

Lukács Liza, Dr. Túry Ferenc

Modern pszichoszomatikus zavarok a testideálok jegyében

Összefoglalás

Napjainkban – a kor és a kultúra hatásainak köszönhetően – a pszichoszomatikus betegségek között egyre népszerűbb helyet foglalnak el az evés-, illetve testképzavarok, amelyek tünetképzésében kiemelt szerepet tölt be az adott társadalom testideálja. Közülük egyévtizede – az anorexia nervosa és a bulimia nervosa mellett – jelent meg az izomdiszmorfia, a férfiak speciális testképzavara, melyet a női anorexia nervosa fordítottjának tartanak. 2000-ben írták le a nőkben a testépítő típusú evészavart, amely a test- és izomtömeg összetételével való túlzott foglalkozást és speciális étrend követését jelenti; ekkor jelentek meg a nem-hagyományos női nemi szerepviselekedés kritériumai is. Mivel ezen új keletű, szociokulturális hátterű zavarok gyakran társulnak anabolikus szteroidok abúzusával, korai felismerésük döntő jelentőségű lehet a testi és pszichés szövődmények kialakulásának megakadályozása szempontjából.

Bevezetés

Az elmúlt évtizedben a pszichoszomatikus zavarokon belül egy olyan új betegségcsoport látszik körvonalazódni, amelynek közös vonása, hogy a test érintettsége nem kizárólag a tünetek manifesztációja szempontjából fontos, hanem a külső, testi megjelenés, a kor karcsúságideáljának való megfelelés – kényszeres – igénye markánsan jellemzi ezen zavarok kialakulását és fennmaradását.

A testkép – definíciója szerint – az egyén saját testével kapcsolatos pszichológiai élményeit és attitűdjeit foglalja magában, valamint annak módját, ahogyan ezek szerveződnek.¹ Ez jelentős mértékben meghatározza az önértékelést és az énképet, amely a személyiség központi része, meghatározza viselkedésünket és minden-

napi közérzetünket. Egyes szerzők megkülönböztetnek affektív és kognitív testképet.^{2,3} A testkép természetét tekintve fontos megemlíteni, hogy olyan halványan tudatosuló jelenségről van szó, amely csak akkor válik tudatossá, ha valamilyen zavar lép fel vele kapcsolatban. A testképzavarok legkifejezettebben az egyes testrészek eltorzulásának illúzióját jelentő diszmorfiában (testdiszmorfiás zavar), a klasszikus evési zavarokban (anorexia nervosa és bulimia nervosa) és a legutóbbi évtizedben a *Pope és munkatársai*⁴ által leírt izomdiszmorfiában (ID), vagy korábban inverz anorexiaként emlegetett zavarban mutatkoznak meg. A klasszikus evészavarok prevalenciája az utóbbi években növekszik.^{1,5} Ennek okaként elsősorban szociokulturális tényezőket jelölnek meg. A tömegkommunikáció által sugallt női karcsúságideál már-már extrém, egészségtelen testméretekkel, testarányokkal rendelkezik. A nemi szerepek és szerepviszonylatok az elmúlt fél évszázadban gyökeres változáson mentek keresztül, amely elsősorban abban nyilvánult meg, hogy a teljesítményorientáció is felsorakozott a hagyományos női nemi szerepek mellé; ez a nők felé irányuló egyre nagyobb elvárásokban nyilvánult meg. A társadalmi és kulturális változások eredményeként az evészavarok viszonylag gyors patomorfozison esnek át, megjelent mind a bulimia, mind az anorexia multiszimptomatikus (vagy multiimpulzív) variánsa, amelyek számos impulzuskontroll-zavarral (alkoholizálás, drogozás, öngyilkossági kísérletek, kleptománia, promiszkuitás) járnak együtt.¹ Emellett az elmúlt egy évtizedben megjelentek olyan új, a testképzavarokat vezető tünetként hordozó zavarok, amelyek – egyelőre – nem kezelhetők önálló kórképként, még főleg a társadalmi jelenség szintjén vannak jelen napjainkban, ugyanakkor testi szövődményeik veszélyességüket tekintve a klasszikus kórformákéval vetekednek. Míg az evészavarok területét igen intenzív kutatási érdeklődés övezi, s ennek eredményeképpen

egyrészt e zavarok a köztudatba is bekerültek, másrészt a terápiás munka is egyre több támadáspontúvá válik, addig az alábbiakban bemutatásra kerülő zavarok mind az egészség-tudományok művelői, mind a laikusok számára zömmel ismeretlenek.

Izomdiszmorfia

Az evészavarokat gyakran emlegetik tipikus női betegségként, a férfiak megbetegedései a női zavarok mintegy 2–10%-át teszik ki.^{1,6,7} A bevezetésben említett, a nőket érintő nemi szerepváltozások és társadalmi változások szemszögéből tekintve először talán meglepőnek tűnhet, hogy az utóbbi években megjelenő, testképzavarral járó szindrómákban erőteljes férfi túlsúly érvényesül. Azonban ha tekintetbe vesszük, hogy a nemi szerepek reciprok és komplexen jellegűek, akkor szinte már kézenfekvőnek tűnik, hogy a női nemi szerepek változásai idővel automatikus változást idéznek elő a férfi nemi szerepekben is. A nemi szerepváltozások pedig jól nyomon követhetők a testideálok változásaiban is.

A férfiak eme modern testképzavara az atlétaideál („Schwarzenegger-ideál”) alapján áll. A zavar elsősorban olyan férfiakra jellemző, akik igen izmosak, súlytöbbletük van, félnek a soványságtól (soványságfóbia), testképzavaruk mellett azonban az evési viselkedés zavara nem jellemző. Rejtőzködő viselkedés és az anabolikus szteroidok abúzusja jellemzi őket, kényszeresen edzenek, hízni szeretnének.¹ Az ID története a szteroidok szövődményeinek vizsgálatával kezdődött.⁸ A szteroidot használó testépítő férfiakban a testképzavar és a pszichiátriai szövődmények magas előfordulási aránya valóban feltűnő volt, ennek nyomán került sor 1993-ban az új testképzavar leírására.⁴ Számos tengerentúli és európai vizsgálat számolt be azóta arról, hogy az ID-t a férfipopulációban csak szteroid-használók között találták. Ugyanakkor nem minden teljesítményfokozó szert használó testépítő férfi produkál az ID-hez hasonló

Lukács Liza, Dr. Túry Ferenc
Simmelweis Egyetem
Magatartástudományi Intézet
1088 Budapest, Nagyváradi tér 4.

tüneteket – tehát megválaszolva a sokakban felmerülő kérdést: az ID jellemző tünetei nem tekinthetők a szteroidabúzus következményének. 1997-ben Pope és munkatársai⁹ kidolgozták az ID diagnosztikus kritériumait is. (1. táblázat)

Az ID-ban a testképzavar a legfeljebb, ami inkább a testdiszmorfiás 1. táblázat

1. A személy túlzottan sokat foglalkozik azzal a gondolattal, hogy a teste nem eléggé szikár és izmos. A jellemző társult viselkedések magukba foglalják az órákig folytatott súlyemelést és az étrendre fordított túlzott figyelmet.

2. Az aggodalmaskodás klinikailag jelentős distresszt vagy rosszabbodást okoz társas, foglalkozásbeli, vagy más fontos téren, amelyet a következő négy kritérium közül legalább kettő jelez:

2a. Az egyén gyakran felad fontos társas, foglalkozásbeli, vagy rekreációs tevékenységeket, mert kényszeres szükségét érez, hogy betartsa edzési és étkezési menetrendjét.

2b. Az egyén kerül az olyan helyzeteket, amelyekben teste ki van téve mások tekintetének, vagy ilyen helyzeteket csak jelentős distressz-szel vagy szorongással vállal.

2c. A testméret vagy az izomzat elégtelensége miatti aggodalmaskodás klinikailag jelentős distresszt vagy rosszabbodást okoz társas, foglalkozásbeli, vagy más fontos téren.

2d. Az egyén annak ellenére folytatja az edzést, speciális étkezést, vagy ergogen (teljesítménynövelő) szereket használ annak ellenére, hogy tudomása van a nemkívánatos testi és lelki következményekről.

3. Az aggodalmaskodás és a viselkedések elsődleges központja az, hogy a személy túl kicsinek vagy elégtelen izomzattal rendelkezőnek tartja magát. Ez elkülöníthető a kövérségtől való félelemtől, mint az anorexia nervosában észlelhető, vagy a külső megjelenés más szempontjai miatt fennálló elsődleges aggodástól, mint a testdiszmorfiás zavar más formáiban.

Az izomdiszmorfiás tervezett diagnosztikus kritériumai (Pope és mtsai, 1997)

zavarhoz közelíti, nem pedig az evészavarokhoz. Nincs ugyanis szó a táplálékfelvétel primer zavaráról. A zavarban szenvedők sokat esznek, de izomnövelés céljából, más evészavartünet, mint például kontrollvesztés, manipulálás nem jellemző. Összességében elmondható, hogy az ID a testdiszmorfiás zavar, az evészavarok, a kényszerek és az addikciók háttérmezsgyéjén helyezkedik el.

Brownell¹⁰ és más szerzők is felhívják a figyelmet arra, hogy sokak küzdelmét a fitness-mozgásban, a tömegkommunikációban és ennek eredményeképpen a szociokulturális normákban is megjelenő esztétikus testideál elérésére nem pusztán annak túlhangsúlyozott egészségügyi előnyei motiválják, hanem mindaz, ami ez az ideál sugall: kontroll, önuralom, hozzáértés és szexuális vonzerő.

Az ID hazai adatai ellentmondanak annak a korábbi feltételezésnek, miszerint egy kizárólag a fogyasztás-hangsúlyú, nyugati típusú kultúrákban jelen lévő, kultúrákötött szindrómáról lenne szó.^{11,12} Ezen vizsgálatok alapján a testképzavart megalapozó tényezők között feltétlenül kiemelendő a patológiás anyakapcsolat, mely sokszor a hiperprotektív, túlaggódó anyai magatartást, máskor az ödipális kapcsolat előtérbe kerülését jelenti, s ebbe a családi rendszerbe jól illeszkedik az apa periférikus helyzete is. Mindez gyakran önértékelési zavarok forrása is, s ha a testsúlyprobléma, például túlzott soványság vagy gúnyolódás tárgyát képező kövérség áll fenn a gyermekkorban, akkor az önfejlesztés, önbizalomszerzés horgonypontjává válik a test módszeres fejlesztése.¹¹ A szexuális fejletlenség ok és következmény is egyben. A hiányzó vagy hiányos partnerkapcsolatok és baráti kapcsolatok, valamint a túlzott anyai kötődés miatt az életér beszűkül, a testedzés már-már szenvedélyszerűen tölti ki az egyén életét, meggátolva más kreatív energiák felszabadulását.

Az ID rejtett zavar, ma még kevésbé ismert a pszichiátriai szakirodalomban is. Erősen megoszlanak a vélemények arról, vajon valódi kórképről van-e szó. Lehetséges, hogy az ID a bulimia nervosa sorsát fogja követni, amelyet korábban melléktermékként, járulékos tünetként, az anorexia nervosa variánsaként kezeltek, majd fokozatosan önálló kórképpé nőtte ki magát.

A testépítő típusú evészavar

Napjainkban gyakran lehetünk tanúi annak, hogy a kifutók agárszerűen vékony női modelljei mellett egy újfajta női testideál van kibontakozóban: a fitness, a wellness világában élő, a jól ápolt, edzett test jegyeit magán viselő nő. Ez a típusú nőideál hasonló testi jegyeket mutat a férfiak atlétaideáljával – megőrizve a másodlagos női nemi jellegek dominanciáját. A testkép e modern zavarát testépítő nők körében írta le 2000-ben Gruber és Pope,¹³ és testépítő típusú evészavarnak nevezték el (2. táblázat). Érdekesége, hogy mind szteroidhasználó, mind szteroidot nem használó nőknél megfigyelték ezt a típusú zavart, melynek kiugró jellemvonása,

2. táblázat

1. A test zsírtömegének egészséges (nőkben a normális menstruációs ciklushoz szükséges) szinten való fenntartásának elutasítása, amelyet az izomtömeg maximalizálásának vágya kísér.

2. Intenzív félelem attól, hogy a személy zsírtömege megnő, vagy veszít az izomtömegéből, még ha a test zsírtömege a normális szint alatt is van a fent meghatározottak szerint, illetve az izomtömege messze az átlag fölötti.

3. Merev ragaszkodás egyfajta szigorú étrendhez, melyet az alábbiak közül legalább kettő jellemez:

a) Napi legalább ötszöri étkezés, melyet a személy szabályos menetrend szerint folytat, például 3 óránként.

b) Minden étel magas kalória-, magas fehérje- és alacsony zsírtartalmú élelmiszerből vagy táplálék-kiegészítőből áll.

c) A személy jelentős mennyiségű időt és pénzt fordít arra, hogy ezeket a speciális ételeket beszeresse, elkészítse és elfogyassza.

4. A testösszetétel megítélésének módjában zavar van, vagy a testi megjelenés nemkívánatos befolyást gyakorol az önértékelésre.

5. A személy gyakran felad társas vagy foglalkozásbeli alkalmakat, mert azok megzavarják az étrend összeállítását vagy az étkezés időpontját.

A „testépítő típusú evészavar” tervezett diagnosztikus kritériumai (Gruber és Pope, 2000)

hogy az érintett személyek szigorúan csak magas fehérje-, magas energia- és alacsony zsírtartalmú ételeket fogyasztanak, meghatározott időközönként (pl. háromóránként). Gyakran utasítanak vissza baráti összejöveteleket vagy éttermi vacsorákat, hogy tartani tudják a kényszeres gondossággal kiszámolt kalóriákat és mennyiségeket. Általában otthon, maguk készítik el a pontos terv szerint összeállított és kiadagolt ételeket, gyakran becsomagolva azokat, hogy aztán az étkezési rendjük szerint meghatározott időben fogyasszák el. Ha a megtervezett rutint valami félbeszakítja, akkor intenzív szorongást élnek át. Valószínűleg a diéta következtében kialakult alacsony testzsírtömeg okozza az amenorrhoeát, amely a zavar másik jellemző velejárója. Ezt a zavart tehát a speciális étrendre és a testezésre való extrém beszűkültség és a kényszeres rítusok jellemzik.

A testépítő típusú evészavart mutató nőkben a kutatók felfigyeltek egy, a nemi identitás területét érintő zavarra is: ezek a nők – bár a nemi identitás zavar DSM-IV szerinti kritériumait nem teljesítették – preferálták a férfias öltözködést, a férfiakra jellemző szokásokat, tevékenységeket, hobbikat, játékokat, férfias munkakört vállaltak, ugyanakkor – saját bevallásuk szerint – jól érezték magukat nőként, biológiai nemüket személyiségükkel kongruensként élték meg. Tehát míg életmódjukat jelentősen befolyásolta a maszkulin beállítódás, érdemleges distreszt vagy rosszabbodást az élet különböző területein ez nem okozott. Ezekre a nőkre vonatkozóan írták le a szerzők a „nem hagyományos női nemi szerep” ismérveit. (3. táblázat)

Ez a megfigyelés arra enged következtetni, hogy az intenzív testezés férfias foglalatosságát gyakrabban választják azok a nők, akik nemi szerepeikben a tradicionálistól eltérnek.

3. táblázat

1. A férfias jellemvonások és tevékenységek túlzott előnyben részesítése. Felnőtt nőkben az alábbi jellemzők közül 3 (vagy több) jelenik meg:

a) Ragaszkodás a kifejezetten férfias öltözközéshez.

b) Jelentős és állandó ragaszkodás a tipikusan férfiak által végzett munkákhoz.

c) A tipikusan férfias játékokban és időtöltésekben való részvétel.

d) A férfi barátok túlzott preferálása.

2. Az egyén kellemesen érzi magát nőként és nem vágyik kifejezettebben arra, hogy férfi legyen.

3. A jellegzetességek nem azonosnak a hermafroditizmussal.

4. A jellegzetességeknek kifejezett hatásuk van az életmódra, azonban minimális distreszt vagy rosszabbodást okoznak a társas élet vagy a hivatás más fontos területén.

A „nem hagyományos női nemi szerep” tervezett diagnosztikus kritériumai (Gruber és Pope, 2000)

Konklúziók

A fentiekben bemutatott zavarok ráirányítják a figyelmet a változó kulturális, társadalmi hatások tünetképző szerepére. Mivel e jelenségek rejtettséjük ellenére egyre inkább kerülnek a köztudatba – elősegítve az érintettek betegsége tudatának kialakulását –, várható, hogy hamarosan megjelenjen az egészségügyi ellátó rendszerben is. Különösen fontos, hogy a zavarban szenvedőkkel először találkozó háziorvosok felfigyeljenek a testi tünetek mellett a pszichés háttértegyező diszfunkcionális működésére is. Fel kell hívni a figyelmet a szteroidabúzus irreverzibilis testi és

szociálisan szegregáló pszichés szövődésére. További vizsgálatokra van még azonban szükség ahhoz, hogy a prevenció támpontjai meghatározhatóak és a terápiák kidolgozhatóak legyenek.

Irodalomjegyzék:

1. Túry F, Szabó P: *A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa*. Medicina, Budapest, 2000.
2. Huon GF, Brown LW: *Body images in anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Int J Eating Dis 1986; 5, 421-439.
3. Thompson JK, Psaltis K: *Multiple aspects and correlates of body figure ratings: a replication and extension of Fallon and Rosin (1985)*. Int J Eating Dis 1988; 7, 813-818.
4. Pope HG, Katz DL et al: *Anorexia nervosa and „reverse anorexia” among 108 male bodybuilders*. Compr Psychiatry 1993; 34, 406-409.
5. Hoek HW, Treasure JL, Katzman MA (szerk.): *Neurobiology in the treatment of eating disorders*. Wiley, Chichester, 1998.
6. Andersen AE (szerk.): *Males with eating disorders*. Eating Disorders Monograph Series No 4. Brunner/Mazel, New York, 1990.
7. Andersen AE: *Eating disorders in males*. In: Brownell KD, Fairburn CG (szerk.): *Eating disorders and obesity* (pp 177-182). Guilford, New York, 1995.
8. Pope HG Jr, Katz DL: *Affective and psychotic syndromes associated with use of anabolic steroids*. Am J Psychiatry 1988; 145, 487-490.
9. Pope HG Jr, Gruber AJ, Choi P, et al: *Muscle dysmorphia: an underrecognized form of body dysmorphic disorder*. Psychosomatics 1997; 38, 548-557.
10. Brownell KD: *Dieting and the search for the perfect body: where physiology and culture collide*. Behavior Therapy 1991; 22, 1-12.
11. Kovács Sz, Túry F: *Az inverz anorexia megjelenése testépítők között*. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika 2001; 12(3), 41-44.
12. Túry F, Kovács Sz, Gyenis M: *Az izomdiszomorfi (inverz anorexia) hazai gyakorisága testépítők között*. Szendvedélybetegségek 2001; 9, 326-330.
13. Gruber AJ, Pope HG Jr: *Psychiatric and medical effects of anabolic-androgenic steroid use in women*. Psychother Psychosom 2000; 69, 19-26.

175 éves a Semmelweis Egyetem Központi Könyvtára

A Semmelweis Egyetem Központi Könyvtára idén ünnepelte alapításának 175. évfordulóját. Közép-Európa legrégebbi és legnagyobb orvosi könyvtárának jubileumán a Semmelweis Egyetem rektora rövid beszámoló tartott az eddigi eredményekről és a Semmelweis Egyetem fejlesztési elképzeléseiről. Az ünnepségen számos hazai és külföldi szakember és közéleti személyiség is részt vett. Az idén először a nagyközönség számára is hozzáférhetővé teszik a Könyvtár egyedülálló antik könyvgyűjteményének legértékesebb darabjait, többek

között a felbecsülhetetlen értékű, 1543-ban *Vesalius* által írott és illusztrált, híres orvosi tankönyvet.

A könyvtár jogelődjét 1828-ban alapította *Schordann Zsigmond*, aki saját könyvtárát nyitotta meg tanártársai számára. A könyvtárat az orvoskar tanárai vezették, majd *Semmelweis Ignác* hozta a könyvanyagot az orvoskar épületébe, a Hatvani és Újvilág utca sarkára. Ezek után a könyvtár még ötször költözött különböző szállásokra, míg 1861-ben eljutott az orvoskar új, Úllői út 26. számú épületébe. Jelenleg több mint 250 ezer kötete van.