

# Éves Gyermekvédelmi Tanácskozás 2012-Szombathely

## Tapasztalatok, következtetések, javaslatok

Az elmúlt évek tapasztalatai azt mutatják, hogy folyamatosan nő a hátrányos helyzetű és/vagy veszélyeztetett kiskorúak száma.

A tendencia miatt elengedhetetlen a gyermekvédelmi rendszer átfogó kapcsolatrendszerének folyamatos működtetése, a gyermekvédelmi és humán erőforrásrendszer erősítése, a forrásrendszerek bővítése, a szakmai munka összehangolása. Ez megköveteli a rendszeres kapcsolattartást a rendszer szereplői között. Éppen ezért rendkívül fontosak a gyermekvédelmi rendszer és ezen belül a veszélyeztetettséget észlelő- és jelzőrendszer működtetésére szolgáló esetszabványok, esetkonferenciák, szakmaközi megbeszélések és az éves gyermekvédelmi tanácskozás. A fórumok lehetőséget kínálnak a problémák feltárására és a megoldási alternatívák megfogalmazására, de jó alkalmat jelentenek a kompetenciák tisztázására és a kompetenciahatárok felállítására is, segítve ezáltal a gyermekvédelmi szakemberek együttes, a gyermekek érdekét előtérbe helyező tevékenységét.

Fontos fóruma a jelzőrendszer működtetésének az éves gyermekvédelmi tanácskozás.

A tanácskozást minden év március 31-ig kell megszerveznie a gyermekjóléti szolgálatnak. A tanácskozás célja a gyermekjóléti alapellátások áttekintése, az észlelő- és jelzőrendszer működésének éves értékelése, és adott esetben javaslatok megfogalmazása a működés javítására vagy megváltoztatására.

A tanácskozás meghívottjai:

- a polgármester, a képviselőtestület tagjai, a jegyző,
- a gyermekjóléti alapellátást nyújtó szolgáltatások fenntartói,
- a településen gyermekjóléti, gyermekvédelmi ellátást biztosító intézmények képviselői,
- a jelzőrendszer tagjainak képviselői,
- a gyámhatóság munkatársai,
- a településen működő gyermekvédelmi szakellátást nyújtó szolgáltató képviselője,
- a fiatalok pártfogó felügyelője,
- a megyei gyámhivatalban működő gyermek és ifjúságvédelmi koordinátor.

A gyermekjóléti szolgálat a tanácskozás megszervezése előtt beszerzi a gyermekvédelmi rendszer tagjainak írásos tájékoztatóit a jelzőrendszeri működés éves értékeléséről, az általuk tapasztalt problémákról, esetleges megoldási javaslatokról.

Az éves tanácskozáson ki kell derülnön, hogy a rendszer szereplői hogyan viszonyulnak a településen tapasztalható gyermekeket érintő problémákhoz, egyáltalán problémának tekintik-e azokat. A tanácskozás jó alkalom az egységes látásmód kialakítására, és a szemléletformálásra is.

Szombathelyen 2012. március 21-én került sor az Éves Gyermekvédelmi Tanácskozás megrendezésére. A Tanácskozásra meghívót kaptak a jogszabályban előírt személyek.

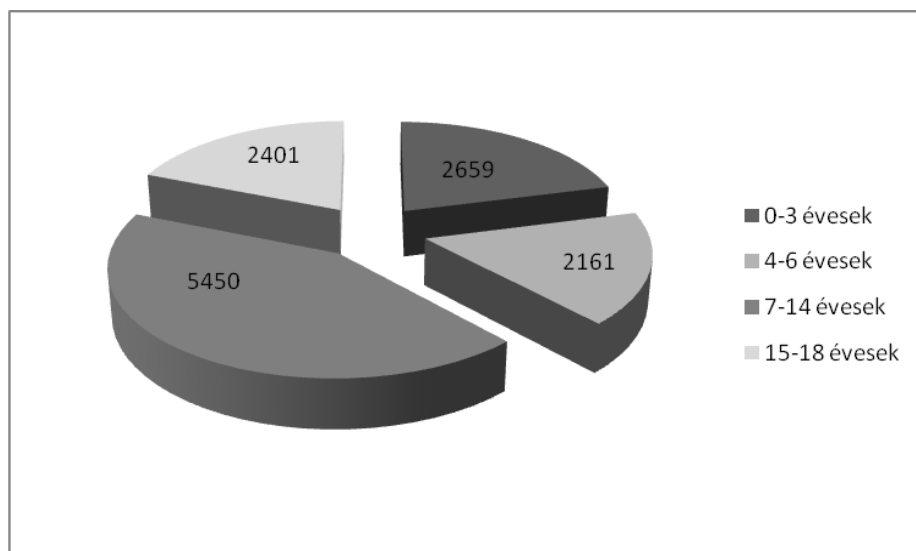
A Tanácskozásra írásos tájékoztatást küldtek a következő szervek, intézmények: Polgármesteri Hivatal, Jegyzői Gyámhatóság, Gyámhivatal, Nevelési Tanácsadó, Rendőrkapitányság, Gyermekjóléti szolgálat, Családsegítő szolgálat, Közművelődési intézmények, Gyermekorvosok, Védőnők, Bölcsőde, Óvodák, Általános iskolák, Középiskolák, Pártfogó felügyelői szolgálat, Munkaügyi hatóság

Az észlelő- és jelzőrendszer tagjai tájékoztatásukat a 2011-es évre vonatkozóan készítették el. Az alábbiakban a tájékoztatók elemzése alapján összeállított anyag rövidített változata olvasható.

Szombathely városban az elmúlt évben 12.671 (az összlakosság 16%-a) 0-18 éves kiskorú élt. Létszámukat illetően a 2010. évhez képest körülbelül 2 %-os csökkenés figyelhető meg. A lakosságon belüli arányuk minimálisan ugyan, de szintén csökkent.

A kiskorúak legnagyobb hányadát (43%) a 7-14 évesek tették ki, míg legalacsonyabb arányban (17%) a 4-6 évesek képviseltették magukat. A 0-3 évesek a kiskorúak 21 %-át, a 15-18 évesek pedig 19%-át képezték. A 0-3 évesek létszáma, ill. aránya a kiskorúak között emelkedett, míg a 4-6, a 7-14 és a 15-18 éveseké csökkent 2010. évhez képest.

A 0-18 éves korosztály megoszlása Szombathely Megyei Jogú Városban.



A Polgármesteri Hivatal a tavalyi évben is támogatásokkal segítette a rászoruló családokat. Rendszeres gyermekvédelmi kedvezményben 2269 gyermek (996 család), rendkívüli gyermekvédelmi támogatásban 646 gyermek (425 család) részesült.

Az elmúlt évben 1208 gyermek (687 család) szerepelt a gyermekjóléti szolgálat ellátottjai között, ami a szombathelyi gyermekek 9,5 %-a.

Megfigyelhető, hogy 2010. évhez képest a kiskorúak nagyobb száma, ill. aránya vált érintetté a gyermekjóléti szolgáltatást illetően.

*Veszélyeztetettség megelőzése* a szolgáltatást igénybe vevő gyermekek 63%-a 762 gyermek (430 család), a már kialakult *veszélyeztetettség megszüntetése* 17%-a 206 gyermek (122 család), a családjából kiemelt *gyermek visszahelyezése* 1%-a 15 gyermek (7 család), *szakellátásban lévő gyermek családjának gondozása* 14 %-a 166 gyermek (89 család) esetében történt. 2010 évhez képest valamelyest nőtt a veszélyeztetettség megelőzése, ill. a kialakult veszélyeztetettség megszüntetése, és csökkent a családba való visszahelyezés miatt a szolgálattal kapcsolatban álló gyermekek száma. Az ellátottak körén belüli arányuk tekintetében szintén növekedés tapasztalható a megelőző évhez képest.

A Nevelési Tanácsadóban 2011-ben 1409 gyermek részesült ellátásban. Az ellátott kiskorúak kétharmada (943 fő) a 3-6 évesek, 15 %-a a 7-10 évesek (217 fő), 10%-a a 11-14 évesek (140 fő), 8%-a a 15-18 évesek (109 fő) közül került ki. Az ellátásban részesülők száma, ill. aránya a gyermekek között emelkedett a megelőző évhez képest.

A jelzőrendszer tagjai a tájékoztatásukban kitértek arra is, hogy tapasztalatuk szerint, melyek a gyermekeket veszélyeztető leggyakoribb problémák.

2011-ben súlyos problémát jelentett az igazolatlan hiányzások számának megemelkedése. Erről főként a középiskolák számoltak be, de sajnos az általános iskolákban is egyre gyakrabban megjelenő tényező. Ezzel némiképp összefügg, hogy az iskolák gyakran észlelnek magatartás és teljesítményzavart a tanulóik körében. Több évre visszamenőleg szerepel a leggyakrabban megjelenő problémák között a családok megélhetési, anyagi, lakhatási problémája. Az elmúlt évben ez emelkedő tendenciát mutat. A családok ellehetetlenülésével összefüggésben jelentkező tényezők, a családok életviteli problémái és a családon belüli konfliktusok. A megélhetés és a lakhatás veszélyeztetettsége feszültséget generál a családokban és ennek feloldására a családtagok nem a megfelelő megoldási módokat választják.

Kisebbségi arányban tapasztalható problémák az egészségügyi, valamint a lelki-mentális problémák és a jelzőrendszer tagjai szerint a munkanélküliség sem súlyos veszélyeztető tényező a velük kapcsolatba kerülő családoknál.

A jelzőrendszeri tagok a tavalyi évben több esetben is tettek jelzést a gyermekjóléti szolgálat felé. A védőnők és az óvodai gyermekvédelmi felelősök kevesebb mint fele, az általános iskolai gyermek- és ifjúságvédelmi felelősök 86%-a, a középiskolai ifjúságvédelmi felelősök közel 76%-a, a gyermekorvosok 23%-a, a bölcsődei gyermekvédelmi referens, a rendőrkapitányság, a nevelési tanácsadó, ill. a családsegítő szolgálat is jelzett a gyermekjóléti szolgálatnak.

Az iskoláztatási támogatás felfüggesztésének kérdésével részletesen foglalkoztunk a szakmai tanácskozáson. Kiváncsiak voltunk, hogy az alkalmazott új intézkedés csökkentette-e a gyermekek/ fiatalok igazolatlan hiányzásainak számát. A jegyzői gyámhatóság adatai alapján a 10 órát igazolatlanul hiányzott gyermekek száma 88 fő (1 %-a a tanköteles korú népességnek) volt, míg 50 órát igazolatlanul 44 fő (0,5 %-a a tanköteles korú népességnek) hiányzott 2011-ben.

Iskoláztatási támogatás felfüggesztésére irányuló eljárást 44 fő esetében indítottak, míg ténylegesen 38 főnél függesztették fel a támogatást. Utóbbiak közül 21 fő részesült rendszeres gyermekvédelmi kedvezményben, 17 fő nem részesült ilyen támogatásban. Az iskoláztatási támogatás felfüggesztésére irányuló eljárások során 21 főt vettek újonnan védelembe. 2011-ben 15 fő esetében szüntették meg az iskoláztatási támogatás felfüggesztését, melynek okai a tankötelezettség, illetve az igazolatlan hiányzások megszűnése voltak.

A szakemberek véleménye szerint az iskoláztatási támogatás felfüggesztése nem nyújt kellő motivációt sem a gyermeknek, sem pedig a szülőnek arra, hogy a tankötelezettség maradéktalanul teljesüljön, nincs szankció jellege, hiszen előbb vagy utóbb, de hozzá jut a család a támogatáshoz. *(Megjegyzés: Az elemzés készítése óta ezen a területen jogszabályi változásokat vezettek be!)* A középiskolás korosztálynál a szülők már kevésbé tudnak hatással lenni gyermekükre, így az intézkedés is eredménytelen. Az érintett fiataloknál inkább a szoros családgondozói kontroll és a prevenció jelentene jobb megoldást.

Az eseti gondnokok eltérő tapasztalatokkal rendelkeznek a családok együttműködési készségének vonatkozásában. Véleményük szerint sok család fölösleges procedúraként élte meg az együttműködést az eseti gondnokkal, de olyan is előfordult, a szülő örült, hogy nem neki kell gondoskodni a támogatás felhasználásáról. Jellemző volt, hogy a korábban ellátásban nem lévő gyermekek szülei szégyenként élték meg az eseti gondnokkal való együttműködést. Az iskolába járási hajlandóság ezen családok gyermekeinél javult.

Az iskoláztatási támogatást jellemzően élelmiszerre, ruházkodásra használták fel a családok a pénzfelhasználási tervnek megfelelően.

A gyermekvédelmi munkában nagyon fontos szerepe van a prevenciónak. A preventív tevékenység szerves része a gyermekek és fiatalok hasznos szabadidőeltöltésének biztosítása. Ennek érdekében a bölcsődék, óvodák, általános és középiskolák több programot biztosítanak a gyermekek és családjaik számára, de ezen a téren élen járnak a közművelődési intézmények.

A szabadidős programok a gyermekek életkorához igazodnak. A legkisebbek számára elsősorban a különböző ünnepkörökhöz kapcsolódó játszóházakat szerveznek a szakemberek. Az általános és középiskolák főként a tantárgyakhoz kapcsolódó szakköröket működtetnek, de több alkalommal szerveznek sportprogramokat és különböző táborokat is. A közművelődési intézmények esetében igen széles a választási lehetőség. Játszóházak, színház- és mozielőadások, koncertek, kirándulások, ismeretterjesztő előadások, sportrendezvények (pl. foci és streetball tornák) úszásoktatás, falmászás, nyári táborok, szakkörök, tanfolyamok, különböző profilú klubok, egyéni és csapatversenyek, vetélkedők, kiállítások várják a gyermekeket és fiatalokat.

A gyermekjóléti szolgálat munkatársai rendszeresen tartanak esetmegbeszéléseket, esetkonferenciákat. Ezeken a programokon az észlelő- és jelzőrendszer tagjai változó intenzitással vettek részt az elmúlt évben. Legaktívabbak a védőnők, az általános és középiskolák valamint az óvodák voltak. Képviselőik rendszeresen megtették jelzéseiket és részt vettek a szakmai megbeszéléseken és az esetkonferenciákon.

A szakemberek lehetőségeikhez mérten több alkalommal megjelentek gyermekvédelemmel kapcsolatos továbbképzéseken és programokon is.

A gyermekvédelmi észlelő- és jelzőrendszert folyamatosan kell működtetni. Egy jól működő és hatékony jelzőrendszer időben észleli és jelzi a problémát és akár választ is tud adni a probléma megoldására. A szakemberek cserélődése miatt nagyon fontos az új tagok bevonása és aktivizálása a rendszerben. Ezért a kezdeti időszakban gyakoribb kapcsolattartásra van szükség ezekkel a szakemberekkel, így folyamatos információval rendelkeznek arról, hogy mikor, hogyan és mit jelezzenek.

Nagyon fontos, hogy a jelzőrendszeri tagok számára egyértelműek legyenek a feladataik, tudják miért tartoznak felelősséggel, és tisztában legyenek a kompetenciahatáraikkal is.

A jól működő jelzőrendszerben folyamatos az információáramlás, a tagok tudják, hogy mikor és mit jelezzenek, és a jelzésükre érdemi választ kapnak a gyermekjóléti szolgálattól. Nagyon fontos azonban tudatosítani a tagokban azt is, hogy tevékenységük nem merül ki abban, hogy jelzést tesznek a gyermekjóléti szolgálatnak. A gyermekvédelem szereplőinek megfelelő együttműködése esetén, a szakemberek a problémák kezelésében is tevékenyen közreműködnek.

A hatékony együttműködéshez a jelző rendszer tagjainak rugalmasnak, nyitottnak kell lenniük, jó kommunikációs készséggel kell rendelkezniük, képesnek kell lenniük a konfliktuskezelésre, tudniuk kell rendszerben gondolkodni és csapatban dolgozni és el kell tudniuk fogadni a másikat és az ellentétes véleményeket is.

A gyermekvédelmi feladatot ellátók 2011. évi együttműködését illetően a jelzőrendszeri tagok többsége pozitív tapasztalatokat szerzett. Az együttműködés megfelelőnek, gördülékenynek bizonyult, rendszeres kapcsolattartás, kölcsönös segítségnyújtás, segítőkészség, a jelzésekre történő gyors reagálás, visszajelzés jellemezte.

Kiseb részben azonban negatív tapasztalatok is megjelentek az együttműködést illetően:

- az észlelő- és jelzőrendszer tagjai nem mindig jelzik időben és írásban a gyermekekkel kapcsolatosan észlelt problémákat a jegyzői gyámhatóság felé,
- a gyermekvédelmi szakemberek szerint lassú a hatósági intézkedés menete,
- ideiglenes hatályú elhelyezés szükségessége esetén a rendőrség, mint lehetséges beutaló szerv nem intézkedett ideiglenes hatályú elhelyezésről,
- az igazolatlan hiányzások jelzése nem minden esetben történik gördülékenyen,
- a szakemberek közötti kapcsolattartás, időpont egyeztetés nehézkes a szakemberek leterheltsége, elfoglaltsága miatt

A gyermekvédelmi feladatot ellátók hatékonyabb együttműködésének érdekében a szakemberek a következő javaslatokat tették:

- szoros együttműködés és gyakoribb személyes találkozás, konzultációk, tapasztalatcserék, eszmegbeszélések a jelzőrendszeri tagok között,
- közös családlátogatások a jelzőrendszer tagjaival,
- gyakoribb közös szakmai fórumok,
- a szakemberek kompetenciahatárainak tisztázása és betartása,

- gördülékenyebb kapcsolatfelvétel a szakemberek között,

A gyermekvédelmi tanácskozás egyik célja, hogy felszínre kerüljenek azok a problémák, amelyek veszélyeztetik a településen élő gyermekek egészséges fejlődését, ugyanakkor meghatározásra kerüljenek javaslatok a feltárt problémákra és a gyermekek helyzetének javítására.

A szakemberek véleménye szerint a veszélyeztetett gyermekek esetében a fokozatosság elvét kellene érvényesíteni (alapellátás, védelembe vétel és csak legvégső esetben a családból való kiemelés). A gyermekek számára ingyenesen elérhető színvonalas szabadidős és prevenciós programokat kellene biztosítani. Ehhez fontos lenne, több pályázati lehetőség biztosítása. A szakembereknek hangsúlyozni kell a családi és intézményi szocializáció fontosságát, és elő kell segíteni a halmozottan hátrányos helyzetű gyermekek minél előbbi gyermekintézményben történő elhelyezését. A szülők számára tájékoztató előadásokat, prevenciós programokat kell szervezni, melyek alkalmasak a szülők gyermekeikkel szembeni felelősségérzetének felkeltésére. A családok szociális helyzetének javítását elősegítő politikai döntéseket kell szorgalmazni helyi és országos szinten egyaránt. Bizonyos esetekben hatékonyabb hatósági fellépésre és beavatkozásra van szükség a veszélyeztetett gyermekek védelme érdekében (elsősorban a Rendőrség részéről). Az iskolai agresszió vonatkozásában megfigyelhető emelkedő tendencia visszafordítása érdekében iskolapszichológusok alkalmazására és az iskolai szociális munka széles körben történő elterjesztésére van szükség.

### **Konklúzió**

Az észlelő- és jelzőrendszer alapvető feladata, hogy a probléma észlelése, felismerése után jelezze azt a gyermekjóléti szolgálatnak. Emellett a rendszer tagjainak feladata az is, hogy a gyermekeket érintő veszélyeztető problémákat a saját szakmai eszközeikkel, kompetenciahatáraik betartásával – a gyermek mindenek felett álló érdekét figyelembe véve – kezelni próbálják.

A szakmai munka során fontos azonban szem előtt tartanunk, hogy a gyermekvédelem rendszere, a gyermekvédelmi tevékenység, csak akkor lehet eredményes, ha az abban részt vevő szakemberek képesek egy adott cél érdekében a közös gondolkodásra és az együttműködésre.

Felhasznált irodalom:

Gyermekvédelmi protokollok: Gyermekjóléti szolgálat - A jelzőrendszer működtetése

*Készítette: Kránitzné Réthy Anna  
módszertani munkatárs  
Pálos Károly Szociális Szolgáltató Központ és  
Gyermekjóléti Szolgálat*

*Az alábbi szakmai anyagot készítette a Módszertani Gyermekjóléti Szolgálatok munkacsoportja és konszenzussal elfogadta a Módszertani Gyermekjóléti Szolgálatok XII. Országos Konszenzus Konferenciája.*

## **A testkép zavarai és táplálkozási devianciák, avagy az irracionális evés**

### ***I. A mi történetünk - bevezetés***

2010-ben készítettük azon szakmai anyagunkat, melyben a gyermekjóléti szolgálatok feladatait taglaltuk a kábítószerhasználat megelőzésében és a szerhasználattal érintett gyermekek ellátásában. A probléma kezelése fokozott együttműködést, közös gondolkodást igényel valamennyi észlelő- és jelzőrendszeri taggal, kiemelten az egészségügyi szolgáltatókkal, tekintettel arra, hogy különböző nézetek csapnak össze a kábítószer-probléma ellátása kapcsán. 2011-ben folytattuk a témában közös gondolkodásunkat, így készült el az az anyag, melynek alapvető célkitűzése, hogy segítséget nyújtson szakembereknek a fogalmi tisztázásban.

Már ekkor ott motoszkált szakembereink fejében, hogy a tárgyalt deviancián túl egyéb jelentkező, vagy már régen meglévő és napjainkban egyre inkább fókuszba kerülő más problémákkal is találkozunk, amelyekről fontos beszélünk. Ilyenek az evészavarok és azok egyre változatosabb formái, melyek arra utalnak, hogy az utóbbi évszázadban az evés egyre irracionálisabbá vált. Több település gyermekvédelmi tanácskozásán megjelent problémaként az obesitas, annak kezelése, az iskolai büfék egészségmegőrzés szempontjából nem megfelelő kínálata, és sajnos az egyéb, sokszor a média által is preferált szélsőséges ideálok közvetítése.

Korábbi anyagaink üzenetéhez hasonlóan a probléma tárgyalása, a kapcsolódó fogalmak tisztázása, és a problémamegoldáshoz lehetséges alternatíva nyújtása jelen anyagunknak is fontos kulcstényezői.

### ***II. Testképek kialakulása***

Testkép fogalma alatt az egyén saját testével kapcsolatos pszichológiai élményeit és attitűdjeit értjük, amelyek a társadalomról és a kultúráról alkotott nézetek megjelenését vonják maguk után. Ahogyan maga a test, úgy a testkép is önmagán túlmutató jelentéseket hordoz: egyfelől a külvilággal, másfelől az egyén pszichéjével kapcsolatos állapotok jelennek meg benne, olvashatók le róla. A külső és belső hatások nem vonatkoztathatók el egymástól, hanem állandó kölcsönhatás tetelezhető fel közöttük. A pszichológiai élmény jelzi, miként viszonyulunk saját testünkhöz: pl. szeretjük, óvjuk, utáljuk, idegennek érezzük. Az érzések széles skálán mozoghatnak: szélső értékei az imádat és utálat.

A testkép alakulására nagy hatással van az anya. A saját testhez való viszonyulás emlékei már a korai életszakaszban beleívódnak a gyermek személyiségébe. Az anya szeretetteljes simogatása, ringatása, a szoptatás nyugodt légköre bevésődik a csecsemőbe. Ha a korai években türelmetlen, elutasító bánásmódban részesül a kisgyermek, hátrányba kerülhet saját teste elfogadásakor.

Később a többi családtag és a tágabb környezet (pl. kortársak) is alakítják, formálják a testünkről kialakított képet.

A környezet kritikai megjegyzései befolyásolhatják, növelhetik a saját test iránti elégedetlenséget. A dicséret, az elismerés viszont erősíti a gyermek hitét abban, hogy ő elfogadható, szerethető.

Testképünk nem állandó, sok tényező befolyásolhatja pl.: média, évszakok, párkapcsolat, természeti, társadalmi környezet.

Ha túl nagy az eltérés az ideálisnak vélt és a valós testalkat között, negatívan fogunk viszonyulni a saját testünkhöz.

Fontos lehet még az ideális testkép és a reális testkép egymáshoz való viszonya. A testideál személyenként, de koronként és kultúránként is változik, míg az átlagember testalkata kevésbé.

### **Normalitás - abnormalitás<sup>1</sup>**

Minden társadalomnak megvan a maga szabály-, vagy normarendszere arra vonatkozóan, hogy milyen viselkedést tart elfogadhatónak. Az ettől a normától számottevően eltérő magatartás abnormalisnak minősül. Azonban ami az egyik társadalomban teljesen normális viselkedés, egy másik társadalomban abnormalisnak bizonyulhat. Másik gond, hogy az abnormalitás fogalma időről-időre egyetlen társadalmon belül is változik. Az abnormalitás definíciójának következtésképpen túl kell lépnie a társadalmi elfogadottság kritériumán.

A normalitás következő kritériumaival, jellemzőivel a legtöbb pszichológus egyetért, azonban ezek a jellemzők nem vonnak éles határt a mentális egészség és betegség között, inkább olyan vonásokat képviselnek, amelyekkel az „egészséges” emberek nagyobb mértékben rendelkeznek.

*A normalitás kritériumai:*

- hatékony valóságészlelés;
- általános alkalmazkodó képesség;
- viselkedés akaratlagos szabályozásának képessége;
- önismeret, realitáskontroll, interperszonális kompetencia;
- önértékelés és elfogadás;
- érzelmi kapcsolatok kialakításának képessége;
- alkotóképesség;
- örömképesség;
- frusztrációtűrés, érzelmi terhelhetőség;
- autonómia.

Több tényező is befolyásolja, hogy egy adott társadalom tagjai mit tartanak normálisnak és mit abnormalisnak.

Az őskorban a test funkciója volt a fontos, vagyis az volt a normális, ha a test az adott társadalom elvárásainak eleget tett (a gyermeket szülő nő asszonyi teltsége egészséges, természetes volt, a vadászó férfinak kellett az izomerő). Az őskori szépségideálról a legismertebb fennmaradt nőábrázolás a Willendorfi Vénusz.

Az ókori Rómában fontos volt a test és a szellem összhangja, a harmónia és a visszafogottság. A római nők már különböző kellékeket is használtak azért, hogy szépségüket fokozzák (például: parókák, festett haj, kencék és maszkok). Előkelőnek számított a fehér arc, ránctalan bőr. A krétai nő példaképe a Nagy Istennő volt, akinek a dereka vékony, idomai, csípője telt.

A görögök életfilozófiájában az egészséges és szép emberi test központi kérdés volt, így a harmonikus mozgás és a kiegyensúlyozott, derús létezés alapvetően meghatározta külső megjelenésüket. A görög testkultúra és szépségkultusz az emberi szépséget állította középpontba, a testet ezért nem elfedték, hanem megmutatták. A meztelen emberi test egyébként is a harmóniát, az esztétikai szépséget jelentette, ez tükröződött a meztelenül ábrázolt szobrokon is. Az ókori görögök, különösen a férfiak sokat foglalkoztak testük egészségével, izmaik fejlesztésével. A gyakori háborúzások idején sokat nyomott a latba, hogy az illető mennyire volt ereje teljében, az egészséges jó állapot az életet jelentette.

A középkorban a vallás befolyásolta a testkép kialakulását, a kereszténység szerint a test „bűnös hús” volt, a megváltás helye. Az uralkodó felfogás szerint a testet kordában kell

---

<sup>1</sup> MOGYESZ Konszenzus kiadvány 2008



tartani. A feudális berendezkedésből fakadó társadalmi kontroll nagyon erős volt, az egyes társadalmi osztályoknak szinte előírták, milyen alkattal rendelkezzenek (pl. a pap legyen sovány, szikár). A középkor testábrázolásai a mérsékletességet fejezik ki (szobrok, festmények, freskók).

A reneszánsz korban a kövérség a fényűző életmód jele volt, a kar, a váll megvastagodva volt vonzó.

A romantika korában az ideális testkép tükrözi a nemiség fontosságát (a nő legyen nő, a férfi legyen férfi). Ezt a külsőségekkel is hangsúlyozták (hajviselet, kiegészítők, ruházat stb.).

A modern újkorban változik a koronkénti szépségideál (pl. egyre vékonyodik a női testalkat). Ugyanakkor megfigyelhető az uniszex, mint társadalmi jelenség. Az elmúlt évtizedekben a testről alkotott vélemény három dimenzióban változott. Egyrészt a szolgáltatóipar előtérbe kerülésével és a hagyományos munkásosztály egyidejű hanyatlásával megváltozott az életstílus, a heroikus munkaerőkölcs kezdett kimenni a divatból és egyre nagyobb szerepet kapott a sport, szabadidő, szórakozás. Új hangsúly jött létre: a jó kondíció, a szép test megőrzése, az öregedés késleltetése. A testről alkotott véleményváltozást másrészt a nemek közötti viszony átalakulása idézte elő. A feminizmus számos elméleti kérdést generált, amelyben az emberi test státusza megváltozott. Megjelentek a radikális feminista irányvonal képviselői, akik a férfiak és nők közötti különbségek teljes felszámolását tűzték zászlajukra. Figyelmen kívül hagyták a férfi és női test, az élettani folyamatok, a személyiség, az attitűdök, az életstílusok közötti természetes nemi eltéréseket. Az ebből adódó nézeteltérések megemelték a test státuszát a természet és kultúra viszonylatában. A harmadik tényezőcsoport a demográfiai átmenet, mely a test témáját politikai jelentőségre emelte. „Gerontokratikus társadalomban élünk”- írta Szent-Györgyi Albert, aki felismerte az öregedő társadalomban rejlő veszélyeket. A várható élettartam növekedése csak egyik eleme egy terjedelmesebb forgatókönyvnek, amelyben a szervátültetés, a mikrosebészet, a géntérkép felfedezése, összejt technológia és a gyógyszergyártás fejlődése is fontos szerepet kap.

A nyugati kultúrákban, társadalmakban az egészséges, társadalmilag a vékony az elfogadott testalkat, a kövérséget a lustasággal, a betegséggel, az önkontroll hiányával azonosítják, míg Nyugat-Afrikában, Új-Guineában a kövérséget a gazdagsággal, erővel, egészséggel azonosítják.

A 21. század a multikulturális társadalmak időszaka, melynek háttérében a globalizációs tendenciák állnak. A média, a magazinok, a reklámok alakítják ízlésünket anélkül, hogy tudatában lennénk mindezeknek. Az infokommunikációs technikák gyors fejlődésének köszönhetően megszűntek a földrajzi távolságok. A testképet befolyásoló trendeket, a divatáramlatokat ugyanazok a nemzetközileg ismert cégek diktálják a különböző kontinenseken ugyanazon időben.

Hajlamosak vagyunk elfelejteni a médiából sugárzott tökéletes testképpel kapcsolatosan, hogy az sokszor a retusálás, (photoshop technika) eredménye. A valóságot a média megváltoztatja, a kiválasztott témákból divatot kreál. A tömegkommunikáció hatása által megfigyelhető az a szociálpszichológiai jelenség, hogy az emberek konform módon követik a feléjük közvetített információt.

### **Életkori szakaszok és a testkép**

Életünk kezdeti időszakában a magunkról kialakított kép megformálásában a legnagyobb szerepet az anya kapja. Az anya közvetett és közvetlen visszajelzései, magatartása, érzelmei, viszonyulása a gyermekhez nagyban meghatározza, ki mit gondol a testéről. Szintén lényeges és fontos elem a testkép alakulása szempontjából a családi minták, az értékrend, az életmód, a szokások, az elvárások, a hagyományok.

Csecsemő- és kisgyermekkorban a kövérség még a legtöbb kultúrában elfogadott, egyes társadalmi csoportoknál szinte egyenesen követelmény, hiszen a kövér kisgyermek képe

szimbolizálja az egészséget, jó tápláltságot. Ez valószínűleg összefügg azzal a gondolatmenettel, hogy az anya feladata a táplálás, és a tápláltság fokáról a csecsemő, kisgyermek testalkata „árulkodik”.

Az óvodás korú gyermeknél, a testkép kialakítására, az önértékelésre már hatással vannak a kortársak is, mivel a gyermek már kilépett a „másodlagos szocializációs színtérre”, így az ott megtapasztalt élmények is jelentősek.

Iskoláskorban, főként a kamaszkorban egyre erősödik a kortársak hatása, már sokkal fontosabb a kamasz számára, hogy mit mondanak társai, mint a szülei. A tinédzser kor elején a fiatalok hirtelen érdeklődni kezdenek saját és mások kinézete iránt, egyre tudatosabban foglalkoznak testükkel. Egy kiskamasz számára a külső megjelenés nem holmi csacska hiúsági kérdés, neki tényleg meg kell tudnia, hogyan is néz ki valójában, meg kell tanulnia, hogyan viselje magát a világban, ki kell tapasztalnia, hogy milyen benyomást tud és akar kelteni másokban, mit szeretne kihangsúlyozni, és mi az, amit inkább elrejtene.

A testkép, vagyis a megjelenésünkről alkotott elképzelés alapvetően a kamaszkorban alakul ki leginkább annak alapján, ahogy magunkat a tükörben, és mások tekintetében tükröződni látjuk. A testkép sohasem objektív abban az értelemben, hogy nem egyszerűen a pontosan rögzített részletek összességéből áll (pl. szőke haj, mandulavágású szemek, kissé elálló fül), hanem egy egészévé rendezett kép, amihez érzelmi viszonyulás is tartozik.

A tinédzserek testképe kifejezetten sérülékeny, hiszen a test állandó változásban van, és nem mindig felel meg az őket bombázó kulturális üzeneteknek. A csúfolódások, kritikák ebben a korban nagyon fájdalmasan érintik a fiatalokat, akik gyakran összehasonlítják magukat társaikkal, médiaszereplőkkel, és általában azzal az ideállal, ahogy „ki kéne nézniük”. Kultúránkban rengeteget számít a kinézet, a példaképek pedig elérhetetlenek és irreálisak – ezért ne csodálkozzunk, hogy a legtöbb kamasz elégedetlen a megjelenésével.

Kamaszkorban gyakran előfordul, hogy a gyermek személyiségébe beépül a választott modell viselkedésmintája is, azonosul az általa kiválasztottal (*identifikáció*), sajnos sok esetben szélsőséges, kóros megoldásokat (anorexia, bulimia) is választ azért, hogy a hön áhított testalkattal rendelkezzen.

Az *interiorizáció* során a gyermek értékrendje már megegyezik a választott modell értékrendjével, úgy, hogy a modell személye már másodlagos. Ebben az életkori szakaszban a legveszélyesebb a különböző szélsőséges csoportok hatása, melyek már nem csak a külső megjelenést, hanem a viselkedést, a magatartást is szabályozzák (pl.: emo).

A testünkről kialakított kép felnőttkorban is folyamatos változásokon megy keresztül az említett hatásokról köszönhetően. Az viszont megállapítható, hogy a gyermekkorban szerzett tapasztalataink nagyban befolyásolják azt a magatartást, mellyel testünkhöz viszonyulunk.

### ***III. Az evészavarok történeti előzményei***

Evészavarokkal küzdő személyek már az ókorban is megjelentek, azonban e problémával az orvostudomány a 80-as évektől kezdett komolyabban foglalkozni. Az evészavarok, vagy, ahogy gyakorta nevezik: táplálkozási, étkezési zavarok kialakulására nagy hatással van a mai divat, hisz a soványság, karcsúság egyre elfogadottabb. Táplálkozási zavarral leginkább a fiatal korosztályban lévő nők és férfiak küszködnek, valószínűleg a fokozódó „kulturális nyomás” hatására. Az elmúlt időszakban a test, illetve a test alakja került a társadalmi érdeklődés középpontjába. Az evészavarokkal küzdő személyek, sokszor észre sem veszik, hogy milyen súlyos betegségben szenvednek, a jellemző az, hogy a közeli hozzátartozók (pl.: szülők, rokonok) hatására keresnek fel szakembert.

#### ***Anorexia nervosa***

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.

Az anorexia nervosa történelmi kialakulása visszanyúlik egészen a 13. századig, amikor is megjelentek az éhezõ szentek, akik alig ettek, vagy szent ostyán éltek. A koplalásnak többféle célja volt pl.: megtisztulás, vezeklés, de az éhezés az ördögi megszállástól való megszabadulást is jelentette.

A 15.-16. században az éhezést összekapcsolták a boszorkánysággal. „Boszorkánymérleget” használtak, hogy megítéljék azt, hogy valaki elítélhető-e. Ha a nõ túl könnyû volt, akkor a boszorkányság vádjával illették, hiszen annyira könnyû, hogy repülhet seprûn. (Túry, 2001). A késõbbiekben megjelentek a csodálatos lányok, koplaló lányok, akik híresek voltak vékonyságuk miatt, többször ellenõrizték súlyukat is, hogy ne csaljanak.

A 18. század végén jelent meg az éhségstrájk, aminek fõként politikai célja volt. A 19. században megjelentek az éhezõmûvészek. „Az élõ csontvázak” vásárokbán, cirkuszokban voltak láthatók belépõdíj ellenében, tehát az éhezéssel keresték meg a kenyérre valót. Az éhezõmûvészek fõként férfiak voltak.

Középkori eredetûek az elsõ orvosi leírások, melyek az éhezést már betegségnek írták le. 1689-ben egy angol orvos, Richard Morton két beteg lesóványodásának történetét írta meg. Végül 1873-ban jelent meg az anorexia név. A kórképet Gull angol orvos és Laségue francia professzor írta le egymástól teljesen függetlenül.

A betegség hátterében ekkor még a biológiai magyarázatokat részesítették elõnyben, belgyógyászati, majd hormonális okokat gyanítottak.

Az 1960-as évektõl jelent meg a testkép zavarának a fontossága. Ekkor azt gondolták, hogy a betegek képtelenek reálisan megítélni a testsúlyukat. Ezt követõen már foglalkoztak a családi háttérrel is.

Az 1900-as évektõl a komplex betegségértelmezés terjedt el, ezekben szerepet tulajdonítanak a biológiai tényezõknek, a pszichológiai, lelki faktoroknak, és a társadalmi, vagyis szociális összetevõknek egyaránt.

### ***Bulimia nervosa***

A bulimia nervosa „ökorévtágyat” jelent, leginkább farkaséhségnek fordíthatjuk.

Hippokratésztõl származik az elsõ leírás. Az ókori Rómában a nagy lakomák után gyakran önhánytatással szabadultak meg az elfogyasztott ételtõl. Ez azonban nem tartható bulimiának, mert különbözik a bulimiások betegesen titkolt tüneteitõl.

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-tõl tekintik igazi betegségnek. Russel angol professzor önálló kórképként, bulimia nervosaként írta le.

## ***IV. Evészavarok és azok jellemzõi<sup>2</sup>***

### **Evészavarok és azok típusai**

Az étrend, a diéta, az aszketizmus minden kultúrában a test fölötti fegyelem példái, ezeket gyakran támogatta valamilyen világnézeti meggyõződés is. Az ezzel szembeni örömelvûség, a hedonizmus, elutasítja a fegyelmezettséget.

A kettõs készítésben, az aszkézis – hedonizmus pólusaiban a táplálkozás területén az aszketizmus az anorexia, a fegyelmezetség az orthorexia, a hedonizmus a bulimia formáiban ölthet testet.

---

<sup>2</sup> A fejezet a Magyar Tudomány, az MTA folyóiratának 2010/11. számában megjelent „Az evés és testképzavarok újabb típusai a modern civilizációs ártalmak között”, illetve dr. Túry Ferenc „Anorexia és bulimia: az evés zavarai a mindennapos gyakorlat szemszögébõl” címû cikkek felhasználásával készült.

### ***Anorexia nervosa (AN)***

Az AN alaptünete a súlyhiány, a súlyfóbia, a testképzavar és az amenorrhoea. A súlyfóbia (más néven: obezitofóbia) az elhízástól való félelmet jelenti súlyos soványság esetén is. Az AN-s testképzavart az jellemzi, hogy a betegek kövérnek tartják magukat soványan is, nem tudják reálisan észlelni testüket. Mások alakját azonban jól meg tudják ítélni, a testképzavar csak a saját testre vonatkozik. A súlyhiánynak legalább 15%-osnak kell lennie. A normális testsúlytartomány gyakran használt mutatója a testtömeg-index: a testsúly (kg) osztva a testmagasság négyzetével (tm<sup>2</sup>), ennek normális tartománya 18,5-25 kg/tm<sup>2</sup>, illetve férfiakban 20-25 kg/tm<sup>2</sup> közötti. Az amenorrhoea bizonyos testsúlyhiány mellett szinte automatikusan jelentkezik.

Az AN-sok bőre száraz, lanugóval (szőrrel) fedett, hajuk hullik, bradycardiások (alacsony pulzusszám), vérnyomásuk alacsony, vitális funkcióik lelassultak. Osteoporosis, hormonzavarok, emésztési zavarok, székrekedés lép fel. A vitális funkciók lassulása ellenére gyakori a mozgásos hiperaktivitás. A betegek személyiségére a perfekcionizmus, teljesítmény-orientáció, túlkontrolláltság, kényszeresség jellemző. Kerülik az érzelmeket, a szexualitást is. Személyiségük részben meg is változik, visszahúzódó, dacos, gyakran depressziós lesz a beteg, betegségbelátása nincs.

### ***Bulimia nervosa (BN)***

A BN tünetei sokban hasonlítanak az AN tüneteire, a két kórkép gyakran kevert formában is észlelhető (bulimarexia). Ezt a legújabb betegségsztyalizációs rendszer az AN bulimiás altípusának tartja.

Alaptünetek a falásrohamok, amelyekre a kontrollvesztés érzése jellemző, továbbá testsúlycsökkentő manipulációk (önhánytatás, hashajtózás, vízhajtózás, koplalás, testedzés), a testképzavarnak megfelelő állandó aggodalmaskodás a testsúly és alak miatt, valamint a tünetek bizonyos gyakorisága (legalább heti két falásroham). A BN minden tápláltsági állapotban megjelenhet, általában normális testsúllyal jár.

A BN-s tünetek gyakran rejtettek maradnak. Az epizódokat szénhidrát-preferencia jellemzi, néha éjszaka jelentkeznek: ekkor félálomszerű, disszociatív állapot lehet jellemző. Az epizód akár naponta többször is felléphet, több ezer kalória elfogyasztásával járhat, rövid ideig tart. A hányás során a gyomorsav a fogak belső felszínén zománceróziót okoz, ezért a rejtett zavar felismerésében a fogorvosok szerepe jelentős. A hányások vagy a vízhajtózás miatti kálium- és egyéb ionvesztés életveszélyes szívritmuszavarok vagy görcsös roszullétek forrása lehet. A testi szövödmények között még a ritka, de életveszélyes gyomorrepedés emelendő ki. Fatális szövödményt okozhat a hányás során jelentkező aspiráció is.

A két klasszikus forma, az anorexia nervosa (AN) és a bulimia nervosa (BN) mellett egyre újabb kórképek tűnnek fel, melyek az alábbiak:

### **Multiimpulzív anorexia és bulimia**

Az elmúlt két évtizedben megszorodtak a BN-t kísérő impulzuskontroll-zavarok. Emiatt a BN egyik altípusát is leírták, ez a multiimpulzív BN. Ezután a multiimpulzív AN felismerése is egyre gyakoribb lett. Az impulzuskontroll zavarai az érzelmileg labilis (borderline) személyiségzavar talaján léphetnek fel, s a következő tüneteket jelentik: alkoholizálás, drogozás, önsebzés, öngyilkossági kísérletek, kleptománia, promiszkuitás. Rossz prognózisú altípusról van szó, amelynek kialakulásában a traumatikus kórelőzmény gyakran fontos szerepet játszik. Előfordul, hogy az anorexia nervosa tüneteit mutató serdülő a bulimarexiának tartható stádiumon átjut a bulimia nervosa tüneteivel jellemezhető állapotba, s akár évek alatt, felnőtt korára a multiimpulzus kontroll zavarral jellemezhető klinikai képet láthatjuk a személyiségzavarra utaló fenti tünetekkel együtt. A jelenség egy folyamat, alátámasztja az evészavar spektrum szemléletét.

### **Falászavar (binge eating disorder)**

Az elhízásban szenvedők között is gyakran előfordulnak a falásrohamok, de általában nem járnak kompenzáló viselkedésformákkal, mint a BN – azaz a betegek túleszik magukat, de nincs önhánytatás, hashajtózás. Az elhízottaknak ezt a csoportját elkülönítették, s így született meg a falászavar fogalma. Ez a betegség tehát az elhízás és a BN között foglal helyet.

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.

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.

A falásrohamok átlagosan legalább hetente két napig jelennek meg hat hónapon keresztül. A falásroham nem társul rendszeres kompenzáló viselkedéssel.

### **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. A betegek nem esznek látványosan sokat, inkább többször eszegetnek, de az önhánytatás vagy a hashajtózás ettől függetlenül rendszeresen előfordul. Lehetséges, hogy a purgáló zavar helyettesíti a BN egy részét.

### **Orthorexia nervosa<sup>3</sup>**

A szindrómát nem könnyű diagnosztizálni, mivel nagyon nehéz megmondani, hogy hol a határ az egészséges táplálkozásra való normális törekvés és az orthorexia között. Az orthorexiásoknak nincs betegségtudatuk, sőt úgy gondolják, hogy mindent megtesznek egészségük érdekében. Ezért pszichológushoz csak akkor fordulnak, ha más problémájuk is van, például párkapcsolati nehézségekkel küzdenek. Ilyenkor kerülhet a felszínre az orthorexia a háttérben meghúzódó problémákkal együtt. Bratman saját tapasztalatból tudja, hogy miről beszél: maga is megjárta a poklot, kommunában élt, rigid diétákat követett: aszketikusan, mindent félszázszor megrágott, majd biokertészként csak a saját terményeit volt hajlandó fogyasztani, de csak a learatásuk utáni 15 percen belül.

Az ételhez, étkezéshez kapcsolódó kényszeres jellegzetességek gyakoribbá válásával jelent meg az orthorexia is az evészavarok palettáján. Az egészségesétel-függőségként leírt kórkép az evészavarok egyik legújabb típusának tekinthető.

Az orthorexia esetében az evészavar fókuszában nem az étel mennyisége, hanem a minősége áll. Az egészségesnek vélt ételekkel kapcsolatban patológiás mértéket is elérő kényszerszorgolatok és kényszeres viselkedésformák jelennek meg, ennek következtében

---

<sup>3</sup> A kórképet Steven Bratman alternatív gyógyászattal foglalkozó amerikai orvos figyelte meg és nevezte el egy másik táplálkozási zavar, a kóros koplalásként ismert anorexia nervosa mintájára. Bratman 1997-ben diagnózist állított fel, majd néhány évvel később könyvet is szentelt a témának. A címe sokat elárul: Health Food Junkies, vagyis Egészségesétel-függők.

szigorú diétás megszorítások alakulnak ki. A különös evési szokások, az ételszelekció és az ahhoz kapcsolódó hiedelmek jellemzőek, s ezeket sokszor vallási, politikai, etnikai vagy akár higiéniai magyarázatok fedik el.

Az orthorexia jelensége nem merül ki az egészségesnek vélt ételekhez, illetve életmódhoz kapcsolódó függőségben, különböző megrögzött evési szokások, ételszelekció, ételkészítési rituálék és szigorú szabályok átfogó rendszere alakulhat ki. Sokan kerülnek a mesterséges színű, ízesítésű, tartósítószerrel tartalmazó ételeket. A megfertőződéstől való félelem, a genetikailag módosított összetevőkhöz, egészségtelen zsírokhoz, túl sok só, vagy cukor fogyasztásához vagy más összetevőkhöz kapcsolódó kényszeres hiedelmek nagymértékben befolyásolják a táplálkozást. Az ételek elkészítési módjára, a konyhafelszerelésre és más, ételhez, evéshez kapcsolódó eszközökre is nagyobb figyelem fordítódik, illetve ezekhez kapcsolódóan meghatározó rítusok és rituálék alakulnak ki. Ezt a zavart a mai médiumok (számos TV-csatorna, hetilap, szórólap, hirdetések) naponta megerősítik.

A zavar kiváltó okaként sok esetben valamilyen szomatikus betegséget fedezhetünk fel, amelynek kompenzálásaképpen kezd a személy diétába, életmód-változtatásba. A zavar hátterében még súlyos önértékelési zavar, büntudat, a női/férfi identitás válsága, a kontrollvesztés érzése, vagy annak elvesztésétől való félelem is fellelhető. A kezdetben ártatlanul 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 vélemények, hogy önálló zavarként, vagy más zavarhoz kapcsolódó tünetegyüttesként közelítünk az orthorexiás jelenségekhez. Nem egészen tisztázott az sem, hogy az orthorexia az evészavar- vagy a kényszerspektrum részének tekinthető-e.

Az eddigi vizsgálatok alapján az orthorexia fokozott kockázatú csoportjának tekinthetők az egészségügyi dolgozók, illetve a sportolók. Valószínű az is, hogy a testideálok – mint a soványságideál és az izmosságideál – kockázati tényezőnek tekinthetők a kényszeres diéta szempontjából, s így szerepet játszhatnak az orthorexia kialakulásában, fokozva a külső megjelenéssel kapcsolatos elégedetlenséget, a testtel kapcsolatos szorongást.

### **Az evészavar-spektrum**

A kontinuumhipotézis az evészavarok kapcsolatainak megértését segíti elő, mely a pszichiátriában egyre terjedő spektrumszemlélet alapján áll. Az evészavar-kontinuum több szempontból értelmezhető. A statikus kontinuum azt jelenti, hogy az egyes körülírt betegségkategóriák érintkeznek egymással, részben fedhetik egymást. A dinamikus kontinuum az időbeli változásokra utal, mivel az egyes formák idővel átmehetnek egymásba. Gyakori, hogy a kisgyermekkorú obezitás után a pubertásban AN jelentkezik, majd BN alakul ki. A súlyosság szerint is van kontinuum: ez a szubklinikai és klinikai súlyosságú formák átmenetét jelenti. A komorbiditási kontinuum pedig a más pszichiátriai kórképek felé mutatott fokozatos átmeneteket takarja (lásd a betegségmodelleknél).

### **Az evészavarok prognózisa**

Az evészavarok lefolyása általában krónikus, nem ritkán évekig, évtizedekig is húzódhat. A krónikus lefolyás az életminőséget súlyosan rontja. Spontán javulás főleg az enyhe kórképekben fordul elő.

Az AN mortalitása magas, a betegség kezdetét követő tíz éven belül 8% körüli a legjobb evészavar-klinikákon is: súlyos kórformáról van szó. 20 éves követés után a mortalitás a 20%-ot is eléri. Ennek oka a súlyos alultápláltság, interkurrens fertőzések, öngyilkosság, szívmegállás. BN-ban a tünetek jelentős csökkenése a kezelt betegek kétharmadában észlelhető. A teljes tünetmentesség azonban ritka, jóval gyakoribb, hogy egyes tünetek évekig fennállnak, tünetcsoportok, magatartásjegyek az életvitel részeivé fixálódnak. Az enyhébb tünetekkel járó, ambulánsan is kezelhető formák prognózisa jobb.

## V. Modern testképzavarok<sup>4</sup>

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. Ezt támasztja alá a férfiak körében a plasztikai sebészeti beavatkozások, különösen a hajátültetés ugrásszerű megszorodása, vagy a testépítés és a fitness iparágga 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 (pl. a serdülők preferálta „kockahas”), bár a karcsúság követelménye is terjedni kezd.

A testképzavarok ugyanúgy érintik a női, mint a férfipopulációt. Az edzőterekben nemcsak férfiakkal, hanem izmosodni, szálkásodni vágyó nőkkel is nagy számban lehet találkozni.

### Testedzésfüggőség

Az addiktív zavarok sorában a testedzésfüggőséget is leírták (futásaddikció 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 különítik el (az utóbbi más zavarok, például evészavarok következménye). A primer formában a fizikai aktivitás öncélú. A testedzésfüggőség klinikai tünetekhez vezethet, és a következők közül legalább három tünet jelenik meg:

- hozzászokás – a kívánt hatás csupán egyre emelkedő edzőmennyiséggel 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.

### Testdiszmorfiás zavar

A testképzavarok klasszikus megnyilvánulása a testdiszmorfiás zavar, korábbi nevén diszmorfofóbia. Ez a kórkép manapság egyre nagyobb szerepet kap, s részben felelős a plasztikai sebészeti eljárások hatalmas felszaporodásáért. A kórkép lényege, hogy a betegek elégedetlenek egyik-másik testrészükkel, torznak vélik azt, s mindent megtesznek azért, hogy elrejtsek vagy megváltoztassák. Ez jelentős szenvedéssel és életminőség-romlással jár. Sokszor öngyilkossági kísérletek, vagy kísérletek is jelentkeznek. A testdiszmorfiás zavar prevalenciája az általános népességben 1-2%.

---

<sup>4</sup> A fejezet a Magyar Tudomány, az MTA folyóiratának 2010/11. számában megjelent „Az evés és testképzavarok újabb típusai a modern civilizációs ártalmak között”, illetve dr. Túry Ferenc „Anorexia és bulimia: az evés zavarai a mindennapos gyakorlat szemszögéből” című cikkek felhasználásával készült.

A küllem valamely képzelt defektusával való foglalkozás. Ha valamilyen enyhe fizikális anomália jelen is van, a személy aggodalma észrevehetően túlzott.

- A defektussal való állandó foglalkozás klinikailag jelentős szenvedést, vagy a szociális, munkahelyi vagy más fontos funkciók romlását okozza.

- A defektussal való állandó foglalkozás nem magyarázható jobban más mentális zavarral (például a test alakjával és a testsúllyal kapcsolatos elégedetlenséggel anorexia nervosa esetében).

### **Izomdiszmorfia**

Az evés- és testképzavarok jellegzetesen női betegségeknek számítanak, azonban az utóbbi másfél évtizedben egyre több tanulmány számolt be a férfiak evés- és testképzavarairól. 1993-ban írtak le egy, a férfiak körében jelentkező speciális testképzavart, az izomdiszmorfiát. 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.

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 – szükségszerűen idézték elő azok változását. Így az utóbbi évtizedekben az izmos test vált a férfiasság egyik lényeges kifejezőjévé. A férfiideálok (Schwarzenegger- vagy atlétaideál) kulturális nyomása tovább segíti ezt a folyamatot, amelyben a vizuális médiumoknak igen nagy szerepük van.

### **Testépítő típusú evészavar**

A testzsír-fóbiaként jellemezhető „testépítő típusú evészavar”. 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 menutrend alapján, általában háromóránként. A gondosan válogatott élelmiszerekből saját maguk készítik el ennivalójukat 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 zsírarányának minél alacsonyabb szinten tartása, s feltehetően ez az oka a testzsír-fóbiás nők amenorrhoeájának. Amint látjuk, a zavar célpontja a testzsír-arány megváltoztatása, amely a kényszeresség tárgyává válik. Ebben az esetben nem az izomzat mérete, vagy a sporteredmények a lényegesek a személy számára, hanem a testzsír-arány csökkentése.

### **Apotemnofília**

Az apotemnofília bizarr testképzavar, pontosabban testi identitászavar: a testintegritás identitásának zavara, angol nevén body integrity identity disorder. Ma még alig ismerjük, de egyre többen foglalkoznak vele. Bioetikai kérdéseket is felvet. Az apotemnofília lényege: a személyek úgy érzik, hogy egyik (egyébként egészséges) végtagjuk nem tartozik a testükhöz, és meg akarnak 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. Érdemleges terápia sincs még.



## Sejtemlékezet

A szomatikus sejtek utódaikra génkészletük másolatát és génextpressziós mintázatukat is át tudják örökíteni. A szülői DNS metilációs mintázata is átadódik az utódsejtre.

Nemcsak az egészséges működésre törekvés, hanem a betegségek kialakulása során az egyes sejtek a betegségről, diszfunkciókról is tárolnak információt, ennek megfelelően a kódolt információ is befolyásolja, működteti az egészséges, vagy beteg folyamatot.

Az immunbetegségek, daganatos betegségek mellett a táplálkozással kapcsolatos betegségek is azok közé a folyamatok közé tartoznak, amelyekre „emlékszik” a szervezet.

Ezt a kérdést érdemes az evolúciótól vizsgálni. Az ember genetikailag meghatározott túlélési stratégiáját az evolúció során örökölte őseitől. Ez egy olyan genetikai alap, amely már az őskorban is hasonlóan működött, mint ma. Akkor is a túlélés bizonyos stratégiái voltak megfigyelhetők az emberi szervezet működésében: az éhség periódusainak az átvészelésére a test egy állandó tároló rendszert működtet a zsírsejtekben, zsírszövetekben.

A táplálkozáskor bevitt szénhidrátfelesleg zsírrá alakul, és lerakódik ezekben a sejtekben. A zsírsejtek mennyisége genetikailag minden emberben más és más.

A fogyókúra alatt megkövetelt szigorú diéta miatt a szervezet védekezni kezd, csökkenti az anyagcserét, így kevesebb energia bevitele is elegendő lesz. A diéta abbahagyása után - a továbbra is lassú anyagcsere mellett - a zsír raktározása még hatékonyabb. A kalóriaszegény étrend mellett a szervezet nem csak a zsírt, hanem az izmokat is lebontja, de a diéta abbahagyását követően csak a zsírt építi vissza. Többszörös drasztikus fogyókúra kapcsán a szervezet egyre több zsírsejtet képez, mert rákészüls a következő koplalási periódusra. Ez egy olyan körfolyamat, amiből nagyon nehéz kikerülni, a sikertelenség gyakran okoz feszültséget, szorongást, depressziót, szélsőséges esetekben izolációt.

Ezek a sikertelenséget okozó helyzetek felerősítik a pszichikum rejtett zavarait, és felszínre hoznak olyan kontrollfunkciókat, sérüléseket, amelyek evés-és testképzavarokban is megnyilvánulhatnak.

## VI. Pszichológiai tényezők

Az evés zavaraival kapcsolatban elsődlegesen szervi eltérésekben, működésben keresték a probléma kulcsát. A lelki jelenségek alapvető szerepére a 20. században került nagyobb hangsúly.

Az evészavarok komplexebbek annál, mint hogy kizárólag tudattalan tényezőkkel magyarázhatnánk legfontosabb sajátoságaikat. A különböző modellek változatosan mutatják be az evészavarok lelki eredetét.

A pszichodinamikus modellek a tudattalan tényezők szerepére, a lélek mélyén dülő érzelmi erők, ösztönök, vágyakra, nem tudatos belső késztetésekre fókuszálnak.

Az evészavarok egyes tünetei a szexualitással kapcsolatos feszültségekre utalhatnak. Az anorexia jellemző sajátossága lehet a szexuális érzések, késztetések elnyomása. A két alapvető ösztönterület, a létfenntartás (az evés) és a fajfenntartás (a szexualitás) igen közel van egymáshoz. Az elhízott személyekre jellemző a kodependencia (társfüggőség) is. Ezekre az emberekre felnőttként jellemző, hogy nehezen fejezik ki érzelmeiket, ápolják kapcsolataikat, alkalmazkodnak változásokhoz, és hoznak új döntéseket. Állandó igényük van mások helyeslésére, nehezen tudják kontrollálni életüket, torzult az önképük, nagyfokú a szégyenérzetük és alacsony szintű az önértékelésük.

Az evészavaros betegek közel egynegyedének kórelőzményében valamilyen szexuális visszaélés deríthető ki. Ez az elhízás esetében is így van. Ebben az esetben általában a saját testkép átalakítása belső tudattalan védekezést jelent (pl.: előnytelen testalkatot vállal, mert a kevésbé vonzó külső biztonságot jelent számára).

Az anorexiás szeretné elveszíteni nőiességét, a nőiség jegyei elfogadhatatlanok számára, testét visszataszítónak találja. A bulimiások egy részénél megtalálható tünetek, mint például az önsebzések, nem ritkán a szexuális izgalmakhoz közeli érzéseket váltanak ki a betegekből. A hányás is lehet ilyen jelentésű, olyannyira, hogy leírtak egy kórképet (hányásszenvedély), amelynek központi tünete a hányás szexuális izgalommal felérő volta. Az evészavarok háttérében álló tudattalan tényezők közül az agresszivitás is lényeges. A tünetek szerepe néha az, hogy az agresszió kifejezésére nyújtsanak lehetőséget. A test megkínzásának tünetei ilyen önagressziót jelentenek. Szerepük van az anya-gyermek kapcsolat korai jellemzőinek is, mint például a csecsemőkori táplálási-ételes szokásoknak, később pedig az étkezéssel kapcsolatos családi szokásoknak (kényszerítenek-e valakit az evésre, noszogatják-e és így tovább). Így az évek során az ételhez és az étkezéshez különböző érzelmek, asszociációk társulnak. Ha valakit gyermekkorában rendszeresen evésre nógattak, akkor az evés megtagadása az ő számára lázadást is jelent, az anorexiás tünetek pedig a családtagok kontrollálására, egyben törlesztésre, bosszúállásra is lehetőséget nyújtanak.

Az anorexia nervosa háttérében a felnőtté válástól való tudattalan félelem is állhat. Az étel védőfunkciót is betölthet. Amikor a szülő nem érzi megfelelőnek saját kompetenciáját a gyermek védelmében, akkor gyakran étellel igyekszik kárpótolni gyermekét. Ezek a gyermekek hajlamosak lesznek az elhízásra nem csak gyermekként, hanem felnőttként is. Ezt a magatartást nevezik reaktív elhízásnak, melyet összekapcsolnak az alacsony stressztoleranciával. Ezeknek az embereknek magas a szorongás-szintjük és a depresszióra való hajlamuk.

Viselkedés-lélektani modellek szerint az evészavarok lehetnek tanultak, melyeket jutalmak tartanak fenn. A szép alakot, karcsúságot a környezet visszajelzi, megerősíti, úgymond jutalmazza. A testalkat miatti büntetések (csúfolódás az iskolában) szintén nagyon hangsúlyosak lehetnek.

A kognitív - megismerő folyamatokon alapuló - modellek arra hívják fel a figyelmet, hogy a kórkép középpontjában a testsúlyról, az evésről való hibás elképzelések, torzult ítéletek állnak.

Családi modellek is generálhatják a probléma kialakulását, de ezen tényezőknek inkább a betegség árnyalásában van jelentőségük. Nem közvetlen oki szerepről van tehát szó, hiszen a zavarok kialakulásának háttérében bizonyos családi tényezők is gyakran előfordulnak. Megfigyelték például, hogy az anorexiások családjában merevebbek a szabályok, kevésbé világosak a családon belüli határok, kerülnek a nyílt megbeszéléseket és vitákat. A szülőknek problémáik vannak a szülői kontroll és a gyermek korának megfelelő önállóság egyensúlyának megtalálásában, és különbség lehet a két szülő között a gyermeknevelést illetően is. Lehetnek házassági problémáik is, amelyek a szülők közötti együttműködés hiányosságaihoz vezetnek. A betegek édesanyjának személyisége általában önfeláldozó, de a mélyben sebezhető, aki számára a negatív érzések elfogadhatatlanok. Az apák gyakran erősek, sikeresek, egyszersmind alacsony önértékelésűek. A negatív érzések kifejezését sokszor tiltják, a gyermek önállóságának kialakulását pedig gátolják. A gyermekben hasonló kettősség alakul ki: a gyors intellektuális fejlődés erősen függő személyiséget takarhat. Az anorexiások szülei általában túlkontrolláltak, gyakran depresszióra, kényszerekre, fóbiákra hajlamosak, a bulimiás betegek szüleinek egy része alkoholistá, drogfüggő vagy túlevő.

## **VII. Evészavarok kapcsolódása más pszichiátriai betegséghez**

### **VII. 1. Az evészavarok és a depresszió**

Több tényező utal arra, hogy a táplálkozási magatartás zavarai sok esetben találkoznak a depresszióval. Depressziós állapotban szokványos tünet az evési szokások megváltozása, és az evészavarokban gyakori a depresszió megléte.

A depresszió és az evészavarok között nem direkt kapcsolat van, azaz az evészavarok nem feltétlenül vonják maguk után a depressziót. Többtényezős jelenségről van szó: az evészavarban szenvedő betegek egy altípusában lehetséges a depresszió, mint betegség. Anorexiában a társuló depresszió megléte indokolhatja az antidepresszánsok alkalmazását a gyógyítás során, de önmagában az anorexia kezelésére hatástalanok az antidepresszívumok.

### **VII. 1. 1. Az evési magatartás megváltozása depressziós betegeknél**

Depressziós betegeknél a fogyás gyakran nagymértékű is lehet. Azonban nem ritka (és főleg a téli időszakban fordul elő) nagyfokú súlygyarapodás. Ezt általában szezonális depressziónak nevezik. A bulimia nervosában jellegzetes szénhidrát-sóvárgás a téli depresszió egyik fő tünete.

### **VII. 1. 2. Depressziós tünetek megléte az evészavarban szenvedő betegeknél**

A depresszió tünetei nagyon gyakoriak az evészavaros embereknél. A bulimia nervosában például a kórkép korábbi kritériumai között szerepelt a depressziós hangulat és az önvádolás a falási epizód után. Az evészavar következménye lehet az izolációnak, ami szintén oka lehet a depressziós hangulatnak.

A leggyakrabban használt Hamilton-féle depresszió-beccslő skálán az anorexia nervosában szenvedők 40%-a, a bulimia nervosások 23%-a volt legalább mérsékelt depressziós. A modern pszichiátriai diagnosztikus rendszerek szerint az evészavarban szenvedők mintegy fele egyidejűleg depressziós is.

A depresszió kialakulását általában a betegek felénél előzi meg evészavar.

Az anorexia nervosában szenvedők anyjánál 58%-ban találtak affektív zavart. A bulimia nervosás betegek rokonai között is magasabb a depresszió előfordulási aránya.

A genetikai tényezők mellett felmerül az is, hogy a serdülő gyermekek számára a szülő depressziója komoly stressz-tényező, amely fokozza a pszichoszomatikus zavarok kialakulásának valószínűségét. Ha emellett egyéb zavarok is fellépnek, akkor evészavar léphet fel.

### **VII. 1. 3. Öngyilkossági kísérlet és az evészavar**

Az öngyilkossági szándék fennállása a depresszió egyik legfontosabb tünete. Több klinikai elemzés igazolta, hogy evészavarokban az öngyilkossági kísérletek előfordulási aránya nagyon magas. Bulimia nervosában szenvedőknél csaknem 20-37%-ban fordul elő.

Az öngyilkossági kísérletre gyakran a bulimiás falási epizód után kerül sor, amikor az önvádolás kínzóvá válik.

## **VII. 2. Az evészavarok és a szenvedélybetegség kapcsolata**

Az elhízást és a bulimiát étel-addikcióként is felfoghatjuk, bár az addikció tárgya ez esetben nem káros anyag, hanem maga az étel: az elfogyasztott és élettanilag indokolatlan mennyiség kelti az addiktív mechanizmus gyanúját. Ez kettős értelemben vett addikció: egyrészt a beteg az önkárosító-örömszerző tevékenységnek nem tud ellenállni, másrészt így valósul meg az ételtől való pszichés függés. Testi megvonásos tünetek azonban nincsenek. A kontrollvesztés élménye azonban általános.

Az anorexiát más néven „soványbetegség”-nek szokták nevezni. A túlzott testedzés az agyban örömkeltő anyagokat szabadít fel. Az önkontroll zavara közös pont lehet a szenvedélybetegségekkel. A bulimiában és az elhízásban az önkontroll időnként eltűnik, az anorexiában pedig a túlkontrolláltságról lehet szó.

Közös pontként lehet említeni azt is, hogy az evészavar és az alkoholfüggőség gyakran együtt jár. Az alkoholfüggők családtagjainál gyakrabban jelentkezik az evészavar bármely formája, de ez fordítva is igaz.

### VII. 3. Az evészavarok és a kényszerbetegség:

Egyes vizsgálatok szerint a szorongásos kórképek legalább olyan gyakoriak az evészavarokban, mint a depresszió. Ezek között is a kényszerbetegség és a szociális fóbia társul leggyakrabban az anorexia nervosához, vagy a bulimia nervosához.

Az evészavarok és a kényszerbetegségek együttjárása gyakori. Az evészavarral küzdő betegek 10-30%-nál fordul elő kényszerbetegség. A kényszerbetegek 15%-a valamilyen evészavarral is küzd.

Mind a bulimia nervosában, mind az anorexia nervosában szenvedők gyakran bánnak kényszeresen az étellel. Különböző rítusokat alakítanak ki az evéssel, vagy az étellel kapcsolatban. A teljesítményorientáltság a betegek közös személyiségvonása.

Bármely kényszerítületet komolyan kell venni. A probléma kezelése ambulánsan általában nem megoldható. A betegeket kórházi keretek között összetett terápiával szükséges gyógyítani.

### VIII. Amit mi látunk egy eset alapján

2011 februárjában az iskola küldött jelzést, ebben leírják, hogy a 12 éves Ivánnak igazolatlan hiányzásai vannak, amelyek a testnevelés óráról való hiányzásokból gyűltek össze. Jelzik továbbá túlsúlyát és a szülők, főként az édesanya tehetetlenségét az életmódváltásban.

Ezt követően váratlan családlátogatásra, orvosi igazolás bekérésére (eü. lap), iskolai vélemény kérésére került sor.

Családi háttér: a szülők nagyon elfoglaltak, kénytelenek sokat dolgozni, mert új építésű kertes házukon hitel van, ennek következtében azonban nincs megfelelő felügyelet Iván számára. Egy idősebb testvére van, aki szintén felügyeletre szorul, mert mentálisan sérült.

2011 januárjában Ivánt a helyi kórház gyermekosztályán kivizsgálták.

#### Diagnózisa:

- székletmegtartási probléma
- magas vérnyomás
- túlsúly.

Pszichológiai kivizsgálását (a stressz hatására székletmegtartási probléma) és endokrinológiai szakvizsgálatát kérték a szakorvosok, és szigorú diétát javasoltak. Az édesanya teljesen tanácstalanul állt a javaslat előtt, mert a diétás menüt 4 főre a négytagú családnak ugyan megrendelte, de a munkarendjéből fakadóan nem tudta kontrollálni, hogy gyermeke mennyit eszik, amikor ő nincs otthon. (Volt rá példa, hogy a gyermek megette a másik 2 adagot is.) A gyermekről szóló pedagógiai véleményben az alábbiak szerepelnek: igazolatlan-igazolált órák száma magas, testnevelésből bukik, a szülő hozzáállása nem megfelelő.

Az iskolai hiányzások és a gyenge teljesítmény miatt rendszeres volt a kapcsolat az osztályfőnökkel. A szülő együttműködésével nem volt probléma, amely napokon az édesanya nem dolgozott, az iskolában rendszeresen érdeklődött a fiáról.

Iván tavasszal kapott egy kiskutyát, és bár kötődése nem volt erős, mégis nagyon rosszul érintette, amikor a kutya (két hónap múlva) elszökött.

2011 áprilisában a gyermekről pszichológiai vélemény is készült, miszerint az evés örömszerző és szorongáscsökkentő szereppel bír életében. A gyermekpszichiátriai kapcsolattelvételt, a gyermekpszichiátriai kivizsgálást, pszichológiai támogatást és szülőkonzultációt javasoltak.

Genetikai vizsgálatra kellett volna vinni a szülőknek a gyermeket, de nem kértek időpontot. Iván 3 hetet töltött Budapesten, gyermekpszichiátrián. Az édesanya az egyik látogatás alkalmával a kezelőorvossal is beszélt. A szakember kemény szavakkal mondta el az édesanyának, hogy drasztikus változtatásra lesz szükség az életmódjukban, másként a „fia meghal”.

A családból való kiemelés lehetőségét is felvetette. Az édesanya ekkor nagyon megrémült.

A kezelőorvos a gyerekjóléti szolgálattal is felvette a kapcsolatot telefonon, a családi környezetről kért tájékoztatást, egyúttal elmondta, „ha a gyermek még 10 kg-ot hízna, akkor meghalna.” A kezelőorvos intézkedni próbált, hogy a gyermek betegségére egy másik, terápiás intézményben komplex kezelést kapjon. Erőfeszítése sikertelen volt.

Az édesanya igyekezett Iván felügyeletét megoldani (nyári tábor, barát, ismerős megkeresése a felügyeletre), azonban a próbálkozások nem vezettek eredményre.

Az anya dietetikussal is konzultált.

Iván 10 kg-ot fogyott 3 hét kórházi bent tartózkodás alatt.

A fiú korábban iskolapszichológushoz járt rendszeresen, de kezelőorvosa nem ezt tartotta megfelelőnek, javasolta szakpszichológus felkeresését.

A gyermek szeptembertől rendszeres gyógytornára járt heti két alkalommal.

Októberben kontrollvizsgálat történt a gyermekórházban, előtte szeptemberben a gyermekpszichiátriára be kellett feküdnie. Az édesanya előre félt az időpontoktól, mert Iván nem fogyott semmit, otthon pedig egyre jobban ellustult.

Novemberi pedagógiai vélemény szerint Iván visszahúzódó és önbizalom-hiányos.

A szülők a gyermek egészségügyi problémáiban igyekeznek segíteni, konzultálnak a pszichológussal. Iván nem jár rendszeresen a megbeszélte időpontokban, egyre jobban ellustul, az anya nem tud rá hatni, a fogyás egyáltalán nem megy a gyermeknek, nem hajlandó mozogni. (Szénsavas üdítőt ivott titokban.)

Az újabb, decemberi kontrolltól az anya előre rettegett, mert nem tudta rávenni a fiát a mozgásra, fogyásra.

Újabb problémaként merül fel a székletmegtartási nehézség az iskolában dolgozat előtt, és ünnepség előtt is a tanár megszégyenítette: „kakaszagú vagy”.

Esetkonferencia összehívására került sor, amely sikertelennek bizonyult; a levélben kiértékelte időpontban sem a család, sem a szakemberek nem jelentek meg.

Utolsó tanács hangzott el a szülők felé: evészavaros betegség megnevezett szakértőit keresse fel az édesanya.

Az anamnézis pontosítása során kiderült:

Ivánnak a szülők közül az anyával van szoros kapcsolata, de az édesapjával és a bátyjával is jó a viszonya.

Az édesapa egy állami cégnél dolgozik –gyakran hétvégén is-, hogy a felvett hiteleket fizetni tudják. Szabadidejében próbál a két fiával közös programokat szervezni, pl.: horgászás.

Az édesanya egy vendéglátóipari helyen dolgozik gyakran 3 napot folyamatosan, neki is kevés a szabadideje.

A szülők a család anyagi helyzetének biztosítása érdekében nehezen tudnak gyermekük problémájára fókuszálni. Elmondásuk alapján a közeli és távoli rokonságban nem fordult elő senkinél evészavar. A családban nem jellemző a teltség, Ivánon kívül mindenkinek a testalkata átlagos.

A gyermek háziorvosa leírta, hogy 2004. július 28-án az 5 éves státusz vizsgálaton nem volt probléma a gyermek egészségi állapotával. 2005. március 18-án az óvodai szűrővizsgálat során vérnyomását magasnak találták, ezért kivizsgálták őt. Ekkor már a magas vérnyomás mellett túlsúlyt is megállapítottak. Ezt követően Iván a gyermek szakrendelésre és a gyermek endokrinológiára járt vissza ellenőrző vizsgálatokra. A háziorvos leírta, hogy a szülő rendszeresen megjelent a gyermekével az előírt kontroll vizsgálatokon.

2012 márciusában újabb esetkonferencia összehívására került sor. A megjelent szakemberek a védelembe vételt javasolták, Iván pszichológusa pedig az alábbiakat:

A szülők az időhiány ellenére biztosítsák - ha rövid időre is - a gyermek számára a rendszeres örömteli együttes tevékenységet és osztatlan figyelmet, a kamasz igényeinek figyelembevételével. Örömképesség és kapcsolatkézség fokozása érdekében támogatandó a kortársakkal való kapcsolat, jó lehetőség lenne még háziállat tartása (pl.: kutya). Olyan területeket kell találni, ahol a gyermek ügyesnek érzi magát, otthoni feladatokba is érdemes bevonni. A gyermek igényeinek figyelembevételével fontos a rá vonatkozó szabályok kialakítása is, a kötelezettségek és jogosultságok következetes rendszerét fel kell építeni.

Jelenleg a gyermek részére egy személyi edzőt keresnek, akivel talán könnyebben menne a fogyás, a feladatok végrehajtásában a családgondozó segít a családnak. Iván nem hízik, de a súlya továbbra is a normál értékhez képest jelentősen eltér.

### **IX. A segítség alternatívái a testkép zavarai és táplálkozási devianciák területén**

Az evészavar komplex probléma: bio-pszicho-szociális, a személyiség egészét érintő zavar, ezért van fontos szerepe a szociális szakembereknek a probléma kezelésében.

A komplexitás miatt a sikeres kezelés érdekében fontos a jelzőrendszerrel szoros együttműködés, és a kompetenciahatárok tudatosítása.

Elengedhetetlen a gyermekvédelmi szakemberek továbbképzésében az előrelépés, de mellette szemléletváltásra van szükség az egészségügyben dolgozók számára is.

A betegség kezelésében többféle terápiát kell ötvözni, egyesíteni.

A konkrét problémától függően alkalmazható:

kognitív terápia, családterápia, kényszer elleni befolyásoló terápia, tánc, művészetterápia, gyógyszeres kezelés, diéta, stb.

Fontos, hogy belgyógyász egészítse ki a terápiát, és a családot támogassa szociális szakember.

A beteget pszichiáterhez kell delegálni, mert bizonyos esetekben a gyógyszeres terápia alkalmazásának hatékonysága megkérdőjelezhetetlen.

A szakirodalmi hivatkozások alapján az antidepresszánsok adásának meggyőző hatékonysága az anorexia nervosában egyáltalán nem bizonyított, viszont a bulimia nervosában észlelhető célzott hatás. Természetesen anorexia nervosában is adni kell antidepresszánsokat, ha egyidejűleg depresszió is fennáll. Bulimia nervosában antidepresszánsok adása mellett csökkennek a szerek hatására a falási rohamok és az önhánytatás.

A gyógyszeres kezelés az evészavarok kezelésében nem elegendő. A gyógyszerek általában nem szüntetik meg a tüneteket, hanem csak rövidtávon csökkentik. A kezeléshez szükséges családterápia, valamint a pszicho-dinamikus és kognitív viselkedésterápia is.

Minden pszichiáternek, pszichológusnak fel kell tudni ismerni az evészavart, azonban szükséges, hogy minden szakember ismerje saját kompetenciahatárait.

Családterápia lehetőségei a probléma kezelésében

Az evészavarok kezelésében lényeges módszer. Általában 2-4 hetente van szükség terápiás ülésekre, egyszerűbb esetekben mindösszesen 6-8 alkalommal.

Anorexia nervosa kezelésében:

- az anorexia a családterápia módszerének kialakulásában fontos szerepet játszott, mert a zavar tipikusan jeleníti meg a családi diszfunkciókat, így kulcsfontosságú módszerré vált,
- a betegség hosszútávú kimenetele szempontjából a legkedvezőbb hatású és bizonyítottan hatásos eljárás,
- a család bevonása a terápia fontos erőforrása, lehetőséget teremt a család rendszerének fejlődésének, ill. diszfunkciók korrekciójának megismerésére, saját erőforrásaik felfedezésére.

Családszerkezeti jellemzők:

- az apa szerepe perifériás, önfeláldozás, pesszimizmus, irányítás átadása jellemzik,
- azok a rendellenes családi interakciók jellemzőek, amelyek erősítik az evészavar kialakulását (szülők saját értelmezéseit kényszerítik a gyerekre, rosszul tükröznek, így a gyerek képtelen felismerni saját érzéseit),
- az anya túlvédő, kontrolláló, túlzottan beavatkozik a gyerek életébe, rátelepedik,
- a generációk közt önrontó kör fedezhető fel (sokszor az anyánál is észlelhető testsúllyal kapcsolatos aggodalmak, az etetések során problémák tapasztalhatóak),
- a gyerek énje gyenge, képtelen felismerni saját belső élményeit, sokszor mintagyerekké válik, önbizalma sérül, állandóan szülei kegyeit keresi,
- serdülve ezek a gyerekek szélsőséges önkontrollra törekednek, más híján megpróbálnak uralkodni testükön.

Bulimia nervosa kezelésében:

- idősebb életkorban kezdődik, mint az AN, így korábban kevésbé alkalmazták a kezelésében a családterápiát, azonban a pubertásban vagy a korai serdülőkorban kezdődő BN kezelésében már alkalmazzák ezt a módszert,
- a betegséget a szülők elleni agresszivitás megnyilvánulásaként lehet értelmezni („rágás és kiköpés”),
- legfontosabb tényező, hogy megtanulják felismerni és kezelni a falás-hányás előtt fellépő érzelmi és fizikai állapotot és ezáltal a kört megszakítani (a szülők is, hiszen a falás-hányás rohamokat sokszor titokban tartja a beteg).

Gyermekkori elhízás kezelésében:

- a háttérben szintén megfigyelhető a családi rendszer működésének zavara,
- terápiás célként nemcsak a testsúly csökkentését, fokozott fizikai aktivitást kell kitűzni, hanem pszichológiai változást is,
- az evés gyakran negatív érzelmekre, váratlan helyzetekre, bizonytalanságra adott helytelen válasz,
- az egyik, ill. mindkét szülő bevonása nagyban javítja a gyerek rövid és hosszútávú testsúlyszabályozását.

Önsegítés szerepe az evészavarok kezelésében:

- önsegítés történhet könyvek segítségével, interneten keresztül, ill. csoportban,
- főleg a BN, túlevés kezelésében hatékony módszer,
- költséghatékony, így egyre népszerűbb,

- a részvétel önkéntes, a beteg önálló döntéseket hoz, motivált, fokozódik az önbizalma, kompetenciaérzése, felelősségvállalása, problémamegoldó képessége - a betegség tünetei bizonyítottan csökkennek,
- lehet önmagában vagy a terápia kiegészítéseként használni.

### **A gyermekjóléti szolgálat feladata**

Kevés olyan terület van - nemcsak a gyermekjóléti ellátásban, hanem magában a széles spektrumú általános szociális munkában is -, ahol annyira kirajzolódik a professzionális segítő „híd-szerepe”, mint a szenvedélybetegekkel zajló munkában.

Az egyik legfontosabb tehát, hogy tudatosodjon valamennyi gyermekvédelemben dolgozó szakemberben, hogy táplálkozási zavarral küzdő ügyfelek segítésében alapvető feladat AZ EZEN A SZAKTERÜLETEN DOLGOZÓ SZAKEMBERHEZ VALÓ ELJUTTATÁS (házi orvos, szakorvos, gasztroenterológus, diabetológus, dietetikus, pszichológus stb.), mivel az orvos által a szervezet biokémiai folyamataiba történő komoly beavatkozás történik.

A különböző divatos fogyókúrák, mozgásformák, sportok jó szándékú ajánlata a családgondozó részéről akár a beteg egészségi állapotának rohamos romlásához vezethet.

Különbséget kell tennünk táplálkozási zavarral küzdő szülő vagy gyermek számára történő segítségnyújtásban. A szülőt érintő szenvedélybetegség általában a családgondozók számára nehezebben hozható szóba, a tagadással, passzivitással, „kapuőr” szereppel mindenképpen számolni kell.

A családgondozó az ösztönzésben tud a legtöbbet segíteni, igény esetén megkönnyítheti pl. a szakorvossal való kapcsolatfelvételt. Erre azonban csak a klienssel való megbeszélést és beleegyezést követően kerülhet sor.

A kiskorú érdekében végzett segítő tevékenység ezen túlmutat. Különbséget kell tenni 0-6 éves gyermek és a kamaszkorban megjelenő táplálkozási zavarral élő gyermek segítésében.

Míg 0-6 éves kiskorúakkal kapcsolatban a védőnővel való kapcsolatfelvétel elengedhetetlen, addig a kiskamasz-kamasz gyermekek segítése az iskolaorvos, házi orvos feladata is, a velük történő személyes találkozásnak feltétlenül meg kell valósulnia. Az iskolaorvos feladata kiemelkedően fontos. Bár a szülők a gyermek problémáját sok esetben próbálják bagatellizálni: „kicsi kora óta ilyen pufi”, a családgondozónak CSAK A GYERMEK JELENLEGI állapotát szabad figyelembe venni. Nagyon fontos az ösztönzés, a szülők és a gyermek motiválása a szükséges lépések megtételére.

Bár az elején nem tűnik könnyűnek, a szülők többsége könnyebben bevonható a gyermek problémájának megoldásába. A szülő megnyerése nélkül nem megoldható a gyermek egészségi helyzetének további romlásának megakadályozása.

A kiskorú ösztönzése is könnyebben történik, különösen ha a szülői támogató háttérrel is érzi. Előfordulhat, hogy a szülők „szembesítésnek” élik meg a segítő tevékenységét, és szembefordulnak a családgondozóval. Ez nem ritkán a bevont segítő „háta mögötti” játszmákkal való „bizonyítás” gyermeküknek, hogy ők valójában jó szülők. Ilyenkor az „egy kis nasi nem árthat” gondolkodásmód a gyermek elkötelezettségét a sikeres program végigvitelében szabályosan megtöri, az eredménytelenség leginkább a program rövid időn belüli feladásához vezet a gyermek és a család részéről.

Elengedhetetlen a szülőben annak tudatosítása, hogy a további helytelen életmód fenntartása és/vagy ehhez részleges, vagy egészében való visszatérés kimeríti a gyermekekkel szembeni rossz bánásmódot, és egyértelműen szemben áll a szülői felelősséggel. A „megesett a szívem” kijelentés sokkal inkább szól a felnőttek lelkiismeretének megnyugtatójáról, mint a gyermek VALÓS igényeinek figyelembe vételéről.

A családgondozó számára tehát a legfontosabb feladat, hogy az orvosok, pszichológusok, dietetikusok által meghatározott irányban elindítsa, és ott tartsa a családtagok magatartásváltozását és változtatását.



Ha erre nincs hajlandóság vagy csak rendkívül csekély mértékű, a gyermek védelembe vételére KELL(!) javaslatot tennie. Mindenképpen szerencsés, ha ezt megelőzően esetkonferenciát hív össze. Ezen remélhetőleg sikerül egy olyan közös „nyomást” gyakorolni a gyermeket gondozó felnőttekre, amellyel még a védelembe vételre teendő javaslat is okafogyottá válhat.

Az anorexia nervosa, illetve bulimia nervosa, szenvedélyig fokozódó testképzavar-betegségek leginkább az értelmiségi családok gyermekeit érintik. Ezekben az esetekben különösen nehéz a családgondozó feladata, mert a magas szintű tagadás hátterében sokszor komoly, ki nem mondott családi feszültségek állnak.

A szülők meggyőzése itt sokkal nehezebb, mert tevékenységükkel leginkább önigazolást szeretnének elérni, nem kívánnak megingani az általuk felépített szerepkörükben. Fontos a családgondozói feladat, a magas „hőfokú” pozitív visszajelzés a család valamennyi tagja számára.

## X. Evészavarok prevenciója

Bár a gyermekjóléti szolgálatok munkájának, a családgondozók munkaidejének jelenleg csak csekély részét teszi ki a preventív tevékenység, szerepe azonban határfokában jelentős.

Egy 2009-ben készült veszprém megyei felmérés alapján a gyermekjóléti alapellátásban dolgozók saját bevallásuk szerint hetente maximum 2 órát tudnak erre áldozni.

*Felvetődik a kérdés, hogy az evészavar problémáinak kérdésköre milyen mértékben érinti a gyermekjóléti szolgálatokat?*

A felnövekvő ifjúságért a társadalom valamennyi felnőtt tagjának felelősséget kell vállalni. Ez különböző szinteken valamennyi történelmi korban megtörtént. Az utóbbi évszázad legjelentősebb változása az, hogy az ember elszakadt a természettől, a természetes életmódtól (gondolkodás, táplálkozás, mozgás, öltözködés, szórakozás, stb.).

A globalizáció agresszív eladás-értékesítés központú jelenlétével szemben egyre több komoly szakértelemmel bíró, gondolkodó ember emeli fel szavát, akik úgy érzik, nem nézhető tovább az értéktelen, agyonvegyeszereszt, hormonkezelt élelmiszerek tömegtermelése, fogyasztása.

A preventív tevékenységnek soha nem volt akkora szerepe, mint napjainkban: meg KELL tanítani a gyermekeket azokra a természetes alapelvekre, amelyekkel egészségüket hosszú távon képesek megőrizni. Az egészséges gondolkodás-egészséges táplálkozás-a megfelelő és rendszeres mozgás hármas egységének ismerete nélkül nem várható változás.

A gyermekjóléti szolgálatoknak ezek megismertetésében kellene nagyobb szerepet vállalni, mert az „egyél almát!” és a „mossál fogat!” prevenciók ideje lejárt. A pozitív értékek melletti elköteleződést, megismertetést és ezek védelmét kell felvállalni. A gyermekek érdekében valamennyi érintett szakembernek össze kell fogni. A gyermekjóléti szolgálatok ehhez fórumot tudnak biztosítani, mert ők rendelkeznek legszélesebb és legkiterjedtebb gyerekekkel foglalkozó kapcsolatrendszerrel.

A sikeres prevenció szempontjai

- prevenció esetén mindig fontos kérdés, hogy kire irányul (fiú, lány, szülő, tanár, stb.), mennyire átfogó, ez lehet:
  - *univerzális megelőzés* - amely teljes népességet átfogó életminőség javítására, védőfaktorok és kockázati tényezők azonosítására irányul;
  - *szelektív megelőzés* - szűkebb a célcsoportja, pl.: csak az iskola;
  - *indikált megelőzés* - magas kockázatú csoportra fókuszál;
- fontos, hogy az elszigetelt, edukáció jellegű programok nem eléggé hatékonyak;
- előnyös, ha a veszélyeztetett fiatalokon túl, a velük kapcsolatban álló embereket is bevonják a prevencióba;

- nem előnyös eltérő betegséggel küzdők közös csoportba való bevonása, mivel mások a tünetek, eltérőek a célok, ill. anorexiásoknál pont az alakkal való túlzott foglalkozás leépítése a cél, addig a másik csoportnál a súlykontroll;
- fontos a kipróbált, jól felépített program.

### **Címlista, linkek**

Ahol biztosan foglalkoznak evészavaros gyermekkel:

- Semmelweis Egyetem I. sz. Gyermekklinika (Bp.)
- SOTE Magatartástudományi Intézet Pszichoterápiás Szakambulancia
- Vadaskert Kórház és Szakambulancia (Bp.)
- gyermekpszichiátriai osztályok
- ambulánsan a gyermekideggyógyászok is kompetensek
- nevelési tanácsadók

[http://www.letvagy.hu/index.php?option=com\\_content&view=article&id=140:az-eves-es-a-testkep-modern-zavarai&catid=75:lelektani-hatter&Itemid=98](http://www.letvagy.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=140:az-eves-es-a-testkep-modern-zavarai&catid=75:lelektani-hatter&Itemid=98))

<http://www.pszichofeszek.hu/etkezesizavarok.html>)

### Felhasznált irodalom:

MTA folyóirata 2010/11. szám: „Az evés és testképzavarok újabb típusai a modern civilizációs ártalmak között”

dr. Túry Ferenc „Anorexia és bulimia: az evés zavarai a mindennapos gyakorlat szemszögéből” című cikke

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

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

Túry F. (2005): Anorexia, Bulimia. Önségítő 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.