

## **„TESTZSÍRFÓBIA”**

### **A modern evészavarok egyike: a testépítő típusú evészavar**

TÚRY FERENC<sup>1\*</sup> – GYÁNYI ANDREA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Budapest

<sup>2</sup>Károli Gáspár Református Egyetem, Budapest

(Beérkezett: 2007. május 1.; elfogadva: 2007. július 20.)

Az evészavarok patomorfózisa gyors, közöttük az utóbbi két évtizedben új altípusok, majd új betegségtypusok jelentek meg (például az izomdiszmorfia, az orthorexia nervosa). Ennek a jelenségnek a háttérében a szociokulturális tényezők szerepe valószínű.

Gruber és Pope 2000-ben írt le egy új evészavart, amelyet testépítő típusú evészavarnak neveztek el. Ennek legfontosabb tünete a magas testzsírtartalomtól való kényszeres félelem (testzsírfóbia), ami intenzív testépítéssel és speciális étrenddel társul. A jelen dolgozat az új kórkép első hazai esetismertetése egy 16 éves testépítő férfi pszichoterápiájának bemutatásával. A zavar anorexiával kezdődött, majd internetfüggőséggel szövődött. A tartós remissziót fél éves utánkövetés erősítette meg. A kórképet az izomdisz-morfia-tól az különbözteti meg, hogy nem a test izomzatának fejlesztése az elsődleges cél, hanem a zsír-arány csökkentése.

Az új keletű zavar felhívja a figyelmet arra, hogy egyre gyakrabban találkozhatunk a testtel való elégedetlenség különböző formáival, amelyek kóros méreteket ölthetnek.

**Kulcsszavak:** testépítő típusú evészavar, testzsírfóbia, evészavarok, izomdiszmorfia

A pszichoszomatikus zavarok között az evészavarok – az anorexia nervosa és a bulimia nervosa – a 20. század utolsó negyedében előtérbe kerültek a pszichiátriában. Viszonylag magas gyakoriságuk (az anorexia élettartam-prevalenciája 0,3–3,7%, a bulimiáé 1,0–4,2% [American Psychiatric Association 2006]), a szubklinikai zavarok nagy aránya és az anorexia halálo-

---

\* Levelező szerző: Túry Ferenc dr., Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, 1089 Budapest, Nagyvárad tér 4.  
E-mail: turfer@net.sote.hu

zási mutatói magyarázzák ezt a tendenciát. Jól ismert, hogy a biopszichoszociális betegségmodell keretében értelmezhető evészavarok újabb altípusainak megjelenése szociokulturális tényezőkkel hozható összefüggésbe (például a karcsúságideál nyomása, a női szerep megváltozása). A borderline személyiségzavar talaján álló multiimpulzív formák egyre fontosabbá váltak. Új betegség típusok is felbukkantak, amelyek ma még nem számítanak elfogadott betegségi kategóriáknak, de szerepük feltehetően növekedni fog. Pope és mtsai (1993) ismertetésében másfél évtizede jelent meg a kezdetben inverz anorexia nervosa néven emlegetett izomdiszmorfia. Ez a testépítőkre jellemző zavar főleg férfiakban jelentkezik, akik igen izmosan is túl soványnak tartják magukat, testképzavaruk tehát fordítottja az anorexiában észlelhetőnek. Ezt a zavart a hazai irodalomban először 1997-ben közzétették (Túry és Gyenis 1997). Az evészavarokra vonatkozó epidemiológiai adatok egyébként megerősítik, hogy a megbetegedések jelentős női túlsúlya mérséklődni látszik, szaporodnak a férfiak zavarai (Túry és Szabó 2000).

Az evészavarokhoz társulóan az egyéb testképzavarok között meg kell említeni a testdiszmorfiás zavart, amely szintén egyre fontosabbá vált. A különböző testrészekkel való elégedetlenség a plasztikai sebészet fellendülésének hátterében is valószínű. A férfiak között a külsővel való túlzott foglalkozás, a kozmetikumok használatának erős fokozódása, a plasztikai sebészet iránti igény (ide tartozik a hajátültetés is) a férfi identitás zavarával párhuzamosan jelent meg, és Adonisz-komplexusnak nevezik (Pope és mtsai 2000).

Az új típusú zavarok között mindössze néhány éve írták le az orthorexia nervosát, ami egészségesétel-függőségnek tartható (Bratman 1997). Néhány évvel később újabb típusokat ismertetett Gruber és Pope (2000): a testépítő típusú evészavart és (bár nem evészavar, de ide csatlakozóan) a nem hagyományos női nemi szerepet. A nők anabolikus szteroid-szedésének következményeit elemezve találták meg ezt a zavart, amelyet a testépítés intenzív volta és igen merev étkezési szokások jellemeznek. A kórképet korábban röviden ismertettük (Túry és mtsai 2003).

Gruber és Pope (2000) testépítő nők között mérte fel az anabolikus szteroidok használatát. A 75 vizsgált személy harmada használt korábban vagy aktuálisan szteroidot. Lényeges, hogy a vizsgált csoportban 31 személynek korábban már volt evészavara (anorexia, bulimia, vagy túlevéses zavar, azaz „binge eating disorder”). Aktuális evészavar nem volt igazolható. Ennek a vizsgálatnak a során került felszínre az új keletű testépítő típusú evészavar. Ezt a szteroidot használók 84%-ában lehetett megtalálni.

A szerzők a zavar diagnosztikus kritériumait is meghatározták, ezeket az 1. táblázat foglalja össze.

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

(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: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Napi legalább ötszöri étkezés, melyet a személy szabályos menetrend szerint folytat, például 3 óránként.</li> <li>– Minden étel magas kalória-, magas fehérje- és alacsony zsírtartalmú élelmiszerből vagy táplálék-kiegészítőből áll.</li> <li>– A személy jelentős mennyiségű időt és pénzt fordít arra, hogy ezeket a speciális ételeket beszerezze, elkészítse és elfogyassza.</li> </ul>
(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 evészavarra jellemző, hogy a személyek csak magas fehérje-, magas energia-, és alacsony zsírtartalmú ételeket fogyasztanak, meghatározott időközönként (pl. háromóránként). Nyilvános étkezéseken (baráti vagy éttermi vacsorákon) nem vesznek részt, hogy tartani tudják a kényszeresen megtervezett étrendet, a meghatározott kalóriákat és ételmennyiségeket. Ők maguk készítik el a gondosan kimért ételeket, amelyeket gyakran becsomagolva visznek magukkal, hogy az étkezési rendjük szerint meghatározott időben tudják elfogyasztani azokat. Ha rituális menetrendjüket félbeszakítják, intenzív szorongást élnek át. A diéta következtében kialakult alacsony testzsírtömeg nőknél amenorrhoeához vezet, melyről a szteroidhasználók 96%-a számolt be.

Korábban hazánkban a testépítő típusú evészavart bemutató esetismertetés nem jelent meg. A következőkben egy testépítéssel foglalkozó fiatalember történetét ismertetjük, aki ebben a zavarban szenvedett.

## ESETISMERTETÉS

Péter (pseudonym) 16 éves korában, 2006 februárjában jelentkezett vizsgálatra szülei nyomására, az ő kíséretükben (terapeuta: T.F.). Gimnazista volt, 10. osztályos. Szülei diplomások, apjának második házasságából született. Édestestvére nincs, apja első házasságából van egy 28 éves fiú féltestvére. Apjával volt szorosabb kapcsolatban, mert anyja sokat dolgozott. Az általános iskolában osztálytársai sokszor csúfolták testmagassága miatt, ő volt a legalacsonyabb az osztályban. Amikor érdeklődni kezdett a lányok iránt, többen kikosarazták, bár barátságos és vidám természete miatt kedvelték őt. Ezért testedzésbe fogott 13 éves korában. Úgy gondolta, ha jól fog kinézni, „bomlani” fognak utána a lányok. Amint mondta, a külsejével való intenzív törődés a szerelmi kudarcoknak volt köszönhető.

Evéssel kapcsolatos problémái egy évvel jelentkezése előtt, 15 éves korában kezdődtek. A korábbi 53 kg-os testsúlyáról 45 kg-ra lefogyott, ekkor testmagassága 160 cm-es volt (testtömegindex [BMI]: 17,6). Kövérnek tartotta magát, félt, hogy elhízik. Ez az állapot tehát anorexia nervosának felelt meg. Szülei pszichiáterhez vitték, fluvoxamint kapott, amit azóta is szedett (este 150 mg). Néhány hónap után testsúlya emelkedni kezdett, s ekkor kezdett erősen érdeklődni az ételek minősége iránt. Furcsa étkezési szokásai jelentkezték. Kezdetben csak arra ügyelt, hogy megadott időpontokban egyen, majd az étel minősége is egyre fontosabb lett, kerülni kezdte a zsírt, mint a háj kialakulásáért felelős tápanyagot, „zsíriszonya” lett. Akkurátusan vigyázott arra, mit eszik. Az ételeket gondosan megválogatta, ő készítette magának a speciális összetételű, zsírmentes étrendet, az összetevőket mérleglen méricskélte. Szigorúan háromóránként evett, s ha nem tudta akkor elfogyasztani ételét, amikorra megtervezte, feszült lett. Vacsora után még tett egy kimerítő sétát, s ha ez elmaradt valamilyen okból, feszültté vált. Az eddig is űzött otthoni testedzésen túl edzőterembe kezdett járni, mert nem akarta, hogy a teste zsíros legyen. Sokat edzett, otthon is igen sok fekvőtámaszt csinált. Szigorú menetrendje miatt társaitól eléggé elszakadt, leginkább túlhajtott szokásainak élt. Szüleivel is megromlott az addig jó kapcsolata, mert kritizálták evési szokásai miatt.

Az első interjú alkalmával izmos testalkata feltűnő volt, testmagassága 165 cm, testsúlya 55 kg (BMI: 20,2). Egyéni pszichoterápiában állapotunk meg, heti találkozásokkal, előreláthatólag 20 ülésben. Az első üléseken a tünet csökkentésére koncentrálna az étrend befolyásolására kognitív-viselkedésterápiás alapú önsegítő kalauzt kapott (Cooper: Farkaséhség című kötetét), amelynek elemeit – bár a könyv bulimiásoknak íródott – fel lehetett használni az étkezési rend átalakításában. A méricskélés csökkentését és az étkezések közötti szigorú időtartam rugalmas változtatását tűztük ki

célul. Fokozatosan csökkenteni tudta a tüneti viselkedést, bár a kényszer-cselekvések készítményei miatt feszült volt.

Az ötödik üléstől kilenc alkalommal relaxációs hipnózisokra került sor. Ennek során a pozitív testi élmények átélése és az önkontroll fokozása volt a fókuszban. A fluvoxamint eddigi eredménytelensége miatt kihagytuk. A merev étrend szigora csökkent, a méricskélés is jelentősen mérséklődött. Új jelenséggént a 15. ülés során arról számolt be, hogy napi 6–7 órát is internetezik. Főleg cseveg, testépítőkkal tart kapcsolatot, és az izomfejlesztésről szóló szakmai anyagokat olvas. Ezután ennek csökkentése volt a terápia fókuszában. Tünetnapló írásával ellenőrizve csökkentette az internetezéssel töltött idő mennyiségét. Az internetezés számára kapcsolati pótlékot jelentett. A pszichodinamika feltárásakor kiderült, hogy a lányokkal szembeni kudarcérzéseit először a testének az átalakításába fordította át, majd az élő kapcsolatot pótló internetezés következett. A további néhány ülésen inkább pszichodinamikus fókuszú terápiás munka folyt.

Néhány ülés után az internetezés napi mennyisége 1,5–2 órára csökkent. Örömmel újságolta, hogy megismerkedett egy lánnyal. Ebből aztán nem alakult ki tartós kapcsolat, azonban bízott benne, hogy majd talál partnert. A testépítést folytatta, testsúlya az edzések során emelkedett, 70 kg lett (BMI: 25,7). Nem foglalkozott azonban kényszeresen a testedzéssel, a test zsírtartalmával sem. Ha néha kimaradt egy-egy edzés, nem zavarta. Az internetes csevegés napi 20 percre csökkent, szakmai dolgokat még egy-két órát olvas.

Tünetei fokozatosan alábbhagytak. Az ételeket már nem méricskélte, időben rugalmas határok között tudott étkezni. A napi internetezés nem zavarta, főleg a tanulmányaival kapcsolatos használatra korlátozódott, ritkán még csevegésre is használta. Hetente háromszor járt edzőterembe. Hiányzik neki a partnerkapcsolat, de nem szomorkodott emiatt, bízott benne, hogy előbb-utóbb talál magának társat. Nyitott a lányok felé, közvetlenebbül tud velük kommunikálni. A terápiát 10 hónap, 23 ülés után fejeztük be. Félév után szüleivel keresett fel utánkövetés céljából. Továbbra is jól volt, tünetei nem voltak, egészségesnek tartja magát, szülei is elégedettek.

*Összefoglalásképpen:* a bemutatott pszichoterápiás folyamat integratív jellegű volt, amelyben főleg kognitív terápiás elemek voltak, részben hipnózisban alkalmazva. A pszichodinamika feltárása is lényeges volt, e téren a szexualitás iránti érdeklődésének a megjelenése, majd a partnerkapcsolatok terén átélt frusztrációk játszottak fontos szerepet. Figyelme a jobbnak tartott külső elérése érdekében saját teste felé fordult, kezdetben testedzéssel, majd a fejlődés aszketikus gátlásával, később speciális fókusszal a testizomzat összetétele felé. A terápia folyamán megjelent a másik

nemmel való harmonikus kapcsolat kialakításának a lehetősége is. Ez a pozitív irányú változás egyik tényezője volt. A kényszeresség/szenvedély fokozatosan alábbhagyott.

## MEGBESZÉLÉS

Az újonnan megjelenő evészavarformák a társadalmi-kulturális háttér szerepét látszanak igazolni. A test alakjának idealizálása újkori „megszállottság”, a nők számára a karcsúságideál kulturális nyomása az anorexia és a bulimia táptalaját jelenti. A férfiak testideálja kettős: egyrészt az atlétaideál („Schwarzenegger-ideál”) dívik, másrészt terjed a feminin, karcsú férfiak divatja is. A férfiakra is egyre inkább nehezedik a fitt, ideális test elvárása. Érthető, hogy ilyen kulturális háttér mellett a férfi identitásukban bizonytalan férfiak fontos célt találnak testük (át)alakításában (Pope és mtsai 2000).

Bemutatott esetünk jól példázza azt, hogy a nemi szerepek, a férfi identitás bizonytalanságai, a szexuális szféra, a párkapcsolatok alakításának nehézségei hogyan konvertálódnak a saját testtel kapcsolatos kényszeres aggodalmakba. Figyelmet érdemel a tünetváltás a betegben. 15 éves korban anorexiával indult a kórkép, majd kialakult a testépítő típusú evészavar, ezt pedig az internetfüggőség követte. Mindezekben kényszeresség és addiktív jelleg egyaránt van. Ismert, hogy az evészavaroknak van kényszerbetegség-elméletük, emellett szenvedélybetegségeknek is felfoghatók. A kényszeresség betegünkben elsősorban az anorexiában és a testépítő típusú evészavarban, az addikció pedig a szenvedélyes testépítésben és az internetfüggőségben jelent meg. Ezek az átmenetek az evészavarok spektrumjelleget húzzák alá.

Túl azon, hogy ismertetett esetünk az első ilyen hazai közlés, transzkulturális szempontból is érdekes lehet. Az evészavarokat sokáig a „3W” (white Western women) betegségeinek tekintették. Később kiderült, hogy ez egyre kevésbé érvényes: megtalálhatók feketék között, nem nyugati államokban is, valamint férfiak között. Ugyanezt gondolták az izomdisz-morfia elemzésekor is. Lehet, hogy a frissen leírt testépítő típusú evészavart is ilyennek véli néhány szakember. Ebből a szempontból azt mondhatjuk, hogy nem a földrajzi elhelyezkedés, hanem az adott területen honos kulturális hagyományok és minták a döntőek.

Ki kell emelnünk egy lényegesnek látszó tendenciát. Az emberi (saját) testtel való obszessziók, megszállottságok spektruma finomodik. Az anorexia és a bulimia esetében a kényszeres gondolatok a test alakjára és a testsúlyra vonatkoznak. Az orthorexia nervosa az étel minőségével kap-



csolatos kényszerességeket jelenti. Az izomdiszmorfia esetében az izomzat tömege áll a megszállottság fókuszában. A testépítő típusú evészavar pedig a test összetételében, a testzsír arányában találja meg a kényszeresség célpontját. Felmerül a kérdés, hogy mi következik? Lehet, hogy a test kémiai összetétele lesz a következő testi obszessziók tárgya. Találkoztunk olyan esettel, amelyben szinte vérkoleszterin-fóbiáról lehetett beszélni: a személy attól félt, hogy magas lesz a koleszterinszintje és agyvérzéssel végzi, mint a szülei, s ezért kéthetente ellenőriztette vérkoleszterin-szintjét.

A fentebb tárgyalt zavarok még nem kerültek be a diagnosztikus rendszerekbe, nozológiai körülírásuk még bizonytalan. Vannak szakemberek, akik ezeket az új típusú zavarokat nem tartják igazi kórképeknek. Ezt a kérdést a leírt jelenségek előfordulásának gyakorisága oldhatja meg: ha növekszik a morbiditás, akkor az újabb zavaroknak a nozológiai rendszerekben is helyet kell kapniuk. A közeljövőben azonban várható, hogy ilyen problémákkal egyre inkább találkozhatunk a pszichiátriai ellátó rendszerben. Fel kell készülni a prevencióra és a terápiára is. Még – érthetően – nincsenek jól kidolgozott terápiás sémák (mint amilyenek rendelkezésre állnak például anorexiában vagy bulimiában). Úgy látszik, hogy a kognitív viselkedésterápia ajánlható. Erre az utal, hogy e módszer a klasszikus evészavarokban is standardnak számít. Az is lényeges terápiás szempontból, hogy a kényszeres szokásokkal járó zavarok esetében jól használhatók az ilyen intervenciók. A továbbiakban megbízható vizsgálatokra van szükség az új zavar epidemiológiai adatainak tisztázására. Erre elsősorban fokozott kockázatú populációkban lenne szükség (edzőtermek). A kezelésben különböző terápiás modalitások hatékonyságának értékelése is sürgető.

## Irodalom

- American Psychiatric Association (2006): *Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders. Third edition.* A. P. A., Washington, D.C.
- Bratman, S. (1997): Orthorexia nervosa. Eredeti közlés: *Yoga Journal*, 1997 October. Internetes változat: <http://www.orthorexia.com/index.php?page=essay>.
- Gruber, A. J., Pope, H. G. Jr. (2000): Psychiatric and medical effects of anabolic-androgenic steroid use in women. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69: 19–26.
- Pope, H. G. Jr., Katz, D. L., Hudson, J. I. (1993): Anorexia nervosa and „reverse anorexia” among 108 male bodybuilders. *Comprehensive Psychiatry*, 34: 406–409.
- Pope, H. G. Jr., Phillips, K. A., Olivardia, R. (2000): *The Adonis Complex. The secret crisis of male body obsession.* The Free Press, New York, London.
- Túry F., Gyenis M. (1997): Inverz anorexia nervosa: a férfiak speciális testképzavara. *Psychiatria Hungarica*, 12: 589–594.
- Túry F., Szabó P. (2000): *A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa.* Medicina, Budapest.

Túry F., Lukács L., Rác O., Horváth K. (2003): Az evés- és a testképzavarok újabb megnyilvánulásai. *Lege Artis Medicinae*, 13: 642–647.

TÚRY, FERENC – GYÁNYI, ANDREA

### **BODY FAT PHOBIA. A MODERN FORM OF DISORDERED EATING: THE EATING DISORDER BODY BUILDER TYPE**

The clinical appearance and epidemiological data of eating disorders change rapidly. In the last two decades new subtypes and forms emerged, e.g. muscle dysmorphia, and orthorexia nervosa. In the background of this change the role of sociocultural factors can be hypothesized.

Gruber and Pope (2000) described a new form of eating disorders, the so-called eating disorder body builder type. Its main feature is a phobic fear of being fat, and the desire to decrease the body fat with intensive body building and special diet. The present paper is the first Hungarian case report of the psychotherapy of a 16-year-old male patient suffering from eating disorder body builder type. Anorexia nervosa preceded the disorder, which later associated with Internet dependence. The long lasting remission was corroborated by a six-month follow-up. The disorder has to be differentiated from muscle dysmorphia, where the focus of pathological concern is the mass of the musculature, not the body fat.

The new subtype of eating disorders demonstrates a growing tendency of bodily dissatisfaction which can be pathological.

**Keywords:** eating disorder body builder type, body fat phobia, eating disorders, muscle dysmorphia