

Masa Andrea¹

mesteroktató

ORCID azonosító:

0000-0002-6745-917X

Dr. Gyulai Anikó PhD²

általános dékánhelyettes,

egyetemi docens

ORCID azonosító:

0000-0003-2799-8029

Jánk Barbara Éva³

védőnő



Étkezési zavarok kvalitatív vizsgálata fiatal felnőttek körében

Qualitative study of eating disorders among young adults

Kapcsolattartó szerző

Masa Andrea

6726 Szeged, Temesvári krt. 31.

Email: masa.andrea@szte.hu

Telefon: +3630 257 7440

1. Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar Preventív Egészségügyi Gondozás Tanszék

2. Miskolci Egyetem Egészségtudományi Kar Alkalmazott Egészségtudományok Intézete

3. SZTE Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Ápolásvezetési és Szakdolgozói Oktatási Igazgatóság Védőnői Szolgálat

Absztrakt

Célkitűzés: A különböző táplálkozási zavarok a kamaszok, a fiatal felnőttek közel 1%-át súlyosan érintik. Az érintettek a végletekig titkolják a problémájukat, sokáig önmaguk előtt is rejtve marad, hogy gond van. Célunk az volt, hogy feltárjuk, hogyan tud a védőnő segíteni a megelőzésben, a mielőbbi észlelésben és terápiához való juttatásban.

Anyag és módszer: Kvalitatív vizsgálatunkban félig strukturált interjút készítettünk tizenegy fő étkezési zavarban érintett fiatal közreműködésével 2022. őszén. A kérdések a táplálkozási zavar mellett a családi háttérre és a témában való jártasságra is kiterjedtek.

Eredmények: A főként anorexia- és bulimia nervosában érintett interjúalanyok viszonya a szüleivel konfliktusos volt, emellett az iskolaegészségügyi tájékoztatást is kevésnek érezték, az iskolai szűrővizsgálatokat pedig nagyon nehezen élték meg.

Megbeszélés: A családok harmonikus működésének támogatása védőnői alapfeladat, melyet az interjúk konklúziója is megerősített. Eredményeink alapján fontosnak tartjuk a vizsgálat folytatását tágabb kontextusban, továbbá a tapasztalatok védőnőképzésbe és továbbképzésbe való beépítését.

Következtetések: Az iskolai egészségnevelésben fontos, hogy a táplálkozási és testképzavarok témaköre megbízhatóan kerüljön feldolgozásra.

kulcsszavak: táplálkozási zavarok, anorexia nervosa, bulimia nervosa, fiatal felnőttek, védőnő

Abstract

Introduction: Various eating disorders seriously affect nearly 1% of adolescents and young adults. Those involved hide their problem to the extreme, the fact that there is a problem remains hidden even from themselves for a long time. Our goal was to reveal how the nurse can help with prevention, early detection and referral to therapy.

Material and method: In our qualitative study, we conducted a semi-structured interview with the participation of eleven young people affected by eating disorders in the fall of 2022. In addition to the eating disorder, the questions also covered family background and expertise in the subject.

Results: The interview subjects, who were mainly affected by anorexia and bulimia nervosa, had a conflicted relationship with their parents, in addition, they also felt that school health information was insufficient, and school screening tests were very difficult for them to experience.

Conclusions: In school health education, it is important that the topic of nutritional and body image disorders is reliably addressed.

Keywords: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, young adults, health visitor

Bevezetés

Az étkezés, az egészséges táplálkozás, bár örökzöld téma, a számtalan a karcúságot, avagy a hosszú életet ígérő étrendek talán eddig soha nem tapasztalt sokasága kering a világhálón, bejutva ezzel a köztudatba. A különböző történelmi korokban a szépségideál más és más volt. Az utóbbi néhány évtizedben a média, napjainkban leginkább a közösségi média szerint azok a nők a szépek, akik kifejezetten vékonyak. Aki a mesterséges intelligenciától kérdezi, hogy milyen a szép nő, az hasonló képet kap.

Az ideális testalkattal kapcsolatos társadalmi normák és a saját testkép, valamint az arra vonatkozó elvárások különbözősége elsősorban serdülőkorban olyan zavarokat okozhat, amelyek gyakran táplálkozási zavar formájában manifesztálódnak. Az étkezési zavarok kialakulásának hátterében valószínűleg azonban nem a környezet, a média hatása a fő tényező, sokkal komplexebb jelenségről van szó. Noha az étkezési zavarok kialakulása mai napig nem tisztázott, a serdülőkori biológiai változások hormonális faktorai, genetikai tényezők, illetve a szülői-családi körülmények (példamutatás, megjegyzések), társak, barátok visszajelzései minden bizonnyal jelentősebb befolyásoló tényezők. Az érzelmi instabilitás talaján egy-egy gúnyos, vagy akár csak rosszul megfogalmazott megjegyzés képes elindítani a serdültöt a betegség útján (Túry és Szűcs, 2001; Gáti és Ábrahám, 2008;

Lukács és mtsai, 2017). A bizonytalan, törekény önkép, a krónikusan rossz önbecsülés, továbbá számos kényszeres személyiségvonás, mint az impulzivitás, az ingerkereső magatartás, a nárcizmus és a dependencia különböző mértékben, de meghatározói az evészavarok kialakulásának (Tölgyes és Unoka, 2008).

Ahogy a trendek az étkezésben vagy a szépségideálok tekintetében, úgy az étkezési zavarok is változnak az idők folyamán, azaz pontosabb úgy fogalmazni, hogy bővülnek. Az anorexia nervosa (AN) és a bulimia nervosa (BN) már az ókorban megjelent, önálló kórképként a XX. század vége óta tartják őket számon (Russel, 1979). Az izomdiszmorfia, az orthorexia nervosa és a drunkorexia azonban az utóbbi évtizedek jelenségei, bár ez utóbbi nem tartozik a szigorúan vett táplálkozási zavarok közé (Túry és Gyenis, 1997; Babiaz, Ward és Brinkman, 2013; Costa, Hardan-Khalil és Gibbs, 2017). Napjainkban a köztudatban leginkább az anorexia nervosa, a bulimia nervosa és a falási rohamok (binge eating) jelennek meg (Dukay-Szabó és mtsai, 2016).

Az Amerikai Pszichiátriai Társaság (APA) 1952-ben alakította ki először és azóta időről időre aktualizálja a Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, közismert elnevezésében DSM rendszert, melyben klasszifikálja a mentális zavarokat, köztük az egyes táplálkozási rendellenességeket.

Az étkezési zavarok közös alapja, hogy szoros összefüggést mutatnak az egyén saját testéről kialakított negatív elképzeléseivel. Az Amerikai Pszichiátriai Társaság meghatározása szerint az étkezési zavarok megváltozott fogyasztással és felszívódással járnak, következményesen pedig károsodik az egyén pszichés és pszicho-szociális egészsége (American Psychiatric Association, 2022).

A kamaszkorral együtt járó testi változások, lányoknál a derék és csípőtáji zsírpárnák megjelenése, fiúk esetén az izomfejlődés, illetve az azzal való elégedetlenség katalizálhatja a problémákat. Az erre fogékony fiatal lányok többségében drasztikus fogyókúrával, éhezéssel reagálnak, azaz kialakul náluk az anorexia nervosa. A pszichiátria diagnosztikai rendszerében az AN az energiabevitel szükségletéhez viszonyított korlátozása, ami jelentős súlyhiányhoz vezet. Az étkezések során bevitt ételt a betegek minimalizálják, alig esznek (American Psychiatric Association, 2022). Segítség nélkül ez az éhezés akár halálhoz is vezethet. A jelenlegi 8%-os mortalitás egyes vélemények szerint néhány évtized múlva akár elérheti a 20%-ot is (Arcelus és mtsai, 2011). Az anorexiás betegekre gyakran jellemző a kényszeres viselkedés, a szorongás és a depresszió, az amenorrhoea és a csökkent szexuális vágy. Nem ritka esetükben a hiperaktivitás sem, minimalizált kalóriabevitel mellett fáradhatatlanul képesek fizikai aktivitást végezni (Túry, 2001). Pszichiátriai kórleírásról akkor beszélünk, ha a korlátozott energiabevitel mellett a betegnek intenzív féltelme van a hízástól és emellett testképzavar is jelen van. Azok a betegek, akik a diagnózis szerint az AN úgynevezett restriktív változatában szenvednek, jellemzően csak koplálnak. Viszont azok a betegek, akik az úgynevezett purgáló típusú AN-ban szenvednek az APA osztályozási rendszere szerint gyakran használnak különböző hashajtó hatású gyógyszereket, diuretikumokat és gyakori náluk az önhánytatás. Emellett olyan gyógyszereket, alternatív technikákat is használnak, mellyel elősegítetik a bélmotilitást (American Psychiatric Association, 2022). A bulimia nervosa, hasonlóan a purgáló anorexiához, önhánytatással jár, azonban ez esetben nincs szó a bevitt kalória szélsőséges deficitjéről és

aszténiás testalkatról, sokkal inkább diétázásról és az azt kompenzáló falási rohamokról. Az ezt követő hányás egyfajta katartikus megkönnyebbülés számukra és a bulimiás epizódok átmenetileg feszültségcsökkentő hatással bírnak. A bulimia nervosa beteg azonban gyakran depressziós, mivel a falási rohamok miatti bűntudat szorongássá válik, szélsőséges esetben akár az öngyilkosság is előfordulhat. A szexuális zavar szintén jellemzi az érintetteket (Túry, 2001; Mehler és Rylander, 2015; Kós, 2023). A BN akkor számít pszichiátriai kórleírásnak, ha visszatérő falási epizódok jellemzik rövid idő alatt óriási mennyiségű kalóriabevittel és az étkezés feletti kontrollvesztés, továbbá a súlygyarapodás elkerülését célzó viselkedés társul hozzá. További diagnosztikus kritérium a gyakoriság (heti két alkalommal legalább három hónapra át) és az önértékelési probléma (American Psychiatric Association, 2022). A testalkattal kapcsolatos zavarokra fogékony fiatal férfiak jellemző problémája az izomdiszmorfia, azaz egyes megfogalmazások szerint inverz AN, vagyis a soványságtól való féltelme (Túry, 2001), melyet az Amerikai Pszichiátriai Társaság 2015 óta önálló kórleírásnak tart (American Psychiatric Association, 2022). Ezek az átlagos, vagy sportos testalkatú, jellemzően férfiak szintén elégedetlenek a külsejükkel, és a kívánt izomtömeg elérése érdekében ők is hajlandóak szélsőséges megoldásokra. Az étkezésben szigorúan meghatározzák, mikethetnek meg, emellett speciális, gyakran illegális szerekkel próbálnak izmot fejleszteni és akár órákon keresztül súlyt emelnek. Nem ritka, hogy kerülik a társaságot, például azért, mert nem akarják, hogy mások meglássák a testüket, vagy mert nem illeszthető bele az adott szociális program a szigorú edzésükbe és/vagy diétájukba. Izomdiszmorfia esetén is az átlagosnál gyakrabban fordul elő hangulatingadozás, szorongás és depresszió, valamint szerhasználat (Murray és mtsai, 2013; Tod és mtsai, 2016). Az orthorexia nervosa-ban szenvedő betegek ritualizálják az étkezésüket, rögeszméjük az ételek minősége, legyen szó a vitamin tartalomról, az adalékanyagokról és tartósítószerrekről, a különböző ételcsoportok kombinálhatóságáról, kényszeresen olvassák az élelmiszerek összetételére

vonatkozó címkéket. Mindezek következtében társas érintkezéseik beszűkülnek, nem járnak el étterembe, nem vesznek részt családi, baráti találkozók. Amennyiben mégis fogyasztanak számukra ismeretlen eredetű ételt, az szorongást és szégyenérzetet vált ki és szélsőséges böjttel próbálják helyrehozni a „hibát”. Az orthorexia nagy hasonlóságot mutat a kényszerbetegségekkel, és bár ez sem önálló pszichiátriai kórkép, mindenképpen fontos tényező az étkezési mintázatok tárgyalása során (Koven és Abry, 2015; Moroze és mtsai, 2015; Gkiouleka és mtsai, 2022).

Az étkezési zavarok előfordulási gyakoriságának meghatározása nem könnyű, hiszen az érintettek többsége titkolja a problémát, noha ez az anorexia nervosa esetében nehéz, a jellegzetes tünetei miatt. Olyan esetek is előfordulnak, amikor a meglévő betegség soha nem kerül felismerésre (Túry és mtsai, 2017). Abban az esetben azonban, ha mégis megszületik a diagnózis, az intézményi kezelés pszichiátriai osztályokon történik, mely által megbélyegzettnek érezhetik magukat és különösen nehéz, rendszerint traumatikus élményként élük meg.

Tudományos körökben általánosan ismert és elfogadott, hogy a családi minta, a fejlődő gyermeket ért

szocializációs hatások alapvető fontosságúak a személyiség kialakulásában. A családi háttér elsődleges befolyásoló hatása számos területen alátámasztott, azonban a táplálkozási zavarokkal kapcsolatos összefüggésről kevés irodalmat találunk. Tod munkatársaival annak igényét fogalmazza meg, hogy az izomdiszmorfia kapcsán például tárják fel a témával foglalkozók a gyermekkori eseményeket, és hogy ezek hogyan befolyásolják a felnőttkori körülményeket (Tod és mtsai, 2016). Kaszás és kutatócsoportja később igazolta az izomdiszmorfia és a túlkontrolláló szülő kapcsolatát. Eredményeik alapján azoknak az apáknak és anyáknak a gyermekeinél alakult ki elsősorban a tünetegyüttes, akik nem tisztelték a fiaik önállóságát, önrendelkezését (Kaszás és mtsai, 2021).

Az áttekintett irodalmak alapján és a leendő, illetve gyakorló védőnői hivatásunkra tekintettel kutatási célunk volt, hogy megismerjük a kisgyermekkori étkezési problémák és a családi háttér, valamint az étkezési zavarok kapcsolatát, a gyógyulási folyamat egyes befolyásoló tényezőit. Információkat szerettünk volna kapni arra vonatkozóan, hogy milyen az érintett fiatalok viszonya az iskolaegészségügyi ellátáshoz, azon belül az iskolavédőnőhöz.

Anyag és módszer

Kvalitatív vizsgálat keretében félig strukturált interjú készült 2022 október 11. és november 19. között étkezési zavarban érintett fiatal felnőttek körében. A válaszadók social media felületeken, egy felhívás keretén belül kerültek bevonásra. Beválasztási kritérium volt, hogy az illető érintett legyen táplálkozási zavarral, saját bevallása szerint rendelkezzen diagnózissal. Kizárási kritérium volt, hogy az interjú időpontjában az étkezési zavara miatt kórházi ellátásban részesüljön. Az interjúk előtt megtörtént a résztvevők tájékoztatása és beleegyezése a kutatásba. Az interjúk közül hat személyes jelenléttel, öt pedig online, videó és hang megosztásával készült. A tizen-

egy fő interjúalannal átlagosan 62 percet vettek igénybe a beszélgetések. A 21 db saját szerkesztésű kérdésből álló kérdőívben a demográfiai adatokra vonatkozó rész mellett szerepeltek a táplálkozási zavaruk/zavaraikkal kapcsolatos anamnézisre, a családi viszonyokra, az iskolaegészségügyi/iskolavédőnői ellátásra vonatkozó kérdések. A hangfelvételek szó szerinti átírása után a szöveg stílizálása következett, majd kategóriákat és kulcsszavakat hoztunk létre. A különböző kategóriákba tartozó szavak és kifejezések számszerű mérése mellett a kutatási kérdések mentén a tartalom jelentésének, kontextusának összefüggéseit is elemeztük. Az átlagok kiszámításához Microsoft

Excel programot használtunk. A kutatás a hatályos jogszabályokban és az Orvosok Világszövetsége Hel-

sinki Deklarációjában foglaltaknak megfelelően történt. A kutatást a nyilatkozat szellemében végeztük.

Eredmények

A tizenegy válaszadó mindegyike nő volt, többségük 25 év alatti városi, nagyvárosi lakos. Iskolai végzettségüket tekintve gimnáziumi érettségi és felsőfokú végzettség egyaránt előfordult. [I. sz. táblázat]

A válaszadók többsége érintett volt az AN valamelyik típusával [II. sz. táblázat], a betegség többségében (7 fő) 10-15 éves életkor között kezdődött, míg négy fő esetén 15 éves kor után.

Első kutatási kérdésünk a gyermekkori étkezési problémák, illetve a családi háttér és a későbbi étkezési zavarok kialakulása, majd annak felismerése közötti kapcsolatra irányult. Az étkezéssel való kapcsolat már koragyermekkorban központi kérdés a családok életében, valamint az étkezéshez való viszonyulás az egyén életútja során változhat is. Így megkérdeztük az interjúban résztvevőktől, hogy milyen kapcsolatuk volt az étkezéssel gyermekkorukban. Számszerűsítve két fő volt, akinek a válaszai alapján úgy tűnik, problémái voltak az étkezéssel vagy annak körülményeivel (V2 és V10), a többiek jó emlékeket őriznek.

„Arra emlékszem, hogy sosem volt olyan, hogy mi együtt leültünk volna enni... Meg arra is, hogy nagyon sokszor nem volt otthon étel, merthogy nem volt rá pénzünk. Apukáméknál viszont mindig tele volt a hűtő, és sokszor anya mondta, hogy menjek át, hogy legalább én tudjak enni. De apával akkor nem volt jó a kapcsolat, így nem szerettem ott lenni, nem szerettem enni, vagy arra gondolni. „(V2)

„Nem szerettem már akkoriban sem enni. Nem töltött el boldogsággal.” (V10)

„Nálunk az evés mindig közös program volt. Ez nálunk egy fajta szociális platform volt. A szűkebb és a nagyobb családnak egyaránt. Ilyen jó magyar módon az étkezéshez kötöttük az ünnepeket. Én szerettem enni. Vannak olyan emlékeim is kis-koromból, hogy sokszor túlettem magam. Ezt úgy kell elképzelni, hogy ettem valamit, mert nagyon jó íze volt, és egyszer csak azt éreztem, hogy sokkal jobban tele vagyok, mint az komfortos lenne. Ez viszonylag sokszor megtörtént, ha jól emlékszem, ami persze nem jó. „ (V8)

I. táblázat: Az interjúban résztvevők demográfiai jellemzői (N=11)

Változó	Attribútum	N
Korcsoport	18-25	8
	25-30	2
	30+	1
Lakóhely	város	3
	megyeszékhely	3
	főváros	5
Iskolai végzettség	gimnáziumi érettségi	5
	felsőfokú (BSc)	4
	felsőfokú (MSc)	2

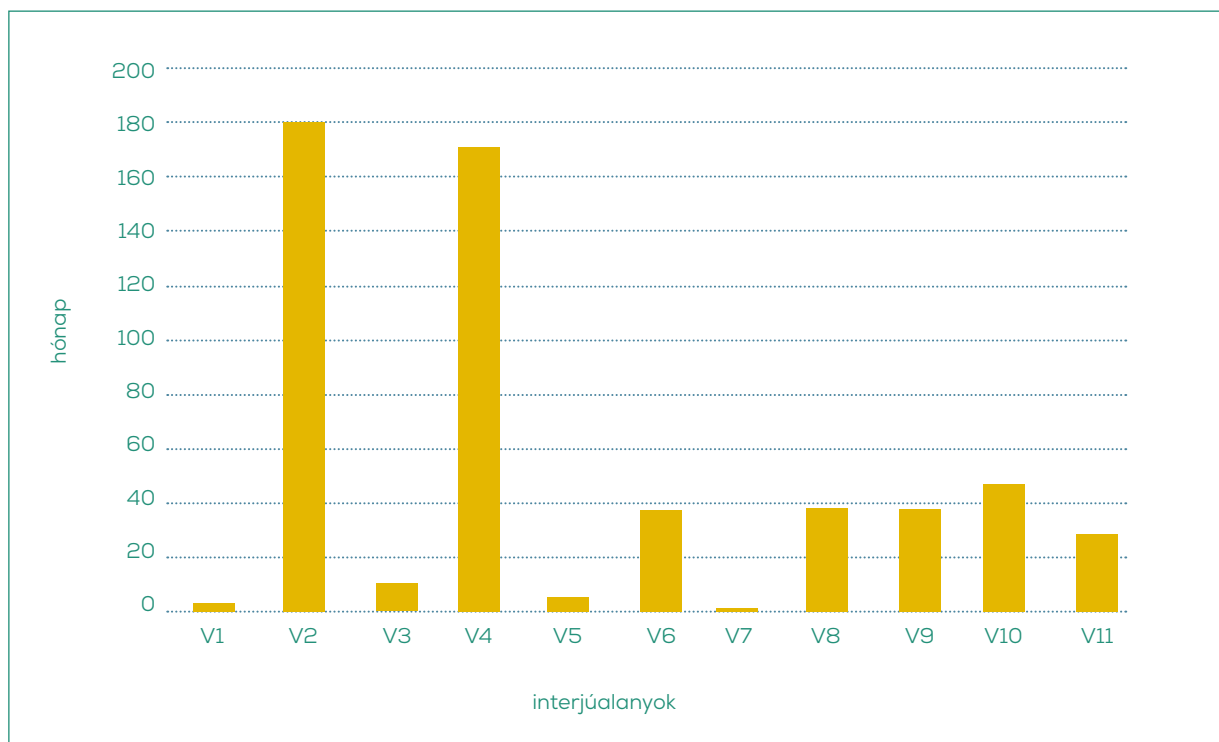
II. táblázat Étkezési zavarok előfordulása (N=11)

Attribútumok	N
purgáló anorexia nervosa	6
restriktív anorexia nervosa	4
bulimia nervosa	3
orthorexia nervosa	2
binge eating	1
drunkorexia	1

Többségében (8 fő) az interjúalanyok 18 éves kora előtt kezdődött az étkezési zavar és ebben nem láttunk kapcsolatot a gyermekkori étkezési attitűddel. Vizsgálva azt is, hogy meddig tartott annak felismerése, hogy étkezési zavarról van szó, azt láttuk, hogy 2 hét és 15 év között volt az az időtartam, míg az interjúban résztvevők, vagy a környezetük számára nyilvánvalóvá vált, hogy valamilyen étkezési problémával küzdenek. A teljes mintát tekintve átlagosan 4 évben (48 hónapban) határozható meg a felismerési idő és az 1. dia-

gramon az látszik még, hogy a V2 és V10-el jelölt interjúalanyok, akik viszonya az étkezéshez kisgyermek korukban problémás volt, náluk elhúzódott a későbbi étkezési zavarral való érintettség felismerése.

1. ábra: A betegség felismeréséig eltelt idő (hónap) a válaszadók körében (N=11)



A szülő-gyermek viszony, a családi háttér szerepe gyermeki fejlődés alapvető meghatározója. Amennyiben egy családban konfliktus van, az jelentős befolyással bír a gyermek viselkedésére, lelki állapotára, vagy arra, hogy mennyire fordul a szülő felé, ha gondja van. Jelen kutatásunkban ide soroltuk a tipikusan megfogalmazott vitás helyzetek mellett azt a szituációt is, amikor valamelyik szülő nem vesz részt a gyermek nevelésében, nem része a családi hétköznapiaknak. Az interjúk felvétele után azt a következtetést vonhattuk le, hogy a vizsgált családok jelentős részében komoly konfliktusokkal kell a tagoknak megküzdenie. Abban azonban érdemi különbséget nem tapasztaltunk, hogy ez mennyiben befolyásolja a szülőkkel való kommunikációt az étkezési problémák vonat-

kozásában. A nem konfliktusos családi háttérrel rendelkező válaszadók közül egy valaki volt, aki beszélt a szüleinek arról, hogy gond lehet az étkezésével.

„Volt egy pont amikor kifakadtam anyának, hogy én miket csinállok és hogy tudom, hogy ez nem jó. Nagyon fáradt voltam, emlékszem, hogy iskolából értem haza épp. Leültem és elkezdtem sírni. Azután elkezdtem mondani anyának, hogy ebben a helyzetben vagyok, és már egy ideje nem eszek szinte semmit. Mondtam, hogy én ezt nem bírom tovább, és kértem, hogy segítsen. Akkor azt mondta, hogy semmi baj, megoldjuk. Ez ment így pár hétig, de aztán visszaestem, akkor már nem kértem segítséget mert nagyon szégyelltem magam.” (V1)

A konfliktusos családi háttérrel rendelkezők körében, ahol például az édesapa hiányzott (haláleset miatt, vagy mert elhagyta a családot), családon belüli bán-

talmazás történt (verbális és/vagy fizikai), elhanyagoló volt az édesanya, senki nem kommunikálta a problémát.

„Anyá csak azt vette észre, hogy nem vittem a kollégiumba enni-valót, mint a rendes gyerekek és otthon sem ettem. Én is csak azt vettem észre, hogy lógnak rajtam a ruhák és vékonyabb vagyok, mint a kishúgom. Akkor mondta azt anyá, hogy menjünk el egy orvoshoz. (...) Én nem beszéltem vele erről igazán sosem, hanem rájött. Nem beszéltem róla, mert féltem, hogy fájdalmat okoz nekik...Meg a saját érzéseim miatt sem. Utána, mikor kiderült miben vagyok most, nem nagyon kérdezett semmit, hanem elvitt orvoshoz.” (V10)

„Nem kommunikáltam a szülők felé. Apukámmal amúgy sem volt jó a kapcsolatunk, anyukám pedig nem igazán érti meg az ilyen dolgokat. A mi családjunkban az ilyen típusú betegségeket nem veszik komolyan, nem lehet mentálisan vagy érzelmileg betegnek lenni.” (V6)

A konfliktusos háttérrel rendelkezők esetében ugyan senkinél nem történt kommunikáció a betegség kapcsán, azonban egy szülő ennek ellenére is felismerte a betegséget és szakmai segítséget is vett igénybe.

„Szegeden voltunk egy gyermekpszichológusnál, ő mondta ki először, hogy akkor ez bizony anorexia. Aztán egyre mélyebbre és mélyebbre ástunk és kiderült, hogy sokkal inkább lelki vonatkozásai vannak nálam ennek, és nem feltétlen a testem nemtetszése váltotta ki ezt az egészet.” (V10)

Következő kutatási kérdésünk arra irányult, hogy az információ, a tájékozottság mennyire befolyásolja a gyógyulási folyamatot. Először azt vizsgáltuk, egyáltalán mennyire kaptak értékelhető információt a fiatalok a témában. Azt tekintettük értékelhető információnak, amikor az interjúalany szakembert nevesített, mint tájékozódási pontot az étkezési zavar kapcsán. A különböző internetes fórumokat, ahol laikusok saját tapasztalatokat osztottak meg, nem soroltuk ide. Védőnő, orvos, dietetikus kulcsszavakkal kerestünk. Mindössze ketten voltak azok, akik az iskolai egészségfejlesztés kapcsán hallottak a helyes táplálkozásról, illetve az anorexia nervosa és a bulimia nervosa betegségekről.

„Emlékszem, hogy hozzánk rendszeresen járt a védőnő. A leggyakrabban a szexuális felvilágosítás volt a téma... Emlékszem, hogy mikor ez elkezdődött már az elhangzott dolgokat megtanultuk biológiából, illetve sokan már akkor éltek aktív szexuális

életet. Ez valahol a gimnázium második osztályában lehetett... Egész sok óra volt, ami a táplálkozásról szólt, ez sokkal érdekesebb volt számomra, voltak új információk. Emlékszem, hogy talán az anorexia és a bulimia szóba került, de sajnos nem hosszú időre...Örültem volna, ha többet hallok az étkezési zavarokról is, akkor talán megelőzhetjük volna a problémát. Persze más okai is voltak ennek, nem akarom azt mondani, hogy ha többet tudok akkor biztos nem leszek beteg. Csak tudod, úgy jó lett volna többet hallani erről.” (V6)

Többen megfogalmazták azonban azt is, hogy mennyire igényelték volna például a védőnő hatékonyabb szerepvállalását az egészséget érintő témákban.

„Szerintem preventíven hatott volna az, hogyha a testsúlyról, az egészséges testképről és a valódi egészségmegtartásról kapok hiteles információt. Mindegy lett volna, hogy ki adja át, védőnő, vagy a biológia tanár, csak valami olyan, ami kötelező jelleggel történik. Mert én jövök egy családi háttérrel, más meg egy másikkal, ami lehet, hogy még kevésbé egészséges és egy családon kívüli ember ezeket az érzékeny témákat jól meg tudja közelíteni, és letisztázni. Szerintem a megelőzés sokkal egyszerűbb, mert a betegség közben már nehezebb. Akkor, legalábbis én, vak és süket állapotban voltam. De egy objektív megközelítés, amikor nem kifejezetten rám hatnak, csak felkínálják a tudásanyagot, az egy hatalmas segítség tud lenni. Szerintem egy szakember felismerése és jelzése, persze lehet nem elsőre, de többedjére, nekem szintén sokat tudott volna segíteni.” (V8)

A gyógyulási folyamat vonatkozásában azt tekintettük gyógyult állapotnak, amikor az egyén számára az étkezés nem okoz már szorongást, semmilyen büntüdat nem társítható hozzá. Az irodalmak alapján az öt évet és az azon felüli időtartamot értékeltük elhúzódó gyógyulási folyamatnak. A tizenegy fő interjúalany gyógyulási ideje átlagosan hét év volt. Egy fő négy év után gyógyultnak érezte magát, míg ketten a mai napig sem vallják magukat egészségesnek, elmondásuk szerint 11 és 20 éve küzdenek étkezési zavarral.

„Azért elindulni egy úton, ami a teljes gyógyulás felé vezet nagyon nehéz volt. Nagyon sokáig hányingerem volt az ételtől. Tudod mikor megeszed, nem telik el pár perc és ki is hányod. Ez az első másfél hónapba nagyon gyakori volt, mert egyáltalán nem voltam hozzászokva ahhoz, amit beállítottak nekem, hogy 6x kell ennem egy nap. Ez magától jött, szinte már reflexszerűen. (...) Arra nem gondoltam, hogy meghánytatom magam, mert nem volt rá szükség, egyszerűen nem bírtam magamban

tartani az ételt. De nagyon tudatosan álltam és jelenleg is állok a gyógyuláshoz.” (V10)

„Most járok egy szakemberhez, ő nagyon pozitív azzal kapcsolatban, hogy ez tud javulni, és egyszer meg fogok gyógyulni. Én ebben jelenleg még nem hiszek. (...) Észrevettem magamon, hogy az életem nagy része az étkezések körül forog...és persze ebbe sosem volt meg a megfelelő korlát. Valamiféle egészséges egyensúlyt kellene felállítanom, de egyszerűen tanácstalan vagyok, hogy hogyan.” (V2)

Az a két fő, akik kaptak szakembertől információt az anorexiával, bulimiával kapcsolatban, az ő gyógyulási idejük viszonylag rövid, 4-4,5 év volt.

„Én szerintem viszonylag hamar meggyógyultam ebből az egészségből, olyan 4 évet tudnék mondani, amikor már nem volt büntudatom egy jóllakás után. De egyébként meg akármikor egy kicsit próbálok figyelni a mennyiségekre, vagy esetleg előkerül egy mérleg ételcsomagolás közben, kiráz a hideg. Nagyon félek, hogy ismét visszacsúszok ebbe a gödörbe, és hogy észre sem fogom venni.” (V6)

Megvizsgáltuk a gyógyulási folyamatot abból a szempontból is, hogy mennyire ítélte nehéznek a betegséggel való megküzdést az adott egyén. Amennyiben az interjúalany pszichiátriai ellátásra is szorult, önsértést követett el, egyszerre, vagy egymás után több alkalommal jelentkezett nála más típusú, vagy ugyanaz a táplálkozási zavar, akkor az ő megküzdése nehéznek minősült. A vizsgálatban résztvevők jelentős része (9 fő) került ebbe a kategóriába. Az étkezési zavarokkal kapcsolatos előzetes tájékozódás, úgy tapasztaltuk, ezt a megküzdési folyamatot nem érintette.

„Erős harag öntött el ilyenkor. És egy idő után, mikor elöntött a düh, büntudatot éreztem magam felé... Azt éreztem, hogy nem vagyok elég jó és semmit nem tudok betartani. Szóval ez átment egy ilyen alkalmi önsértésbe, falcolásba.” (V8)

„Nem tudom miért csináltam, csak egyszerűen jó érzéssel töltött el. Abban a pillanatban jól éreztem magam, és elmúlt a büntudat és a csalódottság. Egyébként ez nem csak akkor volt, ha az étkezés terén kudarc ért, hanem szépen lassan mindig rossz érzést falcolással próbáltam feloldani magamban. De persze rettettem, hogy az anyukám észreveszi, féltem, hogy ezzel neki is fájdalmat okozok...Szóval ez úgymond generált egy újabb szorongást.” (V6)

„Sokszor úgy éreztem, hogy jobb lenne, ha nem lennék. Voltak éjszakák amikor megszöktem, és eldöntöttem, hogy véget vetek az életemnek. De aztán nem tudtam megtenni. Volt egy másik alkalom is, amikor anyukámmal veszekedtem és az lett a veszekedés vége, hogy megfogtam egy konyhakést és odatettem a csuklómhoz és azt mondtam neki, hogy elegendem van ebből az egészségből, nem bírom ezt tovább csinálni. (...) Fél évet voltam a gyerekpszichiátrián. Fél év után engedtek ki, amikor elértem azt a bizonyos elvárt súlyt. De egyáltalán nem éreztem azt, hogy minden megjavult volna, de persze örültem mert hazamehettem és a családommal lehettem, aminek persze ők is örültek. Onnantól kezdve viszont azt volt borzasztóan nehéz, hogy úgy éltünk tovább mintha mi sem történt volna. Ők már teljesen gyógyultnak tekintettek. A testvérem nagyon haragudott rám, akkoriban nagyon megromlott a viszonyunk, ami mostanra szerencsére már rendeződött, de mindig ott motoszkál a fejemben, hogy ő is még kicsi volt, tízen pár éves és biztos, hogy ő is nagyon nehezen élte meg, hogy a húga ilyen. Igazából már megbocsájtottam magamnak, de nagyon nehéz belegondolni, hogy mennyi fájdalmat okoztam a családomnak. Voltak hétvégek amikor nem tudtam betartani azokat a dolgokat, amiket elvártak tőlem, amit a klinikán meghatároztak, mert hát nyilván nem tudtam minden elsőre tökéletesen csinálni, főleg, hogy teljesen máshoz voltam szokva. Olyankor mindig megkaptam a szüleimtől, hogy én ezt biztos direkt csináltam...Szóval volt egy kis hibáztatás jellege is a szüleim felől, amit valamilyen szinten megértek akkor ott, abban a helyzetben. De én ezt nem akartam... (sírás)” (V1)

Az interjúkban elhangzottak mögöttes tartalmainak figyelembevételével kirajzolódik, hogy a prevenció, a pusztán információ átadáson alapuló egészségnevelésnek a szakirodalom szerint is alacsony a határfoka, önmagában kevés, de ezek ellenére nagyon fontos a tudás átadása. Az interjúkban résztvevők egyértelműen hangsúlyozták, hogy szívesen hallottak volna ezekről a betegségekről még azelőtt, hogy saját magukon tapasztalják a tüneteket, mert úgy ítélték meg, a felismerés és a gyógyulási folyamat is gyorsabb lett volna ezen ismeretek birtokában. Többen gondolják úgy, hogy a megküzdésüket is segítette volna az azzal kapcsolatos tájékozottságuk, hogy milyen betegségben érintettek. Ez megerősítette volna őket

az önfelfogadásban, türelmesebbé tette volna saját magukat önmagukkal szemben.

Az iskolavédőnői szűrések, annak részeként a testtömeg és a testmagasság mérése, majd a testi fejlettség megítélése hogyan hatott az érintett fiatalokra, szakmai szempontból szintén fontos. Ennél a kérdésnél csak nyolc interjúalany válaszaival tudtunk dolgozni, hiszen három fő különböző okokból kifolyólag nem részesült a betegsége ideje alatt védőnői szűrésben. Az alábbi interjúrészletek mindegyike azt támasztja alá, hogy az étkezési zavarral küzdő diákok számára az iskolavédőnői szűrés egy komoly stressz-helyzet, melyre minden egyes alkalommal az állapotukhoz mérten készültek plusz testsúlycsökkentő tevékenységgel, mint hashajtó használata, extrém alacsony kalóriabevitel a vizsgálatot megelőző napokon, önhánytatás, túledzés.

„Le kellett vetkőzni mindenki előtt és aztán hangosan kimondták a súlyunkat. Emlékszem, hogy ez nekem egy nagyon komoly stresszfaktor volt és úgy készültem rá, mint egy első bálozó. Azt éreztem, hogy nekem addigra le kell fogynom, vagy legalábbis kevesebbnek kell legyek az előzőleg mért súlyomhoz képest. Szóval igen, nagyon rá tudtam stresszelni, az összeset kihagytam volna.” (V4)

„Tudom, hogy nagyon készültem rá, hogy számomra kielégítő számot mondjon majd a védőnő. Nagyon sokat zöld teáztam az

előtte lévő napokban, és pluszban edzettem is. Persze a kalóriamennyiségemet is lecsökkentettem. Maga ez a mérés nagyon kiborított. Meg tudod írtak rá BMI számot is a kilogramm mellett, mikor azt megláttam, egyből kerestem ki, hogy az mégis melyik kategória. Többször volt, hogy kórosan sovány voltam az értelmezés szerint, ami egy egészséges embernek szerintem ijesztő, számomra ez megnyugtató volt. De emlékszem, hogy semmit nem fűztek hozzá, vagy semmit nem kérdeztek. (...) Ha kitértek volna az étrendemre, akkor sem biztos, hogy rájöttek volna, hogy mi van a háttérben - ezt akkor még én sem tudtam - mert nagyon jól tudtam akkor már, hogy mi az egészséges, azt is ettem, csak nagyjából 2x-3x kevesebbet, mint az elegendő lett volna. Arról sem számoltam be nekik, hogy ha bulizni megyek akkor inkább kihagyom a vacsorát, mert az alkohol és az étel együtt már túl sok kalória. Azt gondolom így felnőtt fejjel, hogy ez sem volt normális dolog...” (V6)

„Többször volt olyan, hogy örültem, hogy szóltak előre, hogy lesz mérés és akkor még jobban figyeltem, hogy kevesebbet egyek.” (V8)

„Tudom, hogy aznap semmit nem ettem. Legtöbbször mindig délutánra csúsztak ezek a vizsgálatok, dél körül mentünk, és én addig nem ettem semmit és nem is ittam. Ezt azért csináltam mert mikor megmértem magam reggel és este, és a reggeli súlyhoz képest két kilóval több voltam. Egyszerűen nem akartam, hogy annyival többnek tűnjek.” (V7)

Megbeszélés

A különböző étkezéssel összefüggő zavarok előfordulási gyakorisága serdülőkorú lányok körében 0,4-0,8%, amely arány mindenképpen alátámasztja a téma fontosságát (Pászthy, 2015). Tekintettel arra, hogy az interjúba csak nők jelentkeztek, az előzetes irodalmak alapján várható volt, hogy az anorexia nervosa és a bulimia nervosa felülreprezentált lesz. A beszélgetések során kirajzolódott, hogy különösebben nem befolyásolja a későbbi étkezési zavar kialakulását az, hogy az egyénnek milyen volt a viszonya gyermekkorában az étkezéshez. Ugyanazoknak, akiknek gyermekkorukban gondjuk volt az

evéssel, jelen táplálkozási zavaruk felismerése is kitoldódott, de ebből statisztikai következtetéseket nem lehet levonni a kis elemszám, a kutatás jellege miatt. Mindenképpen figyelmet érdemelnek azonban a családi háttérrel, azok konfliktusosságával kapcsolatos eredmények. A Tod és Kaszás által felvetett szülői befolyás kérdése jelen vizsgálatunkban is megerősítést nyert (Sztanó és Pászthy, 2007; Amianto és mtsai, 2015; Tod és mtsai, 2016; Cerniglia és mtsai, 2017; Kaszás és mtsai, 2021). Figyelemre méltó, hogy szinte minden interjúalany, aki jelentkezett a beszélgetésre, beszámolt olyan körülményről, viszony-rendszer-ről,

mely a család diszfunkcióját igazolja. Nem is meglepő, hogy ezekben a szülő-gyermek kapcsolatokban nem volt helye a gyermek étkezési zavaráról való beszélgetéseknek. Hogy a háttérben milyen mértékben oka ennek a két fél diszharmonikus kapcsolata, a szülők témában való jártasságának hiánya, illetve a kommunikáció zavara, az további kutatást igényel. Abban azonban biztosak lehetünk, hogy mindezek összességéről van valószínűleg szó.

Az iskolai közegben, mint a másodlagos szocializációs szintéren szerzett tapasztalatok befolyása is jelentős. A vizsgálatban résztvevők gyógyulási folyamatának nehézségén úgy tűnik, nem változtatott az, hogy előtte hallottak-e a témáról az iskolában, vagy sem, azonban ebben a kis mintában az látszik, hogy az a két fő, aki részt vett iskolavédőnő által tartott egészségnevelő foglalkozáson ezzel kapcsolatban, átlagosan rövidebb idő alatt gyógyult meg, mint a többiek.

Következtetés

Kutatási eredményeink rávilágítanak arra, hogy a táplálkozási zavarok témakörét fontos tágabb kontextusban vizsgálni annál, mint hogy milyen tünetek vannak az egyénnek, illetve milyen a testképe. Ahhoz, hogy ezzel a társadalmilag széleskörű problémával a prevenció szintjén megfelelően lehessen foglalkozni, egyrészt fontos lenne nagyobb mintán, más kutatási elrendezésben is megvizsgálni és alátámasztani a család harmonikus működésének szerepét. Minden közvetve vagy közvetlenül családokkal foglalkozó szakembernek, legyen az területi védőnő, pedagógus, szociális területen dolgozó munkatárs, tisztában kell lennie azzal, hogy a családtervezés pillanatától a gyermeknevelésen át minden szakaszban elengedhetetlen a megfelelő családi dinamika és működés támogatása, például a táplálkozási zavarok megelőzése és szükség esetén minél hatékonyabb kezelése okán is. A számos

Az iskolavédőnői szűrések kapcsán a jogszabály és a szakmai szabályzatok a diákok egyéni vizsgálatát írják elő, megteremtve azt a környezetet, ahol a szakember és a gyerek négy szemközti helyzetben tudja értékelni az eredményeket és megbeszélni az esetleges problémákat. A médiában azonban időről-időre megjelennek olyan hírek, mely szerint ezek a vizsgálatok esetleg mégis csoportosan zajlanak. Például egy étkezési zavarral küzdő tini esetében ezek a szituációk nagymértékben fokozzák a szorongást, mely alapvetően a kórképek velejárója. Az interjúalanyok arról is beszámoltak, hogy igényük lenne arra, hogy a négy szemközti helyzet is bensőségebb legyen. Utólag saját maguk is figyelemfelkeltőnek ítélnék meg az olyan kijelentéseket, mint hogy „nem szeretnék mérlegre állni, mert nagyon duci vagyok”, „nem eszek semmi cukrosat mert félek, hogy még jobban meghízok”, „szénhidrátot hetente egy-két alkalommal eszem”.

ismert érven túl, ami a családok támogatása mellett szól, ezt is érdemes hangsúlyozni. A védőnői tanulmányok alatt, illetve a továbbképzések során pedig a fentebb részletezett kutatásban résztvevő önkéntesek által elhangzott mondatokra mindenképpen szükséges felhívni a védőnő kolléganők figyelmét. Érzékenyíteni őket arra, hogy járjanak utána ezen elcsúszott mondatok háttérének, próbálják megtudni, hogy bújik-e meg mögötte kialakulóban lévő, vagy már javában zajló étkezési zavar. Kiemelten figyeljék a táplálkozási zavarok vonatkozásában veszélyeztetett csoportokat, az olyan gyerekeket, akik testsúlyhangsúlyos sportot űznek, balett táncosnak, modellnek készülnek. Saját gyakorlati tapasztalatunk is megerősíti, hogy bár a gyógyulási folyamat rögzös útját megspórolni nem lehet a védőnői felismeréssel, a mielőbbi felismerés a táplálkozási zavarok esetében is életet menthet.

Szerzői munkamegosztás

MA.: tervezés, irodalomkutatás, elemzés, kézirat megírása

GYA.: elemzés, szakértés, lektorálás

JBÉ: tervezés, irodalomkutatás, interjúkérdések készítése, adatgyűjtés, adatfeldolgozás, elemzés

A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

A közlemény megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

A szerzőknek nincsenek a cikk témájával kapcsolatos érdekeltségeik.

Felhasznált irodalom

- American Psychiatric Association. (2022). *DSM-5-TR: diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, D. C.
- Amianto, F., Ercole, R., Marzola, E., Daga, G. A., & Fassino, S. (2015). Parents' personality clusters and eating disordered daughters' personality and psychopathology. *Psychiatry research*, 230(1): 19-27.
- Arceus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Archives of general psychiatry*, 68(7): 724-731. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>
- Babiaz, S., Ward, R. M., & Brinkman, C. (2013). Examination of drunkorexia, excessive exercising, and extreme drinking. *Journal of Young Investigators*, 25(4): 52-56.
- Cerniglia, L., Cimino, S., Tafa, M., Marzilli, E., Ballarotto, G., & Bracaglia, F. (2017). Family profiles in eating disorders: family functioning and psychopathology. *Psychology research and behavior management*, 305-312.
- Costa, C. B., Hardan-Khalil, K., & Gibbs, K. (2017). Orthorexia nervosa: a review of the literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(12), 980-988. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1371816>
- Dukay-Szabó, S., Simon, D., Varga, M., Szabó, P., Túry, F., & Rathner, G. (2016). Egy rövid evészavar-kérdőív (SCOFF) magyar adaptációja. *Ideggyógyászati Szemle*, 69(3-4): 144. <http://dx.doi.org/10.18071/isz.69.E014>
- Gáti, Á. & Ábrahám, I. (2008). Az evészavarok genetikája. In.: Túry, F. & Pászthy, B. (szerk.) *Evészavarok és testképzavarok (135—144)*. Budapest: Pro Die.
- Gkiouleka, M., Stavrakí, C., Sergeantanis, T. N., & Vassilakou, T. (2022). Orthorexia nervosa in adolescents and young adults: a literature review. *Children*, 9(3): 365. <https://doi.org/10.3390/children9030365>
- Kaszás B., Oláh B., Kovács-Tóth B. (2021). Az izomdiszomorfia összefüggése a testképpel és a korai maldaptív sémákat kialakító szülői magatartással, *Psychiatra Hungarica*, 36(2):113-123.
- Kós, N. (2023). A táplálkozási zavarai a pszichológiában. *Bulimia Nervosa jellemzői, magyarázó elméletei és terápiája. Diskurzus, A Pedagógusok Szolgálatára*. Gál Ferenc Egyetem Pedagógiai Kar, Szarvas. 87-98.
- Koven, N. S., & Abry, A. W. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 385-394. <https://doi.org/10.2147/NDT.S61665>
- Lukács, A., Papp, V., & Sasvári, P. L. (2017). Testkép-és étkezési zavarok vizsgálata középiskolás tanulóknál. *Egészségtudományi Közlemények: A Miskolci Egyetem Közleménye*, 7(1): 25-30.
- Mehler, P. S., & Rylander, M. (2015). Bulimia Nervosa—medical complications. *Journal of Eating Disorders*, 3, 1-5. <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0044-4>
- Moroze, R. M., Dunn, T. M., Holland, J. C., Yager, J., & Weintraub, P. (2015). Microthinking about micronutrients: a case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal "orthorexia nervosa" and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics*, 56(4): 397-403. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2014.03.003>
- Murray, S. B., & Baghurst, T. (2013). Revisiting the diagnostic criteria for muscle dysmorphia. *Strength & Conditioning Journal*, 35(1): 69-74. <https://doi.org/10.1519/SSC.0b013e3182723f24>
- Pászthy, B. (2015). A táplálkozási magatartás zavarai. In: Balázs J., Miklósi M. (szerk.): *A gyermek- és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve*. Semmelweis Kiadó, Budapest.

- Russell, G. (1979). *Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa*. *Psychological medicine*, 9(3): 429-448. <https://doi.org/10.1017/S0033291700031974>
- Sztanó, F., & Pászthy, B. (2007). *Az evészavarok családi kockázati és protektív tényezői= Family risk and protective factors of eating disorders*. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 8(1): 49-61.
- Tod, D., Edwards, C., & Cranswick, I. (2016). *Muscle dysmorphia: current insights*. *Psychology Research and Behavior Management*, 179-188. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S97404>
- Tölgyes, T., & Unoka, Zs. (2008). *Az evészavarok kognitív megközelítése: sémák és személyiség*. In.: Túry, F. & Pászthy, B. (szerk.) *Evészavarok és testképzavarok* (223—235). Budapest: Pro Die.
- Túry, F., Gyenis, M. (1997). *Inverz anorexia nervosa: a férfiak speciális testképzavara*. *Psychiatria Hungarica*, 12, 589- 594.
- Túry, F., & Szűcs, E. (2001). *Anorexia-bulimia: az evés zavarai*. B+ V, Budapest.
- Túry F., Szumiska I., Pászthy B., Purebl Gy. (2017). *Irányelvek és ajánlások az evészavarok kezelésében*. *Psychiatria Hungarica*, 32(4):397-41.