

NYÍREGYHÁZI FŐISKOLA PEDAGÓGUSKÉPZŐ KAR



A táplálkozási magatartás zavarai

Témavezető:
Dr. Pauwlik Zsuzsa
Főiskolai adjunktus

Készítette:
Anda Zsanett
Szociálpedagógia szak

Nyíregyháza
2010

Tartalomjegyzék

Bevezetés.....	4
I. Irodalmi anyag feldolgozása	6
1. 1. Az evészavarok története	6
1. 1. 1. Anorexia nervosa története.....	6
1. 1. 2. Bulimia nervosa története	7
1. 2. Az evészavarok kialakulásának magyarázatai.....	8
1. 2. 1. Hajlamosító tényezők	8
1. 2. 2. Kiváltó tényezők	9
1. 2. 3. Betegség fenntartó tényezők	9
1. 2. 4. Társadalmi kulturális tényezők.....	9
1. 3. Az evészavarok betegségmodelljei	11
1. 3. 1. Az evészavarok és a depresszió rokonsága.....	11
1. 3. 2. Az evészavarok és a szenvedélybetegségek kapcsolata	12
1. 3. 3. Az evészavarok kapcsolata a kényszerbetegséggel	12
1. 4. Az evészavarok gyakorisága.....	13
1. 5. Anorexia nervosa jellemzői, jellegzetességei.....	13
1. 6. Bulimia nervosa jellemzői, jellegzetességei	18
1. 7. Az anorexia és a bulimia közötti különbségek.....	19
1. 8. Az evészavarok szövődményei.....	20
1. 8. 1. Anorexia nervosa szövődményei	21
1. 8. 2. Bulimia nervosa szövődményei	22
1. 9. Az evészavarok kezelése.....	23
1. 9. 1. Gyógyszeres kezelés	23
1. 9. 2. Pszichoterápia	24
1. 9. 3. Az evészavarok megelőzése.....	27
II. Vizsgálat	28
2. 1. Vizsgálat körülményei.....	28
2. 1. 1. Vizsgálat célja	28
2. 1. 2. Vizsgálati hipotézis	28
2. 1. 3. Vizsgálat módszere	28
2. 1. 4. Vizsgálatban résztvevők bemutatása	29
2. 1. 5. Vizsgálati eredmények	31

III. Összegzés.....	38
Irodalomjegyzék	40
Melléklet	41

Bevezetés

Egyre gyorsabban fejlődő világban élünk, ahol mindenki rohan és kapkod. Alapvető jellemvonásunkká vált, hogy emberi kapcsolataink merevvé válnak, a szülő és a gyerek kapcsolata ellaposodik. Figyelmetlenek leszünk önmagunkkal és embertársainkkal is. Rendszertelenül táplálkozunk és hanyagoljuk a testmozgást is. Mégis korunk egyik leggyakoribb problémája a táplálkozás és a testsúly kérdése. Mindenki szeretne fogyni egy kicsit. A táplálékfelvétel zavarai az utóbbi időben kerültek az érdeklődés középpontjába. Egyre többen szenvednek evési zavarral, aminek kialakulását számos tényező befolyásolhatja. Evészavarok már az ókorban is voltak, mégsem tulajdonítottak neki nagyobb jelentőséget. A 80-as évektől már az orvostudomány is egyre komolyabban kezdett ezzel a problémával foglalkozni, napjainkra pedig felbukkanásuk modern jelenség. A leggyakoribb zavar az elhízás, a kövérség. De klasszikus evészavarnak számít az anorexia és a bulimia, mely egyre súlyosabbá válik. Ezeket az evési problémákat rejtett zavaroknak nevezzük, mert ritkán fordulnak orvoshoz ebben a betegségben szenvedők, és rejtegetik a már kóros soványságukat. Az evészavarok kialakulásának az egyik legfontosabb tényezője a mai divat hatása. Elfogadott tendenciává vált napjainkra a soványság és a karcsúság. Körbevesz minket a televízióból, internetről, újságokból sugárzó információk, hatások áradata. Hiszen már lassan azt is elfelejtjük, hogy milyen érzés jól lakottan, elégedetten és büntudat nélkül felállni az asztal mellől. A 20. század nyugati kultúrájában a soványság és a vékonyság jelenti az egészséget és a szépséget. Lassan egyedül ez lesz az elfogadható. A kövérség pedig leértékelődik. Ezzel együtt jár az is, hogy a kövérséghez a legtöbb esetben csak negatív előítéleteket társítanak.

Sajnos a világon nagyon sok ember szenved táplálkozási zavarban. A legtöbben, akik megbetegednek, azok fiatal lányok és fiatal nők. Ők teszik ki az összes beteg 90%-át. Azonban előfordulhatnak más korosztálybeli nőknél és még férfiaknál is, de ez nagyon ritka. A táplálkozási zavarok következményei akár nagyon súlyosak is lehetnek, és különböző testi betegségekhez vezetnek. Ritkán előfordul, az hogy, a beteg saját maga fordul orvoshoz, és kér segítséget, azonban nem ez a jellemző. Általában a szülők, rokonok vagy barátok kérésére, keresik fel a megfelelő szakember segítségét. A táplálkozási zavarban szenvedő betegek nem tekintik magukat betegnek, és szégyellik az állapotukat is.

Azért választottam ezt a témát, mert egy közeli hozzátartozóm szenvedett a táplálkozási zavarok egyikében. Titkolta a betegségét és teljes mértékben elzárkózott minden-

kitől. A családját és a rokonait - köztük engem is - ledöbbsentette a hír, mikor kiderült, hogy az állandó fogyókúrázás a kórházba vezetett. Mikor közölték vele, hogy anorexiás, senki nem ismerte pontosan ezt a betegséget, csak felületes tájékozottságunk volt erről a problémáról. Nagyon érdekelt a téma, sokat olvastam utána. Ekkor döbbsentem rá, hogy mennyire keveset tudunk ezekről, a problémákról. Úgy gondolom, hogy se a szülők, se a fiatal lányok nincsenek megfelelően tájékoztatva a táplálkozási zavarokról. Talán hamarabb fel lehetne ismerni egy-egy betegséget, ha tisztában lennénk, hogy mik is a jelei. Így a dolgozatomban mélyebben és részletesebben megismertem a táplálkozási zavaroknak a fajtáit.

A szakdolgozatomban az olvasott szakirodalom alapján szeretném bemutatni a két legnagyobb táplálkozási zavart, az anorexia nervosat és a bulimia nervosat. Ezeken belül kitérést teszek a betegség kialakulására, jellemzőire, és a terápiák típusaira. A dolgozatomban elméleti részének többségét Túry Ferenc munkáinak a segítségével készítettem el.

Interjút készítettem öt olyan lánnyal, akik már mind mentek keresztül egy megpróbáltatáson, táplálkozási zavarban szenvedtek. Vizsgálati célom, hogy a betegség kialakulását, tüneteit és kezelését megismerjem, és hasonlóságokat keressek ezek között.

I. Irodalmi anyag feldolgozása

1. 1. Az evészavarok története

1. 1. 1. Anorexia nervosa története

„Az anorexia görög eredetű szóösszetétel, amely az „an” tagadó előtagból és az „orexis”, vagyis „vágy” szóból fejlődött ki, tehát hiányzó vágyat jelent. A „nervosa” utótag a francia „nerveux” szóból származik, amelynek jelentése „idegi, idegekkel kapcsolatos”, és a betegség pszichiátriai jellegére utal.” (Kirkpatrick-Caldwell, 2004 29. o.).

Az első nagyobb szakaszt az anorexia történetében a vallásos magyarázatok jelentik. A 13. században megjelentek az éhező szentek, majd ez jelenség századokon át ismert volt. A koplalások előfordulnak különböző vallásokban, ezeknek többféle jelentésük van: megtisztulást, vezeklést jelentenek. Akkoriban az éhezés az ördögi megszállástól való megszabadulás eszközeként is számított. Az éhező szentek évtizedekig alig ettek, vagy csak szent ostyán éltek. Az éhező szentek közül a legismertebb Magyarországon ilyen volt IV. Béla lánya Margit hercegnő, a Margitsziget névadója. Édesapja szent életre szánta, dominikánus kolostorban tengette aszketikus életét a Nyulak szigetén. Később róla nevezték a szigetet Margit-szigetnek.

Megjelent a koplalásnak a boszorkánysággal való kapcsolata is. Többször feltételezték azt, hogy ha valaki minden táplálékot visszautasít, akkor az ördög általi megszállottság. Később a 15-16. században már úgy tartották, hogy a koplaló az ördögi megszállottság áldozata. Sokszor ezek a nagyon sovány nők és koplalók boszorkányként éltek életüket. „Boszorkánymérleget” használtak, hogy megítéljék azt, hogy valaki elítélhető-e. Ha a nő túl könnyű volt, akkor a boszorkányság vádjával illették, vagyis repülhet seprűn, mert annyira könnyű. (Túry, 2001).

Megjelentek az önéheztetés egyéb formái, mint a koplaló lányok, csodálatos lányok, éhezőművészek vagy az élő csontvázak. Ez volt az átmenet a vallási magyarázat és a betegségmodell között. Híresek lettek ezek a koplaló lányok, éveken át szinte semmit sem ettek. Látványossággá vált a koplalás. Ezekre a lányokra nem volt jellemző az önsanyargatás, mint az éhező szentekre, és többször ellenőrizték is őket, hogy ne csaljanak. Az éhező lányok eltűnével megjelent az éhségstrájk. Az éhségstrájkoló tudatos, megfontolt módon és teljes felelősséggel rontja az egészségét. Ezeknek főként politikai célzata volt.

Az első éhségstrájk leírások egyike a 18. század végétől származik. A 19. századtól a koplalás fokozatosan vásári látványossággá vált. Ennek képviselői az éhezőművészek voltak. Pénzkereseti forrásnak használták a több hétig tartó éhezést. „Az élő csontvázak” vásárokban, cirkuszokban voltak láthatók belépődíj ellenében, tehát az éhezéssel keresték meg a kenyérre valót. Az éhezőművészek főként férfiak voltak. (Túry - Szabó, 2000).

A középkor vége felé megjelentek az orvosi magyarázatok is, melyek már betegségnek tartották az, hogy valaki minden ok nélkül visszautasítja a táplálékot, és annak bevitelét. 1689-ből származik az első meggyőző orvosi leírás. Egy angol orvos, Richard Morton két beteg történetét írta le a lesoványodásról szóló orvosi tankönyvében. A későbbiekben több szórványos adatok, leírások jelentek meg a kórosan sovány személyekről. 1873-ban jelent meg végül az anorexia neve. Ezt a kórképet Gull angol orvos és Laségue francia professzor írta le egymástól teljesen függetlenül. (Túry, 2001).

A betegség hátterében először belgyógyászati, gyomorműködési és emésztési, majd hormonális okokat gyanítottak. Ekkor még a biológiai magyarázatokat részesítették előnyben. A 20. század elejétől gondolták azt, hogy a lelki tényezők elsőrendűek lehetnek. Az 1960-as évektől jelentek meg a testkép zavarának a fontossága. Ekkor azt gondolták, hogy a betegek képtelenek reálisan megítélni a testsúlyukat. Ezt követően már foglalkoztak a családi háttérrel is. (Túry, 2005).

Az 1900-as évektől a komplex betegségértelmezés terjedt el, ezekben egyaránt szerepet tulajdonítanak a biológiai tényezőknek, a pszichológiai, lélek faktoroknak, és a társadalmi, vagyis szociális összetevőknek. (Túry, 2001).

1. 1. 2. Bulimia nervosa története

A bulimia fogalmának a megjelenése az ókorra tehető. A szó görög „boüsz” vagyis „ökör”, és a „limosz” más szóval „étvágy” szóból ered. Így a szó szerinti fordításban a bulimia „ökörétvágyat” jelent. Hippokratésztől származik az első leírás. Az ókori Rómában a nagy lakomák után gyakran önhánytatással szabadultak meg az elfogyasztott ételtől. Ez azonban nem számít bulimiának, mert különbözik a bulimiások betegesen titkolt tüneteitől. A középkorban a bulimiát sokáig csak tünetként említették, testi és lelki zavaroknak gondolták. Az 1960-as években merült fel az, hogy önálló betegség lehet. 1979-től tekintik igazi betegségnek. Russel angol professzor önálló kórképként, bulimia nervózáként írta le. A bulimia gyakran az anorexiához társul, vagyis a nagyon sovány betegeknek bulimiás tüneteik is vannak. (Túry, 2001).

1. 2. Az evészavarok kialakulásának magyarázatai

Az evészavarokat többen is kutatják, hogy egyes emberek életében igen fontos szerepet tölt be a testsúly, illetve annak megjelenése, míg mások nem tulajdonítanak ennek nagy jelentőséget. Nincs egyetlen ok, ami felelős lenne az ilyen betegségek kialakulásáért, hanem különböző genetikai és környezeti tényezők találkozása és együttműködése áll a háttérben. A betegség kialakulásában szerepe van az öröklődésnek, viszont magát a betegséget nem lehet örökölni, csak az arra való hajlamot. Kóros elváltozás akkor lesz belőle, ha a környezet, a neveltetés, az adott társadalom kultúrája is rásegít. A betegség kialakulásában elkülönítenek hajlamosító, kiváltó, betegségfenntartó és társadalmi, kulturális tényezőket. (Kirkpatrick-Caldwell, 2004).

1. 2. 1. Hajlamosító tényezők

Lehetnek egyéniek, öröklöttek, vagy kulturális-társadalmi jellemzők. A saját testünk, és az egész személyiségünk észlelésének a zavarai, illetve a bizonyos személyiségvonások is a hajlamosító tényezők közé tartoznak. Az evészavarokra hajlamos betegek érzelmileg általában instabilak. Gyerekkoruk óta alacsony lehet az önértékelésük. Gyakran fordul elő diétázás. Az alacsony önértékelést elősegítheti a gyerekkorukban átélt negatív élmények, ilyenek lehetnek például: a szülői konfliktusok, túlzott kritika, a gondoskodás elhanyagolása, fizikai bántalmazás vagy szexuális visszaélés. (Túry, 2001). Elfordul az emberektől, hogy ne érhesse több bántás, magába zárkózik, és egyfolytában azon gondolkodik, hogy miért is született erre a világra. Ez az önértékelési zavar fedezhető fel táplálkozási magatartászavarban szenvedő betegek lelke mélyén is. (Kirkpatrick-Caldwell, 2004).

„Családi kockázatot jelent a kulturális minták családon belüli felnagyítása, a családban előfordult evészavar vagy más pszichiátriai betegség, továbbá az önállóság kialakulását nehezítő családi kapcsolatok is. A társadalmi-kulturális kockázati tényezők között a nemekre, a korra, társadalmi rétegekre és foglalkozási csoportokra jellemző különbségeket, a karcsúságideál hatását, a mai világra érvényes teljesítménykényszert, továbbá a gyakori szereptúlterheléseket említhetjük.” (Túry, 2001 43. o.).

1. 2. 2. Kiváltó tényezők

Ezek úgynevezett stresszorok lehetnek, és diétázáshoz, fogyáshoz vezetnek. A diéta és a bizonytalanságérzés elindíthatja az evészavart egy olyan egyénben, aki más kockázati tényezőkkel is rendelkezik. A diétázást elkezdheti az egyén például mások megjegyzésére, vagy az egyén saját magát kövérnek érzi. A diétázás minden esetben megelőzi a bulimiát. Viszont ha az anorexia és bulimia egyszerre fordul elő, akkor is valószínűbb, hogy az anorexia előzi meg a bulimiát. A kiváltó tényezők csoportjába sorolható a depresszió, a nem megfelelő stresszlelküzdő készség, a megterhelő életesemények, főként a késői betegségkezdet esetén. (Túry, 2001).

1. 2. 3. Betegségfenntartó tényezők

A betegségfenntartó tényezőket két csoportra oszthatjuk, az egyik az elsődleges betegségelőny, ami azt jelenti, hogy a kialakult zavar valamilyen másik betegség, vagy egy szorongás, mely sokkal nehezebben viselhető el ezeknél, kialakulását akadályozza meg. Például, ha nem kell szembenézniük azzal a ténnyel, hogy a szüleik elválhatnak, hanem azt észlelik, hogy a betegsége miatt sokkal jobban összetart az egész család és nincsenek konfliktusok. A másik csoport a másodlagos betegségelőny. Ebben az esetben az előny a munkavégzés alól való mentesülés. De ezen kívül képes fenntartani a betegséget az éhezés, és az alultápláltság biológiai következményei is. Az evészavar fenntartásában pszichológiai, kapcsolati, kulturális tényezőknek egyaránt lehet szerepük. (Túry, 2005).

1. 2. 4. Társadalmi kulturális tényezők

A következő érvek szólnak amellett, hogy az evészavarokat a társadalmi és kulturális tényezők is befolyásolják:

- az evészavarok különböző kultúrákban, országokban előfordulnak, eltérő gyakorisággal. Főként a fejlett nyugati országokban volt jellemző. Bár már az utóbbi egy-két évtizedben más országokban is egyre elterjedtebbek. Hazánk ebben a tekintetben a nyugati államok közé sorolható. Feltehető, hogy az evészavarok különböző tünetei a „nyugatiasodás” hatásaihoz kapcsolódnak. Itt gondolhatunk a tömegtájékoztatási eszközökben látható

nőideálokra, vagy a képzőművészetben a koroknak megfelelő szépségideálok alakjainak változásaira.

- a fontos érvek csoportjába sorolható, hogy az evészavarok gyakorisága növekedésben van. Ismert tény az, hogy a bulimiát később írták le, mint az anorexiát, viszont az utóbbi években már sokkal gyakoribb a bulimia, mint az anorexia.

- kulturális tényezőkkel magyarázható az, hogy az evészavarok főként női betegségek. A nemi különbséget indokló egyértelmű biológiai válasz hiányzik.

- ide sorolható a jellegzetes kormegoszlás is, mivel az evészavarok legtöbbször serdülő- és az ifjúkorban jelentkeznek. Itt is hiányzik a kormegoszlást magyarázó biológiai ok.

- fontos érv az, hogy vannak etnikai különbségek is. Nem egyenletes a társadalmi rétegek közötti megoszlás sem, az evészavarok főként a felső- és a középosztály betegségeinek tekinthetők. Bizonyos foglalkozások körében az evészavarok gyakoribbak. Ilyenek lehetnek például a modellek, táncosok, illetve egyes sportágak képviselői (tornászok, hosszútávfutók). Ezekben, a csoportokban a soványság elvárása magas. A homoszexuális férfiak szubkultúráját jelentenek, hiszen számukra igen fontos a testsúly és az alak. Nagy az evészavarok kockázata minden olyan területen, ahol a karcsúságideál előtérben van.

- az egyik legfontosabb érv, hogy az evészavarok kialakulására egyértelmű biológiai folyamat, nem nyújt megfelelő magyarázatot.

Szimbolikus jelentőséget is tulajdonítanak az evészavaroknak. Minden társadalmi korban volt egy divatos betegség, régen a pestis és a tüdőbaj számított ilyen betegségnek. Napjainkban a rákos megbetegedés a korjellemző. A 20. század végére terjedtek el egyre jobban az evészavarok, és ezzel egy időben jelent meg a szexuális vonzerő hangsúlyozása. Ez a nők számára egyre fontosabbá vált, és új szerepet kellett magukra ölteniük a hagyományos szerepeik mellé (anya és feleség). Ma a női testet árucikkek reklámozására használják. Fontos a gazdasági tényezők nyomása, vagyis a külső megjelenéssel foglalkozó szakmák, például a szépség- és fitnessipar. Kiemelendő a tömegkommunikáció szerepe. Nagyon nagy hatást gyakorol a nőkre a karcsúságideál, és a Barbie-baba effektus. Hiszen a kisgyermek az óvodában is azt szokja meg, hogy az a szép baba, amelyik vékony. A topmodellek karcsúak, és a nők többségének folyamatosan azzal a ténnyel kell szembe-sülnie, hogy az alakjuk társadalmilag nem elfogadható.

A kövérség kialakulásának a háttérében sok társadalmi és kulturális tényezőt fedezhetünk fel. A kövérségre vonatkozóan a következő pontokat figyelték meg:

- a nők kövérebbek, mint a férfiak;
- a túlsúly az életkorral nő, aztán időskorban csökken;
- a túlsúlyosság etnikai meghatározottsággal is bír;
- az alacsonyabb társadalmi státuszú nők kövérebbek, mint a magasabb státuszúak;
- a házas férfiak kövérebbek, mint a nőtlenek;
- a többgyermekes anyák kövérebbek, mint a gyerektelenek;
- a falusiak kövérebbek, mint a városiak.

Ezek az adatok főként társadalmi szempontból érthetők meg, biológiai okokkal alig magyarázhatóak. (Túry, 2005).

1. 3. Az evészavarok betegségmodelljei

Az evészavarok kapcsolatba hozhatóak más pszichiátriai megbetegedésekkel, tehát ezeknek a betegségeknek a rokonságába, altípusába tarthatók.

1. 3. 1. Az evészavarok és a depresszió rokonsága

A depressziós tünetek egy része az étvágy hiányával és a fogyással kapcsolatos. Gyakran figyelhetünk meg depressziós hangulatot, önvádat az evészavarokban. Fontos érv a depresszióval kapcsolatban, az evészavarokban előforduló öngyilkossági kísérletek. A bulimiás betegek 20-30%-a próbálkozik öngyilkossággal. A depresszió gyakran társul az evészavarokhoz, és jelenik meg az evészavarokkal küzdő betegeknél. Az anorexiás betegeknél 50-55% a valószínűsége annak, hogy élete során egy nagyobb depressziós epizód fordul elő. Míg a bulimiában ez eléri a 80%-ot is. A hangulatzavaroknak az egyik érdekes formája a szezonális depresszió. Bulimiás tünetek jelentkezhetnek szezonális ingadozással. Ez a szezonális depresszió általában télen jelentkezik. Ennek az egyik terápiája a fényterápia, mely ez esetekben előnyös lehet. Fontos megemlíteni azt is, hogy az evészavarokban szenvedő betegek családjában nagyobb a hangulatzavar előfordulása. (Túry, 2005).

1. 3. 2. Az evészavarok és a szenvedélybetegségek kapcsolata

Az anorexiát más néven „soványságszenvedély”-nek is szokták nevezni. A bulimiában az örömszerzésre a falásroham és részben a hányás ad okot. A mozgásos hiperaktivitás, a túlzott testedzés és a tökéletességre való törekvés szenvedélyszerű jelenséggé válik az evészavarokkal küzdők életében. A túlzott testedzés az agyban örömkeltő anyagokat (endorfinok) szabadít fel. Az önkontrol zavara is közös pont lehet a szenvedélybetegségek és az evészavarok között. Ez döntő pont az elhízásban, az anorexiában, a bulimiában, az alkoholizmusban és más szenvedélybetegségekben. A bulimiában és az elhízásban az önkontroll időnként eltűnik, az anorexiában pedig túlkontrolláltságról lehet szó. Közös pontként lehet említeni még azt is, hogy az evészavarok és az alkoholizmus gyakran járnak együtt. A bulimiások 30%-a fogyaszt heti rendszerességgel alkoholt, természetesen ez még nem jelenti azt, hogy alkoholizmusról van szó. Viszont az alkoholisták rokonainál gyakrabban jelennek meg az evészavarok, és ez fordítva is igaz, tehát több alkoholista van az evészavarokkal küzdők családjában. (Túry, 2005).

1. 3. 3. Az evészavarok kapcsolata a kényszerbetegséggel

Lényeges az evészavarok kapcsolata a kényszerbetegséggel gyakorlatilag illetve elméletileg egyaránt. Mind az anorexiások, mind a bulimiások gyakran bánnak kényszeresen az étellel, különböző rítusokat dolgoznak ki, és mindezek mellett kényszeres vonásuk a teljesítményorientált személyiségük. Fel lehet fogni kényszeres tünetnek a testképzavart, vagy a testsúllyal való túlzott foglalkozást. A kényszeres evés az elhízottságra és a túlevéses zavarra jellemző, vagyis az evés feszültségcsökkenést okoz, és ez a célja a kényszertünetnek. A bulimia esetében a falásrohamra kevésbé érvényes a feszültségcsökkenés. Az evészavarok és a kényszerbetegségek együtt járása viszonylag gyakori, 10-30%-os az előfordulásuk. Ez fordítva is igaz, mert a kényszerbetegek 15%-a evészavar tünetekkel is rendelkezik. (Túry, 2001).

1. 4. Az evészavarok gyakorisága

Az anorexia előfordulása egyes becslések szerint a 18-35 év közötti nők 1-4%-át érinti. Korábban az anorexia volt jellemzőbb, viszont napjainkban a bulimia már háromszor gyakoribb, mint az anorexia. Az anorexia általánosságban női betegség, hiszen 95%-ban a nőket érinti. Az evészavarok előfordulhatnak bármilyen társadalmi rétegben, kulturális miliőben, foglalkozásban. Ám egyes kutatások szerint általában a felsőbb társadalmi rétegekben, iskolázott, jó képességű fiatalok körében fordulnak elő, ahol a teljesítmény és a szépség fontos kérdés. Jellemző még rájuk a pedánság, aprólékosság, precizitás, és az önmagukkal szemben támasztott abnormális magas elvárások. (Túry, 2001).

A betegség fennállása súlyos személyiségváltozáshoz vezet, ami kihat a beteg fizikai és szellemi teljesítőképességre, általános állapotára.

Az evészavaroknak négy csoportját különböztetjük meg:

- Anorexia nervosa: a beteg koplalással, éhezéssel próbál minél nagyobb mértékű testsúlycsökkenést elérni.
- Bulimia nervosa: jellemzője, hogy a betegnél időként falási rohamok jelentkeznek, majd a bevitt nagy mennyiségű ételt önhánytatással, hashajtók, és vízhajtók használatával próbálja kiüríteni.
- Kényszerezés: ismétlődő túlevésből áll, amelyet nem feltétlenül kísér önhánytatás vagy koplalás.
- „Vegyes” kategória: ide azokat az állapotokat soroljuk, amelyek az előző három csoport egyik kritériumainak sem felelnek meg, de fennáll bennük valamilyen, az ételekkel, étkezéssel kapcsolatos abnormális viszony vagy szokás. (Kirkpatrick-Caldwell, 2004).

1. 5. Anorexia nervosa jellemzői, jellegzetességei

Az anorexia önéheztetést és súlyhiányt jelent, ami általában a 13-25 éves fiatal nőknél jelentkezik. A betegek általában intelligensek, a középső-felső társadalmi osztályba tartoznak.

Ritkábban felnőtteknél és férfiaknál is megjelenik. A legfontosabb tünetek közé tartozik az intenzív aggódás a testsúllyal és az alakkal kapcsolatban. (Túry, 2001).

A súlyfóbia alatt azt értjük, hogy az anorexiás egyén soványsága ellenére is fél az elhízástól, és táplálkozására is ez az alaptalan félelem jellemző. Az evést illetve annak a megtagadását a súlykontroll eszközének tekinti, mely utóbbi egyúttal a lelki elégedettség szinte egyetlen eszköze a számára. Vagyis az anorexiás egyén úgy érzi, hogy akkor lehet boldog, ha sovány. A soványságot tekintve nincs ideálja, nincs elérendő cél, csak az motiválja, hogy vékony legyen. A korához és testmagasságához viszonyított ideális testsúly fenntartását elutasítja, sőt még a normálisnak nevezhető minimális testsúlyt sem hajlandó elérni. Először csak az átlagnál akar soványabb lenni, aztán a normálisnál, majd végül mindenkinél. Emiatt kezd el diétázni, és ebből később már nincs kiszállás. Magától szinte soha nem fogja abba hagyni, még akkor sem, ha az életébe kerül. (Kirkpatrick-Caldwell, 2004). Az anorexiások testképzavarára az a jellemző, hogy a saját testükről alkotott képük torzult, kövérnek látják magukat. Azonban mások alakját reálisan meg tudják ítélni, például a betegtársaik soványságát.

Az anorexia általános testi tünetei közé soroljuk az életfontosságú funkciók lelassulását, alacsony testhőmérséklet, alacsony pulzus és vérnyomás. Menstruáció kimaradása. Hajhullás, és gyakori még a túlzott mozgásos aktivitás, az intenzív testedzés. (Túry, 2001).

Az anorexiának két formáját különböztetjük meg:

1. diétázó (restriktív, azaz korlátozó)
2. purgáló (bulimiás)

Az anorexiás betegségek nem egyformák, de mindegyiküknek az a célja, hogy csökkentse az energia felvételt, vagy növelje az energia leadást.

1. Restriktív viselkedés: a betegek egy része olyan viselkedést tanúsít, mely a táplálék megszorításával jár, tehát diétázik. Kerülik a magas energiatartalmú ételeket. Régebben csak a cukrot és az édességeket kerülték, napjainkban viszont már a zsíros ételeket és a húst is. Egyre elterjedtebb a vegetarianizmus, és az energiaszegény és a rostús ételek is divatosak. Étkezéskor az anorexiás betegek az ételek apró darabokra vágják, olyan evőeszközöket használnak, amelyek alkalmatlanok az étkezéshez. Nagyon lassan esznek, és erősen fűszerezik ételeiket. Túl sokat vagy túl keveset isznak. Folyamatosan számolják a kalóriákat. Az ételeket felhalmozzák és rejtegetik. Ezek a furcsa szokásaik konfliktusokhoz vezetnek a családban és a társaságban való közös evés kerüléséhez vezetnek. Általában mást esznek, mint családtagjaik, és eltérő időben, főként késő éjjel. Az anorexiások sokat gondolkodnak az ételeken, és sok időt szánnak az ételek elkészítésére, de ők maguk nem fogyasztanak belőle.

Az anorexiás betegeknél gyakori a hiperaktivitás, ennek két formája van:

- Az első forma: a betegek egy része tudatosan edzi testét, hogy csökkenjen a testsúlya, és közben kalóriát égessen. Ez lehet célszerű mozgáskésztetés (bicikli, gyaloglás, úszás, futás), vagy értelmetlen (járkálás fel-alá). Ülés helyett állnak, állás helyett sétálnak, séta helyett futnak. A hiperaktivitás sokszor intenzív testedzést jelent, ez lehet gimnasztika, aerobik, futás vagy úszás. A testedzés általában magányos tevékenység, melyet rendszeresen végeznek. Ez nem testi örömet jelent nekik, hanem kényszerességet. Ha nem edzenek, büntudatot éreznek. A beteg csak akkor eszik, ha bizonyos mértékű testedzéssel kiérdemelte az ételt, viszont ha többet eszik, akkor azt le kell dolgoznia.
- A másik forma: a nyughatatlanság, mely állandósul az életükben. Ehhez alvászavar is társul. Addig tarthat, míg a testi állapot annyira le nem romlik, hogy lassultság és tompultság következik be.

2. Purgáló viselkedés: túlmennek az evés korlátozásán, és önhánytatással, hashajtók, vízhashajtók használatával vagyis „öntisztítással” igyekeznek súlyvesztést elérni. Ennek a viselkedésnek egészségkárosító hatásai is lehetnek. Ennél a viselkedési formánál a betegek többet mernek enni, mert az evés felett kontrollt éreznek. Kezdetben a hányás önkéntelen is lehet, viszont hamar megtanulják az önhánytatást. A hashajtók használatának a célja kezdetben a székrekedés megszüntetése. A későbbiekben viszont a fő cél a súlyvesztés hashajtással. (Túry – Szabó, 2000).

	diétázó típus (restriktív, korlátozó)	purgáló típus (bulimiás)
Falásroham	nem jellemző	jellemző
Önhánytatás, hashajtózás	nem jellemző	jellemző
Koplalás	jellemző	nem jellemző
Társuló pszichés betegség	ritkább	gyakoribb

1. táblázat: Az anorexia diétázó és purgáló formája (Túry, 2001 24. o.).

Az anorexiának vannak más pszichológiai tünetei is, és ezek általában az éhezés következményei. Ilyen például a depresszió, az ingerlékenység, a szociális visszahúzódás, a szexuális érdeklődés elvesztése. Az étellel való túlzott foglalkozás, rituálék, kényszeres

ismétlések és a romló koncentráció. Gyakori a hangulatzavar és a kényszeres jelenségek. (Túry, 2001).

Az anorexiások személyisége megváltozik. Jellemző rájuk a tökéletességre való törekvés, vagyis a perfekcionizmus, és a teljesítményorientáltság, ez vonatkozhat tanulásra, sportra, vagy rendszeretetre. Jellemző rájuk a befelé fordultság, rossz kortárskapcsolatok, és alacsony önértékelés. Az anorexiás beteget általában gyerekkorában segítőkész mintagyereknek tartották, sok esetben visszahúzódik, csak a tanulásra koncentrálnak. De ezek a tünetek nem minden betegre jellemzőek, vannak olyanok, akik szociálisan aktívak. A betegek a szexualitástól távol tartják magukat, és általában az érzelmek kifejezése is problémát jelent számukra. Ingerlékennyé és dacossá válnak, nincs betegségtudatuk. Komoly családi feszültséghez vezet az evés visszautasítása. Így a családban ő lesz a középpontban, és ő szabályozza a családi kapcsolatokat is. (Túry, 2005).

A legtöbb anorexiás beteg tagadja a betegségét. Nem akarnak változtatni, sem együttműködni. Háromféleképpen viszonyulnak a soványságukhoz a betegek:

- Reálisan ítélik meg külsejüket. Ez nagyon ritka, de előfordul. Tisztában vannak a soványságukkal, bár ez ellentmond az anorexiás testképzavarának.
- A betegeknek ez a csoportja rejtegeti a soványságát, bő ruhákat visel, ezzel próbálja takarni magát. Ők nem is nézik meg magukat egészalakos tükörben.
- A harmadik csoportba azok a betegek tartoznak, akik fitogtatják a soványságukat. (Túry, 2001).

Férfiak evészavarai

Ritkán, de előfordul a férfiaknál is evészavar. A férfiakra kevésbé hat a karcsúságideál, mint a nőkre. A férfiak fele hízni, a másik fele pedig fogyni akar. A homoszexuális férfiakban gyakoribb a fogyás vágya. Nagyon hasonlítanak a férfiak evészavarai a nőkéhez.

A férfi anorexia kialakulásában a következő tényezők figyelhetők meg:

- túlzott függőség a családtól;
- rossz azonosulás az apával, szoros kapcsolat az anyával;
- nyílt ellenségeskedés az apa és fia között;
- túlzott aggodalmaskodás a testsúly miatt;
- magas intelligencia szint, és jó tanulmányi teljesítmény;
- depresszió;
- csekély szexuális érdeklődés, a nemi hormonok alacsony szintje, homoszexualitásra vonatkozó konfliktusok, általános szexuális szorongás;

- túlsúlyos szülők;
- gátolt düh;
- a család túlzottan foglalkozik az ételekkel;
- szorongás. (Túry, 2001 36. o.).

A férfiak különös testképzavara: fordított anorexia, vagy más néven izomdiszmorfia

A testépítő férfiak körében ismert, akik erősítő hormonokkal és különböző szteroidokkal próbálnak még nagyobb izomtömeget termelni a testükön. Nem ritka ez a testképzavar, és pontosan ellentéte a női anorexiában megfigyelt testképzavarnak. Az evészavarnak ezt a formáját amerikai szerzők fordított anorexiának nevezték el. Később kapta meg az izomdiszmorfia nevet. Ezek a sportoló fiatal férfiak izmos testük ellenére soványnak, kicsinek, alacsonynak érzik magukat. Általában vastag ruhákat hordanak, még nyáron is dzsekit viselnek, mert félnek, hogy kinevetik őket a soványságuk miatt. Sokszor strandon se szívesen mutatkoznak. (Túry-Szabó, 2000).

Ennek a zavarnak is vannak súlyos következményei, amik a testépítő hormonok, szteroidok szedése miatt alakulnak ki, ilyen lehet például, a csontok elmeszesedése. Azonban számos pszichiátriai zavarral is társulhat: hangulat- és szorongásos zavarokkal, öngyilkossággal vagy testedzés-függőséggel. (Túry – Babusa – Dukay-Szabó – Varga, 2010.).

Anorexia nervosa	Inverz anorexia nervosa
nők körében gyakoribb	férfiakra jellemző
veszélyes testsúlyhiány, soványság	súlytöbblet, igen izmos testalkat
félelem az elhízástól (súlyfóbia)	félelem a soványságtól (soványságfóbia)
testképzavar a karcsúságideál jegyében (kövérek tartják magukat)	testképzavar az atlétaideál jegyében (soványnak tartja magát)
demonstratív viselkedés	rejtőzködő viselkedés

2. táblázat: Az anorexia nervosa és az inverz anorexia nervosa összehasonlítása (Túry, 2001 37. o.).

1. 6. Bulimia nervosa jellemzői, jellegzetességei

A bulimia nem régen lépett önálló kórképpé. Előtte az anorexiához sorolták, mivel a tüneteik sok mindenben hasonlítottak. Gyakran kevert formában is észlelhető (bulimarexia). A bulimia egy olyan kóros elváltozás, amelyben két jól elkülöníthető viselkedésmintát figyelhetünk meg. Az egyik a túlevés, más néven falásroham; és a purgálás, vagyis a bevitt tápláléktól való megszabadulás önhánytatással, vagy különböző gyógyszerek használatával. Ezek a gyógyszerek lehetnek hashajtók, vízajtók. Jellemző a bulimiás betegekre, hogy gyakran szednek étvágycsökkentő tablettákat, túlzásba viszik a testedzéseket. Ugyanúgy, mint az anorexiánál, itt is jelen van az önértékelési zavar, vagyis a beteg túlzott fontosságot tulajdonít az alakjának. De az étkezés visszaszorítása csak ideig-óráig tart, képtelen tartósan éhezni. A bulimia egyik alaptünete a falásroham, ami bizonyos időközönként fellépő evési kényszer, ilyenkor a beteg jóval nagyobb mennyiségű ételt fogyaszt el, mint egy átlagember. Képtelen abbahagyni az evést. Ezek a falásrohamok néhány perctől néhány óráig is tarthatnak. Büntudatot és kétségbeesést keltenek a betegben. Tisztában van azzal, hogy amit tesz, az helytelen, de nem tudja megállni, hogy ne egyen. A falásroham bárhol és bármikor rátörhet az egyénre, akár otthon, akár iskolában. Van olyan, aki a hűtő és a konyhaszekrény tartalmát fosztja ki, de van olyan is, aki étteremből vagy pizzériából rendel. Jellemző az is, hogy a legközelebbi boltba siet és megvásárol mindent, amit abban a pillanatban megkíván. Általában a betegek gyorsan esznek, pár perc alatt magukba tömik az ételt. Viszont a krónikus formákban lassúbb lehet az evés. Vannak olyan betegek, akik órákon át tudnak enni, csipegetnek. A folyadék-fogyasztás általában változó, valakinek a hányást könnyíti meg, szinte gyomormosás-szerűen. Van olyan beteg, aki addig iszik vizet, már többszöri hányás után is, amíg vízszűrűen tiszta nem lesz a hányadék. A purgálás módszerei közül a leggyakrabban az önhánytatást alkalmazzák. A beteg egy idő után már nem csak a falásrohamok után hány, hanem minden egyes étkezés után is. Eleinte az ujjakkal történő önhánytatás a jellemző, ám később megtanulják a reflexet, és már a gondolattól is tudnak hányni. (Kirkpatrick-Caldwell, 2004).

A bulimiás epizódokat kiválthatják különböző tényezők, ilyen például a feszültség, szorongás, unalom, alkohol- vagy drogfogyasztás. A betegek sokszor elkerülik azokat a helyzeteket, ahol ételek csábításának vannak kitéve. A pszichés állapotra a feszültség, szorongás, a kudarc, a segélytelenség és a depresszió jellemző. Gyakori az öngyilkosság

gondolata is. Gyakoriak a szexuális zavarok. Nem ritka, hogy a bulimia kialakulásának közvetlen kiváltó tényezője valamilyen szexuális kudarc, rossz élmény vagy feszültség. A bulimia gyakran fogyókúrával indul a 18. életév körül. A betegség tartama átlagosan 4-5 év. Változó lehet a lefolyása, anorexia követheti, vagy megelőzheti, de előfordul az is, hogy túlsúlyosság után kezdődik. (Túry, 2001).

1. 7. Az anorexia és a bulimia közötti különbségek

A tünetek leírásából kitűnik, hogy sok hasonlóságot lehet felfedezni az evészavarok két alapvető típusa között, az anorexia és a bulimia között. Azonban vannak különbségek is. A fő különbségek közé tartozik az életkor, a bulimia későbbi életkorban kezdődik, mint az anorexia. A bulimiás betegeknél a testsúly átlagos, míg az anorexiás betegek soványak és koplalnak. A bulimia titkolt, míg az anorexia a lesoványodás miatt mások számára is észlelhető, így a beteg a figyelem középpontjába kerül. Az énídeál megjelenése az anorexiában aszketikus, teljesítménycentrikus, míg a bulimiában karcsú, nőies és vonzó. A bulimiában erős az önállóság, függetlenség érzése, míg az anorexiában szoros a családi kötődés. A szociális kapcsolatokban megfigyelhető, hogy a bulimiás betegekre a mások felé való orientálódás jellemző, míg az anorexiás betegeknél a távolságtartás és a másokon való hatalomgyakorlás észlelhető. Ezeket a különbségeket a következő táblázatban lehet a legjobban megfigyelni.

	Anorexia	Bulimia
testsúlyideál	a normális alatti	lehet normális
súlyfóbia	van	van
testsúly	alacsony	normális vagy kissé alacsony
kontrollvesztés	a beteg fél a kontrollvesztéstől	fennáll
éhség	tagadott	beismert
életkor	13-20 éves korban kezdődik	16-25 éves korra jellemző
szociális viselkedés	zárkózott	nyitott
személyiség	éretlenebb, kényszeres, perfekcionista	labilis, impulzív, depresszív, szorongó

tünetek	feltűnőek	rejtettek
járálekos tünetek	kényszertünetek, depressziós tünetek	szenvedélyek (alkohol, drog), öngyilkossági hajlam, lopás, depressziós tünetek
családi kötődés	igen erős	lazább
menstruáció	hiányzik	legtöbbször szabálytalan
szexualitás	korlátozott	szexuálisan aktív

3. táblázat: Az anorexia és bulimia közötti fő különbségek (Túry, 2005 40. o.).

1. 8. Az evészavarok szövődményei

Az evészavarok szövődményei 3 csoportba oszthatók. Az első csoportba a koplalás és diétázás következményeit sorolhatjuk. A szövődmények második csoportja a falás-rohamokkal kapcsolatos, ez elsősorban az emésztőrendszer felső részét károsítja. A harmadik csoportot pedig a testsúlycsökkentő viselkedések következményei alkotják. Ezek a szövődmények egymással is kombinálódhatnak. Több vizsgálat is igazolta, hogy az evészavarban szenvedők egyharmadánál orvosi kezelést igénylő betegség is fennáll. Az evészavarok következményei szinte mindegyik szervet károsíthatják. (Túry, 2001).

Kiváltó ok		Következmény
Koplalás	gyomor, belek mozgása csökken	teltségérzés, székrekedés, hasi fájdalom
Falásroham		a gyomor elhal, átszakad
Testsúlycsökkentő viselkedés	önhánytatás	nyelőcsőgyulladás, -szűkület, -vérzés, fültőmirigy duzzadás
	hashajtás	véres hasmenés, fehérjevesztés, hasnyálmirigy-gyulladás

4. táblázat: Az evészavarok fő szövődményei (Túry, 2001 34. o.).

1. 8. 1. Anorexia nervosa szövődményei

A **gyomor-bélrendszert** érintik a legközvetlenebb módon. A koplalás miatt a belek és a gyomor mozgása csökken, az alapanyagcsere erőteljesen lelassul. A szervezet érzékeli, hogy nem áll rendelkezésére elegendő mennyiségű táplálék, ezért minden olyan élettani mechanizmust, amit csak tud, takarékra állít, az energiát pedig igyekszik a lehető legnagyobb fokkal felhasználni. Leállítja vagy nagymértékben korlátozza például a menstruációt, hiszen a vérvesztés fehérje- és tápanyagvesztéssel is jár, lecsökkenti a testhőmérsékletet. Ez az oka annak, hogy az anorexiás egyénben a normális 37 °C-os hőmérséklet 35 °C-ra is lecsökkenhet, emiatt a beteg állandóan fázik. És csak tovább rontja a helyzetet, hogy nincs, ami őt belülről szigetelje, hiszen a bőr alatti zsírszövet eddigre már szinte eltűnik. A bőr hűvös, különösen a „végeken” (ujjak hegye, lábujjak, orr) halvány, sápadt, sőt kékes színezetű a meglassult keringés következtében kialakuló oxigénhiány miatt.

Nagy mértékű **súlyvesztés** következtében minimálisra csökkentik a szénhidrát- és zsírbevitelt és fehérjéből is csak nagyon kis mennyiséget fogyasztanak; főként olyan ételeket fogyasztanak, amelyek alacsony kalóriatartalmúak, alacsony tápértékűek, viszont tele vannak hasznosíthatatlan élelmi rosttal. Normális, átlagos egyénben a test zsírtartalma 20-25%, anorexiás egyénben a testzsír 5-7% körüli értékre esik le, mivel a tartós éhezés során „bejövő” energia hiányában a szervezet átáll a bőralatti zsírszövet égetésére. Hamarosan a zsírszövet kimerül mint energiaforrás és következő lépésként az izmokat kezdi felhasználni. Egy külső szemlélő számára ez sorvadásként válik láthatóvá; a csontok kirajzolódnak, az arc megnyúlik, a szem beesetté válik, a beteg tekintetén állandó aggodalom és kétségbeesés figyelhető meg.

A **szív-érrendszeri** szövődmények akár életveszélyt is jelenthetnek. Gyakori az alacsony pulzusszám és az alacsony vérnyomás, a szív tömege is csökken. Az alacsony vérnyomás sápadtságban, erőtlenységben, szédülésben, gyakori ájulások rosszullétek formájában rajzolódik ki.

A **nőgyógyászati** szövődmények között első helyen a menstruáció elmaradását kell megjegyezni, amely legalább három egymást követő hónapon át elmarad. A női nemi hormonok termelésének az elégtelensége áll ennek a hátterében. A menstruációs vérzés hiánya az anorexia egyik alaptünete is. Petefészkek ciszták nem ritkák evészavarokban, és

ezen az éhezés következményei is lehetnek. A terhesség folyamán az anorexia rosszabbodhat, az anyák testképzavarukat sok esetben kivetítik csecsemőjükre.

Egyéb **hormonelváltozásokat** (például pajzsmirigyfunktó-csökkenést) is feljegyeztek. Ugyanígy ideggyógyászati szövődmények is jelen lehetnek, mint az epilepszia vagy mozgáskoordinációs zavarok. A mozgatórendszerrel kapcsolatban a mérszegénységet kell megemlíteni. A csontrendszer kóros törései főként a csigolyákra, bordákra és a medence-csontokra jellemzőek. Az egészséges egyénekhez viszonyítva az anorexiás betegeknel hétszer gyakrabban fordul elő csonttörés.

A **bőrgyógyászati tünetek** között legelőször a száraz, repedezett bőr említhető meg. Az anorexiások bőre durva tapintású, sárgás színű, aminek az oka feltehetően az, hogy a bőr anyagcseréje lelassul, keringése romlik, víztartalma csökken. A haj változásai minden anorexiás egyénen megjelennek, ami a haj nagyfokú törékenységet, kiszállásodását, színének megfakulását, fényének és tömegének elvesztését jelenti.

Az anorexiás betegek nagy részének vannak **álmatlansággal** kapcsolatos panasza is, például nehezen alszik el, éjjelente többször felébred, az alvást nem érzi pihentetőnek, reggelente pedig fáradtan indul a napja.

A **mentális változások** csoportjába sorolható a koncentrációs nehézség, a betegek többsége panaszkodik ilyen változásokra. A gondolkodásuk lassúbbá és vontatottá válik, ugyanez jellemző a beszédre is. Teljesen az étkezésre és a testedzésre koncentrálnak. Egyáltalán nincs betegségbelátásuk, még halálközeli állapotban sem látják magukat soványnak. Megközelíthetlenné, zárkózottá és közönyössé válnak. Nagyon nehéz velük akármilyen érzelmi összhangot kialakítani, annyira eltávolodnak környezetüktől. (Kirkpatrick-Caldwell, 2004).

1. 8. 2. Bulimia nervosa szövődményei

A bulimiások állandó hányásai a **nyelőcső gyulladásához** és szűkületéhez vezethetnek. A gyomorsav okozta károsodások oly mértékben összeszűkíthetik a nyelőcsövet, hogy a szilárd, darabos ételek nyelése nagy gondot okozhat a betegnek.

Az önhánytatás gégepanaszokat és **gégésérőléseket** is okozhat, ami kellemetlen torokfájással, égő, száraz érzéssel párosul. Gyakori jelenség az is, hogy a beteg ujjával felsérti a torkát, ahogyan a hányást próbálja kiváltani. Az önhánytatásról árulkodnak a bulimiások kézhatán és az ujjakon található apró sérőlések és hegek.

A **nőgyógyászati** szövődmények közül meg kell említeni, hogy a bulimiások kétharmadának jelentősen csökken vagy elmarad a menzesze. Terhesség során a bulimia kifejezetten javul, a betegek közel negyede meggyógyul a terhesség során.

A **fogászati** szövődmények nagyon lényegesek. A fogak belső felszíne a gyomorsav maró hatása miatt erősen károsodik. Az íny is sérül, hiszen az ínygyulladás fokozatosan sorvadáshoz vezet, a fogak hullani kezdenek. Gyakori, hogy a fogorvos deríti ki az evészavart, ezért érdemes odafigyelni hirtelen kezdődő erős fogromlást panaszoló fiatal lányokra. (Kirkpatrick-Caldwell, 2004).

1. 9. Az evészavarok kezelése

A kezelés elkezdése előtt általában először azt kell eldönteni, hogy kórházban vagy járóbetegként kezeljük a beteget. Egyre ritkábban van szükség kórházi kezelésre, viszont régebben ez a kezelési forma volt a leggyakoribb.

A kórházi felvétel céljait a következőkben fejezhetjük ki:

- veszélyeztető testi állapot esetén;
- a falás, hányás, hashajtóhasználat megszakítása a testi szövődmények miatt;
- más testi szövődmények kezelése;
- a társuló zavarok (depresszió, alkoholizmus) kezelése;

Ezekben, az esetekben a kórházi felvétel elmulasztása veszélyt is jelenthet.

A kórházi kezelés időtartama általában változó, de a hat hónapot nem szokták meghaladni. Az utóbbi években igyekeznek a minél rövidebb kórházi kezelésre. Nagyon fontos, hogy az elbocsátási testsúlynak el kell érnie az elvárt súly legalább 90%-át. Ha korán elbocsátják a beteget, akkor fenn áll annak a veszélye, hogy hamarabb visszaesik a beteg. (Túry, 2001).

1. 9. 1. Gyógyszeres kezelés

Az anorexia kezelésében meggyőző hatással járó gyógyszeres kezelés nem volt igazolható. Napjainkban már nem is ajánlják a gyógyszereket. Az antidepresszívumokra akkor lehet szükség, ha a testsúly visszanyerése utáni fázist akarjuk segíteni. Ebben az esetben csökken a visszaesések veszélye. Az étvágyfokozó szerek használata nem mutat

előre lépést. Viszont a hozzátartozók ebben a bízhatnak a legjobban, de a betegek ellenállását csak fokozzák ezek a szerek, hiszen a tüneteik közé tartozik a heves ellenállás.

A bulimia gyógyszeres kezelésében más helyzet mutatkozik. Az antidepresszívumok hatékonynak bizonyultak, mert csökkentik a bulimiás falásrohamokat és az önhánytatást. Viszont önmagukban nem elegendőek, komplex terápia részeként érdemes használni. Nagyon fontos kiemelni azt, hogy az antidepresszívumok csökkentik a bulimiás tüneteket, de nem szüntetik meg teljesen. Gyakori a visszaesés a gyógyszereszedés abbahagyása után. Kezelési időszakot tekintve egy év az ajánlott, és a hatásra általában 4-6 hetet várni kell. Kiegészítő hatásuk van a szorongáscsökkentő gyógyszereknek. Tekintve azt, hogy a bulimiások fogékonyak a szenvedélybetegségek iránt, ezért vigyázni kell, mert nagy a hozzászokás veszélye a szorongáscsökkentőkre. (Túry, 2005).

1. 9. 2. Pszichoterápia

Napjainkban már nélkülözhetetlenné vált az evészavarok kezelésében a pszichoterápia. Alkalmazható önmagában, de általában gyógyszeres kezeléssel kombinálják. A pszichoterápia elsődleges céljai a belső érzések kifejezésének a serkentése illetve a változás bizonytalanságának a tűrése. Azonban sok esetben nem könnyű a terápia elindítása, mert a betegeknek általában nincs betegségtudatuk. Fontos, hogy az evészavaros betegek családja vállalja a felelősséget és a kezdeményezést a terápia elindításáért. Számos pszichoterápiás módszer létezik.

Pszichodinamikus terápiák

Célja a személyiség lényegesebb átalakítása. Ez az eljárás beszélgetésekből áll, melyek során a beteg számára olyan rejtett, nem tudatos konfliktusok kerülnek felszínre, melyeknek a megértése és belátása átsegítheti a beteget a szorongásain. A pszichodinamikus terápiák leggyakoribb álláspontjai az agresszió semlegesítése, az önállósodás, az autonómia kérdései, a szexualitás problémái, a testképzavar, a kommunikáció fejlesztése, az érzelmek hatékonyabb kifejezése, a kudarc-tűrés, a bűntudat enyhítése, illetve az önértékelés fokozása. Ez a módszer általában heti egy-két találkozásból áll, és hosszú távú, tehát egy vagy akár két évig is tarthat a terápiás folyamat. Ez az egyik leggyakoribb pszichoterápiás forma az evészavarok kezelésében.

Viselkedés- és kognitív terápia

Az anorexia viselkedés- és kognitív terápiája

Ez a módszer tanulási elveken alapul. Kezdetben a jutalmazás-büntetés gyakorlatát próbálták ki. Kezdetben hatékonynak bizonyult ez a módszer, mert a beteget ingerszegény környezetben tartották, és a súlygyarapodásnak megfelelően jutalmazták, például, telefonálhatott vagy tv-t nézhetett. Azonban önmagában ez az eljárás nem mindig eredményes, mert sok esetben a betegek visszaestek. Ezt csak rövid távon előnyös alkalmazni. Nagyon fontos az, hogy a betegek étkezését normalizálni lehessen. Erre vonatkozik néhány szabály a kórházi kezelések során. A betegek nem halmozhatják fel az ételt a szobájukban, naponta háromszor együtt kell enniük a többiekkel, az étkezés időtartama nem lehet hosszabb fél óránál. A kezelők általában heti 1 kg-os súlygyarapodást írnak elő, de ha a beteg nem tudja teljesíteni az elvárt súlynövekedést, akkor több lesz a korlátozás. Fontos azonban az, hogy a jó kapcsolat megmaradjon, és ne váljon túl merevvé a módszer. Vannak más tanulás-elméleti módszerek is, ilyen például a relaxációs gyakorlat, mely során gyakorolni lehet a testi tudatosságot.

Az anorexia viselkedés- és kognitív terápiája 3 fázisra osztható:

- bizalomépítés és a kezelés kereteinek a kidolgozása, melynek a fő tartalmi elemei az evészavar kulcsjellemzőinek az értékelése, a testi szövődmények értékelése és kezelése, az önmegfigyelés és az étrendtervezés elkezdése, normális étkezési minták előírása és a változás iránti motiváció fokozása;
- az ételre és a súlyra vonatkozó hiedelmek megváltoztatása. Ennek a legfontosabb feladatai a testsúlynövelésre és a normális étkezésre fordított figyelem szinten tartása, a kóros gondolatok és gondolkodási minták azonosítása, az énkép módosítása és a család bevonása a terápiába;
- a visszaesések megelőzése és a terápia befejezésére való felkészülés, melynek során előtérben áll a folyamatos haladás alapjainak áttekintése, a visszaesés figyelmeztető jeleinek a tisztázása, illetve annak megbeszélése, hogy mikor szükséges folytatni a terápiát.

A bulimia viselkedés- és kognitív terápiája

Nagyon lényeges a jó terapeuta-beteg kapcsolat. A terápia célja a beteg megtanítása a testsúlyszabályozásra, a diétázás káros hatásaira és azokra a testi következményekre, melyeket a túlevés, az önhánytatás vagy a hashajtóhasználat okozhat. Nehéz együttműködni a betegekkel, azonban a betegek felének javul az állapota a terápia során. Csökkennek a

legfontosabb tünetek és ezek mellett a társuló tünetek is javulnak, például a depresszió vagy az önértékelési zavar. Hasonló elveken alapuló módszerek még az önmegerősítés, a kommunikációfejlesztő módszerek és a magabiztossági tréningek. Ezek a zárkózott, rosszul kommunikáló betegek kommunikációját fejlesztik.

Mozgásterápiák

Ebben a módszerben a három fő tünetre összpontosítanak, ezek a testképzavar, a túlzott mozgásos aktivitás, és az önkontroll elvesztésének a félelme. Számos eljárás segíti a tünetek csökkentését, például a relaxációs technikák, a táncterápia, légzésgyakorlatok, masszázs és videofelvétel készítése a betegről illetve az alakjukról, majd azok visszajátvása. Az énkép realisabbá, a test elfogadása könnyebbé válik a terápia során. Az érzelmek kifejezése is sikeresebb lesz.

Csoportterápiák

Csoportos formában folyik a csoportterápia. Vannak más csoportterápiák is, melyek más irányzatok alapján működnek, ilyen lehet például a kommunikációs tréning vagy a problémamegbeszélő csoport. A csoportterápia előnye, hogy a betegek rádöbbenek, hogy nem csak nekik vannak ilyen jellegű problémáik, és problémamegoldó mintákat nézhetnek el egymástól. Erőt ad számukra a csoport összetartozása.

Pszichoedukáció

Ez a módszer információnyújtást és oktatást foglal magába. A beteg és hozzátartozói megismerik a betegséget, ami segíti az együttműködést, és javulás figyelhető meg a családdal való kapcsolatban is. Ez az eljárás kiegészíti a pszichoterápiákat.

Önsegítés

Két formája ismert az önsegítésnek. Az egyik a tiszta önsegítés, ami azt jelenti, hogy a beteg csak magára vagy a betegtársaira hagyatkozik. Ennél a formánál szaksegítség nem szükséges. A másik forma a vezetett önsegítés, ebben az esetben valamilyen szaksegítség segíti a betegeket. Az önsegítés erőt ad a betegeknek, javítja az önértékelésüket.

Családterápia

A családterápia során 4-10 terápiás találkozásra van szükség. A találkozások között feladatok vannak, melyeknek erősítő hatásuk van. Az evészavarok kezelésében a családterápia az 1970-es évektől kezdett jobban elterjedni. Különböző családterápiás iskolák

alakultak, melyek szerint a következő jellegzetességek mutatkoznak meg azokban a családokban, ahol evészavarok fordulnak elő:

- összemosottság: az egyének és generációk közötti határok összemosódtak, nem túl élesek, és az egyén önállósága csökkent;
- túlvédő magatartás: itt nagyon intenzív kapcsolat figyelhető meg a családtagok között. A családtagok befolyásolják és irányítják egymás viselkedését, így a kívülről érkező hatás kisebb lesz, és kudarcba fulladhat az egyén önállósodási kísérlete;
- merevség: a család életét szabályozó törvények nagyon merevek, nehezen lehet őket megváltoztatni. Szegényes a külvilággal való kapcsolat, és nagyon nehezen fogadnak el új megoldásokat;
- a konfliktusmegoldás hiánya: elsiklanak a problémák felett, nehezen tudnak egymással kommunikálni, és megoldani a gondokat. Nagyon alacsony a konfliktustűrési küszöb.

Elsődleges célja a családterápiának az, hogy megszüntesse a fogyást, és az étel elutasítását. Továbbá a családi rendszer működésének és szerkezetének a megváltoztatása. A terapeuta segíti az önállósodást és igyekszik a családot a változás felé terelni. A családterápia az egyik leghatékonyabb terápiás módszer. (Túry, 2005).

1. 9. 3. Az evészavarok megelőzése

A megelőzés a kockázati tényezők megváltoztatást jelenti. Fontos adat, hogy kapcsolatot mutattak ki a női karcsúság médiabeli megjelenése és a testképzavarok között. A média hatása szerepet játszik a karcsúságideál fenntartásában és megerősítésében. Az első nagyon fontos célpont a tömegtájékoztatás. Elfogadhatóbb lenne, ha a női alakok és méretek szélesebb skáláját mutatnák be. Nagy szerepet vállalhat az iskolai egészségnevelés is abban, hogy a fiatalok kritikusabban szemléljék ezeket az üzeneteket. Mindezek mellett nagy hatást gyakorol a nőkre a fogyókúra- és diétaipar nyomása is. A megelőzés második célpontja a társadalom tájékoztatása az evészavarok súlyosságáról. Sokan azt hiszik, hogy egy kis diétázás és fogyókúra anorexiához vezet, és úgy gondolják, hogy rövid időn belül meg lehet gyógyulni. A közvélemény számára alig volt ismert a bulimia természete. Harmadik célpont a megelőzésben az ifjúkorban lévők és fiatal felnőttek informálása. Ez magába foglalja a tanácsadást, a stresszleküzdő mechanizmusokat, illetve az önismeret fejlesztését. (Túry, 2005).

II. Vizsgálat

2. 1. Vizsgálat körülményei

2. 1. 1. Vizsgálat célja

Vizsgálatom célja, hogy megismerjem a betegség kialakulását és annak következményeit olyan személyeken keresztül, akik már szenvedtek táplálkozási zavarban. Kíváncsi voltam, hogy van-e hasonlóság vagy különbség a betegség kialakulásában, tüneteiben és kezelésében. Információt gyűjtöttem az egyén saját tapasztalatairól, személyes élményeiről, megélt helyzeteiről illetve az érzéseiről. Valamint a feltett hipotézisek alátámasztását, ellenkező esetben megcáfolását szeretném feltárni.

2. 1. 2. Vizsgálati hipotézis

1. A betegség kialakulásának a háttérben valamilyen lelki illetve egyéb személyes probléma áll.
2. A betegség serdülőkorban alakul ki, illetve akkor jelentkezik először.
3. A betegeknél a gyógyulás után orvosi kezelést igénylő betegség is fennáll.

2. 1. 3. Vizsgálat módszere

A vizsgálatot egy saját interjúval készítettem el, mely nyitott típusú kérdéseket tartalmaz. Az interjúm előre kidolgozott interjúterven alapul, amely meghatározza az érinteni kívánt szempontokat és kérdéseket. Minden interjúalanyunk ugyanazokat a kérdéseket tettem fel, abból a célból, hogy a végén tudjak egy összehasonlítást készíteni a tartalomelemzés módszerével, mely abból áll, hogy a szöveg elemzési egységeit meghatározott kategóriákba sorolom, majd a megoszlás alapján elemzem őket. A leggyakoribb elemzési eljárások közé tartozik a gyakoriságon alapuló összehasonlítás, és az együttjárások keresése és értelmezése. Mindezek mellett nyitott voltam azokra a szempontokra és gondolatokra, amelyeket a válaszoló vetett fel, de figyeltem arra, hogy csak minimális szinten térjünk el az interjúvázlattól. Figyeltem a válaszoló nem verbális kommunikációjára is. Az interjút személyesen, előre megbeszélt időpontban és helyszínen készítettem.

Az interjú alatt igyekeztem barátságos légkört kialakítani, és ezt megelőzően a bizalmat megalapozni. Előre tisztáztuk az interjú célját, és meghatároztuk a beszélgetés témáját.

2. 1. 4. Vizsgálatban résztvevők bemutatása

A vizsgálatomat öt olyan lánnyal készítettem el, aki már mind szenvedtek táplálkozási zavarok valamelyikében. Minden résztvevővel találkoztam az interjú előtt, akkor próbáltam velük megismerkedni és közelebb kerülni hozzájuk.

Az első interjúmat Tímeával készítettem el. Gyerekkorunk óta ismerjük egymást a rokoni szálak miatt. Mindig jó barátnők voltunk. 17 éves középiskolás tanuló. Szüleivel és öccsével él. Megfelelő körülmények között élnek. Az édesapja és édesanyja is rendelkezik munkahellyel, a testvére általános iskolában 6. osztályos tanuló. Szüleivel nagyon jó és szoros a kapcsolata. Nagyon jó tanuló, két idegen nyelven is beszél. Mindenféleképpen szeretne menni tovább tanulni, erőssége a matematika, de közel áll még hozzá a többi reál típusú tantárgy is. 14 éves volt, mikor intenzíven elkezdett fogyókúrázni, majd néhány hónap múlva már a kórházban kezelték. Akkor 41 kg volt. Most már normális testsúllyal rendelkezik, 173 cm és 58 kilogramm. Az interjút az otthonában készítettem el, nagyon szívesen fogadott, és készségesen válaszolt a kérdéseimre. Kedves volt velem, és megítélésom szerint őszintén beszélt a betegségéről.

Második interjúmat a 22 éves Bettinával készítettem. Szüleivel él együtt, egy vidéki faluban. Nincs testvére. Édesanyjával nagyon mély a kapcsolata, ragaszkodik hozzá, ám édesapjával nem túl jó a kapcsolata, sem neki, sem az édesanyjának. Jó tanuló volt általános és középiskolában is. Bettina főiskolai hallgató, történelem szakon. Nagyon szeretne a későbbiekben tanítani abban az iskolában, ahova ő is járt. 18 évesen fogott bele a fogyókúrázásba, és mindössze 4 hónap alatt 21 kilogrammot fogyott. Kritikus állapotban került kórházi kezelés alá. 34 kilogrammot nyomott. Mostanra szépen visszaszedte a kilókat 55 kilogramm és 167 centiméter. Az interjút egy előre megbeszélt helyszínen készítettem. Nagyon aranyos volt hozzám, és komolyan válaszolt a kérdésekre.

A harmadik interjúalanyom Dóra volt. 18 éves. Középiskolai tanulmányokat folytat, érettségi előtt áll. Szülei elváltak, édesanyjával él már évek óta. Édesapjával rendszeres a kapcsolata, ám nagyon felületes. Édesanyjával is felszínes a kapcsolata. Nem beszél meg a problémákat, és nincs harmónia közöttük. Mindezek ellenére hallgat édesanyjára, és az otthoni szabályokat betartja. Egy nővére van, aki külföldön él, ritkán találkoznak, nem állnak egymáshoz közel. Tanulmányi eredményi változóak. Az általános iskolát nagyon jó

eredményekkel végezte el, majd a középiskolában többször leromlott az átlaga. Nem tudja eldönteni, hogy akar-e tovább tanulni, vagy sem. Céltalannak érzi az életét. A középiskola kezdésekor kezdett el fogyókúrázni. 9 hónap után már több mint 20 kilogrammtól szabadult meg. Dóra 160 centiméter magas és 51 kilogramm. A beszélgetés az otthonukban történt, végig nagyon szűkszavú volt.

A negyedik interjúmat Anitával készítettem el. 19 éves egyetemista lány. Magyar szakon tanul. Édesanyja pszichiátriai betegségben szenved, nagyon rossz volt a kapcsolatuk. 13 éves korában a nagymamánál helyezték el őt és másik két testvérét. Azóta is ott él, és a nagymamája a legfőbb támasza, megbeszélik a problémákat, és nagyon jó kapcsolatuk van. Édesanyja egy pszichiátriai betegségben szenvedők bentlakásos intézményében él. Önálló életvitelre nem képes. Anita nem tartja vele a kapcsolatot. Édesapját nem ismeri. Két kisebb testvére van, ők is a nagymamánál élnek. Velük nagyon szoros a kapcsolata. Nagyon szereti őket. Mindig kitűnő tanuló volt. Imád olvasni, és nagyon szereti az irodalmat. Mikor nagymamájához került, utána pár hónap múlva kezdte el a fogyókúrárt, hirtelen 56 kilóról 43-ra csökkent a súly. Ekkor pszichológus kezelte, ám ez nem volt eredményes, és nem sokkal később a 168 centiméter magas lány 30 kilóra fogyott. Több hónapot töltött kórházi kezelés alatt. Napjainkban újra normális súllyal rendelkezik, 58 kilogramm. Az interjút az otthonukban készítettem. Készségesen állt a rendelkezésemre, nagyon értelmes lány, választékosan beszélt, és nagyon együttműködő volt velem.

Az utolsó interjúalanyom Emese volt. 23 éves, irodai asszisztensként dolgozik, már több mint 3 éve. Mikor befejezte az általános iskolát, az édesanyja elhagyta őket, így az apukájával és pár évvel fiatalabb húgával maradt. Míg zajlott a válás az édesanyja és édesapja között, ők az apai nagyszülőkhöz kerültek. Kapcsolata a nagyszülőkkel felszínes volt, de a későbbiekben egyre jobban megromlott. Édesanyjával csak titokban tudta tartani a kapcsolatot, ám ez is egyre ritkább lett. Édesapjával pedig teljesen eltávolodtak egymástól. Ekkor 170 centiméter magassága mellett 70 kilogrammot nyomott. Két hónap alatt 50 kilóra fogyott, és ez csak fokozódott, a legalacsonyabb testsúlya 44 kilogramm volt. A középiskola első két évét nagyon jó eredménnyel végezte, ám utána romlott a teljesítménye, érettségin történelemből pótvizsgát tett. Az érettségi után Emese albérletbe költözött, és elkezdett dolgozni. Családtagjai közül senkivel nem tartja a kapcsolatot. Édesapjáról annyit tud, hogy alkoholista életvitelt folytat, munkája nincs, és a szüleinél él. Édesanyja újra férjhez ment, és az ország másik végére költöztek. Az interjút Emese albérletében készítettem. Kedvesen fogadott, és őszintén beszélt a történetéről. Jelenleg 59 kiló, és látszólag jól érzi magát a bőrében.

2. 1. 5. Vizsgálati eredmények

Az interjúban hat kérdést tettem fel az interjúalanyaimnak, melyekben a betegsükről érdeklődtem. Ezt követően az interjúk tartalmi elemeit egy kategóriarendszerbe helyeztem (életkor, betegség kialakulásának okai, betegség kezdete, testi tünetek, étkezési szokások, betegség kitudódása, szülők hozzáállása, kezelés típusa, gyógyulás). Ezek alapján keresem a hasonlóságokat és különbségeket.

Életkor

Elsőként arra voltam kíváncsi, hogy hány évesek voltak, amikor a betegség elkezdődött náluk. Az öt lányból háromnál 14 évesen jelentkezett a fogyni vágyás, egy másik lánynál egy évvel korábban, tehát 13 évesen. Csak egy esetben volt megfigyelhető az, hogy 18 éves korban alakult ki a betegség. A jellemzőbb, hogy pubertáskorban jelentkezik a betegség. Hiszen változókorban vannak, a családi kapcsolataik újjászerveződnek, a szülőktől fokozatos eltávolodnak, önállóvá válnak. Ezeken a szociális fejlődéseken kívül a testi fejlődésük kihat az énkép fejlődésére és az önbecsülés alakulására. Ebben a korban jobban kihat rájuk a társadalom nyomása, a reklámok, melyeknek csinos és vékony lányok a főszereplői.

Betegség kialakulásának okai

A szakirodalom a társadalom hatásán kívül a stresszt, a szorongást is lehetséges okok között említi. De lehet lelki vagy személyes probléma, például iskolai vagy teljesítmény problémák, párkapcsolati vagy családi zavarok, női identitászavarok. Az interjúban erre is kitérést tettem, hogy hogyan alakult ki a betegség, mi volt az a tényező, ami befolyásolta. Az első esetben a középiskolába való bekerülés, az új környezet, az új emberek zavart okoztak az egyénben. Környezetváltozás történt, és nem tudott azonosulni az új szereppel, fogyókúrába menekült. Emellett társult a probléma kialakulásához az is, hogy a társadalomban csak a vékony és csinos lányok az elfogadhatóak. Számára ez abban nyilvánult meg, hogy látta az idősebb lányokat az iskolában, akik soványak voltak, és ő is olyan akart lenni. A második interjúalanyomnál, Bettinánál is a környezetváltozás okozta a betegség kialakulását. Ő volt az a személy, akinél nem korai pubertáskorban jelentkezett a betegség, hanem már a felnőtté válás kapujában. Mikor főiskolás éveit elkezdte, kollégiumban került.

A szülőktől elszakadt és elkezdődött az önállóvá válás folyamata. Minden szempontból változás történt az életében. A harmadik történetnél szintén iskolaváltás figyelhető meg. Új környezet, új barátok. Ennél a lánynál konkrétan megjelenik a fotómodellek alakja utáni vágy. Olyan vékony akar lenni, mint azok a lányok, akik pózolnak a magazinok lapjain. Még az is megemlíthető, hogy a szülők elváltak, de ez nem feltétlenül jelenti azt, hogy emiatt alakult ki a betegsége, hiszen a válás még gyermekkorában történt. A negyedik esetben környezetváltozás, családi gondok és stressz figyelhető meg. Az édesanya pszichiátriai betegségben szenved, és nem tudja ellátni a gyerekeit, akik a nagymamához kerülnek. Maga az a tény, hogy elszakad a szülőtől és az otthontól, zavart jelenthet neki, emellett a folytonos aggodás amiatt, hogy ne legyen olyan, mint az elhízott édesanya. Nem látott más kiutat, csak azt, hogy nem eszik. Az utolsó interjúalanyomnál akkor kezdődött a súlyával való foglalkozás, mikor a szülei elváltak. Édesanyja elhagyta őket, az apa nem tudott a gyerekeire koncentrálni, így a nagyszülőkhöz kényszerültek. Emese akkor fejezte be az általános iskolát, és az, hogy a nagyszüleihez kellett költöznie, még egy ok, ami indokot ad arra, hogy valamilyen szenvedélybe meneküljön a gyerek. Drasztikus fogyókúrába kezdett.

Hasonlóságot véltem felfedezni a betegség kialakulásának okai között. Hiszen mind az öt esetben környezetváltozás figyelhető meg. Vagy iskolát váltottak, vagy az otthoni megszokott „fészket” kellett elhagyni. De emellett szinte minden lánynál volt még egy másik tényező, ami befolyásolta a betegségük kialakulását, például a szülők válása, vagy betegsége és ebből adódó rossz kapcsolat. Két lány esetében volt jelen a média által magasztalt vékonyság. Mindkét lány serdülőkorban volt, és fontos volt számukra az, hogy vékonyak és csinosak legyenek.

Betegség kezdete

Ennél a résznél arra voltam kíváncsi, hogy ki hogy kezdte el a fogyókúrát, milyen módszereket alkalmazott és milyen gondolatai voltak önmagával kapcsolatban.

Az első lány eleinte este nem evett, és tornázott. Később az esti evésen kívül hanyagolni kezdte szinte az összes étkezést. Elmondása szerint voltak olyan napjai, amikor csak vizet ivott. Bő és fekete ruhákat hordott. Szégyellte a testét, kövérnek érezte magát. Csak önmagával volt elfoglalva, méregette a súlyát, akár több alkalommal is egy nap. A tökéletességre vágyás jellemzője volt az akkori életének. Mindenben meg akart felelni, tanulásban, sportban. A második esetben csak egyszerű fogyókúrával indult a dolog. Visszafogta az evést és leadott pár kilót. Ám ez nem volt elég, és mindig még egy kicsivel

többet le akart adni. Később az ő szavaival élve „*szenvedélyemmé vált*”. Betársult mellé a futás. Akár több kilométert is képes volt lefutni egyszerre. Azonban ami súlyosbította a helyzetét, az volt, hogy elkezdte hánytatni magát. Eleinte csak egyszer-kétszer egy nap, később azonban minden étkezés után. Megjelent a bulimia. Lemaradva érezte magát mindenkitől. Szégyellte magát. Büntudata volt, hogy evett, viszont ez megszűnt, mikor a hánytatási módszert elkezdte alkalmazni. A harmadik lány Dóra olyan fogyókúrába kezdett, amiben sem este, sem délben nem evett. Csak reggel evett valamit, egy joghurtot vagy kekszet. Utálta magát, kényelmetlenül érezte magát a bőrében. Nem akart kimozdulni otthonról, csak a súlya érdekelte. Számolta a kalóriákat, nézegette magát a tükörben. Csúnyának és kövérnek érezte magát. A negyedik lány egyszerűen megvonta magától az ételt. Vízen és almán élt. Nem sok időbe telt, míg leadott pár kilót. Elmondása szerint nem is kívánta az ételt. Törekedett a tökéletességre, mind a tanulásban, mind a fogyókúrában. Mindenben kiváló akart lenni. Sok időt töltött a tükör előtt és folyton magát nézegette. Az utolsó lány 70 kilóval kezdett bele a fogyókúrába. Kitartó tornával sikerült megszabadulnia 20 kilótól. Ez nem volt elég neki és hánytatni kezdte magát. Elmondása szerint eleinte csak az ebédet hányta ki, azonban később minden étkezés után hányás következett. A torna elmulaszthatatlan volt, mert akkor feltámadt a büntudat. Hányás után egy kiadós torna következett. Ezek mellett fogyókúrák cseppeket is használt, hogy még jobb legyen az eredmény. Kövérnek érezte magát, és sok időt töltött a tükör előtt. A bulimia itt jelen volt. Minden lány más módszert alkalmazott azért, hogy veszítsen a súlyából, mégis lehet hasonlóságokat találni közöttük. Két lánynál is megjelent a bulimia, és ez a két lány érzett büntudatot attól, hogy evett. Mindkettőjük először csak egy étkezés után hánytatta magát, de később minden falat után, szinte ösztönösen jött a hányás. Öt lányból háromnál volt jelen az aktív testmozgás, ez vagy hosszú, kitartó futás, vagy pedig aktív torna. Az összes lány érzett szégyent, kövérséget, utálatot önmaga iránt. Az ötből két lány említette a tökéletességre való törekvést. Náluk ez az élet minden területén jelen volt. Egy lány csak a fogyókúrázásban akart tökéletes lenni. Három lány életében volt jelen az állandó tükör előtt állás. Ezeken kívül jellemezte még a lányok viselkedését a súlymérégetés, a kalóriaszámlálás, és elzárkózás a külvilágtól.

Testi tünetek

A következő kérdésem azokra a tünetekre vonatkozott, melyek a betegség fennállásánál jellemzőek voltak.

Mind az öt lány megemlítette a menstruáció elmaradását. Ez az anorexia egyik alaptünete. Három lány jelezte, hogy gondjai voltak az alvással. Nem tudott elaludni, vagy ha sikerült neki, akkor felkelt éjszaka, és képtelen volt visszaaludni. Ilyenkor másnap fáradtnak és kimerültnek érezték magukat. Szintén három lánynak sorolhatóak a tünetei közé, hogy a hajuk elkezdett hullani. Két lány említette a száraz, érdes bőrt. Az egyik lány, akinél a bulimia is megjelent, a gyors fogromlást tette szóvá. Egy lány jegyezte meg, hogy depressziósnak érezte magát. Ez az éhezés következménye. Ezeken kívül egyéb tünetek is voltak, melyeket egy-egy lány említett, ilyen például a szédülés vagy az ingerlékenység. De amelyek az anorexia alaptüneteibe sorolhatóak, úgy mint a menstruáció kimaradása, hajhullás, száraz bőr, ezek a lányok többségénél megjelentek.

Étkezési szokások

Ennél a résznél azokra az étkezési szokásokra voltam kíváncsi, ami jellemezte akkor őket, hogy étkeztek-e együtt a családtagjaikkal, lassan vagy gyorsan ettek. Az első lány esetében az együtt étkezés kerülése jellemző volt. Elmondása szerint kitalált valamilyen indokot, amiért nem ül a család többi tagjához. Több esetben is eldugta az ételt, vagy a WC-ben megsemmisítette. Amikor evett, akkor az ételt pici apró darabokra vagdosta, hogy minél több ideig el tudjon vele majszolni. A második lánynál, Bettinánál, mikor még nem volt jelen a bulimia, akkor több órát el tudott „játszani” az evéssel. Turkált az ételben, de abból nem sokat fogyasztott. Ám mikor a bulimia megjelent, akkor elmondása alapján, pár perc alatt óriási mennyiségű ételt tudott megenni. Jellemezte még az éjszakai evés. A harmadik esetben szintén nem volt együtt étkezés, ám nem a betegség miatt nem ül le együtt enni a családdal, hanem mert ez náluk nem szokás. Sajnos ebből kifolyólag a szülő sokáig nem vette észre, hogy mennyit eszik a gyereke és mennyit nem. Több esetben is a kukában kötött ki az étel. A negyedik lány bevallása szerint semmilyen kialakult étkezési szokása nem volt, mert ő teljes mértékben megvonta magától az ennivalót. Főként almát fogyasztott, és egy-egy alma megevésével el tudott tölteni akár fél órákat is. A folyadékfogyasztást is említette, egyszerre képes volt több liter (2-3) vizet is meginni. Az utolsó lány esetében is jelen volt a bulimia, így ő is nagy mennyiségű ételt tudott elfogyasztani, és elmondása alapján főként zsíros ételeket. Az együtt étkezés kerülése őt is jellemezte, ám az ő esetében nem csak az étel megtagadásának a titkolása volt a fő ok, hanem családi gondok is. Folyton az édesanyját bántották, mikor együtt ettek, és ő ezt nem akarta hallani.

Három lány kerülte az együtt étkezést, azonban azt nagyon fontos megemlíteni, hogy nem minden esetben azért kerülték az együtt étkezést, hogy titkolják, hogy mennyit esznek,

hanem ennek más külső okai is lehetnek. Ilyen például, hogy nem alakult ki az a családi szokás, hogy együtt leüljenek ebédelni vagy vacsorázni. Ötből két lány dugta el vagy dobta ki az ételt, három lányra volt jellemző, hogy hosszú időt töltöttek el az étkezéssel, lassan ettek. Az a két lány, akiknél a bulimia is jelentkezett, rendszeres szokásaik közé tartozott a nagy mennyiségű étel, hirtelen elfogyasztása, vagyis a falásrohamok, mely a bulimia egyik alaptünete.

Betegség kitudódása

Ebben a kérdésben a betegségük kiderülése iránt érdeklődtem. Az első lány rosszul lett. Izzadás, szédülés, sápadás jellemezte, a szülők azonnal orvoshoz fordultak. Ott derült fény mindenre. Az eset főszereplőjének nem volt fogalma arról, hogy mi az, hogy anorexia. Nem fogadta el azt, hogy beteg. A második esetben egy barátnője volt az, aki a szülő felé jelezte, hogy mit észlelt. Elmesélt mindent, amit a lányról tudott. A szülő rögtön orvoshoz fordult. A harmadik lányt az édesanyja „leplezte le”, mert véletlenül rányitott a fürdőszobában, ahol ruha nélkül meglátta a lányát. Itt is a szülő volt az, aki rögvest orvoshoz fordult volna, ám itt több napi civakodás folyt, mivel a lánya nem volt hajlandó orvoshoz menni. Végül győzött a szülői jóakarát, és az orvost választották. A negyedik lánynál a nagyszülő fordult először pszichológushoz. A nagyszülő látta, hogy mit tesz az unokája, ám nem volt elég határozott, hogy meg tudja akadályozni a betegség kialakulását. Az utolsó esetben a kézen maradt fognyom „buktatta le” az önmagát hánytató lányt. Az édesapa rákérdezett a nyomokra, és a lány saját magától vallotta be, hogy mit tesz.

Mindegyik lány eltérő módon „bukott le”. Azonban az összes esetben szülői kezdeményezésre fordultak orvoshoz. Egy lány bevallotta tettét, ami utalhat arra, hogy felhívja magára a figyelmet, több gondoskodást vagy odafigyelést igényelt volna, mert a szülei váltak, kétségbeesett volt. Gondolataiban megfordult az is, hogy ha ő beteg, akkor ez összehozza újra a szüleit. Nem járt sikerrel. Az öt esetből négyenél a szülőnek fogalma sem volt arról, hogy mi folyik a gyereke körül. Csak a véletlen folytán derült ki.

Szülők hozzáállása

Fontos szempont, hogy a szülők hogyan viszonyulnak a gyerekük betegségéhez. Ez is kérdéseim közé tartozott, és kíváncsi voltam, hogy támogatták-e a gyereküket vagy elfordultak tőlük. Az első lány szülei maximálisan a gyerekük mellett voltak, bár érthetetlenül álltak a dolgok előtt. Tímea azt gondolta, hogy a szülei haragszanak rá, de a szülők mindent megtettek a lány gyógyulásának az érdekében. A második esetben köszönhetően

annak, hogy nagyon jó kapcsolata van Bettinának az édesanyjával, könnyebb meg tudták beszélni a problémákat. Igaz, a szülő szomorú volt, de támogatta a gyermekét. A harmadik lánynak nem volt megfelelő kapcsolata se az édesanyjával, se az édesapával. Úgy érezte, hogy mindketten haragszanak rá, és nem kapott megfelelő támogatást tőlük. Úgy gondolja, hogy a szülei haragudtak rá. A negyedik lány esetében a nagyszülő támogatását kell megemlíteni. Az édesanya támogatására nem számíthatott, mert ő maga is egy betegségben szenvedett. Anita mellett végig ott volt a nagymamája, támogatta és együttműködött vele mindenben. Az utolsó lánynál csalódottságot észleltem, mert nem érezte a szülők támogatását, odafigyelését, ez adódhatott a nem megfelelő kapcsolatból. A segítségük annyiban nyilvánult meg, hogy arra figyeltek, hogy ne hánytassa magát.

Az öt lányból háromnál a szülők teljes mértékű segítséget nyújtottak az evészavaros gyerekeknek. Támogatták őket és együttműködtek a szakemberekkel is. A másik két lánynál, ahol nem volt megfelelő támogatás és segítség, ott hiányos volt a szülő-gyerek kapcsolat is.

Kezelés típusa

Azt próbáltam megfigyelni, hogy a kezeléseknél melyik fajtáját alkalmazták egy-egy lánynál.

Az első lány 3 hetet töltött kórházi kezelés alatt, gyógyszeres kezelést alkalmaztak nála, és emellett családterápián is részt vett a szüleivel együtt. A második lány csak néhány napot töltött a kórházban, csoportterápiára járt. De elmondása szerint a hánytatástól volt a legnehezebb megszabadulnia. A harmadik lány is kapott kórházi kezelést, étvágyfokozó tablettával próbálták növelni a súlyát, és rendszeres pszichológusi segítséget kapott. A negyedik lány töltötte a legtöbb időt kórházban. Először csak pszichológus segítségét kérték, ám mikor ez nem bizonyult hatásosnak, akkor két hónapot töltött kórházban, ahol jutalmazásra és büntetésre épülő terápiát alkalmaztak. Azonban ez sem volt megfelelő, mert visszaesett az állapota. Újabb kórházi kezelés következett, gyógyszereket és családterápiát alkalmaztak. Az utolsó lány nem állt kórházi kezelés alatt, pszichológus segített neki a gyógyulásban. Sokáig küzdött hányási gondolatokkal.

Az öt lány közül négyen kaptak kórházi kezelést. Ebből egy lány töltött hónapokat kórházban, de ő kétszer is visszaesett. Két lány vett részt a családjával családterápián. Ezen kívül másik két lány vett részt másfajta terápiákon. Gyógyszeres kezelés három lánynál alkalmaztak, és ezt kombinálták terápiával vagy pszichológusi segítséggel. A két lány, akik bulimiával is küszködtek, mind a ketten említették, hogy a legnehezebb a hányástól való

megszabadulás, ami egy rendszert alakított ki az életükben, hogy minden étkezés után hánynak. Ettől a rendszertől volt nehéz elszakadni.

Gyógyulás

Ebben a kérdésben az érdekelt, hogy a gyógyulási folyamatban hol tartanak. Betegnek érzik-e még magukat. Az összes lány úgy érzi, teljesen meggyógyult. Három lány is említette, hogy a gondolkodásmódjukon kellett változtatni, és belátják azt, hogy nem volt jó az, amit tettek. Önmagukhoz és testükhöz való hozzáállásukon kellett változtatni. Minden lány normális testsúllyal rendelkezik. Két lánynál maradtak szövődmények a betegség után. Van olyan, aki csonttritkulásban szenved, erre kell még gyógyszert szednie, emellett folyamatosan erősíti a szervezetét. A másik lánynál tejérzékenység alakult ki, emiatt az étrendjére jobban oda kell figyelni. A lányok elégedettek magukkal, és nem kezdenének még egyszer ennyire drasztikusan fogyókúrázni.

Összegzés

Vizsgálatom célja az volt, hogy tudomást szerezzek a táplálkozási zavarban szenvedők betegségének a kialakulásáról, annak okairól és következményeiről.

Hipotézis:

1. A betegség kialakulásának a háttérben valamilyen lelki illetve egyéb személyes probléma áll.
2. A betegség serdülőkorban alakul ki, illetve akkor jelentkezik először.
3. A betegeknél a gyógyulás után orvosi kezelést igénylő betegség is fennáll.

Az első hipotézisem alátámasztást nyert, hiszen mind az öt lánnyal, akivel interjút készítettem, a betegség valamilyen személyes probléma miatt alakult ki. Ez lehet környezeti változás, iskolaváltás vagy családi problémák, a szülők válnak. Az összes lánynak ezeket követően alakult ki a táplálkozási zavara.

A második hipotézisem - mely szerint serdülőkorban alakul ki a betegség - is alátámasztást nyert, mert az öt lányból négy pubertás korban lett táplálkozási zavaros beteg. Csak egy lány volt, aki 18 éves korában, a felnőtté válás kapujában szenvedett a betegségben.

A harmadik hipotézisem nem nyert alátámasztást, mert a vizsgálatban szereplő lányoknak kevesebb, mint a felénél, pontosan csak két lánynak maradt komolyabb testi szövődménye. Az egyik lánynál tejérzékenység alakult ki a betegség következtében, a másik lány pedig csonttritkulásban szenved, mely folyamatos orvosi ellenőrzést igényel. A többi lánynál nem maradt semmilyen komolyabb szövődmény.

Van egy nagy hibája ennek a rohanó világnak napjainkban, az, hogy a legtöbb embert arra buzdítja, hogy ha van egy célja, és azt el akarja érni, akkor rögtön és drasztikusan tegye. Sok esetben ahelyett, hogy egészséges életmódra, rendszeres táplálkozásra és testmozgásra törekednének, mindenki a drasztikus módszerektől várja a testsúly csökkenését, legyen az a koplalás, gyógyszerek beszedése, diéták alkalmazása, vagy a táplálék teljes elutasítása. Ezek, ha eredményre is vezetnek, nem jó út felé terelnek minket, mert beleeshetünk olyan hibákba, melyeknek később nem kívánatos következményei lesznek.

Úgy gondolom, hogy addig nem fog sok változás történni, és továbbra is növekedni fog a táplálkozási zavaros emberek száma, amíg mi saját magunk nem hisszük el azt, hogy

lehetünk boldogak néhány felesleges kilóval is. Másrészt, amíg a média a soványságot tartja elfogadhatónak, addig nem lehet változást várni. A serdülőkorban lévő lányok változásokon mennek keresztül, a médiából nem látnak és hallanak mást, csak azt, hogy az az elfogadható és a jó, aki sovány. Ezzel sikert, boldogságot, és szépséget sugároznak. Ezek a nők példaképpé válnak a fiatal korosztály számára. Sok fiatal lány vágyik arra, hogy tökéletesen nézzenek ki, ezért feladják a rendszeres étkezésüket, és csak még jobban erősítik bennük a hitet a reklámok, a hirdetések, melyekkel nap mint nap szembesülnek. Ezek úgy vannak hatással az életükre, hogy talán ők még észre sem veszik. Ennek a problémának nagyobb jelentőséget kellene szentelni, illetve többet foglalkozni azzal, hogy a fiatal lányok is elhiggyék, hogy nem attól fogja elfogadni őket a társadalom, ha kórosan soványra lefognak. Mindezek mellett, véleményem szerint, nagyobb tájékoztatásra lenne szükség, kevesen ismerik ezeket a betegségeket, és némi információ talán segítene a szülőknek abban, hogy időben észleljék azt, hogy a gyermekük mitől szenved. Úgy, ahogy a családokat, úgy az iskolákat is megfelelően kellene informálni, és ezáltal tudatosságra nevelni a gyerekeket. Nagyobb hangsúlyt fektetni a megelőzésre. Illetve a médiának, mint információ csatornának, a testképet sokkal élethűbben kellene ábrázolni. Ne vékony nők reklámozzák a termékeket, és a kifutókon sem a csontsovány lányoknak kellene végig vonulniuk.

Irodalomjegyzék

Andreasen N. C. - Black D. W. (1997): Bevezetés a pszichiátriába. Medicina Könyvkiadó, Budapest.

Arató M. - Túry F. (1995): Mindennapi lelki szenvedéseink. Grafit Kiadó, Budapest.

Commer R. J. (2000): A lélek betegségei. Osiris Kiadó, Budapest.

Kirkpatrick J. – Caldwell P. (2004): Evészavarok, Hajja & Fiai Könyvkiadó, Debrecen.

Szokolszky Á. (2004): Kutatómunka a pszichológiában. Osiris Kiadó, Budapest

Tringer L. (2005): A pszichiátria tankönyve. Semmelweis Kiadó, Budapest.

Túry F. (2001): Anorexia-Bulimia. Az evés zavarai, B+V Lap- és Könyvkiadó, Budapest.

Túry F. (2005): Anorexia, Bulimia. Önsegítő és családsegítő kalauz, Print X-Budavár Kiadó, Budapest.

Túry F. - Pászthy B. (2008): Evészavarok és testképzavarok. Pro Die Kiadó, Budapest.

Túry F. - Szabó P. (2000): A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa. Medicina Kiadó, Budapest.

Folyóirat:

A Magyar Tudományos Akadémia Folyóirata, 171. évfolyam – 2010/II. szám. Akaprint Kft., Budapest. (1309-1313)

Melléklet

1. számú melléklet

Kérdés	Válasz
1. Hány éves korodban és hogyan kezdődött a betegséged?	<i>„Valójában már tényleg belátom, hogy beteg voltam. Mikor bekerültem a középiskolába 14 évesen, akkor az új környezet, új emberek, úgy érzem egy kicsit megzavartak. Láttam az idősebb lányokat az iskolában és olyan csinosak voltak, én is olyan akartam lenni. Borzalmasan kövérnek láttam magam, és elkezdtem fogyókúrázni. Eleinte csak tornáztam, és este már nem ettem. De később egyre kevesebbet ettem, volt olyan nap, hogy csak vizet ittam. Kövérnek láttam magam. Szégyelltem a testem, fekete ruhákat hordtam, és csak magammal és a súlyommal voltam elfoglalva. Minden nap mértem magam, volt olyan, hogy többször is, és mindig az volt bennem, hogy még egy kilót le kell adnom. Nagyon fontos volt nekem, hogy tökéletes legyek mindenben. Én akartam a legjobb tanuló lenni, és hogy minden, amit teszek, az a legjobb.”</i>
2. Milyen tünetek jelentkeztek ezen időszak alatt?	<i>„Folyamatosan szédelegtem, olyan aléltam, fáradtnak éreztem magam. A menstruációm nagyon sokáig elmaradt. Nem tudtam rendesen aludni.”</i>
3. Milyen étkezési szokásaid voltak?	<i>„Nem szerettem együtt enni a szüleimmel meg a testvéremmel. Mindig kitaláltam valamit, hogy miért nem ülök le hozzájuk enni. Bevittem magammal az ennivalót a szobámba, és sokszor lehúztam a WC-n, vagy kidobtam a kukába. Ha ettem, akkor picit darabokra vágtam az ételt, hogy minél tovább tartson az étkezés. Sokszor egy falat sem ment le a torkomon, mert azon járt az eszem, hogy most vajon hány kiló tapadt le rám.”</i>

<p>4. Hogyan derült ki a szüleid előtt, és milyen volt a hozzáállásuk a betegségedhez?</p>	<p><i>„Anyukám folyamatosan mondogatta, hogy sovány vagyok, egyik többet. De én nem nagyon foglalkoztam vele. A végére már teljesen elzárkóztam előle és a barátnőim elől is, csak magammal voltam elfoglalva. Nyár volt, és mielőtt anyukám elment dolgozni, rosszul lettem, szédültem, forgott velem a világ, leizzadtam, elsápadtam, és nem tudtam megállni a lábamon. Persze egyből elvittek az orvoshoz, ahol szembesítettek a tényekkel, hogy beteg vagyok. 41 kg voltam, lehet azt mondani, hogy csont és bőr. Én nagyon sokat sírtam, és fogalmam sem volt az anorexiáról, azt sem tudtam, hogy mi az. Egyszerűen nem tudtam elfogadni azt, hogy én beteg vagyok. Kórházban kellett lennem, és ez még jobban kiborított. A szüleim teljesen le voltak dőbbenve, sokáig úgy éreztem, hogy haragszanak rám. De ennek ellenére mindent megtettek azért, hogy a gyógyulásban előre haladjak.”</i></p>
<p>5. Milyen kezelést kaptál?</p>	<p><i>„3 hetet töltöttem kórházban, eleinte infúziókat kaptam, különböző gyógyszereket kellett szedni. Több hónapon keresztül jártunk anyáékkal együtt családterápiára.”</i></p>
<p>6. Jelenleg hol tartasz a gyógyulásban?</p>	<p><i>„Én már úgy érzem meggyógyultam, normális a testsúlyom is, és szerintem, ami a legfontosabb, hogy fejben legyenek rendben a dolgok. Ott dől el minden. Nekem már megváltozott a hozzáállásom, és úgy érzem, hogy a mélypontból kikerültem. Sokat olvastam a betegség után, és szerencsésnek mondhatom magam, hogy semmilyen komolyabb szövődmény nem alakult ki nálam.”</i></p>