

AZ EVÉS- ÉS TESTKÉPZAVAROK ÚJABB TÍPUSAI A MODERN CIVILIZÁCIÓS ÁRTALMAK KÖZÖTT

Túry Ferenc

PhD, tury@t-online.hu

Dukay-Szabó Szilvia

PhD-hallgató

Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet

Babusa Bernadett

PhD-hallgató

Varga Márta

PhD-hallgató

Bevezetés

A 20–21. század fogyasztói társadalma kedvez az amúgy is gyors patomorfózisú evészavarok újabb és újabb formái megjelenésének, terjedésének. Az evészavarok a modern pszichoszomatikus megbetegedések paradigmatisztikus értékű példái, amelyek a civilizációs ártalmak növekvő súlyával párhuzamosan a pszichiátria egyik központi problémakörét jelentik. A két klasszikus forma, az anorexia nervosa (AN) és a bulimia nervosa (BN) mellett egyre újabb kórképek tűnnek fel, most ezek rövid áttekintésére vállalkozunk.

Az evészavarok folyamatos spektrumba rendezhetők, ezt a kontinuumhipotézis fejezi ki (Túry – Szabó, 2000). Ez a spektrum bővülőben van, s amint azt Forgács Attila és munkatársai (2008) szellemes írása szemlélteti, többé-kevésbé megjósolhatók a következő évtizedekben felbukkanó zavarok is.

Az evészavarok előtérbe kerülését több okra vezethetjük vissza:

- 1.) Nagy a gyakoriságuk. Az elhízás prevalenciája hazánkban a felnőtt népesség reprezentatív adatai alapján 20% körüli. A klinikai súlyosságú evészavarok prevalenciája 2–3% (Szumska et al., 2008).
- 2.) Növekszik a morbiditás (ez főleg az enyhébb zavarokra vonatkozik). A BN a kezdeti növekedés után csökkenő gyakoriságú, de helyét más zavarok veszik át.
- 3.) Gyors a patomorfózis, mind újabb zavarokat írnak le.

E kórképek súlyosak, az AN mortalitása a pszichiátriai zavarok között a legmagasabban között tartható számon: a betegségkezdet után egy évtizeddel 8% körüli.

Lényeges a zavarok hátterében a mintakövetés, a karcsúságideál modellszerepe. A társadalmi-kulturális háttér jelentős szerepe miatt nagy közérdeklődés övezi ezeket a zavarokat. Ma már gyakorlatilag naponta olvashatunk híradásokat evészavarokról vagy abban szenvedő ismert személyekről.

Az evészavarok nagyon jól kifejeznek társadalmi jelenségeket is, a civilizáció vadhajtá-

saiként is értékelhetők. A fogyasztás kultúrájának torzulásait láthatjuk bennük.

Az újabb evészavartípusok

Multiimpulzív anorexia és bulimia • Az elmúlt két évtizedben megsaporodtak a BN-t kísérő impulzuskontroll-zavarok. Emiatt a BN egyik altípusát is leírták, ez a multiimpulzív BN. Ezután a multiimpulzív AN is egyre gyakoribb lett. Az impulzuskontroll zavarai az érzelmileg labilis (borderline) személyiségzavar talaján lépnek fel, s a következő tüneteket jelentik: alkoholizálás, drogozás, önsébezés, öngyilkossági kísérletek, kleptománia, promiszkuitás (Túry – Szabó, 2000). Rossz prognózisú altípusról van szó, amelynek kialakulásában a traumatikus kórelőzmény gyakran fontos szerepet játszik (1. táblázat).

Falászavar (binge eating disorder) • Az elhízásban szenvedők között is gyakran előfordulnak a falásrohamok, de általában nem járnak kompenzáló viselkedésmóddal, mint a BN-ben – azaz a betegek túleszik magukat, de nincs önhánytatás, hashajtózás. Az elhízottaknak ezt a csoportját elkülönítették, s így született meg a falászavar fogalma (Spi-

tzer et al., 1992). E betegség tehát az elhízás és a BN között foglal helyet. A pszichiátriai noszológiai rendszerekben (így a DSM-IV-ben) még a tovább vizsgálendő kategóriák között szerepel, de a DSM-V már várhatóan tartalmazni fogja. A falászavar diagnosztikus kritériumait a DSM-IV (APA, 2000) szerint a 2. táblázat mutatja be.

Úgy tűnik, ez a zavar egyre nagyobb teret kap az evészavarok között mind a klinikai teendőket, mind pedig a kutatásokat illetően. Az adatok szerint a kezelést kereső elhízottak 30%-a falászavarban szenved, ami alátámasztja a kórkép jelentőségét.

Purgáló zavar • A BN alaptüneteiben disszociáció következett be, azaz a falásrohamok és a kompenzáló viselkedések nem mindig függenek egymástól. A falászavar annyiban hasonlít a BN-re, hogy falásrohamok észlelhetők, de kompenzáló viselkedés nincs. A purgáló zavarra pedig az jellemző, hogy nincs falásroham – öntisztító, purgáló viselkedés viszont igen (Keel et al., 2005). A betegek nem esznek látványosan sokat, inkább többször eszegetnek, de az önhánytatás vagy a hashajtózás ettől függetlenül rendsze-

1. A bulimia a következők közül egy vagy több jelenséggel társul:

- nagymértékű alkoholabúzus
- „utcai” drogok abúzus
- többszöri drogtúladagolás
- ismételt önkárosítás
- szexuális gátlástalanság
- bolti lopás

2. Mindegyik fenti viselkedésforma kontrollvesztéssel társul.

3. Mindezek a viselkedésmóddal fluktuálhatnak, továbbá felcserélődhetnek és impulzívok.

4. A beteg érzelmi: depresszió és intenzív düh, amelyek akkor is megnyilvánulnak, amikor a viselkedések kontrolláltak.

1. táblázat • A multiimpulzív bulimia diagnosztikus kritériumai (Lacey – Evans, 1986)

- a.) Visszatérő falásrohamok, amelyeket a következők jellemeznek:
- meghatározott idő (például két óra) alatt olyan mennyiségű étel elfogyasztása, ami meghaladja azt, amit az emberek többsége hasonló idő alatt és körülmények között elfogyaszt;
 - a falásrohamok alatt kontrollvesztés-érzés.
- b.) A falásrohamokat az alábbiak közül legalább három jellemzi:
- szokásosnál sokkal gyorsabb evés;
 - evés kellemetlen telítettségérzésig;
 - nagymennyiségű étel elfogyasztása éhségérzés nélkül;
 - magányos evés a nagy mennyiségű étel elfogyasztása kapcsán érzett szégyen miatt;
 - a túlevések után megjelenő bűntudat;
 - undor, lehangoltság.
- c.) Jelentős distressz a falásrohamokra vonatkozólag.
- d.) A falásrohamok átlagosan legalább hetente két napig jelennek meg hat hónapon keresztül.
- e.) A falásroham nem társul rendszeres kompenzáló viselkedéssel.

2. táblázat • A falászavar (binge eating disorder) diagnosztikus kritériumai

resen előfordul. Lehetséges, hogy a purgáló zavar helyettesíti a BN egy részét, azaz felelős lehet a BN prevalencia-csökkenésének bizonyos hányadért.

Orthorexia nervosa • Az ételhez, étkezéshez kapcsolódó kényszeres jellegzetességek gyakoribbá válásával jelent meg az orthorexia is az evészavarok palettáján. Az 1997-ben Steve Bratman által egészségesételfüggőségként leírt kórkép az evészavarok egyik legújabb

típusának tekinthető.

Az orthorexia esetében az evészavar főku- szában nem az étel mennyisége, hanem a minősége áll. Az egészségesnek vélt ételekkel kapcsolatban patológiás mértéket is elérő kényszer gondolatok és kényszeres viselkedés- formák jelennek meg, ennek következtében szigorú diétás megszorítások alakulnak ki. A különös evési szokások, az ételszelekció és az ahhoz kapcsolódó hiedelmek jellemzőek, s

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

3. táblázat • Az orthorexia nervosa kritériumai Bratman és Knight (2000) szerint

ezeket sokszor vallási, politikai, etnikai vagy akár higiéniai magyarázatok fedik el.

Steve Bratman és David Knight (2000) szerint az orthorexia diagnosztikai kritériu- mai a következők (3. táblázat):

Az orthorexia jelensége nem merül ki az egészségesnek vélt ételekhez, illetve életmód- hoz kapcsolódó függőségben, különböző megörögzött evési szokások, ételszelekció, étel- készítési rituálék és szigorú szabályok átfogó rendszere alakulhat ki. Sokan kerülnek a mes- terséges színű, ízesítésű, tartósítószerrel tartal- mazó ételeket. A megfertőződéstől való féle- lem, a genetikailag módosított összetevőkhöz, egészségtelen zsírokhoz, túl sok só vagy cukor fogyasztásához vagy más összetevőkhöz kap- csolódó kényszeres hiedelmek nagymérték- ben befolyásolják a táplálkozást. Az ételek elkészítési módjára, a konyhafelszerelésre és más ételhez, evéshez kapcsolódó eszközökre is nagyobb figyelem fordítódik, illetve meg- határozó rítusok és rituálék alakulnak ki ezekhez kapcsolódóan (Varga et al., 2010).

A zavar kiváltó okaként sok esetben vala- milyen szomatikus betegséget fedezhetünk fel, amelynek kompenzálásaképpen kezd a személy diétába, életmód-változtatásba. A zavar hátterében fellelhető még súlyos önér- tékelési zavar, bűntudat, a női/férfi identitás válsága, a kontrollvesztés érzése vagy annak elvesztésétől való félelem is. A kezdetben ár- tatlanul és ártalmatlanul induló egészséges táplálkozási szokások később kényszeressé, patológiássá válhatnak, a társas elszigetelődés mellett egészségügyi problémákat is okozva.

Az orthorexia még nem önálló, független diagnosztikus kategória. Megoszlanak a vé- lemények, hogy önálló zavarként vagy más zavarhoz kapcsolódó tünetegyüttesként köze- lítsünk az orthorexiás jelenségekhez. Nem egészen tisztázott az sem, hogy az orthorexia

az evészavar- vagy a kényszerspektrum részé- nek tekinthető-e.

Az eddigi vizsgálatok alapján az orthorexia fokozott kockázatú csoportjának tekinthetők az egészségügyi dolgozók, illetve a sportolók. Valószínű az is, hogy a testideál – mint a soványságideál és az izomosságideál – kockáza- ti tényezőnek tekinthetők a kényszeres diéta szempontjából, s így szerepet játszhatnak az orthorexia kialakulásában, fokozva a külső megjelenéssel kapcsolatos elégedetlenséget, a testtel kapcsolatos szorongást. Magasabb szocioökonomiai státusúak körében is gya- koribb lehet az orthorexia, hiszen az „egész- séges” ételek beszerzése jelentős anyagi meg- terhelést jelenthet. E tekintetben felhívhatjuk a figyelmet az egészségüzletre, a bioételek sokszor túlhajtott divatjának a veszélyére is.

Modern testképzavarok

Testdiszmorfiás zavar • A testképzavarok klasszi- kus megnyilvánulása a testdiszmorfiás zavar, korábbi nevén diszmorfofóbia. Ez a kórkép manapság egyre nagyobb szerepet kap, s rész- ben felelős a plasztikai sebészeti eljárások hal- talmas felszaporodásáért (Szabó, 2008). A kórkép lényege az, hogy a betegek elégedet- lenek egyik-másik testrészükkel, torznak vélik azt, s mindent megtesznek azért, hogy elrejtsek vagy megváltoztassák. Ez jelentős szenvedéssel és életminőség-csökkenéssel jár. Sokszor öngyilkossági kísérletek vagy kísér- letes is jelentkeznek. A testdiszmorfiás zavar prevalenciája az általános népességben 1–2%. Kritériumait a DSM-IV alapján a 4. táblázat mutatja be.

Izomdiszmorfia • Az evés- és testképzava- rok jellegzetesen női betegségeknek számíta- nak, azonban az utóbbi másfél évtizedben egyre több tanulmány számolt be a férfiak evés- és testképzavarairól. 1993-ban írtak le

- a.) A küllem valamely képzelt defektusával való foglalkozás. Ha valamilyen enyhe fizikális anomália jelen is van, a személy aggodalma észrevehetően túlzott.
- b.) A defektussal való állandó foglalkozás klinikailag jelentős szenvedést vagy a szociális, munkahelyi vagy 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 elégedetlenséggel anorexia nervosa esetében).

4. táblázat • A testdiszmorfiás zavar diagnosztikai kritériumai a DSM-IV szerint (APA, 2000)

egy, a férfiak körében jelentkező speciális testképzavart, az izomdiszmorfiát (Pope et al., 1993). Ez a kórkép a férfiak modern testképzavara, korábbi nevén inverz anorexia, mely az AN-hez képest fordított testképzavart jelent. A testépítő, igen izmos betegek kicsinek és soványnak érzik magukat, kényszeresen edzenek az izmosabb test reményében, szociális kapcsolataikat, munkájukat vagy akár egészségüket is feláldozzák, s anabolikus szteroidokkal is élnek. A kórkép a hazai szakirodalomban is megjelent (Túry–Szabó, 2000).

1. A személy túlzottan sokat foglalkozik azzal a gondolattal, hogy a teste nem eléggé szikár és izmos. A jellemző társult viselkedések magukba foglalják az órákig folytatott súlyemelést és az étrendre fordított túlzott figyelmet.
2. Az aggodalmaskodás klinikailag jelentős distresszt vagy rosszabbodást okoz társas, foglalkozásbeli vagy más fontos téren, amelyet a következő négy kritérium közül legalább kettő jelez:
 - a.) Az egyén gyakran felad fontos társas, foglalkozásbeli, 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, vagy ilyen helyzeteket csak jelentős distresszel vagy szorongással vállal.
 - c.) A testméret vagy az izomzat elégtelensége miatti aggodalmaskodás klinikailag jelentős distresszt vagy rosszabbodást okoz társas, foglalkozásbeli vagy más fontos téren.
 - d.) Az egyén annak ellenére folytatja az edzést, speciális étkezést, vagy ergogén (teljesítménynövelő) szereket 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 a kövérségtől való félelemtől, mint az anorexia nervosában észlelhető, vagy a külső megjelenés más szempontjai miatt fennálló elsődleges aggodástól, mint a testdiszmorfiás zavar más formáiban.

5. táblázat • Az izomdiszmorfia tervezett diagnosztikus kritériumai (Pope et al., 1997)

Az izomdiszmorfia számos pszichiátriai zavarral társulhat: evészavarokkal, hangulat- és szorongásos zavarokkal, öngyilkossággal, testedzésfüggőséggel. Kialakulásában, ahogyan azt az AN-nél is láttuk, a társadalmi és kulturális hatások lényegesek. Az utóbbi évtizedekben nagy átalakuláson mentek keresztül a női nemi szerepek és ideálok, melyek – mivel komplementer módon egészítik ki a férfi nemi szerepeket és ideálokat – szükségzerűen idézték elő azok változását. Így az utóbbi évtizedekben az izmos test vált a férfiaság egyik lényeges kifejezőjévé. A férfideálok (Schwarzenegger- vagy atlétaideál) kulturális nyomása tovább segíti ezt a folyamatot, amelyben a vizuális médiumoknak igen nagy szerepük van.

Az izomdiszmorfia diagnosztikus kritériumait is kidolgozták (Pope et al., 1997). Ezeket a 5. táblázatban közöljük.

A kórképről epidemiológiai felmérések alig készültek. Mivel eléggé speciális populációban, testépítők között figyelhető meg, kis elemszámú megfigyelésekre lehet számítani. Az első leírásból az derült ki, hogy a vizsgált 108 testépítő férfi fele anabolikus szteroidokat használt, három férfinak korábban AN-je volt. A 108 vizsgált személy közül kilenc (8,3%) szenvedett izomdiszmorfiában. Közülük ötnek mániás vagy hipomániás tünetei is voltak. Lényeges az egyéb pszichiátriai zavarokkal való gyakori társulás: a szteroidszedők 23%-ának kifejezett affektív szindrómája volt, pszichotikus tünetek 3%-ban, szorongásos zavarok 4%-ban fordultak elő közöttük.

Úgy tűnik tehát, hogy új diagnosztikai egységről van szó, amelynek további vizsgálata szükséges még, különös tekintettel a terápia módszereire. A szűrővizsgálatok fontosak, mert ez a zavar jellegzetesen rejtett, a betegek egy szubkultúra tagjai, az edzőtermek meg-

szállottjai. A kórkép kockázata növekszik, amit a testedzés-kultusz, a fitnessz divatja erősít.

Testépítő típusú evészavar • Amanda J. Gruber és Harrison G. Pope Jr. (2000) a nők anabolikus szteroid-szedésének következményeivel foglalkozó közleményükben írták le a testzsírfóbiaként jellemezhető „testépítő típusú evészavart” (6. táblázat). Ez főleg nők között jelenik meg, s igen merev étkezési szabályok követésével jár. A személyek csak magas fehérje-, magas energia- és alacsony zsírtartalmú ételeket fogyasztanak, szigorúan rögzített étkezési menetrend alapján, általában háromóránként. A gondosan válogatott élelmiszerekből saját maguk készítik el enni-valójukat kényszeres pontossággal, grammra kimért nyersanyagokkal. Szociálisan izolálódnak, mert a szigorú étkezési rend meghatározza napjaikat. Ha a megtervezett étkezési rutint félbeszakítják, a kényszerbetegekhez hasonlóan intenzív szorongást élnek át. A diéta célja a test zsírszintjének minél alacsonyabb szinten tartása, s feltehetően ez az oka a testzsírfóbiás nők amenorrhoeájának. Amint látjuk, a zavar célpontja a testzsírszint, amely a kényszeresség tárgyává válik. Ebben az esetben nem az izomzat mérete vagy a sporteredmények a lényegesek a személy számára, hanem a testzsírszint csökkenése (Túry – Gyányi, 2007).

A nem hagyományos női nemi szerep • Nem evészavar, nem is a primer testképzavar jellemzi azt a szokatlan állapotot, amelyet olyan testépítő nők megfigyelésével írtak le, akikre markáns férfias vonások jellemzőek, de a nemükkel elégedettek (Gruber – Pope, 2000). Ez a „nem hagyományos női nemi szerep” elnevezésű zavar, melynek lényege, hogy a személyek nemi szerepeikben a tradicionálstól eltérnek. Ezek a nők férfiasan öltözködnek, preferálják a férfiakra jellemző tevékenységeket, hobbikat, férfias munkakört töltenek be.

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 izomtömegből, 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 menetrend szerint folytat, például háromóránként.
 - b.) Minden étel magas kalória-, magas fehérje- és alacsony zsírtartalmú élelmiszerből vagy táplálékkiegészítőből 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.

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

Emellett azonban jól érzik magukat nőként, distressz nem tapasztalható. Érthető, hogy olyan nők körében, akik a férfiakra jellemző testépítést választják sportként, ez a zavar – amit egyfajta szokatlan beállítódásnak tartunk – gyakrabban jelenik meg (7. táblázat).

1. A férfias jellemvonások és tevékenységek túlzott előnyben részesítése. Felnőtt nőknél az alábbi jellemzők közül három (vagy több) jelenik meg:
 - a.) ragaszkodás a kifejezetten férfias öltözkéhez,
 - b.) jelentős, állandó ragaszkodás a tipikusan férfiak által végzett munkákhoz,
 - c.) a tipikusan férfias játékokban és időtöltésekben való részvétel,
 - d.) a férfi barátok túlzott preferálása.
2. Az egyén kellemesen érzi magát nőként és nem vágyik kifejezettebben arra, hogy férfi legyen.
3. A jellegzetességek nem azonosak a hermafroditizmussal.
4. A jellegzetességeknek kifejezett hatásuk van az életmódra, azonban minimális distresszt vagy rosszabbodást okoznak a társas élet vagy a hivatás más fontos területén.

7. táblázat • A „nem hagyományos női nemi szerep” tervezett diagnosztikus kritériumai (Gruber – Pope, 2000)

Testedzésfüggőség • Az addiktív zavarok sorában leírták a testedzésfüggőséget is (futás-addikció néven is ismert). Ez is a test kontrollálását állítja a középpontba, de nem az evés vagy a testkép szempontjából. A testedzésfüggőség primer és szekunder formáját különböztetik el (az utóbbi más zavarok, például evészavarok következménye). A primer formában a fizikai aktivitás öncélú (Demetrovics – Kurimay, 2008).

Heather A. Hausenblas és Danielle Symons Downs (2002) szerint a testedzésfüggőség klinikai tünetekhez vezethet, és a következők közül legalább három tünet jelenik meg:

- *hozzászokás* – a kívánt hatás csupán egyre emelkedő edzés mennyiséggel érhető el;
- *megvonásos tünetek* (például szorongás vagy fáradtság);
- *szándékosság* – az edzés gyakran több vagy tovább tart az eredetileg szándékoltnál;
- *kontrollvesztés* – folyamatos vágy, de sikertelen törekvések az edzés kontrollálására;
- *nagy időráfordítás* – más tevékenységeknek (például a nyaralásnak) az edzéshez igazítása;
- *konfliktus* – jelentős szociális események, foglalkozási vagy szórakozási lehetőségek lemondása, korlátozása az edzés miatt;
- *folytonosság* – az edzés folytatása fizikai vagy pszichés rendellenességek esetén is.

Apotemnofília • Az apotemnofília bizarr testképzavar, pontosabban testi identitászavar: a testintegritás identitásának zavara, angol nevén *body integrity identity disorder* (First, 2007). Ma még alig ismerjük, de egyre többet foglalkoznak vele, bioetikai kérdéseket is felvet. Az apotemnofília lényege: a személyek úgy érzik, hogy egyik (egyébként egészséges) végtagjuk nem tartozik a testükhöz, és megakarnak szabadulni tőle, amputáltatni akarják

(„amputation love”). Sok esetben zugebesszel operáltatják meg magukat. A kórkép eredete nem világos, nem pszichózisról van szó, mert a realitáskontroll egyéb vonatkozásban érintetlen. Érdelemes terápia sincs még.

A plasztikai sebészet pszichés vonatkozásai • A külső megjelenés esztétikai céllal történő megváltoztatására szolgálnak a plasztikai, kozmetikai vagy esztétikai sebészeti beavatkozások (összefoglaló: Sarwer et al., 2004; Szabó, 2008). Ma, amikor a test különböző módszerekkel átalakíthatóvá vált, a plasztikai sebészet komoly esztétikai iparággá nőtte ki magát. Fél évszázada a test alakíthatósága majdnem tabu volt, a modern időkben viszont a testfelület is esztétikai szintér lett, gondoljunk a tetoválásokra és a piercingre. A plasztikai sebészet térhódítására egy adat: az Egyesült Államokban 2005-ben tízmillió ilyen beavatkozást végeztek, s 1997–2001 között az összes kezelés száma megnégyszereződött. Ezen belül a botox-kezelések száma 23-szorosára növekedett, az elhízás miatti műtétek megduplázódtak. Nemcsak sebészek foglalkoznak ilyen beavatkozásokkal, hanem például bőrgyógyászok, fül-orr-gégészek is.

A plasztikai sebészeti műtétet kérő kliensek között gyakran fordul elő testdiszmorfiás zavar (7–16%). Ez esetben javulás nem várható, ezért a plasztikai sebészeti eljárások ellenjavalltak testdiszmorfiás zavarban. Ez a sebészek ilyen irányú képzésének, illetve pszichológiai vizsgálatok végzésének szükségességére hívja fel a figyelmet. Az egyéb testképzavarokban – például anorexiában – tervezett műtétek szintén gondos mérlegelést kívánnak.

Adonisz-komplexus • A test külsejével való foglalkozás sokáig a nők privilégiumának számított. Az utóbbi néhány évtizedben azonban a férfiak is felzárkóztak, egyre több esztétikai megfontolás kíséri a férfiak törődését

saját testükkel. Ennek nyomán írták le az Adonisz-komplexus jelenségét. Ez a férfitesttel kapcsolatos szorongások, aggodalmak összefoglaló neve: az izmos, sportos test elérésének vágyát, a túlsúly elleni küzdelmet, a fitness és a szépségipar egyre növekvő alkalmazását jelenti (Pope et al., 2000). Ezt támasztja alá a férfiak körében a plasztikai sebészeti beavatkozások, különösen a hajátültetés ugrásszerű megszorodása, vagy a testépítés és a fitness iparrá válása. A sporttevékenység fokozódása mögött nem a sporteredmények hajszolása a cél, hanem a test átalakítása. A testideál elérését célzó tevékenységeket nem az egészségesség értékei, hanem kulturális értékek motiválják: kontroll, önuralom, kompetencia, szexuális vonzerő. Igen fontos szerepük van a testideálokat terjesztő médiumoknak. A férfiak körében még az atlétaideál dominál, bár a karcsúság követelménye is terjedni kezd.

Konklúziók

A modern evés- és testképzavarok a fogyasztói társadalom kultúráján alapulva egyre fontosabbá válnak a mai pszichiátriában. A pszichoszomatikus zavarokra általánosan érvényes

biopszichoszociális modell e téren valóban lényeges: a biológiai okok és következmények mellett a pszichológiai eltérések, valamint a szociokulturális miliő is meghatározó tényező lehet. Ahogy a kultúra és a társadalmi ideálok változnak, megváltozik az emberi test értéke is. Ennek nyomán a nemi szerepek is változnak: a két nem sok tekintetben közeledik egymáshoz. Vannak szakemberek, akik szerint az evészavarok női túlsúlya megszűnik egy fél évszázadon belül, mert a férfiakra ugyanolyan karcsú testideál lesz jellemző, mint a nők esetében.

A fent leírt újkeletű zavarok még nem kaptak önálló helyet a pszichiátriai nosológiai rendszerekben. Várható azonban, hogy néhány éven belül a többi pszichiátriai zavarral egyenértékűek lesznek. Ez jelentős kihívást intéz a pszichiátriai ellátó rendszer felé, egyben multidiszciplináris teendők szükségességét is körvonalazza: az oktatás, a tömegtájékoztatás, a prevenció szerepére utal.

Kulcsszavak: *evészavarok, testképzavarok, falás-zavar, izomdiszmorfia, orthorexia, testépítő típusú evészavar, apotemnofília, Adonisz-komplexus*

IRODALOM

- APA – American Psychiatric Association (2000): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition, Text Revision. American Psychiatric Association, Washington, D. C.
- Bratman, Steve (1997): Orthorexia Nervosa. *Yoga Journal*. October. <http://www.orthorexia.com/index.php?page=essay>
- Bratman, Steve – Knight, David (2000): *Health Food Junkies: Overcoming the Obsession with Healthful Eating*. Broadway Books, New York
- Demetrovics Zsolt – Kurimay Tamás (2008): Testedzés-függőség: a sportolás mint addikció. *Psychiatria Hungarica*. 23, 129–141.
- First, Michael B. (2007): Desire for Amputation of a Limb: Paraphilia, Psychosis, Or a New Type of

- Identity Disorder. *Psychological Medicine*. 35, 919–928.
- Forgács Attila – Forgács D. – Németh M. (2008): Potenciális evészavar generátor – avagy hogyan fedezzünk fel újabb evészavarokat? In: Túry Ferenc – Pászthy Bea (szerk.): *Evészavarok és testképzavarok*. Pro Die, Budapest, 121–134.
- Gruber, Amanda J. – Pope, Harrison G. Jr. (2000): Psychiatric and Medical Effects of Anabolic-Androgenic Steroid Use in Women. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 69, 19–26.
- Hausenblas, Heather A. – Symons Downs, Danielle (2002): Exercise Dependence: A Systematic Review. *Psychology of Sport and Exercise*. 3, 89–123.
- Keel, Pamela K. – Haedt, A. – Edler, C. (2005): Purging Disorder: An Ominous Variant of Bulimia Nervosa?

- International Journal of Eating Disorders*. 38, 191–199.
- Lacey, J. Hubert – Evans, Chris (1986): The Impulsivist: A Multi-impulsive Personality Disorder. *British Journal of Addiction*. 81, 641–649. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.1986.tb00382.x/pdf>
- Pope, Harrison G. Jr. – Gruber, A. J. – Choi, P. et al. (1997): Muscle Dysmorphia: An Underrecognized form of Body Dysmorphic Disorder. *Psychosomatics*. 38, 548–557.
- Pope, Harrison G. Jr. – Katz, D. L. – Hudson, J. I. (1993): Anorexia Nervosa and „Reverse Anorexia” among 108 Male Bodybuilders. *Comprehensive Psychiatry*. 34, 406–409.
- Pope, Harrison G. Jr. – Phillips, K. A. – Olivardia, R. (2000): *The Adonis Complex. The Secret Crisis of Male Body Obsession*. The Free Press, New York
- Sarwer, David B. – Magee, L. – Crerand, C. E. (2004): Cosmetic Surgery and Cosmetic Medical Treatments. In: Thomson, J. Kevin (ed.): *Handbook of Eating Disorders and Obesity*. Wiley, New York, 718–737.
- Spitzer, Robert L. – Devlin, M. – Walsh, B. T. et al.

- (1992): Binge Eating Disorder: A Multisite Field Trial of the Diagnostic Criteria. *International Journal of Eating Disorders*. 11, 191–203.
- Szabó Pál (2008): A testképzavarok néhány speciális vonatkozása: a testdiszmorfiás zavar, a plasztikai sebészet és az apotemnofília. In: Túry Ferenc – Pászthy Bea (szerk.): *Evészavarok és testképzavarok*. Pro Die, Budapest, 93–107.
- Szumska Irena – Túry F. – Szabó P. (2008): Az evészavarok epidemiológiájának újabb adatai. In: Túry Ferenc – Pászthy Bea (szerk.): *Evészavarok és testképzavarok*. Pro Die, Budapest, 109–120.
- Túry Ferenc – Gyányi Andrea (2007): „Testzsírfóbia”, a modern evészavarok egyike: a testépítő típusú evészavar. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*. 8, 203–10.
- Túry Ferenc – Szabó Pál (2000): *A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa*. Medicina, Budapest
- Varga Márta – Dudás K. – Túry F. (2010): Az orthorexia nervosa – egészségesételfüggőség. In: Demetrovics Zsolt (szerk.): *Az addiktológiai alapjai*. IV kötet. ELTE Eötvös, Budapest

