

Állapotkép az evészavarokról 40 éve írták le a *bulimia nervosát*

Szabó Pál

orvos, pszichiáter, neurológus, pszichológus, ny. egyetemi docens
Debreceni Egyetem

A táplálkozásnak egyre nagyobb jelentőséget tulajdonítanak az egészség megőrzésében, a betegségek kialakulásában és megelőzésében. Ezt jelzi, hogy a Debreceni Egyetemen 2009-ben táplálkozástudomány mesterszakon indítottak képzést, és 2017-ben létre jött a Táplálkozás- és Élelmiszertudományi Doktori Iskola. A táplálkozás iránt a szakmai fórumok mellett a közösségi és bulvár médiában is nagy érdeklődés mutatkozik.

A táplálék biztosítja a szervezet számára szükséges anyagokat és a működéshez szükséges energiát. A mennyiségi és minőségi szempontból kielégítő táplálkozást bonyolult szabályozó rendszerek teszik lehetővé. A táplálékfelvételre azonban az élettani tényezők sokasága mellett számos egyéb – pszichológiai és szociokulturális – tényező hat (Túry és Szabó, 2000; Túry, 2015; Wansink, 2014). Ha a táplálkozás révén a szervezetbe jutott anyagok mennyisége vagy minősége nem megfelelő, annak számos következménye lehet, különböző betegségek, vagy akár halál is.

A táplálékfelvételt befolyásoló biológiai tényezők

Kézenfekvőnek tűnik, hogy az *éhség* az evés legalapvetőbb oka. Azonban többnyire mégsem emiatt eszünk. Kísérleti úton vizsgálták, hogyan befolyásolja a *gyomortelődés* mértéke a táplálékfelvételt (felfújható ballonok a gyomorban, gyomortartalom leszívása, előterhelés standard ételekkel).

Insulin-injekcióval előidézett alacsony *vércukorszint* a táplálékfelvétel fokozásával jár, a szőlőcukor-infúzió hatása ezzel ellentétes. Ezen alapul a táplálékfelvétel szabályozásának *glükosztatis* (cukoralapú) elmélete. A *testhőmérséklet* is hat a táplálékfelvételre.

A gyomortelődés, a vércukorszint és hőmérséklet hatása *rövidtávon* valósul meg. A táplálékfelvétel *hosszútávú* szabályozásának elmélete szerint a szervezet energiatartalékainak a mennyiségétől függ a táplálékfelvétel. Ezt *liposztatis* (zsíralapú) szabályozásnak nevezzük. Míg a szénhidráttraktárok korlátozottak, a zsírszövet hatalmas tartalékot tárol. 1993-ban azonosították azt a zsírsejtek termelte peptidet, a leptint, amely az agynak jelzi a szervezet zsírtartalmát. A *leptin*

(görögül: leptos = sovány) csökkenti a táplálékfelvételt és fokozza az energialeadást. 1999 óta ismert a *ghrelin*, az üres gyomorban termelődő peptidhormon, amely a hipotalamuszban hatva fokozza a táplálékfelvételt (Túry és Szabó, 2000; Túry és mtsai, 2012).

A táplálkozásélettan történetéhez hozzátartozik a „jóllakottsági központ” és az „éhségközpont” elmélete. A hipotalamusz ventromediális és laterális magva egymással ellentétes módon befolyásolja a táplálékfelvételt és a testsúlyt.

Az 1970-es években született *stabilizációs pont (set point) hipotézis* szerint a szervezet regulációs rendszerei egy adott testsúly megszerzésére, megőrzésére vagy visszanyerésére törekednek. Emiatt futnak zátonyra a fogyókúrák.

Az elhízás és az evészavarok kialakulásáért *genetikai tényezők* is felelősek. Ezt igazolják az ikrek, vérrokonok, örökbefogadottak vizsgálata, az öröklődő elhízás-szindrómák és az evészavarok állatmodelljei (Túry és Szabó, 2000; Túry és mtsai, 2012).

Az éhséget, táplálékfelvételt és testsúlyt *hormonok* és *neurotranszmitterek* sokasága befolyásolja. A pajzsmirigy kóros működése fogyáshoz vagy elhízáshoz vezet. A mellékvesekéreg kortizol hormonjának magas szintje jellegzetes elhízáshoz vezet (Cushing-szindróma). A nemi hormonok is hatnak a test súlyára és összetételre. *Orexigén* hatásúak (a táplálékfelvételt fokozó) a hasnyálmirigy polipeptidjei, a neuropeptid Y (NPY) és a peptid YY (PYY), míg a kolecisztokinin *anorexigén* hatású (a táplálékfelvételt gátló). A táplálékfelvételt és a testsúlyt a neurotranszmitterek közül a négy monoaminerg rendszer befolyásolja a legkifejezettebben (Túry és Szabó, 2000; Túry és mtsai, 2012).

A zsírszövet nemcsak energiaraktár, hanem endokrin és immunszervnek is tekinthető. A zsírszövet által termelt anyagoknak, az adipokineknek (latin: adipositas = kövérség; adipocytá = zsírsejt) sokféle hormonális, metabolikus és immunológiai hatása van.

A táplálékfelvételnek kronobiológiai vonatkozásai vannak, így az elhízás a bioritmusainkkal is összefügg.

A táplálékfelvételre és testsúlyra az *élvezeti szerek* és *gyógyszerek* is hatnak. A dohányzás és a koffein étvágycsökkentő. Az alkohol nagy kalóriatartalma mellett csökkenti a viselkedés kontrollját az evéssel kapcsolatban. A gyógyszerek közül elsősorban a központi idegrendszerre ható gyógyszereknek (hangulatjavítók, antipszichotikumok) van testsúlynövelő mellékhatása. Emiatt ezek szedését gyakran abbahagyják a betegek.

A táplálékfelvételt befolyásoló pszichológiai tényezők

Fontos szerepet játszanak a táplálkozásban a környezeti, pszichológiai és szociokulturális tényezők. Pl. csak az esetek egyötödében eszünk azért, mert éhesek vagyunk. Ehelyett sokan az órájuk szerint esznek.

Csak kevéssé érzékeljük a testünkől származó, táplálékhiányra utaló jelzéseket. Inkább *külső kulcsingerek* (az ún. incentive) hatnak ránk: az étel íze, illata, látványa (pl. reklám) vagy az evésről szóló ínycsiklandó történetek, az észlelt idő (Szabó, 2007).

Az *érzelmek* is hatnak a táplálékfelvételre. Szinte mindegyik érzelem vezethet evéshez, túlevéshez (*emocionális evés*). Vannak, akik a félelem, szorongás, unalom, csalódottság, szorongás vagy lehangoltság érzését csillapítják étellel, vagy a haragjukat töltik ki az ételen. Valóban csökken a fáradság érzése evés hatására, ahogyan a feszültség, ingerlékenység, szomorúság is, a boldogság érzése pedig fokozódhat. Ugyanakkor a karcsúságideál elterjedtsége miatt az evéshez lelkiismeret-furdalás, szégyen, bűntudat társulhat.

Stressz hatására az emberek nagy részénél csökken a táplálékfelvétel, másoknál azonban fokozódik. Egyetemistáink többsége evési viselkedése megváltozásáról számolt be a vizsgaidőszakban. Kísérleti helyzetben bármilyen eredetű izgalomfokozódás növeli a táplálékfelvételt. Ez magyarázza a televízió elhízásban játszott szerepét (Szabó, 2007).

A *társas hatások* (társas facilitáció, társas gátlás, társas összehasonlítás) jelentősen befolyásolják az evést. Emellett a társ modellként, megerősítőként vagy stresszorként is működhet.

A *testkép* jelentősége megnőtt az elmúlt néhány évtizedben. Testképen az egyén saját testével kapcsolatos pszichológiai élményeit és attitűdjeit értjük, valamint azt a módot, ahogyan ezek az élmények szerveződnek. A testkép jelentős mértékben meghatározza az önértékelést és az énképet, amely hat viselkedésünkre, közérzetünkre. A testkép zavara kiemelt szerepet játszik az evészavarok kialakulásában (Túry és Szabó, 2000; Szabó, 2007).

Az olyan elemi érzékszervi ingerek mellett, mint az étel látványa, illata, íze, sok egyéb tényező is befolyásolja, hogy miből mennyit eszünk. Az adag nagysága mellett a teríték is számít, ahogyan az étel, ital színe, elnevezése, márkája, láthatósága, ismerősége, elérhetősége is (Wansink, 2014). Mindezekkel él a reklám, élelmiszermarketing, de ezen ismeretek az elhízás elleni küzdelemben is alkalmazhatók.

Az evészavarok

Az evészavarok pszichiátriai betegségek. Olyan tünetcsoportok, amelyek középpontjában a táplálékfelvétel és a testsúly rendellenessége, illetve az ezekkel kapcsolatos viselkedéses és pszichológiai tünetek állnak. Az evészavarok jelentőségét nagy és növekvő gyakoriságuk, a hozzájuk társuló sokféle orvosi szövődmény és pszichiátriai betegség, valamint a krónikussá válás veszélye adja (Túry és Pászthy, 2008; Túry és Szabó, 2000). Az evészavarok a legnagyobb mortalitással járó pszichiátriai betegségek: az anorexia nervosa halálozása a betegség kezdetétől számítva 10 éven belül 8%, 20 éven belül 20%. Az evészavarral

küszködő személyek egészségi állapota és életminősége meglehetősen rossz, és a sokféle testi szövődmény és pszichiátriai komorbiditás miatt a kezelés meglehetősen költséges.

Az evészavarok rövid története

Az evészavarok közül a legkorábban leírtakat és legismertebbeket, az anorexia nervosát (AN) és a bulimia nervosát (BN) „klasszikus” evészavaroknak tekintjük.

Az AN-t az angol Gull és a francia Lasègue egymástól függetlenül írta le 1873-ban. A betegség tüneteit Richard Morton már 1689-ben pontosan leírta „ideges (f)elemésztődés” (nervous consumption) néven, erről azonban megfigyeltek. A BN-t Russell ismertette 1979-ben, mint az AN ominózus változatát (Russell, 1979). Az elmúlt 20–30 évben több újabb evészavart is leírtak, mint pl. 1992-ben a falászavart (binge eating disorder), 1993-ban az izomdiszmorfiát, 1997-ben az orthorexia nervosát, 2000-ben a testzsírfóbiát (testépítő típusú evészavar), 2005-ben a purgáló zavart (purging disorder) (Túry és Pászthy, 2008; Túry, 2015). Ezek mellett egyéb evészavarokat is számon tartanak, mint pl. a pregorexiát, fatorexiát, drunkorexiát, exorexiát, brideorexiát, amelyekről inkább a laikus és bulvársajtóban lehet olvasni, míg tudományos szakirodalma alig van ezeknek az újkeletű evészavaroknak.

Az evészavarok és az obezitás között etiológiai és tünettani szempontból nagy az átfedés, így újabban az elhízást is evészavarként vagy az evészavarokkal együtt tárgyalják.

Anorexia nervosa

Az AN legfeltűnőbb tünete a nagymértékű soványság, az alacsony testsúly, amit szándékosan ér el a beteg. A súlyhiány 20–40 kilogramm is lehet (pl. 170 cm mellett 30 kg súlyú valaki). Az alacsony testsúlyt a beteg elhízástól való félelme magyarázza. Testképzavara miatt az anorexiás beteg saját testét, alakját irreálisan észleli, még soványként is kövérnek érzi magát. Az alak és testsúly túlzott szerepet játszanak az önértékelésben. A havi vérzés gyakran hónapokra kimarad. Az AN tünetei röviden: súlyhiány, súlyfóbia, testképzavar. Az AN két típusát különböztetik aszerint, hogy a súlyhiány milyen módon valósul meg: a *restriktív* altípusba tartozó betegek csak diétázással, koplalással és/vagy fokozott mozgással csökkentik súlyukat, míg az ún. *falás/tisztulás* (másképpen: purgáló vagy bulimiás) altípusban a testsúlycsökkentés drasztikusabb formáit is (önhánytatás, hashajtók, vízajtók, fogyasztó gyógyszerek szedése, beöntés) alkalmazza a beteg, és/vagy falásrohamai is vannak.

AN-ban a testi működések is károsodnak. A havi vérzés hiánya mellett gyakori a bőr szárazsága és egyéb bőrgyógyászati problémák, a hajhullás, a lassú

pulzus, az alacsony vérnyomás, csonttrikulás, fogászati és emésztési problémák (Túry és Szabó, 2000).

Az anorexiás beteg személyiségére a perfekcionizmus, a teljesítményorientáció, a túlkontrolláltság, a kényszeresség, a dac és a depresszióra való hajlam jellemző. Az érzelmek felismerése és kifejezése károsodott, a szexualitás kerülése is jellemző (Túry és Szabó, 2000; Túry, 2015).

Az AN jellegzetesen serdülőkorú (14–18 éves) lányoknál kezdődik, a betegek 90–95%-a nő. Serdülő lányoknál a prevalencia 0,5–1%, a zavar részleges, ún. szubklinikai formája azonban kb. 5%-os gyakorisággal fordul elő serdülő nőknél.

Az anorexiás betegnek nincs betegségtudata. Vészesen lesoványodva is hiperaktív, és intenzíven sportol, hogy csökkentse a súlyát. Jellegzetesen csak akkor kér segítséget, amikor a testi tünetek vagy a kísérő pszichiátriai betegség tünetei erre kényszerítik.

Bulimia nervosa

A BN-t 1979-ben írta le Russell, mint az AN “ominózus” formáját (Russell, 1979; Túry és Szabó, 2000). A BN vezértünete a falásroham, ami nagy mennyiségű (több ezer kilokalória) táplálék elfogyasztását jelenti viszonylag rövid idő (általában két óra) alatt. A falásroham fogalma több félreértésre ad alkalmat. Ez nem egyszerűen nagyevést, lakomát vagy jóízű, kiadós falatozást jelent. A bulimiás személy nem az éhség vagy fokozott étvágy miatt eszik, hanem kontroll nélkül, mintegy kényszeresen fal, általában nagy kalóriatartalmú, könnyen emészthető ételeket, elsősorban szénhidrátokat. A falásrohambot kellemetlen érzések kísérik: büntudat, szégyenérzet, lelkiismeret-furdalás, szorongás, depresszió. Lényeges, hogy a falásroham egyedül, titokban zajlik. A falásrohamnak az vet véget, hogy a beteg hasa megfájdul, rosszullet vagy önhánytatás következik, vagy elalszik az egyén, elfogy az étel, vagy egy másik személy megjelenése miatt ér véget a falás.

Bulimiában is előfordulnak az AN-ra is jellemző, a testsúly csökkentését, a hízás megelőzését célzó módszerek: diétázás, koplalás, fokozott testmozgás, önhánytatás, hashajtók, vízhajtók, fogyasztó gyógyszerek szedése, beöntés. Ezek alkalmazása miatt a bulimiás személyek általában normális testsúllyal rendelkeznek. Az AN és BN pszichológiai jellegzetességeiben is van hasonlóság: mindkét zavarra jellemző a testképzavar, a testtel való elégedetlenség, illetve az alak és/vagy a testsúly jelentőségének az eltúlzása. Személyiségjegyeket tekintve viszont lényeges különbség az, hogy míg az anorexiás személy túlkontrollált, addig a bulimiásnál az impulzuskontroll zavara gyakori, ami gyakorlatilag az élet minden területén megnyilvánulhat, nemcsak az evésben. Ahogyan az anorexiást, a bulimiás személyt is számtalan testi szövődmény fenyegeti. Mind a falásrohamnak, mind a testsúlycsökkentő manipulációknak, mind pedig a gyógy-

szer szedésnek megvannak a kockázatai. Szinte minden szerv károsodhat. Halálos kimenetelű lehet a nyelőcső- vagy gyomorrepedés, a hirtelen szívhalál és a hasnyálmirigy gyulladás (Túry és Szabó, 2000).

Falászavar

A falászavar (binge eating disorder) megegyezik a bulimiával abban, hogy a falásrohamok jelentik a legfontosabb tünetet, ezeket azonban nem követik az AN-nál és BN-nál már említett testsúlycsökkentő manőverek, így a falászavar gyakran elhízással jár együtt (Túry és Szabó, 2000; Túry, 2015).

A falászavar a leggyakoribb és a legdemokratikusabbnak tekinthető evészavar. A klasszikus evészavarokkal szemben egészen más népességi csoportot érint: mindkét nemnél körülbelül azonos gyakorisággal fordul elő, és többnyire a középkorú és idősebb felnőttek érintettek, de gyermek- és serdülőkorúaknál is jelentkezhet. A falászavar gyakorisága az általános népességben 1–3% (a nőknél 4, a férfiaknál 2%).

Purgáló zavar

A purgáló zavar (purging disorder) jellegzetessége, hogy az AN-ban és BN-ban is gyakran jelentkező, a testsúlygyarapodást megakadályozó viselkedések (például önhánytatás, hashajtók, beöntés vagy vízajtók alkalmazása) anélkül jelentkeznek ismételtén, hogy nagyobb mennyiségű táplálékot elfogyasztott volna az érintett személy, aki kórosan észleli a testsúlyát vagy alakját. A purgáló epizódok hetente legalább egyszer jelentkeznek egy minimum három hónapig tartó időszak alatt.

Orthorexia nervosa

Az orthorexia nervosát (ON) 1997-ben írta le egy abban érintett orvos, Steve Bratman. A szóösszetétel a görög ortho (helyes, egyenes) és orexis (étvágy) szavakból áll, és magyarul az egészségesétel-függőség nevet kapta. Az AN-val és BN-val szemben ON-ban nem az elfogyasztott táplálék mennyisége kóros, hanem az elfogyasztott táplálék minősége a megszállottság tárgya.

Az ON-val rendelkezők túlzott jelentőséget tulajdonítanak annak, hogy mit esznek. Szinte fóbiájuk van az általuk tisztátalannak, egészségtelennek, veszélyesnek, sőt, mérgezőnek minősített ételektől, ezeket kerülik, és kényszeresen ragaszkodnak az „egészséges” ételekhez. Igen sok időt és energiát fordítanak arra, hogy a táplálékokkal kapcsolatban információt szerezzenek, megtervezzék étkezéseiket, beszerezzék és elkészítsék maguknak az optimális táplálékot. Emiatt háttérbe szorul a tanulás, munka, sőt a társas kapcsolatok is leépülnek. Paradox módon az orthorexiás egyén hiedelmei teljesen tévesek és károsak lehetnek, így az egyén egészsége komoly veszélybe kerülhet. Testsúlycsökkenés, akár

alultápláltság, az izomtömeg csökkenése, vitamin- és tápanyaghiány, az ebből fakadó hiánybetegségek, emésztési zavar, vérnyomás-csökkenés, gyakori szédülés, rossz közérzet, ingerlékenység jelentkezhethet (Túry és Pászthy, 2008).

Gyermekkorai evészavarok

A csecsemő- és gyermekkorban jelentkező, jellegzetes evészavarok (pica, szelektív evés, elkerülő/restriktív táplálék felvételi zavar) is fontosak gyakoriságuk, kockázataik, következményeik miatt (Túry és Pászthy, 2008), azonban ezek ismertetése meghaladja a jelen áttekintés kereteit. Figyelemre méltó, hogy ezen zavarok mellett a korábban megtárgyalt zavarok (AN, BN, falászavar) is egyre korábban – akár már óvodáskorúaknál is – jelentkeznek.

Pszichiátriai komorbiditás evészavarokban

Az evészavarokhoz gyakran társulnak más pszichiátriai betegségek, pl. hangulat-zavarok (depresszió), szorongásos zavarok (pánikbetegség, szociális fóbia, generalizált szorongás), kényszerbetegség, addikciók és személyiségzavarok. Az AN és BN magas halálozásához az átlagosnál gyakoribb öngyilkossági kísérletek is hozzájárulnak (Túry és Szabó, 2000; Túry, 2015).

Etiológia

Az evészavarok összetett jelenségek, kialakulásukban, fennmaradásukban és gyógyulásukban számos biológiai, pszichológiai és szociokulturális tényező játszik szerepet (Szabó, 2015). Megértésükhöz *biopszichoszociális* megközelítés szükséges (Túry, 2015). Elkülönítünk prediszponáló (hajlamosító), precipitáló (kiváltó) és betegségfenntartó tényezőket. Ezek az egyén, a család és a kultúra szintjén hatnak.

Az evészavarokat kultúrafüggő, kultúrához kötött kórképeknek tekintik, mivel különböző kultúrákban, különböző etnikai és társadalmi csoportokban, továbbá nemek szerint igen nagy különbségek vannak a morbiditási adatokban. Néhány évtizede úgy gondolták, hogy a fehérbőrű nyugati nők problémái az evészavarok, ezt foglalták össze a “3 W” betűvel (Western, White, women). Ez a felfogás már nem tartható, hiszen egyre több vizsgálati eredmény jelzi, hogy az evészavarok jelen vannak színesbőrűek, kelet-európaiak és férfiak körében is, és – a korábbi feltevésekkel szemben – egyre gyakrabban fordulnak elő az idősebb korosztályokban, illetve kevésbé iskolázott, gazdasági szempontból hátrányosabb rétegekben (Túry és Szabó, 2000; Túry, 2015).

Fokozott kockázattal rendelkeznek azok, akik foglalkozásuk vagy tevékenységük révén jobban ki vannak téve a karcsúságideál hatásának, vagy akiknek különösen fontos a külső megjelenés vagy a testsúly (manökenek, modellek, táncosok, balett művészek, tornászlányok, esztétikai vagy súlycsoportos sportot űző személyek, szépségiparban dolgozók) (Lukács-Márton és Szabó, 2013). A cukorbetegség és a homoszexuális férfiak között is gyakrabban jelentkeznek evészavarok (Túry és Szabó, 2000; Túry, 2015).

Az evészavarok kialakulásában fontos szerepet játszik az, hogyan vélekedik az egyén a táplálkozással, testsúllyal és külső megjelenéssel kapcsolatban. Minderre nagy hatással van mindaz, ami a családban, az iskolában és a média részéről éri az egyént (Ludányi és Szabó, 2017; Szabó, 2015).

Az evészavarok kutatásának és ellátásának hazai helyzete

Az evészavarok kutatása hazánkban a DOTE Ideg- és Elmeklinikáján kezdődött epidemiológiai vizsgálatokkal. Az 1980-as évek második felében középiskolásokat, majd egyetemistákat vizsgáltunk, később pedig az általános populációban és speciális csoportokban is gyűjtöttünk adatokat (Szabó, 2015; Túry és Szabó, 2000). Az eredményekből számos szakdolgozatot írtak orvostanhallgatók és pszichológus-hallgatók. Országszerte 24 értekezést (2 kandidátúra és 22 PhD) írtak és védtek meg az evészavarok témaköréről (MTA, SE Mentális egészség-tudományok Doktori Iskola, DE Humán Tudományok Doktori Iskola, PTE Pszichológia Doktori Iskola), négyen külföldről (Németország, Románia, Törökország) jöttek ide, hogy eredményeikkel doktori fokozatot szerezzenek. Nemzetközi kooperációban is kutattunk. Doktori hallgatóink több mint 20 díjat nyertek előadásaikkal és poszttereikkal hazai és külföldi kongresszusokon.

2005-ben megalakult a Magyar Pszichiátriai Társaság Evészavar Szekciója. 2006-ban megszerveztük az I. Magyar Evészavar Kongresszust. A kétévente tartott kongresszusnak 2014-ben a Debreceni Egyetem (DE) adott otthont. Az evészavarokról szóló kurzusok népszerűek voltak a DE pszichológia alapszakos és táplálkozástudomány mesterszakos hallgatói körében. Sajnos ezeket a kurzusokat felszámolták az elmúlt 2 évben, továbbá a hasonló témájú doktori kurzus is szünetel pár éve.

A fekvőbetegeket ellátó első evészavar-részleg Miskolcon a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház I. Pszichiátriai Osztályán jött létre Túry Ferenc vezetésével. 15 év után megszűnt. Jelenleg az egész országban csak az Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézetnek van evészavar-részlege felnőttek számára. A DE Kenézy Gyula Egyetemi Kórház Pszichiátriai Osztályán létesült evészavar-szakrendelés évekkal ezelőtt megszűnt.

Az evészavarok terápiája, a megelőzés lehetőségei

Az evészavarok kezeléséről magyarul is rendelkezésre állnak a legfrissebb irányelvek és ajánlások (Túry, 2015). Mivel ezen zavarok háttérében biológiai, pszichológiai és szociokulturális tényezők sokasága áll, a terápiának is multidimenzionálisnak és multimodálisnak kell lennie. Optimális esetben a kezelés pszichiátert, belgyógyászt, klinikai szakpszichológust, dietetikust, mozgásterapeutát és szociális szakembert tartalmazó terápiás teamben valósul meg. Ilyen munkacsoport hazai viszonyok között csak nagyon kevés helyen áll rendelkezésre, és az evészavaros betegek túlnyomó része ellátatlan marad.

A gyakori szomatikus szövődmények és a pszichiátriai komorbiditás miatt ritkán nélkülözhető a *gyógyszeres kezelés*. Mivel az evészavarok kialakulásában a leglényegesebb a pszichológiai tényezők szerepe, a kezelés központjában is a *pszichoterápia* áll. A számos terápiás modalitás közül a kognitív viselkedésterápiát és a családterápiát emelhetjük ki. Fontosak ezek mellett a csoportterápiák, mozgásterápiák, művészetterápiák, a modern információtechnológiai módszerek, a telemedicina, a pszichoedukáció és az öngyógyítás (Túry, 2015).

Mivel nagy szakadék tátong az ellátásra szoruló betegek és a hazai ellátó kapacitás között, lényeges az *evészavarok megelőzése*. Ennek számos terepe van: az egészségügy rendszere mellett a közoktatási intézmények, a szociális ellátás rendszere és a média. A sikeres evészavar prevenciók programok az önértékelés, az énkép és a testkép fejlesztését, a saját testtel való elégedettség növelését, a karcúságideállal való azonosulás csökkentését és a médiaüzenetek internalizálásának mérséklését, a *médiatudatosság* kialakítását tűzik ki célul (Ludányi és Szabó, 2017; Túry, 2015).

Akadályok, nehézségek az evészavarok kezelésében

Különlegesen nehéz az evészavarok kezelése. A zavarok egyes tünetei okozzák az első nehézséget: pl. az AN-ban vagy az ON-ban hiányzik a betegségtudat és betegségbelátás, így a gyógyulás iránti motiváció is. A társas környezet, a család, a kortárs csoport, az iskola és a média (pl. a reklámok és a közösségi média) inkább elősegíti az evészavarok kialakulását, minthogy védőhálóként a megelőzést segítené.

Mindenkinek van felelőssége, feladata az evészavarok megelőzésében. Így mindenkinek – laikusoknak és szakembereknek – egyaránt szól az alábbi pszichoedukációs célzatú anyag.

Kilenc igazság az evészavarokról

1. Sok evészavaros személy egészségesnek látszik, mégis extrém módon beteg lehet.
2. A családok nem hibáztatandók, s a betegek és a segítők legjobb szövetségesei lehetnek a kezelésben.

3. Az evészavar diagnózisa egészségi krízist jelent, amely akadályozza a szokásos személyes és családi működést.
4. Az evészavarok nem önként választott zavarok, hanem biológiailag megalapozott súlyos betegségek.
5. Az evészavarok minden nemű, korú, etnikumú, testalkatú és testsúlyú, szexuális orientációjú, valamint szocioökonómiai státusú személyt érinthetnek.
6. Az evészavarok mind az öngyilkosság, mind az orvosi szövődmények fokozott kockázatával járnak.
7. A gének és a környezet fontos szerepet játszik az evészavarok kialakulásában.
8. A gének önmagukban nem jósolják meg, hogy kinek lesz evészavara.
9. Lehetséges az evészavarból való teljes felépülés. A korai felismerés és beavatkozás fontos.

Összefoglalás

A szerző áttekinti az evészavarok helyzetét abból az alkalomból, hogy éppen 40 éve írták le a bulimia nervosát, mint új betegséget, és 30 éve jelentek meg az első magyar nyelvű közlemények erről a betegségről. 1979-ig az akkor már több mint 100 éve ismert anorexia nervosa volt az egyetlen evészavar. Ma az anorexia nervosa és bulimia nervosa mellett már a falászavar (binge eating disorder) is benne van a pszichiátria nemzetközileg elfogadott betegségsztyalizási rendszerében, a DSM-5-ben. Az evészavarok közé tartozik az izomdiszorfia (inverz anorexia nervosa), az orthorexia nervosa, a testzsírfobia, a purgáló zavar is, ahogyan az elsősorban gyermekkorban jelentkező pica, szelektív evés, elkerülő/restriktív táplálékfelvételi zavar, valamint azok a zavarok, amelyeknek szinte alig van tudományos irodalmuk, de a laikus és bulvársajtóban már megjelentek (pregorexia, fatorexia, drunkorexia, exorexia, brideorexia). Az evészavarok jelentőségét az adja, hogy gyakoriak, általában fiatal korban kezdődnek, sokféle testi szövődmény kockázatával járnak, különböző pszichiátriai betegségek társulnak hozzájuk, és időnként tartósan fennállnak. A pszichiátriai betegségek közül az anorexia nervosa mortalitása a legnagyobb. Az evészavarok kialakulását, fennmaradását és gyógyulását számos biológiai, pszichológiai és szociokulturális tényező befolyásolja. A komplex etiológia miatt a kezelés teammunkában a leghatékonyabb. Azonban nagy szakadék tátong a betegek nagy száma és az ellátó kapacitás között. Így a legcélszerűbb ezen zavarok megelőzése az egészségügyi dolgozók mellett a pedagógusok, a szociális terület, a sport és a média szakembereinek bevonásával. Ebben nagy szerepe van a pszichoedukációnak, a telemedicinális módszereknek és a közösségi médiának is.

Irodalomjegyzék

- Ludányi Balázs, Szabó Pál (2017): Evészavarok és az iskola: kockázati tényező vagy a megelőzés terepe? *Magyar Pedagógia* 117. 73–93.
- Lukács-Márton Réka, Szabó Pál (2013): Egészségi állapot, testkép- és evészavarok a szépségiparban dolgozók körében. *Orvosi Hetilap*, 154. 665–670.
- Russell, G. F. M. (1979): Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9. 429–448.
- Szabó Pál (2007): Az evészavarok: anorexia nervosa és bulimia nervosa. *Debreceni Disputa*, 7. 82–87.
- Szabó Pál (2015): Evészavarok és életminőség: kockázati tényezők és protektív faktorok, szociodemográfiai és pszichológiai korrelátumok. In: Kondé Zoltán (szerk.): *Tanulmányok az Általános Pszichológiai Tanszék fennállásának 30. évfordulójára*. Debreceni Egyetemi Kiadó, Debrecen, 34–60. old.
- Túry Ferenc (2015): Evészavarok. In: Füredi János és Németh Attila (szerk.): *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 326–333.
- Túry Ferenc, Gáti Ágnes, Mezei Ágnes, Szabó Pál (2012): A táplálékfelvétel és zavarai – genetikai és biológiai mechanizmusok. In: *Gének, gondolkodás, személyiség. Bevezetés a humán viselkedésgenetikába* (szerk.: Bereczkei Tamás). Akadémiai Kiadó, Budapest, 305–325. old.
- Túry Ferenc, Pászthy Bea (2008, szerk.): *Evészavarok és testképzavarok*. Pro Die, Budapest.
- Túry Ferenc, Szabó Pál (2000): *A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Wansink, B. (2014): *Evés és nélkül: miért eszünk többet, mint hisszük?* HVG Kiadó, Budapest