

6. fejezet

„MEGSZALADT” SZÉPSÉGIDEÁLOK?

A TESTKÉPZAVAROK ÉS TÁPLÁLKOZÁSI RENDELLENESÉGEK AZ EVOLÚCIÓBIOLÓGIA ÉS A HUMÁNETOLÓGIA TÜKRÉBEN

UJFALUSSY DOROTTYA JÚLIA

Mik azok a testképzavarok?

Napjainkban komoly méreteket öltenek az ún. testképzavarral összefüggő rendellenességek. Jelentőségüket nemcsak az adja, hogy a társadalom egyre több tagját érintik, hanem az is, hogy főként a fiatal korosztály van fokozottan kitéve ezeknek a kórképeknek. Egy 2005-ben készült amerikai felmérés szerint a középiskolások 45,6%-a próbálkozott már a fogyókúrával, és amellet, hogy ez főleg a lányokra jellemző, a fiúk 29,9%-a is fogyókúrázott már legalább egyszer. Ugyanakkor a középkorú nők esetében is egyre gyakrabban jelennek meg étkezési rendellenességek. Egy ausztrál vizsgálat szerint az érintettek életkora a 30-as évek vége és a 40-es évek eleje közé esik, de például Ausztráliában 70 éves nőket is kezelnek a testképzavarral összefüggő problémákkal. A betegek egy része még fiatalkorában legyőzte az étkezési rendellenességet, de visszaesett, másoknál később alakult ki először. Az idősebbek esetében a problémák kialakulásában az elhízás miatti egyre növekvő aggodalom is közrejátszhat.

Mit is értünk a testképzavarral összefüggő rendellenesség alatt? Minden olyan viselkedészavart ide sorolunk, amelyben a páciens nem tudja helyesen megítélni saját testét, illetve azt, hogy mi a normális, hanem abbéli igyekezetében, hogy egy természetellenes ideálhoz hasonlítson, egészségére ártalmas szokásokat vesz fel. Minden ilyen zavarra jellemző a megszállottság és a kényszeresség, a szociális

elszigetelődés, ráadásul fokozott megfelelési vágy, illetve beteges lelkifurdalás jelentkezik a hibás viselkedés elhagyása esetén (lásd még Demetrovics–Kun 2007). Ilyen viselkedészavar például az *anorexia nervosa* (AN), a *bulimia nervosa* (BN), az izomdiszmorfia, illetve a legfrissebb tünetegyüttes, az ún. *orthorexia nervosa* (ON) is. A betegségek kialakulásához vezető fő kockázati tényezők közé sorolják a kort, az etnikai hovatartozást, a gyerekkori evési és gasztrointesztinális problémákat, az alakra és súlyra való koncentráció fokozódását, a negatív önértékelést, a szexuális abúzust és az általános pszichiátriai problémákat (Berkman és mtsai 2007). Ezek a szindrómák főleg az iparosodott, nyugati kultúrákban élő nőket, és közülük is főleg a fiatalabbakat jellemzik. A 20. század második felében egyre nagyobb lett azok száma, akik ilyen zavarban szenvedtek, köszönhetően a divatnak („karcsú amerikai szépség” ideál) és a médiának, amely az utóbbi évtizedekben lényegesen több írást közölt a fogyás különféle (igaz vagy hamis) módszereiről.

Mindez könnyen érthetővé válik a megfelelni vágyás tükrében. Ez a régi vágy, mondhatnánk, egyidős az emberiséggel. Tágabban értelmezve talán minden élőlény számára előnyt jelent, ha a szexuális szelekció esetén (lásd még 2. fejezet) a preferált fenotípusba tartozik. Az ember esetében a nők bizonyos jellegek és képességek hangsúlyozásával igyekeznek a legjobb minőségű férfit meghódítani. A „szépség” által reklámozott szaporodóképesség egyértelmű jelei többek között a kis orr, kis lábfej, az alacsony derék–csipő-arány (a magas ösztrogén–tesztoszteron-arány mutatója), illetve a viszonylag nagyobb, szimmetrikus mellek (Singh 1995).

Sokak szerint a szexuális szelekció állhat az emberben kialakuló táplálkozási rendellenességek mögött (Abed 1998). Az elképzelés szerint a karcsúságra való törekvés révén a nő igyekszik a férfiak számára legvonzóbbnak tartott tulajdonságokat felmutatni. Így az étkezési rendellenességek a nők fizikai megjelenésük miatti aggodalmának pszichológiai tünetei, ugyanis a külső fontos része a nők „pár-vonzó” és „pármegtartó” stratégiájának.

A mai ember célja a tökéletes megjelenés bármi áron. A célkitűzést sokban árnyalja az a tény, hogy mind életmódunk, mind pedig táplálkozási szokásaink az evolúciós értelemben vett igen közeli múltban gyökeresen megváltoztak (lásd 4. fejezet). Az átlagos napi mozgásmennyiség mintegy tizedére csökkent, míg a bevitt táplálék energiatartalma (a nagy mennyiségű zsír- és cukorbevétel miatt) úgy háromszorosára nőtt. Mindezt nehéz ellensúlyozni. A testképzavarral összefüggő viselkedésszempontokat egyértelműen a megszaladt jelenségek közé sorolhatjuk, mivel megjelenésük tagadhatatlan és szoros összefüggést mutat a társadalom és a média által közvetített szépségideálokkal. A társadalmilag létrehozott aktuális ún. szépségideálokhoz pedig azért törekszünk hasonlítani, hogy megakadon

rajtunk leendő párunk szeme. Egyéni túlélésünk szempontjából viszont ezek a viselkedések veszélyeket hordoznak magukban, egészségtelenek, egyértelműen hátrányosak. Mi több, szaporodóképességünket is csökkentik.

A testképzavarok típusai

A testképzavarral összefüggő betegségek egyaránt hatással vannak az ember pszichológiai és testi jólétére. Az ilyen betegségben szenvedők önértékelése sérült, megszállottan hiszik, hogy csak akkor felelnek meg a szociális elvárásoknak, ha eléri az általuk megszabott súlyt, mely rendszerint kórosan alacsony. Kényszeresen ragaszkodnak szabályaikhoz, beteges lelkifurdalás, önvád, önutálat jellemző rájuk a szabályok esetleges megszegése esetén. Az étkezésből/testedzésből számukra teljesen eltűnik az élvezet és az öröm, helyette neurotikus viszony alakul ki. A meg nem értettség miatt szociálisan elszigetelődnek, nem hajlandók emberek közé menni, akik amúgy sem fogadnák be őket, szerintük, „kövérségük” miatt.

Anorexia nervosa

Az *anorexia nervosa* nem új keletű probléma, a testképzavaros megbetegedések „legöregebbike”. Az anorexiában szenvedők egészen szélsőséges módon megvonnak maguktól minden táplálékot, annak érdekében, hogy testsúlyukat egy nagyon alacsony, egészségükre kifejezetten ártalmas értéken tartsák. Az állandó éhezés hatására hamar jelentkeznek náluk a tápanyaghiányos állapotok különböző tünetei. Fogaik romlanak, bőrük kiszárad, körmeik töredezni kezdenek, emésztőszervrendszerük súlyosan károsodik. Hajuk hullani kezd, ám testük addig szőrtelen területein puha, pihés szőrzet jelenik meg. Végző stádiumban csontritkulás, az idegrendszer hibás működése, az idegszövet sorvadása, illetve nőknél a menstruáció teljes elmaradása következik be.

Ezek a betegek akkor is kövérnek érzik magukat és tovább kívánnak fogyni, amikor már csontsoványak. Ha esznek, azonnal kövérnek és csúnyának látják magukat. Hihetetlen lelkiismeret-furdalás gyötri őket ilyenkor, mivel megszegték saját szabályaikat. Mások testalkatát teljesen helyesen képesek megítélni, ám saját testükkel kapcsolatban nem képesek reális képet alkotni. Önmagukat jó pár kilóval nehezebbnek, centiméterekkel szélesebbnek látják, mint amilyenek valójában. Ez a torzult testképlátás okozza azt, hogy a beteg mindig, a külvilág véleménye ellenére is, fogyni kíván. Az *anorexia nervosa* főként a 18. év alatti lányok betegsége, akik a tetszeni akarás és a divat követelményei miatt kezdenek szélső-

séges diétákba. Számukra a szépség válik a legfontosabb értéké, és érte mindenre hajlandók. Az anorexiás az éhezés összes tünetét mutatja, és állandóan az ételek körül forognak a gondolatai. Ételekről olvasnak, recepteket keresnek, főznek és figyelik mások étkezését. Nagyobb mennyiségű cukormentes édességet fogyasztanak, cukormentes rágógumit rágnak és ásványvizet isznak.



6.1 ábra Milánóban betiltott anorexiaellenes plakát – Oliviero Toscani
(Forrás: AFP – Független Híregyénység)

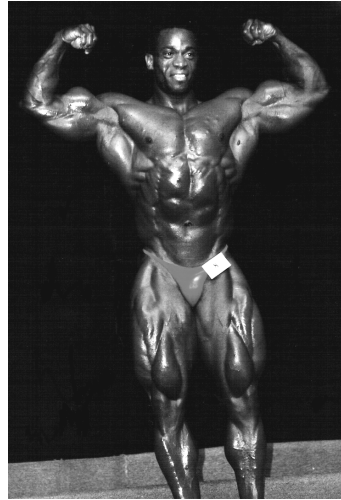
Bulimia nervosa

Ezt a betegséget csak mintegy húsz éve ismerték fel, ám napjainkban a leggyakoribb táplálkozási rendellenesség (pl. Schlesier–Stropp 1984). Általában a bulimiában szenvedő megpróbál a lehető legkevesebbszer és a legkevesebbet enni, mielőtt lehetősége volna nagy mennyiségű étellel teleenni magát. Egyszerre nagy mennyiségű ételt eszik, majd kihányja, vagy hashajtót használ, hogy megszabaduljon tőle. A túlévést nem éhségérzet okozza. A túlévések gyakorisága különböző lehet, naponta többszöri, vagy csak havonta, egy-két alkalommal. A túlzott táplálékbevitel, illetve falásrohamok esetén a betegeknek vannak olyan időszakok, amikor túlzottan sokat esznek, és van olyan időszak is, amikor fogynak. Testsúlyuk gyakran nem tér el nagymértékben az átlagostól. Az anorexiásokhoz hasonlóan a bulimiával küszködőknek is problémáik vannak saját testük helyes megítélésével. Magukat kövérnek, súlyosnak látják, ezért diétába, megszorító táplálékbevitelbe kezdenek, ám bizonyos alkalmakkor nem képesek tovább megvonni maguktól az ételt. Ilyen alkalmakkor rengeteg ennivalót fogyasztanak el, ám ennek a táplálkozásnak semmi köze sincs az éhségérzethez. Addig esznek, amíg gyomruk feszülni nem kezd, ám nem érzik kellemesen jóllakottnak magukat. Az ételek ízét általában nem élvezik, gyorsan, kapkodva táplálkoznak. Az ilyen falásrohamokat szinte azonnal heveny lelkiismeret-furdalás követi, aminek hatására a beteg általában az önhánytatás módszerével vagy hashajtó bevétele útján igyekszik megszabadulni az elfogyasztott ételtől.

Izomdiszmorfia

Az izomdiszmorfiát (testedzésfüggőséget) inverz anorexia néven is szokták emlegetni. A testképzavar itt is teljesen egyértelmű, ám éppen ellenkező irányú. Az ebben a zavarban szenvedők testüket szintén nem képesek reálisan megítélni, ám azt éppen túl soványnak, erőtlennek, gyengének látják. A tünetegyüttes természeténél fogva főként a férfiakat jellemzi, leginkább a testépítők vannak kitéve ennek a rendellenességnek. Mivel bármennyit edzenek, mindig fejletlennek látják saját izomzatukat, ezért képesek a testedzést végletes túlzásba vinni, akár komoly sérülésekig folytatni. Emellett általában különböző hormontartalmú készítmények, tömegnövelő táplálékkiegészítők „segítségét” is igénybe veszik, tovább rombolva ezzel testüket, egészségüket. A gyakran használt anabolikus szteroidok mellékhatásai közé olyan komoly elváltozások tartoznak, mint a csonttrikulás, a szexuális zavarok, bőrelváltozások, májfunkciós zavarok és hangulatzavarok. Erre a rendellenességre is igen jellemző a kényszeres magatartás. A páciens komolyan úgy gondolja, hogy akár egyetlen edzés elhagyása is súlyos izomtömegvesztéshez vezethet, ezért életét teljesen az edzésnek rendeli alá. Testét szégyelli, nyilvános helyen általában csak teljesen felöltözve mutatkozik, strandra nem jár, még nyáron is hosszú ujjú ruházatot visel.

Biológiai szempontból a zavar kialakulásában szerepet játszhat a kimerülésig gyakorolt testmozgás által felszabadított endogén opiát, a béta-endorfin. Ezt az anyagot saját testünk termeli, és bizonyos drogokéhoz hasonló mechanizmusa révén egyfajta euforikus állapotot eredményez. Egyes szakemberek feltételezik, hogy az endogén opiátokkal kapcsolatban is kialakulhat addikció, azaz a páciens függővé válhat. A jelenség tényleges háttere azonban ennél kétséget kizáróan sokkal bonyolultabb, és megfejtése további kutatásokat igényel. A zavar kialakulásának pszichológiai vonatkozásaira nézve valószínű, hogy az önértékelés (testértékelés) zavara az egyik kulcs tényező, illetve feltehető az is, hogy a sporttevékenységnek valamifajta kompenzációs szerep jut (Demetrovics–Kun 2007).



6.2 ábra Inverz anorexia?

Orthorexia nervosa

Az orthorexiában szenvedő páciensek betegesen, kényszeresen sokat foglalkoznak az „egészséges” táplálkozással. Az elmúlt évtizedekben az orvosok és a táplálkozási szakemberek mind gyakrabban hívták fel a figyelmünket az egyes élelmiszerek,



6.3 ábra *Orthorexia tünete?*

adalékanyagok, tartósítószeresek egészségtelen hatásaira. Ezek az információk valóban hasznosak, sok esetben megfontolandók, amikor a családunk asztalára szánt étek felől döntünk. Ám teljesen más a helyzet, ha az egészséges étkezés végleg eluralkodik az életünkön, és szinte e téma rabjaivá válunk. A többi táplálkozási rendellenességhez hasonlóan ehhez a zavarhoz is fokozott kényszeresség, illetve a szabályok megszegése kapcsán nagyon súlyos lelkiismeret-furdalás társul. Az orthorexiás beteg gyakran minden körülötte élőt lenéz annak „egészségtelen” táplálkozási szokásai miatt. Az ételek kiváltotta betegségekktől való félelem, szorongás okozza a zavart.

A beteg, az anorexiásokkal és a bulimiásokkal ellentétben, nem az ételek mennyiségére, hanem minőségére figyel beteges mértékben. A többi testképzavaros megbetegedésben szenvedőhöz hasonlóan ezek a páciensek is elszigetelődnek, hiszen egyre fokozódó megszállottságukat egyre kevesebb embertársuk képes elfogadni. Szervezetükben komoly hiánybetegségek alakulhatnak ki. A megszállott egészséges étkezésnek számos oka lehet, például a teljes biztonság megteremtésének illúziója, a százszázalékos kontroll igénye, de minden valószínűség szerint a legjelentősebb ok a saját test egészségi állapotának helytelen megítélése. Az orthorexia nervosa főként a magasabban képzetteket, a nőket és azok családjait érintheti. A zavar a gyermekeket is fenyegetheti, abban az esetben, ha szüleik túlzottan egészségesen etetik őket, illetve, ha erre nagyon nagy hangsúlyt fektetnek a családban. Ilyenkor a gyermekek viszonya az ételekhez, étkezéshez torzul.

A testképzavarral összefüggő táplálkozási betegségek előfordulási gyakorisága

Azonosságok és különbségek az anorexia nervosa és a bulimia nervosa esetében

A múlt század ötvenes éveiben kezdett divatba jönni a természetellenesen sovány alkat, az ún. „Twiggy look”. A táplálékfelvételi magatartás, az evés zavarai között az *anorexia nervosa* (AN) régóta ismert kórkép, a *bulimia nervosa* (BN) viszont mindössze két évtizede vált hivatalos betegségegységgé. A túlsúlyosság (obezitás) előfordulási aránya az átlagnépességben 30% körüli, egyes nyugati adatok szerint az 50%-ot is eléri (4. fejezet). Az AN és BN együttes előfordulása fiatal nők között 1–4% körüli, ma már a BN számít gyakoribb zavarnak. Ez azt jelenti, hogy a serdülő és a fiatal-felnőtt lányok közül minden huszadik evészavarban szenved. Az evészavarok jellegzetesen női betegségek, fiatal lányokra jellemzők; nőkben 10–50-szer gyakoribbak, mint férfiakban. Az AN általában 12–18 éves korban, a BN néhány évvel később kezdődik. A fiatalon anorexiában szenvedő betegből gyakran lesz később bulimiás.



6.4 ábra Twiggy és a „Twiggy look”

Egy 4000 fős mintán alapuló vizsgálat kimutatta, hogy a 15 éves svéd lányok 0,84%-a anorexiás. Egy, az osztrák serdülő lányok körében végzett felmérés szerint 1,3%-uk felelt meg az AN kritériumainak, és további 1,3% mutatta az AN valamely tünetét. Az amerikai lányok körében 0,3% az arány, míg az angol 19–29 év közötti nők esetében 0,1%. Norvégiában 0,4% az AN gyakorisága az

átlagos populációra nézve, míg a BN gyakorisága 1,6%. A cseh egyetemista nők esetében a BN gyakorisága 5,4%, míg az AN-é 0,14%. A lengyel 14–16 évesek körében végzett vizsgálat szerint 2,3%-uk mutatott patológikus étkezési attitűdöt, de egyetlen páciens sem mutatta az AN vagy a BN klinikai tüneteit.

Nem meglepő észrevétel, hogy bizonyos foglalkozások esetén, amelyek megkövetelik az alak és a súly szigorú karbantartását és fenntartását (például modellek, táncosok, tornászok körében) feltűnően nagy gyakorisággal fordul elő valamelyik táplálkozási zavar.

Nemek közötti különbségek

Évtizedek óta a táplálkozási rendellenességeket csak mint a nőkre jellemző betegséget tartják számon. Az Egyesült Államokban kiadott *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2000) adatai szerint minden 10 anorexiás vagy bulimiás egyedből 9 nő és csak 1 férfi. További adat, hogy az AN-ban és BN-ban szenvedő betegek 85–95%-a nő, és a nők 0,7–3,5%-a szenvedett már AN-ban élete során. A BN esetében ez a szám némileg magasabb, 1,1–4,2%.

A férfiak körében mindkét betegség jelentősen ritkább, előfordulásuk gyakorisága a nőkre jellemző arányszám egytizedére tehető, bár az utóbbi években az anorexiás fiúk száma is növekszik, bár még mindig csak 5%-át teszik ki az anorexia áldozatainak. Elsősorban az aktív sportolással felhagyó fiúknál jelentkezik ez a zavar, akik ezzel a megoldással próbálják megőrizni testsúlyukat. Néhány bizonyíték arra utal, hogy az étkezési rendellenességgel küzdő férfiak étkezési viselkedése és hozzáállásuk hasonló az érintett nőknél tapasztaltakhoz (O'Connor és mtsai 2003). Más adatok szerint a férfiak a nőktől eltérő okok miatt diétáznak, inkább izmosabbak akarnak lenni, mintsem vékonyak (Lewinsohn és mtsai 2002). Neumark-Sztainer és munkatársai (2002) szerint kevesebb mérsékeltén túlsúlyos fiú érezte magát kövérnek, mint lány.

A testképzavar kialakulása korfüggő

Az evési rendellenességek tipikusan serdülő- vagy fiatal felnőttkorban jelentkeznek, és Keel (2006) szerint a 16–20 évesek körében fordul elő a legnagyobb arányban. Az anorexia fiatalabb korban (tizenéves kor elején-közepén) alakul ki, mint a bulimia (tizenéves kor vége, huszonéves kor eleje). Igen gyakoriak a szubklinikai zavarok, egyes tünetek (pl. falásroham, koplalás) fokozott kockázatú csoportokban, így egyetemisták körében a 60%-ot is eléri.

A szülők 50%-a számol be legalább egy étkezési problémáról és 20%-a többszörös problémáról 9 hónapostól 7 éves korú gyermeke esetében, és minden

4 gyermekből 1 étkezési rendellenességgel küzd. Dahl és Sundelin (1986) 3–12 hónapos csecsemők 1,4%-ánál talált ilyen problémát, és 82%-uk kisebb tömegű volt a korához képest. Fejlődési rendellenességgel, idegproblémákkal kezelt gyerekek vagy a gyógyszeres kezelés alatt állók 40–80%-ának van étkezési problémája, míg az autista gyerekek 89%-nak.

Epidemiológiai tanulmányok szerint a 15 éves korosztály a legveszélyeztetettebb az AN szempontjából. Átlagos populáción nézve az AN előfordulási gyakorisága 17,5/100 000 a 10–19 évesek között, míg 0,3/100 000 a 0–9 évesek között. Nem találtak 10 évesnél fiatalabb korú anorexiást Angliában a '90-es évek elején, míg egyetlen ilyen esetet regisztráltak Hollandiában. Amerikában és Dániában komolyabb előfordulási arányt találtak. Az arányszámok 9–27/100 000 10–14 éves lányok és 3,7/100 000 hasonló korú fiúk esetében. A 6–13 év közötti normális és túlsúlyos gyerekek 6,2%-a szenved falásrohamtól. A serdülők 15–18%-a tapasztalta már, hogy elveszítette az étkezés fölötti kontrollját.

Földrajzi és kulturális összefüggések

Habermas (1989) szerint az étkezési rendellenesség kultúrafüggő, amit Lee és munkatársai cáfolnak (1993). Mások szerint viszont a BN kultúrafüggő, míg az AN nem. Ismeretes egy érdekes tanulmány, amely azt vizsgálta, hogy milyen háttással volt a Fidzsi-szigetek lakosságára, illetve az étkezési rendellenességek arányára a nyugati média (Becker és mtsai 2002). 1995-ben a lányok 7,9%-a számolt be étkezési problémáról (falásrohamok, nagy evészet), majd 3 évvel a tévé bevetése után ez az arány nem szignifikánsan, de lecsökkent 4,6%-ra. Ezzel szemben 0-ról 11,3%-ra ugrott, azaz lényegesen megnőtt az önhánytató lányok aránya.

Kezdetben azt hitték, hogy csak a nyugati civilizáció országaira jellemző zavarokról van szó, és ezért használták az előfordulás leírására a „3 W” megjelölést (*White Western Women* = fehér nyugati nők), és valóban nem regisztráltak AN-ás esetet Afrikában, Szudánban vagy Ázsiában a '70-es évekig (Keel–Klump 2003). Számos megfigyelés mutatja, hogy a fejlett országokban és a gazdagabb társadalmi rétegekben gyakoribbak ezek a betegségek, de a globalizáció előrehaladása és a „nyugati” kultúra penetrációja nyomán már a világ minden részén diagnosztizálhatók ilyen megbetegedések. Kimutatták azonban, hogy az AN és a BN kevésbé gyakori a fekete nők esetében, mint a fehér nőknél, szemben a falásrohamokkal, amelyek a fekete nőket ugyanúgy jellemzik, mint a fehéreket.

A testképzavaros megbetegedések hazai elterjedése

Az utóbbi években hazánkban is egyre többen küzdenek evési zavarokkal, és az elterjedésre utaló adatok megfelelnek a nyugati államokban észlelteknak (Rathner 2001). Előtérbe kerülésüket a magas morbiditási mutatók és a magas anorexiás mortalitás indokolja.

Magyarországon a BN előfordulási gyakorisága 4% a nők és 0,8% a férfiak esetében (Szabó–Túry 1991; Túry 2005). Egy, az 1990-es évek végén Budapesten és Pécsen, egyetemisták körében végzett felmérés szerint (Tölgyes–Nemessury 2004) a teljes női minta 3%-a mutatott AN-ra való hajlamot.

A testképzavar biológiai alapjai

A testtömeg élettani szabályozása

A testtömeg szabályozása nagyon bonyolult, egymásra és saját koncentrációjukra is ható hormonok hatásának összessége. Számos mechanizmus pontos működése még felderítésre vár. A közelmúlt egyik legérdekesebb felfedezése a leptin nevű hormon (görög eredetű szó, a *leptosz* jelentése: sovány). A leptint a zsírsejtek (adipociták) termelik zsírtartalmuktól függő mennyiségben, ezért a túlsúlyos emberek leptinszintje magasabb. A túlsúllyal küszködők azonban már ellenállók a leptinnel szemben (ún. leptinrezisztancia alakul ki), így az nem tudja kifejteni a zsírraktározást szabályozó hatását, befolyásolva a táplálékbevitelt (éhségszignálokot keresztül) és az anyagcserét. A leptin az étvágyat az agy megfelelő szabályozó területeiben receptorokon keresztül szabályozza. Ha a leptin a receptorhoz kötődik, akkor telítettségérzetet vált ki, és az étvágy csökken. Ha azonban kevés a leptin, akkor kevesebb receptor van kötött állapotban, az éhségérzet pedig fokozódik. A leptinszintet szabályozó két legfontosabb faktor a zsírsejtek száma és a táplálékbevitel (főleg a szénhidrát) mennyisége. Minél soványabb valaki és minél kevesebbet eszik, annál kevesebb leptint termel. A leptin koplalásgátló hormon. A leptin hiánya a szervezetet koplaló üzemmódba kapcsolja, vagyis lassul az anyagcsere, valamint nő az éhség és így a táplálékbevitel is.

A leptin koncentrációja korrelál a testzsír mennyiségével, és általában nő a túlsúlyos személyeknél. Ez arra utal, hogy az emberi kövérség összefüggésben áll a leptinre való érzéketlenséggel. Akárhogy is, a kövér emberek 5-10%-ának alacsony a leptinszintje. A pima indiánoknál a relatíve alacsony leptinszint előre jelezte a későbbi súlygyarapodást. Az anorexiás személyeknél nagyon alacsony a leptin koncentrációja.

A testtömeg kommunikációs jelzés a párválasztásban

Az emberi társadalomban a preferált fenotípus különböző gazdasági-kulturális hatásokra változik. Vegyük az egyszerűség kedvéért a női szépségideál alakulását! Az őskori ábrázolásokból arra következtethetünk, hogy a hajdani emberek a telt formákat, hatalmas kebleket, széles csípőt részesítették előnyben. Gondoljunk csak a willendorfi Vénusz-szobrocskára! Ezen nem szabad csodálkozni, hiszen akkortájt az embereknek igencsak korlátozott (táplálék-) források álltak rendelkezésükre. A kövérség, a teltség a termékenységet, az egészséget szimbolizálta. A kellemesen telt formák preferenciája a későbbi korokban is jellemző volt, kis változásokkal az optimálisnak tartott méretek tekintetében (Bereczkei 2004).

Darwintól (1871) ered az a feltételezés, hogy a női szépség fokozza a termékenységi sikert. Nincs egyértelmű bizonyíték arra, hogy az arc szépsége befolyásolná a szaporodási sikerességet, arra viszont van, hogy a fizikai megjelenés befolyásolja a férfiak választását (2. fejezet). Egy amerikai középiskolás évkönyvből a fényképek alapján meg tudták jósolni, hogy mely nők kötöttek házasságot, illetve melyeknek milyen szociális-gazdasági helyzetű a férje (Barber 1995). A „homokóra alakú” nőket mindkét nem vonzónak találja. Hasonlóképpen szexuális jelzés a női mell is. Egyes adatok szerint a mellek mérete és szimmetriája pozitívan összefügg a termékenységgel. Mindezek ellenére a férfiak az átlagos mellméretű nőket választják, míg a nők a náluknál kisebb mellűeket preferálják. A legtöbb nő a magáénál nagyobb mellekre vágyik (Thompson–Tanteleff 1992). A derék–csípő–arány is befolyásolja a férfiak választását. Adatok szerint azoknak a férfiaknak, akik az alacsony derék–csípő–arányval rendelkező nőket választották, több utódjuk született.

Számos kísérlet bizonyítja, hogy a nők jobban kedvelik a mérsékelt izmos férfiakat, mint a testépítőket (pl. Barber 1995). Horvath (1979) azt találta, hogy a nők preferálják a nagyobb vállszélességű férfiakat. Az erősebb férfi felsőtest egyrészt az intraszexuális kompetícióra való alkalmasság evolúciós jelzése lehet, másrészt viszont a nagyobb testű állatok vadászatára való fizikai alkalmasságra is utalhatott (Renzetter–Curran 1989). Ha a nők a jó vadászokat választották, akkor elkerülték a párkapcsolat kialakítását a túl testes, erős, nagy férfiakkal. Ezt kellőképpen illusztrálja, ha összehasonlítjuk egy sprinter testét egy maratoni futóéval. Az előbbi a gyorsaságot, míg az utóbbi a kitartást testesíti meg. Egy sikeres vadász a két véglet között találhatja meg a megfelelő kompromisszumot (Gitter és mtsai 1982).

Több választásos kísérlet közismert, melyek során a nők az átlagos magasságú férfiakat preferálták szemben a túl magas vagy túl alacsony férfiakkal (Graziano

és mtsai 1978). A magas férfiak többször randevúznak, magasabb a szociális státuszuk, és a munkahelyen is magasabb pozíciókat töltenek be. Egy, a harvardi egyetemisták körében végzett vizsgálat szerint az átlagos magasságú férfiak szignifikánsan több gyereket nemzettek, mint a magasak vagy alacsonyok, ami a férfiak testmagasságára ható stabilizáló szelekcióra utal, annak ellenére, hogy a nők a náluk magasabb férfiakat választják (Symons 1987).

Szociális tanulás, utánpótlás, mintakövetés

A táplálkozási zavarok manapság sokkal gyakrabban fordulnak elő, mint húsz évvel ezelőtt. Szociálpszichológiai megközelítés szerint nagyon fontos szerepet játszanak az evészavarok kialakulásában többek között az olyan környezeti hatások, mint a sztárok és modellek világában eluralkodó szinte csontsovány nőideál. Népszerű gyermekjátékokban is egyre inkább felfedezhetjük ennek az új eszményképnek a jeleit, mint például a Barbie baba és utánpótlásai esetében. A mai modellek, szépségkirálynők, színésznők jelentős része (súly- és magasságméretei alapján) evési zavarral küzd, mégis a média őket állítja nap mint nap a nők elé példaképként.

A nők és általában az emberek önmagukban nem szeretnek kitűnni a tömegből, inkább eleget tesznek a többség által felállított szabályoknak, kritériumoknak (Csányi 1999). A jelenség ősi evolúciós „tapasztalaton” nyugszik: ha eltérsz az átlagtól, akkor kirekesztett leszel, nem lehetsz a védelmet nyújtó csoport tagja, és könnyebben válsz a ragadozók áldozatává. A szociális környezet erősen befolyásolja a kultúra által előírt információk elfogadására mutatott hajlamot. A tömegpreferencia – a divat – leghatékonyabb közvetítője a média. Ezt a feltevést támogatja az a megfigyelés is, hogy a fejlődő országokban, ahol a médiának jóval kisebb szerep jut, sokkal ritkábbak az evészavarok.

A testképzavar mint megszaladási jelenség

Korunk technikai fejlettsége lehetővé teszi az önszabályozást

Napjainkban testi jellegeinket bizonyos határokon belül szabadon változtathatjuk. Így az egyes ember számára valódi lehetőséggé vált, hogy aktívan befolyásolja az evolúció által kifejlesztett testi kommunikációs jelzések mértékét. Azonban korántsem biztos, hogy ez a törekvés az egyed számára hosszú távon előnyös (Bereczkei 2004).