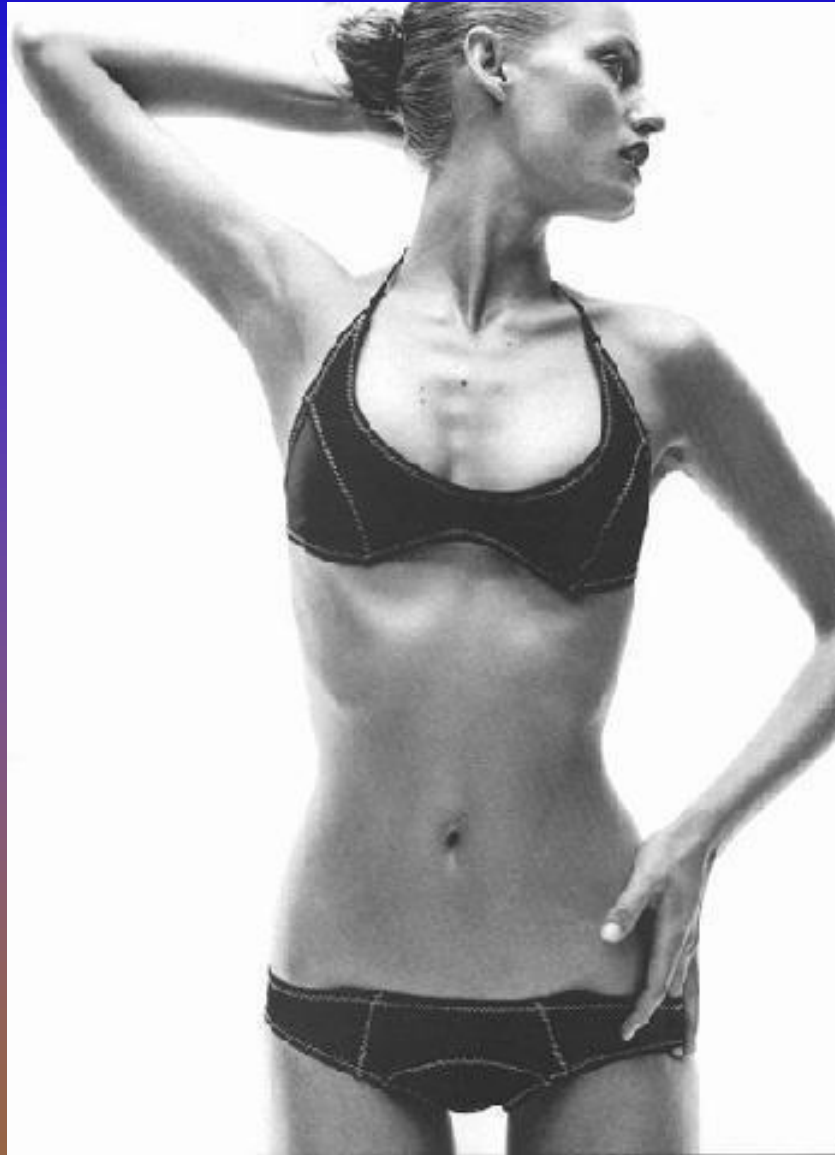


Victoria  
Beckham





Kate Moss



Arna Ýr  
Jónsdóttir  
Miss Iceland,  
2016

2016-ban  
hazaküldték  
Las Vegasból,  
mert izmos



Barbie (1958)



# Mona Lisa egy hete az Egyesült Államokban



**Előtte**



**Utána**







Nyeri egy  
ingyenes  
plasztikai  
műtétet!

JELENTKEZZ  
MOST

Hallgasd a Juventus rádiót és

# LEGYÉL TE A MICSODA NŐ!

JELENTKEZZ A JUVENTUS RÁDIÓ ÉS AZ AESTHETICA  
ORVOSI KÖZPONT KÖZÖS JÁTÉKÁRA ÉS NYERJ EGY  
INGYENES PLASZTIKAI MŰTÉTET! JELENTKEZZ OKTÓBER  
14-IG ONLINE ÉS NYERD MEG ÁLMAID LEHETŐSÉGÉT!

SZAVAZZ A JÁTÉKOSOKRA ÉRTÉKES AJÁNDÉKOKÉRT A  
WWW.JUVENTUS.HU OLDALON VAGY SMS-BEN 06 30 9 895 895 SZÁMON!

A PROMÓCIÓ IDEJE: 2008. OKTÓBER 2. - NOVEMBER 3.

A TÁJÉKOZTATÁS NEM TELJESKÖRŰ, TOVÁBBI INFORMÁCIÓÉRT HÍVJA A JUVENTUS RÁDIÓ INFORMÁCIÓS  
VONALÁT: 237-5300, VAGY OLVASSA EL A JÁTÉKSZABÁLYZATOT A WWW.JUVENTUS.HU OLDALON.

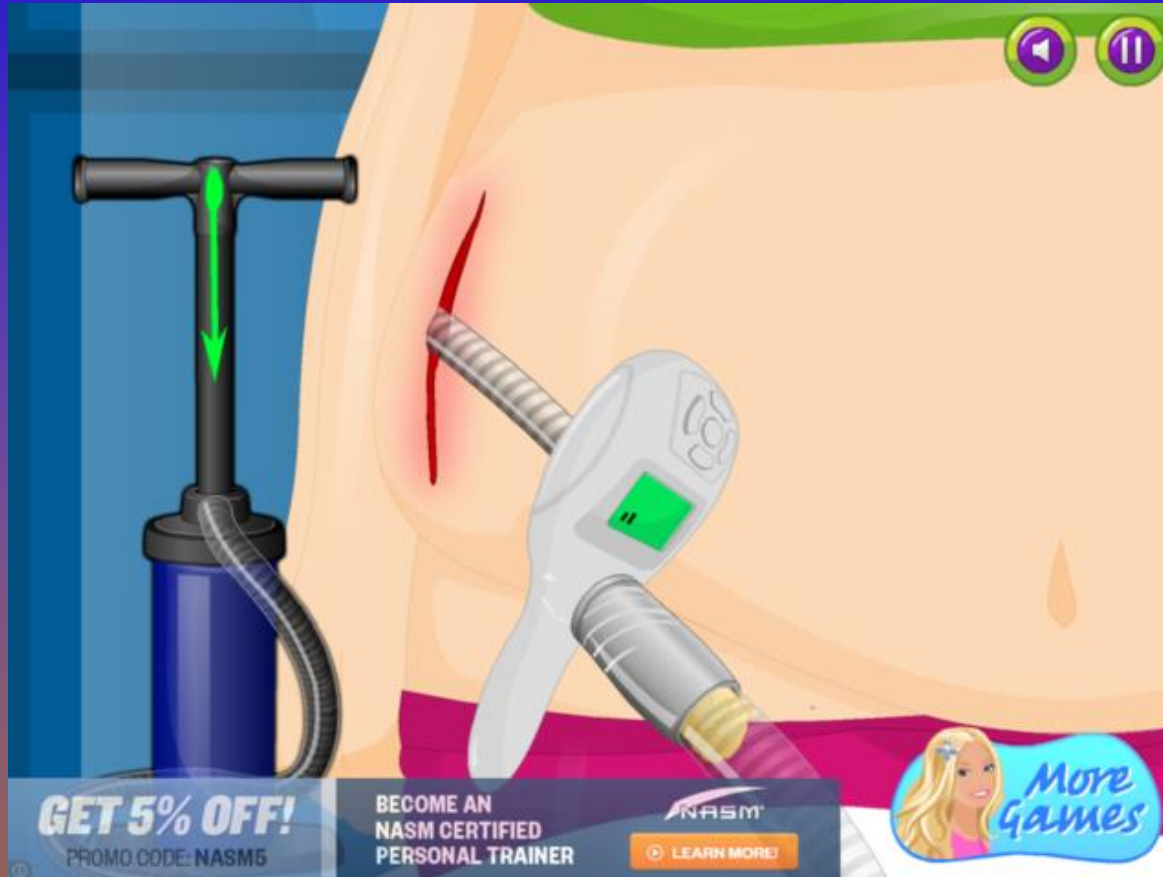
AESTHETICA



Juventus  
rádió



Számítógépes  
játék gyerekek  
részére:  
zsírleszívás



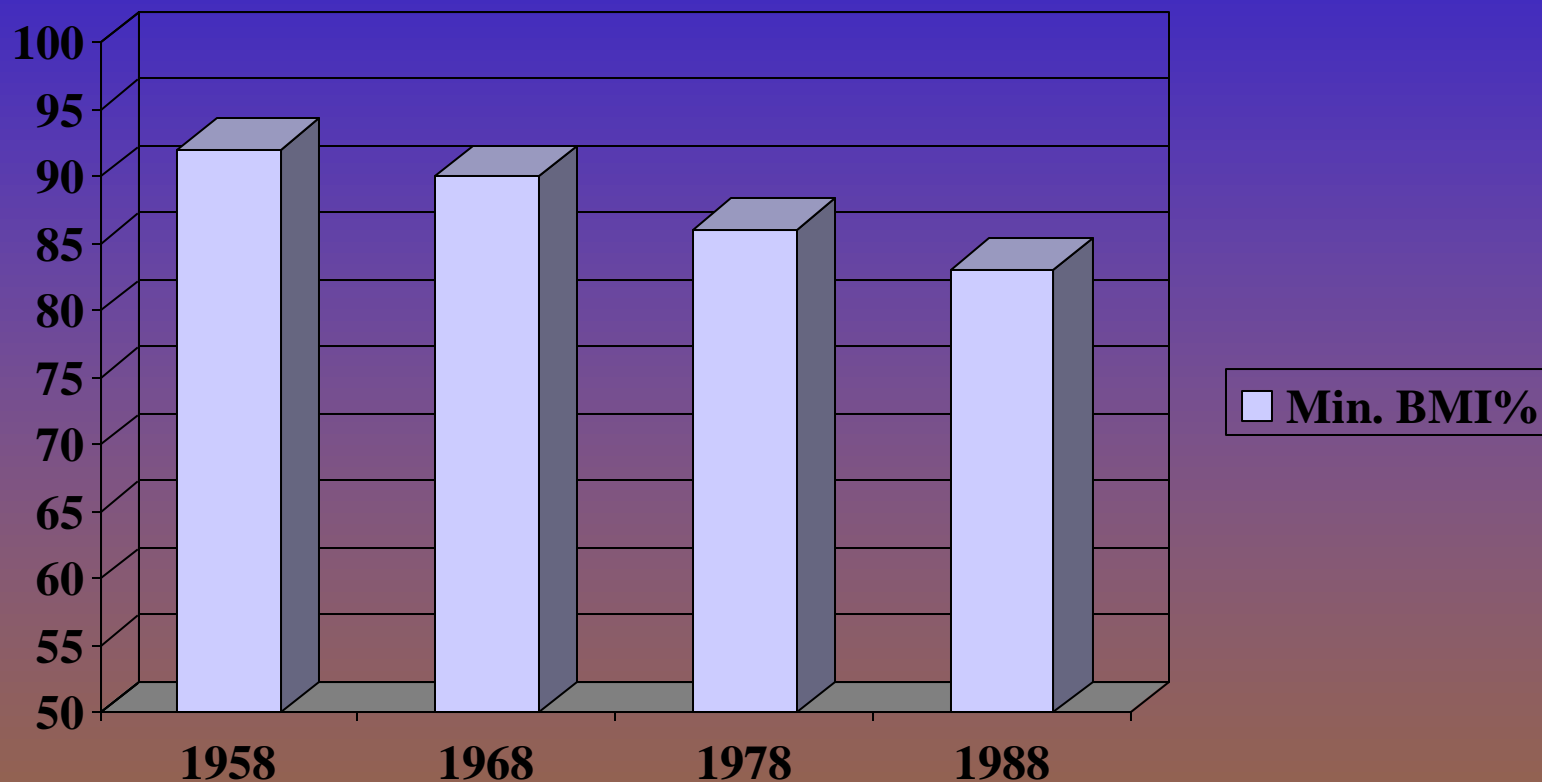
*Sarwer és mtsai, 2004; Szabó, 2008:*

USA, 2005: 10 millió kozmetikai sebészeti beavatkozás

Férfiak között 1,5 millió (ennek harmada hajátültetés)

1997-2001 között a botox-kezelések száma 23-szorosra  
nőtt.

# A Playboy címlapfotóin szereplő nők és a Miss America címet elnyertek alakjának változása 1958–88 között



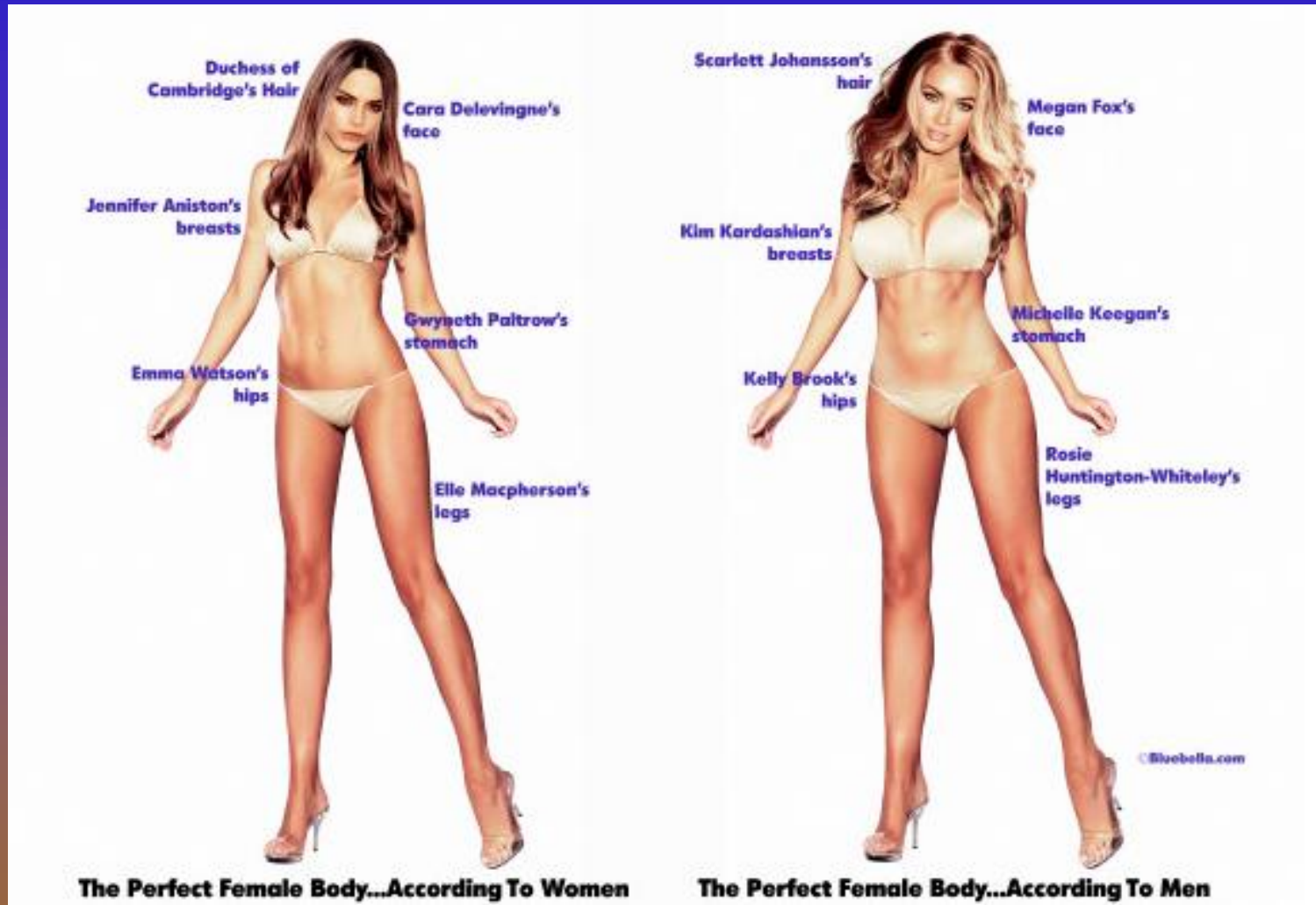
Elle Macpherson  
(1964-)  
„The body”  
183 cm magas  
92-65-89 cm



1922  
szépség-  
verseny  
díjazottai



# A női testideál a nők és férfiak szemével

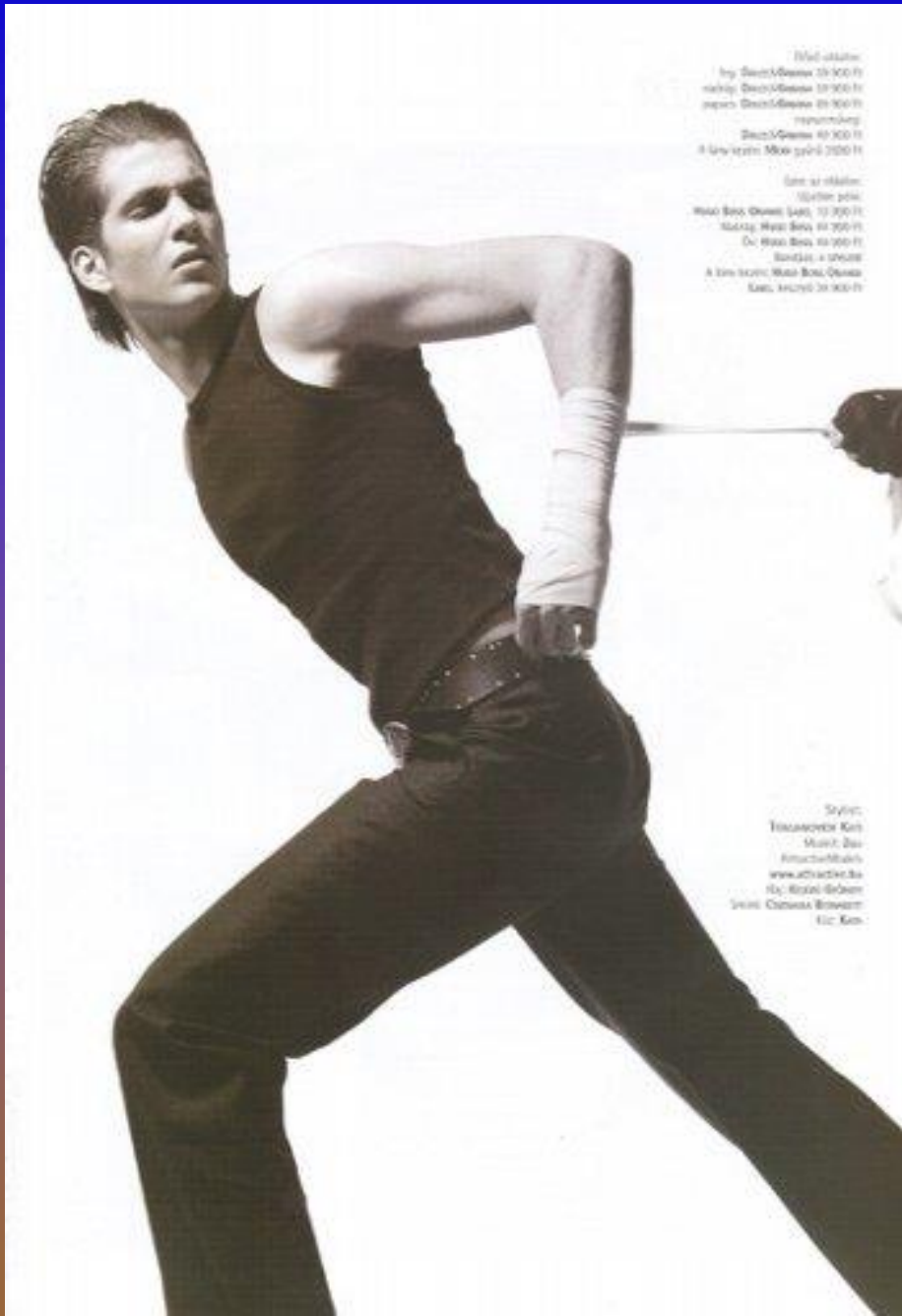




Zala György  
(1858-1937):  
Mátyás király  
1905.







Érdemes  
by Diesel/Gianni 19 900 Ft  
nadrág Diesel/Gianni 19 900 Ft  
pajama Diesel/Gianni 19 900 Ft  
www.diesel.com  
Diesel/Gianni 49 900 Ft  
A few years More price 2000 Ft

Érdemes  
Giletto póló  
Wool Polo Gianni 1490 19 900 Ft  
Madrág Wool Polo 49 900 Ft  
Dz Wool Polo 49 900 Ft  
Bőröndi 19 900 Ft  
A few years More Polo Gianni  
Kam. 49 900 Ft 49 900 Ft

Stylor  
Fotografok Keri  
Mauri Zuo  
Fotografok  
www.uchicago.edu  
Ita, Rizzi Giotti  
Dante Calzoni Brown  
Etc. Keri

Férfi modell,  
2003

## Hazai szépségverseny-győztesek tápláltsági adatai (Győrfi [1998] után)

<i>Év</i>	<i>Magasság</i>	<i>Testsúly</i>	<i>BMI</i>
1996	170 cm	49 kg	17,0 kg/m <sup>2</sup>
1997	175 cm	55 kg	18,0 kg/m <sup>2</sup>
1998	180 cm	54 kg	16,7 kg/m <sup>2</sup>

## *Ad 7. Depresszió-elmélet*

Ennek érvei:

1. Pszichopatológiai tényezők
  - A. Öngyilkossági szándék, illetve kísérlet
  - B. Depressziós tünetek
  - C. Komorbiditásvizsgálatok
  - D. Depresszióra utaló teszteredmények (Beck-teszt, MMPI)
2. Szezonális ingadozások evészavarokban
3. Depresszió az evészavarban szenvedő betegek családjában
4. Biokémiai vizsgálatok eredményei
  - A. Neuroendokrin leletek
  - B. Neurotranszmitterek, „szerotonin-hipotézis”
  - C. Endorfinok szerepe
5. Az antidepresszívumok hatékonysága BN-ban

## *Ad 8. Addikciós modell*

Az evészavarok felfoghatók szenvedélybetegségeknek is (az AN soványságszenvedély, a BN evési szenvedély).

A kapcsolatra utalnak:

- tünettani hasonlóságok (pl. kontrollvesztés érzése BN-ban);
- komorbiditási adatok (BN-ban az alkoholfüggőség gyakorisága 20–30%);
- családi vizsgálatok (az alkoholizmus családi előfordulása a BN kockázati tényezője);
- biológiai vizsgálatok (béta-endorfin, szerotonin lehetséges szerepe alkoholfüggőségben és evészavarokban);
- egyes kezelési stratégiák haszna (pl. önsegítő csoportok).

A vízivás is lehet szenvedély:

water addiction – aquaholism

Veszély: vízmérgezés (hyponatraemia)





## *Ad 9. Kényszerbetegség-modell*

Az evészavarok felfoghatók kényszeres tüneteknek is:

AN-ban sok a rituális elem.

Nagy a komorbiditás a két zavar között (15–30% mindkét irányban).

Obszesszív premorbid személyiséget AN-ban 27–60%-os gyakorisággal figyeltek meg.

*Rothenberg (1986)*: az evészavarok a nyugati kultúrák modern kényszerbetegségei.

## *Ad 10. Feszültségredukciós modell*

A szorongás központi szerepére és a hányás szorongáscsökkentő hatására utal BN-ban.

A hányás katartikus megkönnyebbülést jelenthet (néha egyenesen szexuális örömezzéssel is jár: *emetophilia*).

A modell terápiás következménye az *expozíció és válaszmegeelőzés* viselkedésterápiás módszere (a BN-s beteg túleheti magát, de utána nem engedik hányni).

## *Ad 11. Disszociációs hipotézis*

Az evészavarban szenvedők egy alcsoportjában (főleg multiimpulzív bulimiásokban) disszociatív mechanizmusok igazolhatók.

A BN-sok néha „transz”-állapotban folytatják falásrohamaikat.

Ritkán többszörös személyiség (disszociatív identitászavar) áll az evészavar hátterében.

Terápiás következmény: a hipnózis előnyös lehet (szintén disszociatív állapot!).

## *Összefoglalva:*

A szelektív elméletek inkább a betegek egyes alcsoportjaira, vagy a betegség bizonyos tüneteire vonatkozhatnak.

A komplex modellek a szelektív elméleteknek is helyet adnak egy tágabb értelmezési keretben.

# Klinikai tünetek

## **Anorexia nervosa (DSM-5)**

*Alaptünetek:* testsúlyhiány, testsúlyfóbia, testképzavar.

*Testsúlyhiány:* legalább 15%-os.

A normális testsúly gyakran használt mutatója a testtömeg-index: a testsúly (kg) osztva a testmagasság négyzetével ( $m^2$ ).

Normális tartománya nőknél 18,5–25 (férfiaknál 20–25).

*Testsúlyfóbia (elhízásfóbia):* az elhízástól való félelem súlyos soványság esetén is.



*Testképzavar*: a betegek önpercepciója torzult, kövérnek tartják magukat.

Mások alakját azonban jól meg tudják ítélni, a testképzavar csak a saját testre vonatkozik.

Gyakori az *amenorrhoea*, amely bizonyos testsúlyhiány mellett szinte automatikus (ma már nem számít alaptünetnek, a DSM-IV alapján még az volt).

A javulás fázisában a testsúly visszanyerése nem jár azonnal a menstruáció visszatérével.

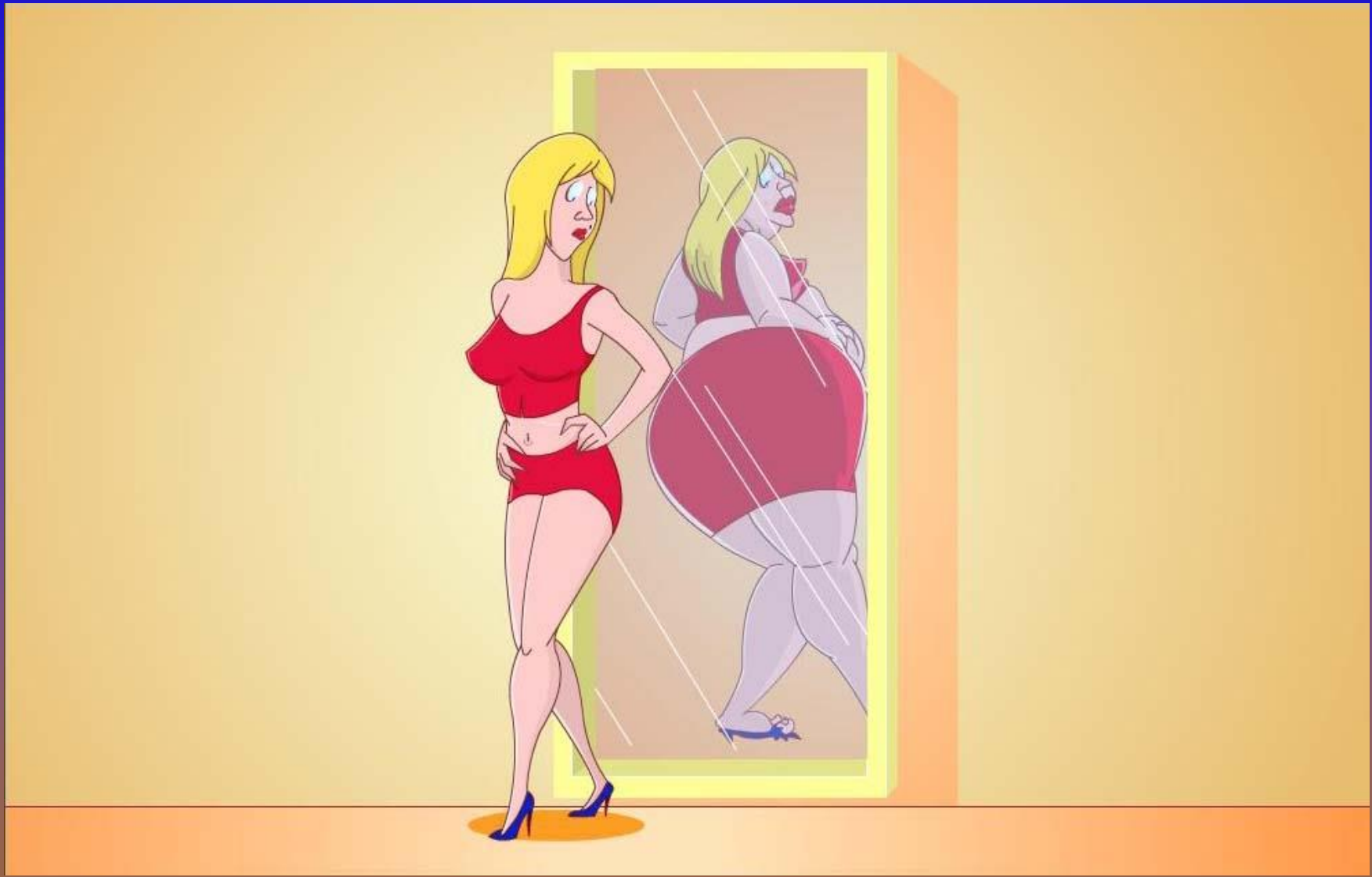
Két altípusa van:

- **Restriktív altípus:** a testsúlyvesztést a személy diétázással, koplalással és/vagy túlzott testmozgással éri el.
- **Falás/tisztulás altípus:** visszatérő falásrohamok vagy öntisztító viselkedések jelentkeztek.

Súlyosság szerint:

- Enyhe:  $BMI \leq 17$
- Mérsékelten súlyos: BMI 16–16,99
- Súlyos: BMI 15–15,99
- Extrém:  $BMI \geq 15$









*További tünetek:*

Száraz, lanugóval fedett bőr, hajhullás.

Bradycardia, alacsony vérnyomás, lassult vitális funkciók.

Osteoporosis, hormonzavarok, emésztési zavarok, obstipatio.

A vitális funkciók lassulása ellenére mozgásos hiperaktivitás gyakori.

Személyiség: perfekcionizmus, teljesítmény-orientáció, túlkontrolláltság, kényszeresség, dac, depresszió.

Kerülik az érzelmeket, a szexualitást is.

Betegségbelátás nincs.

Az evés visszautasítása a családon belüli manipuláció formája lesz.

## Bulimia nervosa (DSM-5)

*Alaptünetek:* falásrohamok, testsúlycsökkentő manipulációk, aggodalmaskodás a testsúly és alak miatt, valamint legalább heti egy falásroham.

A BN minden tápláltsági állapotban megjelenhet.

*Falásroham:*

- rövid idő alatt történik
- akár 50 000 kalória elfogyasztása is előfordul
- kontrollvesztés érzésével jár
- titokban zajlik
- szénhidrátpreferencia jellemzi
- naponta többször is jelentkezhet
- néha éjszaka fordul elő (*night bingeing*).

*Testsúlycsökkentő manipulációk:*

önhánytatás, hashajtózás, vízhajtózás, koplalás, testedzés.

Néha extrém mértékűek: naponta 10–20 önhánytatás.

A fogak belső felszínén a gyomorsav miatt zománchiány alakulhat ki.

Kálium- és egyéb ionvesztés: életveszélyes szívritmuszavarok, görcsös rosszullétek.

Gyomorrepedés is előfordul.

Két altípusa van:

- **Purgáló típus:** önhánytatás, hashajtók és vizelethajtók használata.
- **Nem purgáló típus:** a kompenzáló viselkedés egyéb formái (például koplalás vagy túlzott mértékű testgyakorlás) jellemzik.

A súlyosság mértékét a kompenzáló viselkedések gyakoriságával adjuk meg:

- **Enyhe:** hetente átlagosan 1-3 alkalom.
- **Mérsékelten súlyos:** hetente átlagosan 4-7 alkalom.
- **Súlyos:** hetente átlagosan 8-13 alkalom.
- **Extrém:** hetente 14 vagy több alkalom.



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

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

**Falási zavar**  
**(„binge eating disorder”)**  
*(Spitzer és mtsai, 1992)*

Hasonló a bulimiához: falásrohamok vannak – de nincsenek súlycsökkentő manipulációk.

A betegek általában túlsúlyosak.

1992-ben írták le.

# Izomdiszmorfia

*Pope és mtsai, 1993*

*Pope és mtsai, 1993*: az inverz anorexia nervosa leírása.

Későbbi név: izomdiszmorfia (*Pope és mtsai, 1996*).

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

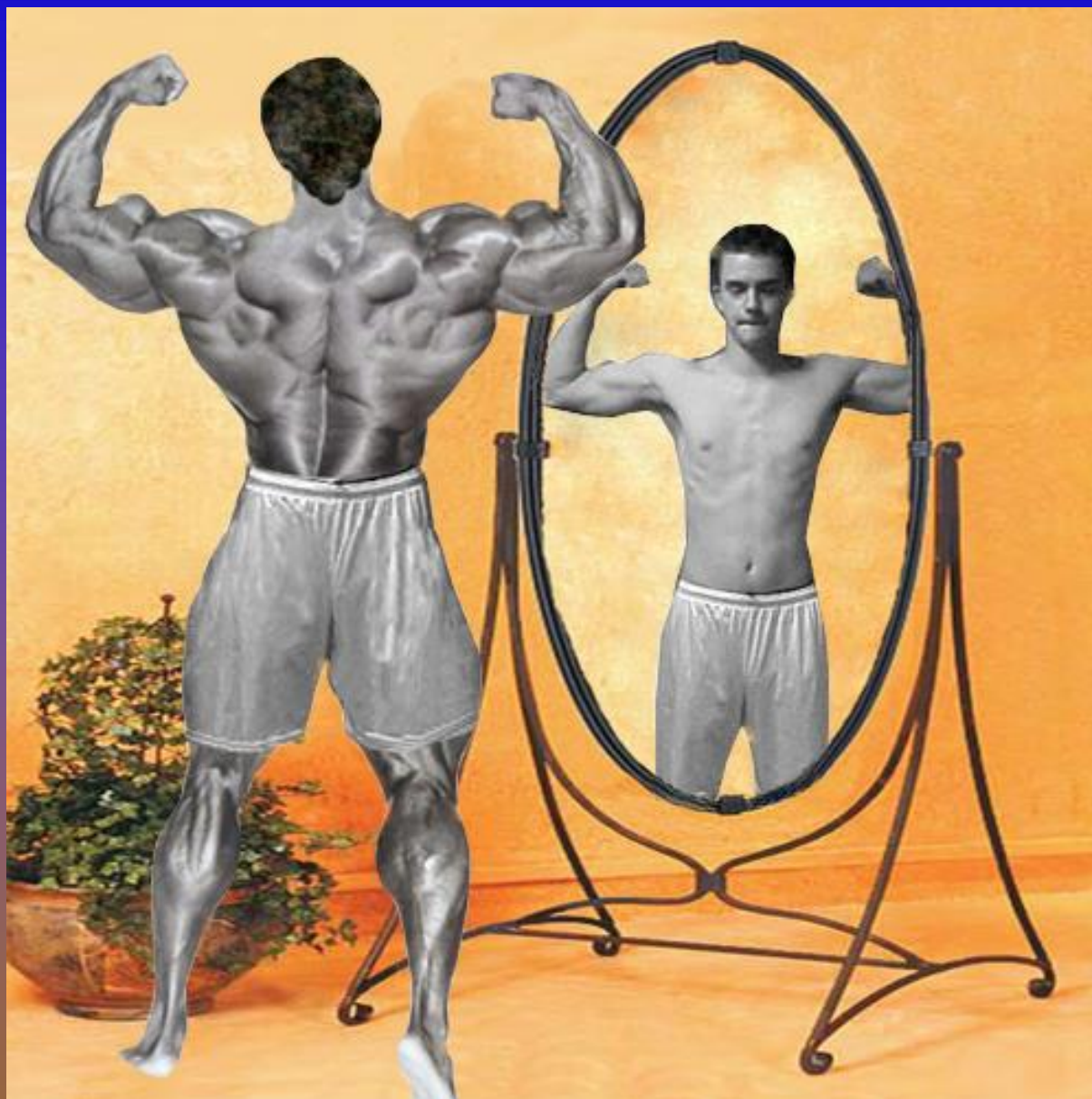
Az atlétaideál („Schwarzenegger-ideál”) jellemzi.

Rejtett zavar.

Arnold  
Schwarzenegger  
(1947–)



Testképzavar  
izom-  
dizmorfiában





Miofilia





*Star Wars figures, then and now.*



<http://go.to/funpic>



# Az anorexia nervosa és az izomdiszmorfia (inverz anorexia nervosa) főbb különbségei

## *Anorexia nervosa*

nők körében gyakoribb  
veszélyes testsúlyhiány, soványság  
félelem az elhízástól  
(súlyfóbia)

testképzavar a karcsúságideál jegyében  
(kövérnek érzik magukat)

demonstratív viselkedés

hashajtó-, fogyasztószer-abúzus

## *Izomdiszmorfia*

férfiakra jellemző  
súlytöbblet, izmos alkat  
félelem a soványságtól  
(soványságfóbia)

testképzavar: atlétaideál  
(soványnak érzik magukat)

rejtőzködő viselkedés

anabolikussteroid-abúzus

# Adonisz komplexus

A férfitest megszállottságának titkos krízise  
(*Pope és mtsai, 2000*)



Rubens:  
Vénusz és Adonisz



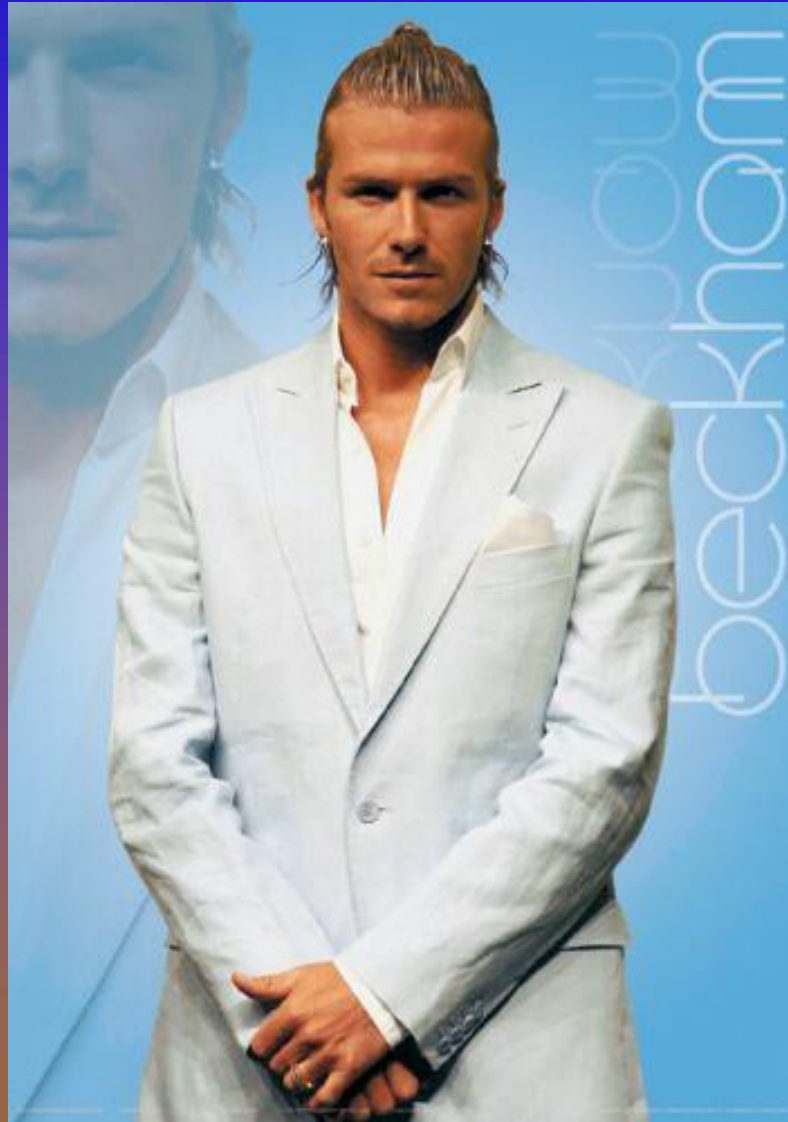
*Garner, 1997:*

USA: a férfiak 43%-a elégedetlen volt a megjelenésével.

1972-höz képest ez háromszoros növekedés.

David Beckham  
(1975-)

A metroszexualitás  
képviselője



# Testépítő típusú evészavar

*(Gruber és Pope, 2000)*

Tkp. testzsírfóbia. Kritériumai:

1. A test zsírtömegének egészséges (nőkben a normális menstruációs ciklushoz szükséges) szinten való fenntartásának elutasítása, amelyet az izomtömeg maximalizálásának vágya kísér.
2. Intenzív félelem attól, hogy a személy zsírtömege megnő, vagy veszít az izomtömegéből, még ha a test zsírtömege a normális szint alatt is van a fent meghatározottak szerint, illetve az izomtömege messze az átlag fölötti.

3. Merev ragaszkodás egyfajta szigorú étrendhez, melyet az alábbiak közül legalább kettő jellemez:
- a. Napi legalább ötszöri étkezés, melyet a személy szabályos menürend szerint folytat, például 3 óránként.
  - b. Minden étel magas kalória-, magas fehérje- és alacsony zsírtartalmú élelmiszerből vagy táplálék-kiegészítőből áll.
  - c. A személy jelentős mennyiségű időt és pénzt fordít arra, hogy ezeket a speciális ételeket beszerezze, elkészítse és elfogyassza.

4. A testösszetétel megítélésének módjában zavar van, vagy a testi megjelenés nemkívánatos befolyást gyakorol az önértékelésre.
5. A személy gyakran felad társas vagy foglalkozásbeli alkalmakat, mert azok megzavarják az étrend összeállítását vagy az étkezés időpontját.



# Orthorexia nervosa

*Bratman (1997)*: kizárólag „egészséges” ételek kényszeres fogyasztása – egészségesétel-függőség.

Az étel minősége az obszesszív jelenségek tárgya.

Ha a beteg nem talál egészségesnek tartható ételt, koplalni is hajlandó, hogy ne kelljen „tisztátalan” ételt fogyasztania.



# **Purgáló zavar**

*Keel és mtsai, 2005*

Hányások vannak, de nincs túlevés



# 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





## Néhány szokatlan forma

- Gyermekkorai típusok (pica, ruminatio, a szelektív evés szindrómája, ételfóbia stb.)
- Éjszakai falásrohamok
- Éjszakai evés szindrómája („night eating syndrome” – *Stunkard és mtsai, 1955*)
- Bulimia nocturna (*Rosenthal, 1877*)
- Édes és sós BN
- „Rágás és kiköpés” szindrómája

# Az evészavarokkal rokonítható egyéb zavarok

Adonisz komplexus (*Pope és mtsai, 2000*): a férfiak testi megszállottságának titkos krízise.

Testedzés-dependencia (*Veale, 1987*)

Futás-addikció (*Chapman, De Castro, 1990*)



# Egyéb „orexiák”

- anorexia
- bigarexia – bulkorexia: izomdiszmorfia
- orthorexia
- drinkorexia
- stressorexia
- pregorexia: várandósok evészavara
- fatorexia: vágy a kövérségre
- exorexia: testedzésfüggőség (fitorexia: kb. ugyanaz)
- ageorexia: öregedés-fóbia
- tanorexia: vágy a napbarnítottságra

# Mi lehet a testi „megszállottság” tárgya?

1. A testméret, teljes alak, testsúly: AN, BN
2. A test egy részének alakja: testdiszmorfiás zavar
3. Izomtömeg: izomdiszmorfia
4. Izomzat zsírtartalma: testépítő típusú evészavar
5. Speciális, „egészséges” ételek: orthorexia

*A jövő: a test kémiai összetételével kapcsolatos megszállottság (pl. koleszterinfóbia)*

# Az evészavarok története

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?*

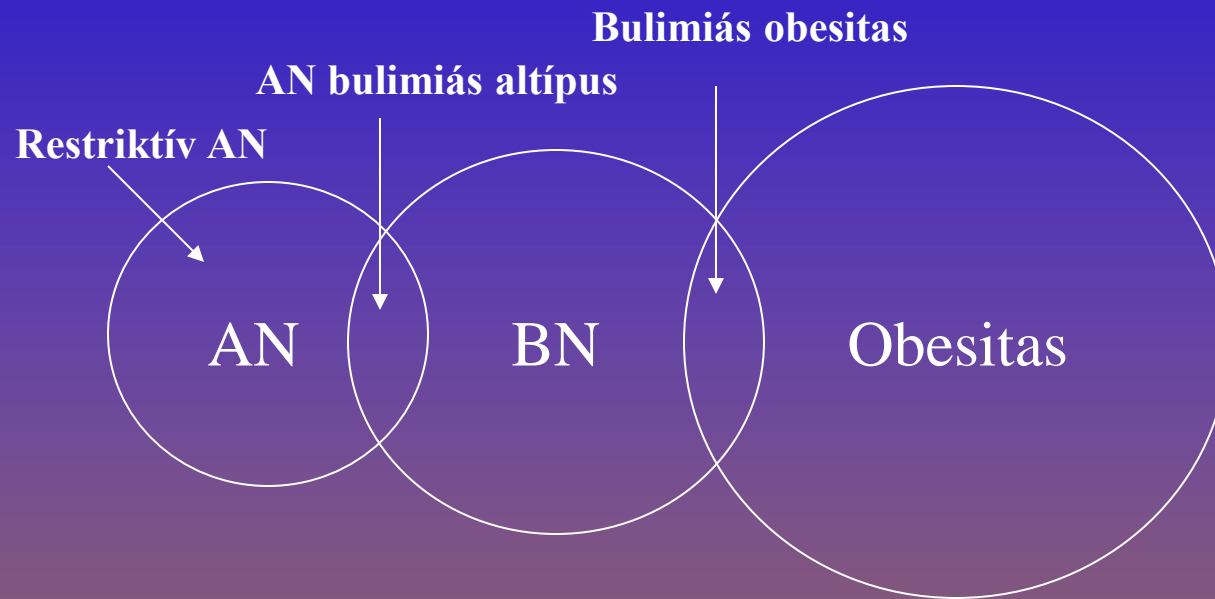


# Az evészavarok kontinuumhipotézise

Spektrumszemlélet – kategoriális helyett dimenzionális megközelítés.

1. *Statikus kontinuum*: körülírt, statikus betegség-kategóriák, altípusok leírása (AN, BN, bulimarexia, izomdiszmorfia stb.).
2. *Dinamikus kontinuum*: időbeli változásokra utal – az egyes formák idővel átmehetnek egymásba.
3. *Súlyosság szerinti kontinuum*: a szubklinikai és klinikai súlyosságú formák átmenete (a szubklinikai formák igen gyakoriak).
4. *Komorbiditási kontinuum*: más pszichiátriai kórképek felé is fokozatos átmenetek lehetségesek.

# Az evészavarok kontinuumhipotézise Fichter után



# Kórlefolyás

Krónikus betegségek: évekig, évtizedekig tarthatnak.

Az életminőséget súlyosan rontják.

Spontán javulás az enyhe kórképekben fordul elő.

Gyakori alakváltás, pl.: restriktív AN – bulimarexia – normális testsúlyú BN.

Az AN lefolyása a testsúlyt tekintve háromféle lehet:

- túlkompenzáció, túlsúly alakul ki;
- a beteg visszanyeri eredeti testsúlyát;
- alacsony testsúly marad fenn: rossz prognózis.

Gyakori relapszus: pl. csak tüneti kezelés esetén.

A prognózist rontják az ismételt sikertelen kezelések és a betegség hosszú időtartama.

# Kezelés

Az evészavarok kezelése komplex tervet igényel, melyben egyaránt helyet kaphat többféle alapvető kezelési irányzat:

- szomatikus kezelés,
- egyéni és csoportpszichoterápia,
- családterápia.

## *Az anorexia nervosa kezelése*

Kezdeti cél: a testsúly helyreállítása.

Kórházi felvétel eldöntésének szempontjai:

- a súlyvesztés mértéke
- a család kooperációja
- a betegség tartama
- a beteg motiváltsága

*Alapelv:* a szükséges, de nem túlzott kontroll következetes biztosítása, a beteg és családja lehető legteljesebb bevonása célszerű.

## *Szomatikus terápia*

*Nutritív rehabilitáció:* extrém fogyás esetén parenteralis vagy szondával történő táplálás – ennek a lehető legrövidebb ideig kell tartania.

A szondatáplálás pszichológiai feldolgozása is szükséges („megerőszkolás”).



## *Farmakoterápia*

Specifikus, testsúlynövelő hatása nincs.

Komorbiditás esetén a megfelelő pszichofarmakonok adása indokolt.

Depresszió esetén, és a már elért hízás stabilizálására: antidepresszívumok.

Pszichotikus tünetek: antipszichotikumok.

Krónikus AN-ban ösztrogénpótlás is ajánlott.

*Étvágyfokozó gyógyszerek (például inzulin) hatástalanok, csak a beteg ellenállását fokozzák!*

# ***Pszichoterápia***

Egyéni pszichoterápia:

1. Pszichodinamikusan orientált terápia: mélylélektani megalapozottság (pl. traumatikus előzmények, szexuális viktimizáció, személyiségfejlődés diszharmóniái esetén).
2. Viselkedés- és kognitív terápia: a tüneti viselkedés, az ítéletalkotás torzulásainak korrekciója a célja.

## *Csoportterápiák:*

1. a hatékony megküzdő viselkedés elsajátítását szolgáló csoportok;
2. testorientált terápiák (mozgásterápia, videokonfrontáció): az érzelmi kifejezést és a testképzavar oldását segítik elő.

## *Családterápia:*

A tünetek kialakulásában szereplő (sokszor centrális jelentőségű) családi diszfunkciók korrekációjában, a szeparáció-individuáció elősegítésében nyújt segítséget.

18 éves kor alatti betegek számára hatékonyabb, mint az egyéni pszichoterápia.

## *A bulimia nervosa kezelése*

Enyhébb zavarokban:

- a táplálkozási szokásokat célzó pszichoedukáció,
- önsegítő kalauzok,
- önsegítő csoportok.

Az utóbbiak veszélye: szubkultúra-képződést, pseudoidentitás kialakítását serkenthetik.

Célszerű lehet ezért vezetett önsegítést alkalmazni.

Ha ez nem elég: ambuláns kezelés, farmakoterápia, csoportterápia.

A kórházi felvétel szükségességét a tünetek súlyossága és a családi diszharmónia mértéke határozza meg:

- napi többszöri hányás,
- szomatikus veszélyeztetés (káliumhiány miatti szívritmuszavarok),
- öngyilkossági veszély (pl. multiimpulzív BN esetében),
- az impulzuskontroll társuló súlyosabb zavarai (alkohol- vagy drogabúzus),
- teljesen kontrollvesztett táplálékfelvétel,
- ambuláns kezelésre nem javuló makacs tünetek.

BN-ban meglehetősen nagy (10-50%) a terápiából való lemorzsolódás (drop-out).

## *Szomatikus terápia*

Első teendők: a testi szövődmények (alultápláltság, káliumvesztés) korrekciója.

## *Farmakoterápia*

Antidepresszívumok: igazoltan hatékonyak, függetlenül a depresszió egyidejű jelenlététől.

Leginkább a szelektív szerotonin-reuptake-inhibitorok (SSRI) ajánlottak.

A dózis a depresszióban megszokottnál nagyobb lehet.

Ezek közül fluoxetinnel végezték a legmegbízhatóbb tanulmányt (1993).

A klasszikus triciklusos szerek és MAO-bénítók (RIMA-szerek) is alkalmazhatók.



## A farmakoterápia korlátai:

- tüneti absztinencia ritkán következik be;
- a gyógyszerek kihagyása visszaesést provokálhat.

Javasolt: pszichoterápia egyidejű alkalmazása.

Több vizsgálat szerint a farmako- és pszichoterápiák kombinációja előnyösebb, mint az egy módszerrel történő kezelés.

Egyéb pszichofarmakonok: csak tüneti kezelés céljából.

## *Pszichoterápia*

Többféle terápiás megközelítésnek van értéke.

Pszichodinamikus terápiák: szerepük különösen a traumatikus élmények feldolgozásában van (pl. szexuális abúzus esetén).

A szexualitással kapcsolatos problémák gyakoriak.

Viselkedés- és kognitív terápiák: a jelentősen megváltozott táplálkozási szokások korrekciójában hasznosak.

Különösen fontos az expozíció és válaszmegelőzés módszere: a beteg túlevését nem akadályozzák meg, de a következményes hányást igen.

Hipnózis: a BN disszociatív altípusában. A betegek kifejezetten fogékonyak is a hipnotikus tudatállapotmódosulásra.

Családterápia: a fiatalabb, 18 éves kor alatti betegek esetében gyakorlatilag megkerülhetetlen.

Testorientált terápia: az AN-hoz hasonlóan lényegesek.

Csoportterápia: különböző orientációval működnek.

A terápiás gazdaságosság is fontos tényező.

# Integratív terápiás megközelítés

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

Főleg a következő eljárásokat kombinálják:

- farmakoterápia
- egyéni dinamikus terápia
- családterápia
- viselkedés- és kognitív terápia
- csoportterápia

Az egyes módszerek egymás hatását felerősítik: jó tervezés szükséges – nem „géppuska-terápia”!

Különböző lépcsőzetes ellátási formák, integratív programok vannak.

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.

# Prognózis

Az evészavarok súlyos pszichiátriai zavarok.

Az AN mortalitása tíz éven belül 8% körüli, 20 éves követés után a 20%-ot is eléri.

A halálozás oka: súlyos alultápláltság, fertőzések, szívmegállás, öngyilkosság.

## *Az AN prognózisa*

Négyéves követés után a következő adatokat kapták:

- 44%-ban jó a prognózis,
- 28%-ban közepes,
- 24%-ban rossz,
- a mortalitás 4–5%.



Roszbabb prognózis mellett szól:

- nagyon alacsony testsúly a betegség kezdetén,
- bulimiás tünetek fennállása,
- korábbi sikertelen kezelések,
- többéves kórlefolyás,
- kifejezett családi feszültségek,
- a beteg házas volta.

Az evéssel kapcsolatos aggályoskodás sokáig megmaradhat.

A legjobb prognózisú altípus a rövid kórelőzménnyel járó restriktív forma.

Tekintve az AN krónikus voltát, az utókövetést évekig folytatni kell a relapszus veszélye miatt.

## *A BN prognózisa*

A tünetek jelentős csökkenése a kezelt betegek kétharmadában észlelhető.

A teljes tünetmentesség azonban ritka, jóval gyakoribb, hogy egyes tünetek éveken át fennállnak (a testsúllyal és étkezéssel kapcsolatos aggodalmak, furcsa étkezési szokások).

Az enyhébb tünetekkel járó, ambulánsan is kezelhető formák prognózisa jobb.

A kezeletlen betegek egyharmadában spontán tünetcsökkenés is regisztrálható.