



## EVÉSZAVAROK ÉS AZ ISKOLA: KOCKÁZATI TÉNYEZŐ VAGY A MEGELŐZÉS TEREPE?

**Ludányi Balázs<sup>\*,\*\*</sup> és Szabó Pál<sup>\*\*,\*\*\*</sup>**

*\* Heves Megyei Pedagógiai Szakszolgálat Egri Tagintézménye*

*\*\* Debreceni Egyetem, Humán Tudományok Doktori Iskola*

*\*\*\* Debreceni Egyetem, Pszichológiai Intézet*

Evészavarokon olyan tünetcsoportokat értünk, amelyek középpontjában a táplálékfelvétel és a testsúly rendellenessége, illetve a táplálékfelvétellel és testsúllyal kapcsolatos viselkedési és pszichológiai tünetek állnak. A hazai szakirodalom táplálkozásvizsgálóként, étkezési zavarokként, evészavarokként vagy a táplálkozási magatartás zavaraként tárgyalja ezeket a zavarokat. Ezen megnevezések közül – egyszerűsége és rövidegsége miatt – az evészavar használata tűnik a legcélszerűbbnek. Az evészavar az angol és német kifejezés (*eating disorder, Essstörung*) tükörfordításának felel meg. A pedagógusok – képzésük és továbbképzéseik során – kevés információval rendelkeznek az evészavarokról, így célkitűzésünk az, hogy áttekintést nyújtsunk az evészavarok jelenségköréről, illetve arról, hogy az iskolának és a pedagógusoknak milyen szerepük lehet az evészavarok kialakulásában és megelőzésében.

### A leggyakoribb evészavarok

Az evészavarok fontos problémák, mivel gyakoriak, és a kutatási adatok alapján gyakoriságuk növekszik (Szabó, Pető, & Túry, 2010; Szumska, Túry, & Szabó, 2008; Túry & Szabó, 2000; Zachrisson, Götestam, & Mykletun, 2008). Nagy hatással bírnak az egészségi állapotra és életminőségre (Túry & Szabó, 2000), sokféle orvosi szövődménnyel járnak (Casiero & Frishman, 2006; Mitchell & Crow, 2006; Páli & Pászthy, 2008; Pászthy, 2007, 2008; Péter, Kelemen, & Pászthy, 2008; Szabó & Túry, 1994a) gyakran társulnak más pszichiátriai betegséggel (Blinder, Cumella, & Sanathara, 2006; Szabó & Túry, 1994b; Touchette et al., 2011), és nagy a krónikussá válás esélye (Túry & Pászthy, 2008; Túry & Szabó, 2000, 2010). Az evészavarok a legnagyobb mortalitással járó pszichiátriai betegségek: az anorexia nervosa halálozása a betegség kezdetétől számítva 10 éven belül 8%, 20 éven belül 20% (Arcelus, Mitchell, Wales, & Nielsen, 2011; Crow et al., 2009a; Rosling, Sparén, Norring, & von Knorring, 2011; Suzuki, Takeda, & Yoshino, 2011). A sokféle testi szövődmény és a magas pszichiátriai komorbiditás miatt az evészavarok kezelése meglehetősen költséges (Crow et al., 2009b).

Az evészavarok közül az anorexia nervosa (AN) és a bulimia nervosa (BN) a legismertebbek, ezeket „klasszikus” evészavaroknak is nevezik. A BN 1979-ben jelent meg önálló betegségként. Az elmúlt 20-25 évben több újabb evészavart is leírtak, például 1992-ben a falászavart (*binge eating disorder*), 1993-ban az izomdiszmorfiát, 1997-ben az orthorexia nervosát, 2000-ben a testszírfóbiát (testépítő típusú evészavar), 2005-ben a purgáló zavart (*purging disorder*) (Szumska & Dudás, 2008; Túry & Pászthy, 2008; Túry & Szabó, 2010; Túry, 2015). Ezek mellett egyéb evészavarokat is számon tartanak, például a pregorexiát, a fatorexiát, a drunkorexiát, az exorexiát, a brideorexiát, melyekről inkább a laikus és bulvársajtóban lehet olvasni, míg tudományos szakirodalmuk alig van. Az evészavarok szoros kapcsolatban állnak az obezitással, az elhízással, így az etiológiai és tünet-tani átfedésekre tekintettel újabban az elhízást is gyakran mint evészavart vagy az evészavarokkal együtt tárgyalják.

Az evészavarok története az AN leírásával kezdődött 1873-ban, amikor egymástól függetlenül az angol Gull és a francia Lasègue leírta a betegséget. Az anorexia nervosa tüneteiről azonban Richard Morton már 1689-ben pontos leírást adott ideges (f)elemésztődés (*nervous consumption*) néven. A kórkép diagnosztikai kritériumai az alábbiakban olvashatók az Amerikai Pszichiátriai Társaság 2013-ban kiadott, világszerte alkalmazott betegségeosztályozási rendszere, a DSM-5 szerint (American Psychiatric Association, 2013).

- A) Az energiabevitel a szükséges energiamennyiséghez viszonyított korlátozása, mely az életkor, nem, fejlődés és testi egészség szempontjából jelentősen alacsony testsúlyt eredményez. A jelentősen alacsony testsúly definíció szerint olyan testsúly, ami alacsonyabb annál, ami minimálisan normális, vagy gyermekek és kamaszok esetében kevesebb, mint ami minimálisan elvárható.
- B) Intenzív félelem a testsúlygyarapodástól vagy az elhízástól, vagy a testsúlygyarapodást akadályozó tartósan fennálló viselkedés a jelentősen alacsony testsúly ellenére.
- C) A testsúly vagy a testalak megelégsének zavara, a testsúly vagy a testalak önértékelésre gyakorolt indokolatlan és aránytalan befolyása, vagy a jelen alacsony testsúly súlyosságával kapcsolatos felismerés tartós hiánya.

Restriktív típus: Az elmúlt három hónap során a személynél nem jelentkezett visszatérő falásroham-epizód vagy öntisztító viselkedés (önhánytatás vagy hashajtó, diuretikum vagy beöntés abúza). Ebbe az altípusba azok a klinikai képek tartoznak, amelyek esetében a testsúlyvesztést a személy elsősorban diétázással, koplalással és/vagy túlzott testmozgással éri el.

Falás/tisztulás típus: Az elmúlt három hónap során a személynél visszatérő falásroham-epizódok vagy öntisztító viselkedések (önhánytatás vagy hashajtó, diuretikum vagy beöntés abúza) jelentkeztek.

Az anorexia nervosa legfeltűnőbb tünete a nagymértékű soványság, az alacsony testsúly, amit szándékosan ér el a beteg. A korábban majdnem 20 évig érvényes DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 2000) a kor, a nem és a testmagasság alapján várhatóhoz képest legalább 15%-os súlyhiányt írt elő, súlyosabb esetekben ez 20–40 kilogramm is lehet, átlagos testmagasság mellett például 30 kg körül vagy alatt lehet a testsúly. Az új betegségeosztályozási rendszer, a DSM-5 ezt sokkal általánosabban fogalmazza meg:

jelentősen alacsony testsúly. Az alacsony testsúly magyarázata a beteg elhízástól való féltelme. A betegeknek testképzavaruk van, azaz saját testüket, alakjukat irreálisan észlelik, még sovány állapotban is kövérnek, elhízottnak észlelik testüket, továbbá az alak és testsúly különösen fontos számukra, túlzott szerepet játszik az önértékelésben. A DSM-5 szerint a havi vérzés kimaradása (primer vagy szekunder amenorrhoea) már nem tartozik a betegség diagnosztikai kritériumai közé, korábban, például a DSM-IV (APA, 2000) szerint csak ezen kritérium fennállása esetén lehetett szó AN-ról nőknél.

Az anorexia nervosának két típusát különböztetik meg. A restriktív típusban az alacsony testsúlyt diétázással, koplalással és/vagy fokozott testmozgással érik el, míg a falás/tisztulás (purgáló vagy bulimiás) típusban a testsúlycsökkentés drasztikusabb formáival (önhánytatás, hashajtók, vízhajtók, fogyasztó gyógyszerek szedése, beöntés) is él a beteg, és falásrohamai vannak.

A bulimia nervosát 1979-ben írta le Russell mint az anorexia nervosa ominózus formáját (Túry & Szabó, 2000). A betegség DSM-5 szerinti diagnosztikai kritériumai a következők:

- A) Visszatérő falási epizódok. Egy falási epizódra az alábbiak közül mindkettő jellemző:
  - (1) Olyan mennyiségű étel fogyasztása jól körülírható időszak alatt (pl. egy adott kétórás időszakban), ami egyértelműen nagyobb annál, mint amennyit a legtöbben hasonló idő alatt hasonló körülmények között elfogyasztanak.
  - (2) Az étkezés feletti kontroll hiányának érzése az epizód során (pl. olyan érzés, hogy a személy nem tudja abbahagyni az evést vagy kontrollálni, hogy mit és mennyit eszik).
- B) Visszatérő helytelen kompenzátoros viselkedések a testsúlygyarapodás megakadályozására, például önhánytatás, hashajtók, diuretikumok (vízhajtók) vagy más gyógyszerek alkalmazása, koplalás vagy túlzott testmozgás.
- C) A falás és a helytelen kompenzátoros viselkedések egyaránt átlagban hetente legalább egyszer jelentkeznek három hónapon át.
- D) Az önértékelést a testalak és a testsúly indokolatlan és túlzott mértékben befolyásolja.
- E) A zavar nem kizárólag anorexia nervosa során jelentkezik.

A bulimia nervosa vezértünete a falásroham, ami nagy mennyiségű táplálék elfogyasztását jelenti viszonylag rövid idő alatt, általában két órán belül. A falásroham során elfogyasztott táplálék több ezer, esetleg több tízezer kalória lehet. A falásroham fogalma több félreértésre ad alkalmat, így szükséges tisztázni, hogy a falásroham nem egyszerűen nagyevést, lakomát vagy jóízű, kiadós falatozást jelent. A bulimiás személy nem azért eszik, mert éhes, vagy fokozott étvágya van, hanem kontroll nélkül, kényszeresen fal. Nem is olyan ételeket fogyaszt a falásroham közben, amiket szeret, hanem azt eszi, ami elérhető, de általában nagy kalóriatartalmú, könnyen emészthető ételeket, elsősorban szénhidrátokat.

Fontos ismérve a falásrohamnak, hogy kellemetlen érzések kísérik: bűntudat, szégyenérzet, lelkiismeret-furdalás, szorongás, depresszió. Talán a leglényegesebb vonása a falás-

rohamnak, hogy egyedül, nagyon gyakran titokban zajlik. Jellegzetes, ahogyan a falásroham véget ér: a beteg hasa megfájdul, rosszul lesz az érintett személy vagy önhánytatás következik vagy elalszik vagy elfogy az étel vagy egy másik személy megjelenése vet véget az evésnek.

Bulimiásoknál is előfordulnak az anorexia nervosára is jellemző, a testsúly csökkenése, a hízás megelőzése céljából alkalmazott módszerek: diétázás, koplalás, fokozott testmozgás, önhánytatás, hashajtók, vízhajtók, fogyasztó gyógyszerek szedése, beöntés. Az anorexiás és bulimiás személyek pszichológiai jellegzetességeiben is van hasonlóság: mindkét zavarra jellemző a saját test észlelésének a zavara, a testképzavar, a testtel való elégedetlenség, illetve az alak és/vagy a testsúly jelentőségének az eltúlzása.

A klasszikus evészavarok, az AN és a BN jellegzetesen serdülőkorban vagy röviddel a serdülőkor után jelentkeznek, és az érintett személyek legalább 90%-a nő (Szabó, 2007; Túry & Pászthy, 2008; Túry & Szabó, 2000, 2010). Újabban azonban egyre gyakoribb, hogy már a serdülés előtt is, illetve felnőtt, sőt időskorban is jelentkeznek ezek a zavarok, továbbá férfiaknál gyakoribbak az evészavarok, mint korábban. Az elhízás, AN és BN átalakulhatnak egymásba, ezt a jelenséget fogalmazza meg a kontinuum-hipotézis (Túry & Szabó, 2000).

Az 1992-ben leírt falászavar (*binge eating disorder*) annyiban emlékeztet a BN-ra, hogy itt is vannak falásrohamok, ezeket viszont nem követik a testsúlycsökkentést célzó viselkedések (pl. önhánytatás, hashajtók, vízhajtók, fogyasztó hatású gyógyszerek alkalmazása, koplalás vagy túlzott testmozgás), így a falászavar gyakran elhízással jár együtt (Szumska & Dudás, 2008). A klasszikus evészavarokkal szemben a falászavar mindkét nemnél körülbelül azonos gyakorisággal fordul elő, és többnyire a középkorú és idősebb felnőttek érintettek, de gyermek- és serdülőkorúaknál is jelentkezhet. A falászavar diagnosztikai kritériumai az alábbiakban olvashatók.

- A) Visszatérő falási epizódok. Egy falási epizódra az alábbiak közül mindkettő jellemző:
- (1) Olyan mennyiségű étel fogyasztása jól körülírható időszak alatt (pl. egy adott kétórás időszakban), ami egyértelműen nagyobb annál, mint amennyit a legtöbben hasonló idő alatt hasonló körülmények között elfogyasztanak.
  - (2) Az étkezés feletti kontroll hiányának érzése az epizód során (pl. olyan érzés, hogy a személy nem tudja abbahagyni az evést vagy kontrollálni, hogy mit és mennyit eszik).
- B) A falási epizódok az alábbiak közül hárommal (vagy többel) járnak:
- (1) A normálisnál sokkal gyorsabb evés.
  - (2) A személy addig eszik, amíg kényelmetlenül tele érzi magát.
  - (3) Nagy mennyiségű étel fogyasztása akkor is, ha fizikailag nem éhes.
  - (4) Egyedül eszik, mert zavarban van amiatt, hogy mennyit eszik.
  - (5) A személy undorodik magától, depressziós vagy erős büntudatot érez a falásroham után.
- C) A falással kapcsolatban kifejezett szenvedés van jelen.
- D) A falásrohamok átlagosan hetente legalább egyszer jelentkeznek három hónapon át.

- E) A falásrohamokhoz nem kapcsolódik helytelen kompenzátoros viselkedés, mint a bulimia nervosa esetében, és nem kizárólag bulimia nervosa vagy anorexia nervosa során jelentkeznek.

### **Az evészavarok kialakulásának háttértényezői**

Az evészavarok bio-pszicho-szociális megközelítése az 1980-as évektől elfogadott. Az evészavarok kialakulásában számos biológiai, pszichológiai és szociokulturális tényező játszik szerepet. Elkülöníthetünk *predisponáló tényezőket*. Ilyenek az egyéni, a családi és a szociokulturális kockázati tényezők. Az egyéni (genetikai, biológiai, személyiségbeli) kockázatok közül kiemelendő a táplálkozásszabályozás labilitása, az evészavar előtti túlsúly vagy a cukorbetegség. A hajlamosító tényezőkhez tartoznak a saját testünk, személyiségünk észlelésének zavarai, az alacsony önértékelés, a gyermekkorban elszenvedett szülői konfliktusok, a túlvédő gondoskodás, a rendszeres kritizálás, elhanyagolás, bántalmazás vagy szexuális visszaélés. Családi kockázatot jelent az evészavar, affektív zavar vagy más pszichiátriai zavar előfordulása a családban, a kulturális minták családon belüli felnagyítása és az önállóság kialakulását nehezítő családi kapcsolatok is. A szociokulturális kockázati tényezőkhez tartoznak a nemre, korra, társadalmi rétegre, foglalkozásra jellemző különbségek, a karcsúságideál hatása a nőkre, a sportolóiideál hatása a férfiakra és a mai világra jellemző teljesítménykényszer nyomásai (Túry, 2015).

Vannak *precipitáló, kiváltó tényezők*. Ezek a fogyáshoz, diétázáshoz vezető stresszorok. A diéta és a bizonytalanságérzés evészavart indíthat el azoknál, akik más kockázati tényezőkkel is rendelkeznek. A diétát beindíthatja egy rosszindulatú megjegyzés a testsúlyra vonatkozóan, vagy az, hogy az egyén saját magát kövérnek érzi. A kiváltó tényezőkhez soroljuk a depressziót és a nem megfelelő stresszel szembeni megküzdési stratégiákat (Túry, 2015).

A *betegségfenntartó tényezők* között a különböző környezeti, szociális és kognitív megerősítők mellett a szociális képességek és készségek hiánya és az izoláció említendő. A betegségnek általában valamilyen előnye is van (Túry, 2001). A *biológiai* és a *pszichológiai tényezőkön* kívül *különböző társadalmi és kulturális tényezők* is hatást gyakorolnak a testsúly szabályozásra. A családok közvetítik a társadalmi értékeket, a család biztosítja az ételt, és a családban zajlik az evés ritualizált tevékenysége. A társadalmi szervezetek (pl. iskolák, munkahelyek) szerepe is lényeges, mert követelményeket támasztanak az evéssel, aktivitással, megjelenéssel kapcsolatban. A kultúra erkölcsi és társadalmi jelentéseket is kapcsol a testsúlyhoz. A hagyományos társadalmakban a kövérség a jólét jele. A modern, iparosodott társadalmakban a karcsúság felértékelődik, a kövérség pedig megvetendő tulajdonsággá válik és stigmatizációt von maga után. Ezen tényezők miatt az evészavart kulturálisan meghatározott szindrómának tartják (Túry, 2001).

Az anorexiát és a bulimiát tekintve megállapíthatjuk, hogy ezek a kórképek főleg a fejlett nyugati országokban fordulnak elő, de a gyors társadalmi változáson keresztülmenő társadalmakra is jellemzők. Valószínű, hogy a kóros evési attitűdök a nyugatosodás

(westernizáció) és a kulturális asszimiláció hatásaihoz kapcsolódnak (Túry & Szabó, 2000).

Az életkor szerinti megoszlást is nehéz pusztán biológiai okokkal magyarázni: az evészavarok főleg a pubertás és az adolescencia időszakában jelentkeznek (Túry & Szabó, 2000). Különbség mutatkozik a szociális helyzet tekintetében is: az evészavarokat a felső- és középosztály megbetegedéseinek tartják (Túry & Szabó, 2000). Bizonyos foglalkozások (pl. táncosok, modellek) és sportágak (pl. tornászok, műkorcsolyázók, zsokek, hosszútávfutók) képviselőinél nagy a soványság irányába mutató nyomás, náluk nagyobb az evészavarok kockázata (Túry & Szabó, 2000).

Az evészavaroknak szimbolikus jelentősége is van. Az egyes társadalmi korokra jellemző betegségek (pl. pestis, tüdőbaj, rák, AIDS) a társadalom kríziseinek metaforájaként is értelmezhetők. A 20. században a szexuális vonzerőt hangsúlyozó megjelenés lett divatos, a nők anyaszimbólumból szexszimbólummá váltak, a női testet eszközként használják árucikkek reklámozására. A test a társadalmi sikeresség kifejezőjévé vált. Másik lényeges változás az étel elértéktelenedése. Az étel, ami valamikor a szentség és az élet szimbóluma volt, mára pazarolható tömegcikk lett (Túry & Szabó, 2000; Túry, 2001). Az evészavarok feminista elképzelései szerint a női szerepek rövid idő alatt jelentősen megváltoztak, szerepkonfliktus alakult ki, a hagyományos női szerephez teljesítményorientáció társult. Ez a nők elbizonytalanodását és tökéletességre törekvésük felerősödését hozta, önértékelésük alapja a testkontroll lett (Túry & Szabó, 2000; Túry, 2001).

### **Az iskolai környezet szerepe az evészavarok kialakulásában**

A társadalmi hatások közvetítésében nagy szerep hárul az iskolára. A nemzetközi szakirodalomban nem előzmények nélküli az iskolai környezet és az evészavarok kapcsolata (Evans, Rich, & Holroyd, 2004; Halse, Honey, & Boughtwood, 2007; Rich & Evans, 2005; Shulman & Mulloy-Anderson, 2009). Részleteztük korábban, hogy a társadalmi, kulturális tényezők közül a státusz, a foglalkozás, az életkor miként befolyásolhatja a testsúly szabályozását. Az iskolai környezet társadalmi tényezőkkel összefüggő szempontjai kapcsolatban állnak az evészavarok előfordulásának gyakoriságával. Egy Stockholmban végzett vizsgálat (Bould et al., 2016) azt a benyomást ellenőrizte, hogy az evészavarok a különböző iskolákban különböző gyakorisággal fordulnak elő. Több mint ötvenezer svéd lány és 409 svéd iskola egészségügyi és oktatási nyilvántartó statisztikai rendszerekből nyert adatait elemezték. A vizsgálatban résztvevők 2002 és 2010 között fejezték be középiskolai tanulmányaikat, és közülük 16–20 éves korban voltak azok, akiknél az első alkalommal állapítottak meg evészavar diagnózist. Az eredmények azt mutatták, hogy azokban az iskolákban nagyobb az evészavar előfordulási gyakorisága, ahol magasabb a lányok aránya, és a szülőknek magasabb az iskolai végzettsége.

Az Egyesült Királyságban diagnosztizált, terápiás ellátásban részesülő anorexia nervosával és bulimia nervosával küzdő páciensekkel készített életútinterjúk elemzése (Rich & Evans, 2005) során felszínre került az a probléma, hogy az iskolai társas környezet bővelkedik a testre, az egyénre és az egészségre vonatkozó üzenetekben. Ezek gyakran

negatív hatással vannak a személyiségfejlődésre, és hozzájárulnak az evészavarok kialakulásához. A lányok az iskolában azt érezték, hogy a tanárok és a kortársak az ő testükre, súlyukra, kinézetükre fókuszáltak, az elhízás problémaként jelent meg. Néhány lány megemlítette, hogy az egészségmegőrzéssel kapcsolatos órákon sokat tanultak a táplálkozás, a mozgás és az optimális testsúly fontosságáról. Az élelmiszereket jó és rossz minősítésekkel látták el. Ezeket az üzeneteket úgy értelmezték, hogy az ételek segítségével át akarják venni az irányítást az egészségük felett. A különböző ételekre jutalomként vagy büntetésként gondoltak, és negatív kapcsolatot alakítottak ki az élelmiszerekkel. Az iskolai környezetben (és más társas helyzetekben is) a túlsúly a lustaság, a mohóság, az elpuhultság, a karcsúság pedig az egészségesség, kontroll, hatékonyság, jószág erkölcsi címkeit hordozta. Ebben az összefüggésben a fogyás nemcsak a karcsúság elérését jelentette, hanem a környezet erkölcsi elismerését is. Sok lány a koplalást választotta megoldásul a társas problémákra, felismerték, hogy a fogyás jó módja annak, hogy „látszódjanak”, „kitűnjenek” az iskolában és más társas közegben.

Egy Sydneyben végzett vizsgálatban (Halse et al., 2007) 16 és 20 év közötti anorexiás lányok és szüleik vettek részt, 30 családdal készítették életútinterjúkat. Ezekből kiderült, hogy az iskolai környezetnek, különösen a fegyelmezési technikáknak is szerepe lehet az anorexia kialakulásában. Az engedelmesség, a jó tanulmányi eredményre való törekvés és az egészség fontos erények a modern középiskolában. Az ezeknek az erényeknek való megfelelést jutalmak és büntetések tartják fenn. A középiskolás lányok élete nagyon szabályozott, ritualizált, fegyelmezett, beleértve az evést és a testmozgást is. A jó tanulmányi eredmény elérése érdekében az iskolai környezet támogatja a versenyt, az egyéni teljesítmény nyilvános ellenőrzését és minősítését. A versenyztetés hatására megerősödik a másokkal való összehasonlítás lehetősége. Több lány számolt be arról, hogy a kortársaik elismerését akarták kivívni azzal, hogy vékonyak lesznek és intenzív súlycsökkentésbe fogtak. Az interjúkból kiderült, hogy ezen erények eltúlzása létrehozhat egy közeget, melyben a serdülők a „még erényesebb, még kiválóbb” lány pozíció elérésére törekednek. Fontos hangsúlyozni, hogy a szigorú fegyelmezési technikák és az erényeknek való intenzív megfelelés nem vezetnek minden esetben evészavar kialakulásához, de lényeges kockázati tényezők lehetnek.

Az evészavarok – különös tekintettel az anorexia nervosára – fiatal lányok körében történő terjedését vizsgáló elemzések (Rich & Evans, 2005; Halse et al., 2007) megállapították, hogy vannak a teljesítménnyel, tökéletességgel összefüggő társadalmi hatások, melyek nehezítik az iskolai jó teljesítmény feltételeit. Így rombolóan hatnak a serdülők személyiségfejlődésére, és sebezhetővé válik az egészségük, különösen, ha más életproblémák is nehezítik életüket. Evans és munkatársai (2004) kvalitatív vizsgálatot végeztek egy bentlakásos evészavar-centrumban 14–18 év közötti anorexiás lányokkal az Egyesült Királyságban. Félig strukturált egyéni interjúkat, életútinterjúkat és fókuszcsoporthoz tartozó interjúkat vettek fel. A válaszok alapján a formális oktatásban és nevelésben vannak példák, melyek maguk után vonják az evészavarok terjedését, ilyenek például az iskolai egészségmegőrző foglalkozások vagy az egészségkurzusok. Az iskolákban különböző egészségnevelő programokat működtetnek, de mindegyikben közös, hogy a testre fókuszál. Ezekben a programokban általában úgy jelenik meg a test, mint valami, amit ápolni, gondozni kell; ami befejezetlen, több edzésre, sportra, diétára van szüksége; ami az inaktív életmód, az

elhízás által fenyegetett; és ami változtatásra szorul. Az ilyen programok hatására a tanárok és a diákok gyakran összemossák az egészséget a karcsúsággal.

Az iskolai környezetben jelen van a teljesítmény, a kompetencia és a tökéletesség elvárása, és ezek egyre jobb tanulmányi és sporteredmény elérésére ösztönzik a diákokat. Szinte minden lány megemlítette az interjúkban, hogy az iskola jelentős szerepet játszott az evészavaruk kialakulásában. Különböző negatív élményeikről számoltak be a teljesítménnyel, az egyének és évfolyamok közötti versennyel, a státusszal, zaklatásokkal, a kortárs csoport kirekesztésével kapcsolatban. A lányok elbeszéléseiből kitűnt, hogy az iskolai kultúra és a családi élet nyomást helyezett a serdülőkre a tökéletesség és a teljesítmény irányába. Gyakran olyan dolgot vártak el tőlük, amit lehetetlen volt elérni. Ez a tehetetlenség érzését idézte elő bennük, elidegenedtek a testüktől, és a testük feletti rögeszmés kontroll az életük alapeleme lett (Evans et al., 2004).

Shulman és Mulloy-Anderson (2009) szerint a mai fiatalokat olyan szociokulturális üzenetek veszik körül, amelyek hozzájárulnak a soványságideál és a testi elégedetlenség kialakulásához, ezzel evészavaros viselkedést okozhatnak, és káros hatásokat fejtenek ki a gyermekek és serdülők társas és érzelmi életére. Fontos feladata az iskolának, hogy erőfeszítéseket tegyen a korai megelőzés érdekében.

A 1. táblázat tartalmazza, hogy a társadalmi hatások közvetítéséből kifolyólag milyen szerepe lehet az iskolának az evészavarok kialakulásában.

1. táblázat. Az iskolai környezet lehetséges szerepe az evészavarok kialakulásában

<i>Az iskola szerepei a társadalmi hatások közvetítésében</i>		<i>Az evészavarok kialakulásának kockázati tényezői</i>
Az iskola mint társadalmi szervezet	(Evans et al., 2004; Halse et al., 2007; Túry, 2001)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– követelmények megfogalmazása az evéssel, aktivitással, külső megjelenéssel kapcsolatban</li> <li>– teljesítménnyel, tökéletességgel összefüggő túlzott elvárások megfogalmazása</li> <li>– szigorú fegyelmezési technikák, az engedelmesség erényének való megfelelés</li> </ul>
Az iskola mint a társas hatások színtere	(Eisenberg & Neumark-Sztainer, 2010; Evans et al., 2004; Halse et al., 2007; Neumark-Sztainer et al., 2002; Rich & Evans, 2005)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– kortárskapcsolatok, kirekesztések hatása</li> <li>– barátok evési szokásai</li> <li>– a testsúlyra, az egyénre és az egészségre vonatkozó negatív üzenetek, megjegyzések gyakori előfordulása</li> <li>– a verseny támogatása</li> <li>– iskolai egészségmegőrző programokban összefonódik az egészség és a karcsúság fogalma</li> </ul>
Az iskola mint a szociokulturális követelmények közvetítésének színtere	(Rich & Evans, 2005; Shulman & Mulloy-Anderson, 2009)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– az elhízás negatív erkölcsi megítélése</li> <li>– soványságideál hatása</li> <li>– testi elégedetlenséghez vezető értékek közvetítése</li> </ul>



## Prevenációs lehetőségek az iskolában

Az iskola ideális helyszín a testképet meghatározó beavatkozások közvetítésére, mert hozzáférést tesz lehetővé nagy és befogadó serdülőcsoporthoz (Diedrichs & Halliwell, 2012). Az iskolai személyzet mentálhigiénés programokkal tud megteremteni egy támogató környezetet, ami ellensúlyozza a negatív társadalmi kulturális üzeneteket, és segít, hogy ne alakulhassanak ki evészavarok (Shulman & Mulloy-Anderson, 2009).

Több tanulmány is az iskolai evészavart szűrő programok, prevenációs és intervenciós programok fontosságát és hatékonyságát hangsúlyozza (Haines, Neumark-Sztainer, & Morris, 2008; Halliwell & Diedrichs, 2014; Neumark-Sztainer et al., 2009; O’Dea & Abraham, 2000).

Egy nemzetközi, evészavar-prevenációs program (National Eating Disorders Screening Program, NEDSP) második értékelésében négy New England-i középiskola diákjait és személyzetét kérdezték meg egy kérdőíves vizsgálat keretében a program eredményességével kapcsolatban (D’Souza, Forman, & Austin, 2005). Összességében a diákok hasznosnak érezték a programot, és ajánlanák a barátaiknak. Főként a lányok számoltak be arról, hogy a program hozzásegítette őket evészavarokkal kapcsolatos információkhoz, változott az evészavarokról, valamint a testképről való gondolkodásuk, és beszéltek barátaikkal is erről a problémáról. Az eredmények felvetik, hogy egy iskolai alapú széles körű szűrés hatásos módja lehet a serdülőkori evészavartünetek korai felismerésének, ezzel csökkenthető a tünetek jelentkezése és a segítségnyújtás között eltelt idő.

A főként ismereteket közvetítő iskolai egészségnevelő programok nem megfelelő alkalmazásának kockázata is vannak, illetve ellentétes hatást is elérhetnek. Az elhízás és a túlsúly problémája prioritásként jelenik meg az egészségnevelő programokban. Azonban a gyermekeket célzó oktatási üzenetek a zsírról, az elhízásról és az egészséges táplálkozásról előidézhetik a saját testtel való elégedetlenséget és a túlsúllyal való túlzott, már ártó foglalkozást. Sok esetben az iskolai egészségnevelő programoknak is szerepe van abban, hogy a lányok inkább foglalkoznak a súlyukkal. Fontos, hogy milyen technikákkal segítik az egészséges táplálkozás kialakítását. Az iskolában sok mindent el lehet érni a gyermekek önértékelése és pozitív testképe érdekében (Dixey, 1998). Egyes szerzők (pl. Kater, Rohwer, & Levine, 2000; Kater, Rohwer, & Londre, 2002) szerint a testképpel kapcsolatos tananyag hatással van a gyermekek fejlődésére, és jelentős, pozitív változásokat hozhat a test méretének, alakjának megítélésével, a többféle testméret elfogadásával, a diétázással, súlycsökkentéssel és a médiában megjelenő képek kritikus értékelésével kapcsolatban.

O’Dea és Abraham (2000) szerint csupán tájékoztatást nyújtani az evészavarokról, az egészséges táplálkozásról és a társadalmilag befolyásolt testképről, lehet, hogy többet árt, mint használ a diákok körében. Úgy vélik, hogy az önértékelés javítása, a testtel való elégedettség növelése sikeresebb alternatíva, ami hosszú távú pozitív attitűdöt és viselkedést eredményez. Ennek bizonyítására a didaktikus információnyújtás helyett kidolgozták az első kontrollált, a tanárok és szülők által is támogatott iskolai beavatkozást a testkép sikeres fejlesztésére. A *Mindenki különböző* program a kooperatív, interaktív, diákközpontú oktatási elméleteken alapult, mert ezek kedvező hatást gyakorolnak a diákok tanulásának,

viselkedésének, attitűdjeinek és készségeinek fejlődésére (Hill & Hill, 1990), valamint fokozzák a tanulók önbecsülését (Johnson & Johnson, 1989; Slavin, 1991; Kagan, 1992; Sharan & Sharan, 1992). A programot közösen fejlesztették ki Ausztráliában iskolai tanácsadók, iskolaorvosok, tanárok, iskolaigazgatók, szülői csoportok és kortárssegítők. Egy olyan pozitív környezetet teremtettek, ahol a diákok úgy érezték, hogy nem tudnak elbukni. Csoportmunka-, teammunka-, játék-, színdarab- és drámamódszereket alkalmaztak annak érdekében, hogy elősegítsék a jó értelemben vett önállóságot, a tanulók bevonódását és a visszacsatolások cseréjét. A program stresszkezelési módszereket (pl. relaxációs technikák, jó érzés létrehozása a szervezetben), az énkép meghatározását, az önértékelés építését célzó gyakorlatokat és a társadalmi sztereotípiákkal kapcsolatos ismereteket (pl. plakátok sztereotípiái, férfi-női sztereotípiák, „hogyan légy önmagad?”) tartalmazott. Azt kívánták elérni, hogy a résztvevők megtanulják, hogy az egyediség érték, fogadják el és értékeljék a különbségeket. A program része volt annak megtanítása is, hogy mások miként befolyásolják az önmagunkról alkotott képet, és hogyan lehetne javítani az énképen. A gyakorlatok között szerepelt pozitív visszajelzések gyűjtése másoktól, önértékeléssel kapcsolatos videózás, szerepjáték. A diákokat arra ösztönözték, hogy megvitassák a heti leckék tartalmát a szüleikkel, nagyszüleikkel, testvéreikkel, barátaikkal. A vizsgálat során intervenció csoportot és kontrollcsoportot alkalmaztak. Az intervenció csoport tagjai vettek részt a programban, a kontrollcsoport tagjai csupán a tantervbe ütemezett személyiségfejlesztő és egészségtanórákat kapták. A beavatkozás hatásának mérésére a szelfpercepciót, az evési szokásokat, a saját test megítélését, a szorongást, depressziót mérő kérdőíveket töltettek ki a résztvevőkkel a beavatkozás előtt, közvetlenül utána és 12 hónappal később. A program szignifikánsan javította a saját testtel való elégedettséget az intervenció csoportban, ez a hatás a 12 hónapos követés során is érvényesült. A beavatkozás után a lányok saját külsejüket jobbra értékelték, alacsonyabb lett a soványságra való törekvés, mint a kontrollcsoport tagjainál. Elfogadták, hogy a testsúly növekedése együtt jár az életkor növekedésével, és ritkábban alkalmaztak testsúlycsökkentő módszereket. Változás történt az énképükben is: a társadalmi elfogadottság, a fizikai megjelenés, a sportos külső kevésbé lett fontos nekik, mint a kontrollcsoport tagjai számára. Egy évvel később ezek a változások még jelen voltak. Az intervenció program hosszú távú változásokat idézett elő a serdülők attitűdjeiben és testképében. A beavatkozás eredményei arra utalnak, hogy lehetséges a serdülőket függetleníteni a kortárs csoport befolyásától és a testképpel kapcsolatos kulturális nyomástól, és ennek kiváló színtere az iskola (O’Dea & Abraham, 2000).

Mivel az evészavarok tekintetében fontos rizikófaktoroknak számít az alacsony önértékelés (Wade, Davidson, & O’Dea, 2003), a karcsúságideállal való azonosulás és a saját testtel való elégedetlenség (Stice, 2002; Stice, Ng, & Shaw, 2010), az iskolai intervenció programok ezeket a területeket célozzák meg. Többféle program közül a kognitív disszonancián alapuló (*cognitive dissonance-based interventions*, CDI) beavatkozást igen hatékonyan találták a serdülő lányok körében (Stice, Shaw, & Marti, 2007). A program lényege, hogy a serdülők ismereteket kapjanak a karcsúságideál eredetéről, veszélyeiről. Ezután a hatékony szemléletformálás érdekében olyan gyakorlatok következnek, amelyek a résztvevők aktivitására alapoznak. Vitákban vesznek részt a karcsúságideálhoz kapcsolt

lódó pozitív és negatív megerősítőkről, ezek hatásairól, ezután gyakorolják a nem a megjelenésen alapuló bókákat. Szerepjátékok keretében igyekeznek meggyőzni társaikat, hogy ne kövessék a karcsúságideálokat. Összegyűjtik a lehetséges, egészséges testi aktivitási formákat. A program utolsó lépésében önmegerősítő, személyiségfejlesztő gyakorlatokon vesznek részt.

A CDI program segíti a karcsúságideál internalizálásának, a testtel való elégedetlenségnek, valamint a negatív érzelmeknek a csökkentését, és mérsékli az evészavarok kialakulásának rizikóját (Stice et al., 2007; Halliwell & Diedrichs, 2014). Egy délnyugat-angliai vizsgálat (Halliwell, Jarman, McNamara, Risdon, & Jankowski, 2015;) során középiskolás, 14-15 év közötti lányok körében másodéves, pszichológia szakos egyetemista lányok végezték a CDI-intervenciót. A programban résztvevők csoportjában csökkent a testi elégedetlenség és a karcsúságideál internalizálásának mértéke, továbbá nőtt a testi elégedettség a beavatkozás előtti állapothoz képest, míg a kontrollcsoportban nem volt változás. A program eredményességén túl a vizsgálat fontos hozadéka annak bizonyítása, hogy az egyetemista lányok hatékony segítők lehetnek az iskolákban.

A média arra irányuló nyomása, hogy vékonyak legyünk, fontos hatással van az egészségre, a táplálkozásra. A médiamodellek befolyása az alacsony testsúly fő előrejelzője mindkét nemnél (Fernandez & Pritchard, 2012). Számos kutatás bizonyítja, hogy a médiatudatosságot célzó beavatkozások csökkentik a karcsúságideállal való azonosulást és egyéb kockázati tényezőket (Chang et al., 2013; Hausenblas et al., 2013; Wilksch, Tiggemann, & Wade, 2006). Az evészavarok megelőzésére, a testtel való elégedettség fejlesztésére szolgáló egyes iskolai intervenciók programokba a médiatudatosságot mint a tömegmédiával közvetített információk bírálata is beépítették. A leggyakrabban használt, hatékony tantermi prevenciók testképprogram a médiaprogram (Yager, Diedrichs, Ricciardelli, & Halliwell, 2013).

A program interaktív, multimédiás formában zajlik az iskolákban. Az első változat két részből állt: az egyik a táplálkozással kapcsolatos alapvető tudnivalók tanítása volt, aminek célja, hogy orvosolja a táplálkozással kapcsolatos téves hiedelmeket és ismereteket közvetítsen a kiegyensúlyozott táplálkozásról. Olyan új gyakorlatokat tartalmazott, mint például az élelmiszerek kiválasztása a kiegyensúlyozott táplálkozáshoz. Célja volt még a fizikai aktivitás növelése, a mozgásszegény tevékenységgel töltött idő csökkentése. A másik összetevő a médiatudatosság, ami a tömegmédiával közvetített információk kritikája, az uralkodó női szépségideál, az extrém soványság ideáljának bírálata (Raich et al., 2008). Később ezt a programot bővítették, javították. Még interaktívabb lett, az ülések száma nőtt, aktívabb médiatevékenységek és a férfiak sportolói ideáljának bírálata került a programba. Olyan gyakorlatokkal bővült, mint például reklámokról szóló elemzések, kritikák írása, paródiavideók készítése divatról, reklámokról. Ezt a módosított beavatkozást is számos tanulmány értékeli (Raich et al., 2008; Espinoza, Penelo, & Raich, 2013). A változtatások tovább csökkentették a karcsúságideál internalizálását, de a patológiás evési attitűdök és a testi elégedettség is biztatóan alakult fiúknál és lányoknál egyaránt.

Vizsgálatok azt is igazolták (pl. Haines et al., 2008; Neumark-Sztainer et al., 2009), hogy a dráma, a színjátszás megelőző szerepet játszhat a testsúllyal kapcsolatos problémákban, mivel játékokban kínál lehetőséget a serdülőknél a tanulásra, így növelve az önértékelést, valamint a mások üzeneteire való fogékonyságot. Kevés evészavar-prevenció

program von be drámaelemeket és -programokat, mindazonáltal a dráma potenciális lehetőségét nyújt a vitára, kritikai reflexiókra és az önfejlesztésre az adott oktatási környezetben. Ezért a következő lépés az volt, hogy kidolgozzanak színházalapú programokat, követeve a médiatudatosság filozófiáját. A színházi prevenciós program alapja a színházi műfaj az oktatásban, színház az egészségnevelésben (Joronen, Rankin, & Astedt-Kurki, 2008). A színházi modul keretében alapvető kommunikációs kompetenciák fejlesztése történik. Az élő dráma jó módja, hogy a szülők is részt vegyenek az iskolai beavatkozásban (Haines et al., 2008), a szülők építhetik a média üzeneteiről megfogalmazott kritikai gondolkodást. A színházprogram egy olyan beavatkozás, aminek hatása nemcsak az egyén szintjén érvényesül, hanem a csoport, család, különböző más (pl. iskolai) közösség szintjén is. A színházi modul is elősegíti a média által közvetített férfi és női szépségideálok kritikai elemzését.

A médiaműveltségi és a színházalapú iskolai prevenciós program Manresában végzett összehasonlítása (Mora et al., 2015) során azt találták, hogy az ebben részt vevő diákok önértékelése mindkét programban nőtt. A médiaműveltségi program csökkent a karcsúságideál belsővé válását. A saját testtel való elégedettség és a patológiás evési attitűdök tekintetében nem találtak különbségeket. Mindkét program védi azokat a pszichológiai változókat, amelyek elengedhetetlenek a serdülők egészséges személyiségfejlődéshez. Más kutatók (pl. McVey, Pepler, Davis, Flett, & Abdoell, 2002) olyan iskolai programokat javasoltak, amelyeknek középpontjában stresszkezelési ismeretek és társas problémamegoldó készségek szerepelnek mint az evészavarok prevenciós tényezői, de az iskolai alapú testsúly miatti ugratások, csúfolások és az egészségtelen táplálkozás csökkentését is pozitív kimenetelűnek találták (Haines, Neumark-Sztainer, Perry, Hannah, & Levine, 2006).

Átfogó intervenciós programra is lehetőség nyílik az iskolákban. A McVey, Tweed és Blackmore (2007) által készített program Kanadában végzett hatásvizsgálatába diákokat, szülőket, tanárokat, iskolai ügyintézőket és helyi közegészségügyi szakértőket vontak be. Összesen 982 diák és 91 tanár, illetve a pedagógiai munkát segítő alkalmazott vett részt a kérdőíves vizsgálatban, és számolt be az evészavarok rizikótényezői közül a testtel való elégedettségről, a testméretek elfogadásáról, a testsúlyhoz kapcsolódó ugratásokról, a médiaszárokkal való azonosulásról, evési attitűdökről, súlycsökkentő és izomnövelő viselkedésről. Egy nyolchónapos, széles körű, átfogó iskolai beavatkozás után közvetlenül, majd hat hónap elteltével újra megismételték a vizsgálatot. Azt tapasztalták, hogy a program hatására csökkent a médiaideálokkal való azonosulás mértéke, és csökkent az evészavar előfordulása a lányok körében. Csökkent a súlycsökkentő viselkedések száma is, bár ez az eredmény a hat hónappal későbbi utóvizsgálat során már nem teljesült. Az evészavarok szempontjából veszélyeztetett csoportok előnyére vált a médiaideálokkal való azonosulás csökkenése, idővel elfogadóbbak lettek testükkel, illetve csökkentek az evészavarral kapcsolatos tünetek (McVey et al., 2007).

Az a tény, hogy az iskolában jelentősen érvényesül a kortársak hatása, azt sürgeti, hogy az evészavar-prevenció tekintetében az iskola meghatározó szegmenssé váljon. Az evési attitűdökre is jelentős hatást gyakorolnak a barátok evési szokásai. Pozitív kapcsolatot találtak a barátok diétázási szokásai és az olyan patológiás evési attitűdök, mint a krónikus diéta vagy az extrém súlycsökkentő viselkedések között (Eisenberg & Neumark-Sztainer,

2010). Az evészavar megelőzését célzó beavatkozásoknak a baráti csoportokra kell fókuszálniuk ahelyett, hogy kizárólag az egyént vonják be. Az iskolai környezetben a kortársak ugrató, csúfoló hatása ugyancsak komoly kockázati tényezőt jelenthet az evészavarok és az elhízás kialakulásában (Cattarin & Thompson, 1994; Eisenberg, Neumark-Sztainer, & Story, 2003; Fabian & Thompson, 1989; Gardner, Stark, Friedman, & Jackson, 2000; Grilo, Wilfley, Brownell, & Rodin, 1994; Haines et al., 2006; Wertheim, Koerner, & Paxton, 2001). A súllyal kapcsolatos ugratásokhoz olyan pszichés és viselkedéses tényezők társulnak, amik növelik az evészavarok és az elhízás kialakulásának kockázatát. Több vizsgálat során is úgy találták, hogy a súllyal kapcsolatos csúfolások növelik a saját testtel való elégedetlenséget (pl. Cattarin & Thompson, 1994; Eisenberg et al., 2003; Fabian & Thompson, 1989; Grilo et al., 1994;), és ez komoly rizikófaktor az evészavarok tekintetében. Azt is kimutatták, hogy a súllyal kapcsolatos csúfolódások a testsúly valamilyen kontrollálását célzó viselkedésekhez vezetnek, melyek az evészavaroknak és az elhízásnak is kísérői (Gardner et al., 2000; Haines et al., 2006; Wertheim, 2001).

A fenti problémák kezelésére dolgozták ki a Minnesota Egyetem kutatói a Nagyon fontos gyerekek (Very Important Kids, V.I.K.) programot (Haines et al., 2006). Az iskolai intervenció, több komponensből álló program csökkenteni kívánja az ugratások és csúfolások előfordulását az általános iskolások körében. Amellett, hogy az ugratás megelőzésére fókuszál, hatással kíván lenni a tanulók testi elégedettségére, a médiaüzenetek internalizálására, az egészségtelen súlykontrolláló viselkedések alkalmazására. A program egyéni és környezeti szinten egyaránt tartalmaz gyakorlatokat. Egyéni szinten iskola utáni program keretében tíz ülésben, interaktív gyakorlatokkal igyekeznek a testképet fejleszteni, és olyan készségeket tanítanak, amelyekkel a diákok hatékonyan tudják kezelni a testsúllyal kapcsolatos ugratásokat a konkrét szituációkban. A program tartalmaz médiaismereteket és az egészséges táplálkozással, fizikai aktivitással kapcsolatos információkat. Minden ülés előtt egy órával testmozgás szerepel a programban, továbbá alacsony zsírtartalmú, magas tápanyagtartalmú élelmiszereket biztosítanak az intervencióban résztvevőknek. Az egyéni szinten még színházmodul is része a programnak. Egy színházi társulat segítségével több mint tíz, egyórás ülés során létrehoznak és előadnak egy produkciót, melyben a diákok saját, csúfolással kapcsolatos tapasztalataikat használják fel. A jelenetek üzeneteket közvetítenek arról, hogy miért nem célszerű ugratni a másikat, és stratégiákat mutatnak be arra vonatkozóan, hogyan kezelhetjük ezeket a szituációkat (Haines et al., 2006).

A környezeti hatásokkal kapcsolatban a program iskolai alapú és családalapú beavatkozást tartalmaz. Az elsőben szerepel az iskolai dolgozók felkészítése, kiképzése, melynek keretében félnapos tréninget tartanak minden tanárnak, adminisztrátornak és a pedagógiai munkát segítő személyzetnek. A tréningek célja az, hogy az iskola dolgozói interaktív tevékenységekkel ismerjék fel és kezeljék saját, súllyal kapcsolatos előítéleteiket (Schwartz, Chambliss, Brownell, Blair, & Billington, 2003), valamint tanulják meg, hogyan tudnak példát mutatni a diákoknak a csúfolás és az egészséges testkép kérdésében, tartózkodjanak a súllyal, alakkal kapcsolatos megjegyzésektől. Az iskolai alapú beavatkozás tartalmazza a csúfolásellenes kampány megszervezését is, amit a diákok dolgoznak ki és hajtanak végre. Plakátokon, kitézőkön és egyéb módon hirdetik, hogy a csúfolás nem elfogadható. A „könyv hónapja” keretében minden osztály elolvas egy kitalált könyvet

(Lovell, 2001), ami a diákok csúfolással kapcsolatos körülbelüli tapasztalatait taglalja, majd tanári segítséggel vitákat szerveznek az olvasott információkról. A környezettel kapcsolatos beavatkozás iskolaalapú programjának végén sor kerül egy olyan színházi előadásra, amelyben valamennyi diák és iskolai dolgozó szerepel, és ahova a családtagokat is meghívják. A környezeti szintű intervenció másik fontos pillére a családalapú program. Ez tartalmazza a „családok éjszakájának” megszervezését, ahol testképpel kapcsolatos üléseket és táncbemutatót szerveznek. Fontos eleme még a „szülői képeslapok” elkészítése. Ezek a testképet, az iskolai ugratást, a média hatását és a család közös testmozgását feldolgozó, a szülők által készített kártyák, amiket az egyéni szintű program során tananyagként használnak fel. A „szülők-tanárok éjszakáján” kérdésekre válaszolnak a tanárok, promóciós anyagokat, brosúrákat kapnak a szülők (Haines et al., 2006). A V.I.K. program intervenció alkalmazása és hatásvizsgálata után azt találták, hogy a diákok csúfolása, ugratása jelentős mértékben csökkent. A program hatékonyságát az adta, hogy iskolai környezetben valósították meg, ahol együtt tudtak benne részt venni a diákok, az iskolai alkalmazottak és a szülők (Haines et al., 2006).

Az 2. táblázatban összefoglaltuk, hogy a fenti, iskolai környezetben megvalósult programok milyen célokat tűztek ki, és milyen módszereket alkalmaztak az evészavarok sikeres megelőzése érdekében.

2. táblázat. Evészavar-prevenációs programok az iskolában

<i>A program neve</i>	<i>Célja</i>	<i>Alkalmazott módszerek</i>
„Mindenki különböző” (Everybody’s Different, O’Dea, & Abraham, 2000)	– önértékelés javítása – testi elégedettség növelése	– stresszkezelés, relaxációs technikák – társadalmi sztereotípiákkal kapcsolatos ismeretek nyújtása – énkép meghatározása, pozitív énkép kialakítása
Kognitív diszonzancián alapuló intervenciók (cognitive dissonance-based interventions, CDI, Stice et al., 2007)	– karcsúságideál internalizálásának csökkentése – testi elégedetlenség csökkentése	– ismeretek nyújtása a karcsúságideál veszélyeiről – a karcsúságideál megkérdőjelezése szerepjátékokkal, interaktív gyakorlatokkal – egészséges testi aktivitások gyűjtése – személyiségfejlesztő gyakorlatok
Média program (Yager et al., 2013)	– testi elégedettség növelése – karcsúságideállal való azonosulás csökkentése	– táplálkozással kapcsolatos alapvető ismeretek nyújtása – fizikai aktivitás növelése – médiatudatosság fejlesztése interaktív gyakorlatokkal (reklámkritikák, diatról készített paródia-videók)

2. táblázat folytatása

<i>A program neve</i>	<i>Célja</i>	<i>Alkalmazott módszerek</i>
Színházprogram	<ul style="list-style-type: none"> <li>– önértékelés javítása</li> <li>– testi elégedettség növe- lése</li> <li>– karcsúságideállal való azonosulás csökkentése</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– kommunikációs kompetenciák fej- lesztése</li> <li>– média-ideálok kritikai elemzése élő drámával</li> </ul>
„Nagyon fontos gyere- kek” (Very Important Kids, V.I.K., Haines et al., 2006)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– testi elégedettség növe- lése</li> <li>– médiaüzenetek internalizálásának csök- kentése</li> <li>– egészségtelen súlykont- roll viselkedések csök- kentése</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ugratások, csúfolások csökkentése dráma gyakorlatokkal, iskolai dolgo- zóknak tartott tréninggel, „csúfolás ellenes kampány” szervezésével</li> <li>– testkép fejlesztése interaktív gyakor- latokkal</li> <li>– médiatudatosság elősegítése</li> <li>– egészséges táplálkozás, testmozgás</li> </ul>

### Összegzés

A tanulmányban áttekintettük a legismertebb evészavarak tüneteit, a kialakulásukhoz vezető tényezőket és azt, hogy az iskolai környezetnek milyen szerepe lehet az evészavarak kialakulásában és megelőzésében. Az iskolai prevenciós programok nagy fejlődésen mentek keresztül, amíg az egészséges életmóddal kapcsolatos didaktikus ismeretnyújtástól eljutottak az iskolai környezet szinte minden szereplőjét megcélzó komplex programokig. Ezekben a programokban a tematikus, frontális előadások mellett – vagy helyett – a kooperatív, interaktív csoportszervezést és módszereket alkalmaztak (Haines et al., 2006; O’Dea & Abraham, 2000; Stice et al., 2007), biztosítva ezzel a diákok, tanárok és szülők intenzívebb bevonódását, valamint a visszajelzési lehetőségek sokféleségét (Hill & Hill, 1990). Beépítették a médiatudatosságot mint a tömegmédiával közvetített információk bírálatát (Yager et al., 2013), és megjelentek olyan kreatív tanulói aktivitások, mint a viták, plakátok, reklámalemezések, kritikák paródiavideók készítése (Stice et al., 2007). Más program keretén belül (Haines et al., 2006) a drámában és a színjátszásban rejlő lehetőségeket használták ki a kommunikáció hatékony fejlesztése és a mindennapokban előforduló iskolai konfliktushelyzetek modellezése érdekében.

Az evészavar-prevenciós programok az önértékelés, az énkép és a testkép fejlesztését, a saját testtel való elégedettség növelését, a karcsúságideállal való azonosulás csökkentését, és a médiaüzenetek internalizálásának mérséklését tűzték ki célul (Haines et al., 2006; O’Dea & Abraham, 2000; Stice et al., 2007). Ezek olyan tényezők, amelyekre nagy hatással bírnak a társas kapcsolatok, a tanárok és kortársak visszajelzései, így az iskolai környezetben remek lehetőség nyílt a befolyásolásukra. A programok sikerességét hatásviz-

gálatokkal ellenőrizték, és azt mutatták ki, hogy a prevencióban résztvevők a saját külsejüket magasabbra értékelték, alacsonyabb lett a soványságra való törekvésük, a fizikai megjelenés, a külső kevésbé lett fontos számukra, a negatív érzelmek, a patológiás evési attitűdök csökkentek, a csúfolás, ugratás ritkábban fordult elő körükben (Espinoza et al., 2013; Haines et al., 2006; Halliwell & Diedrichs, 2014; O’Dea & Abraham, 2000; Raich et al., 2008; Stice et al., 2007). A részletesen ismertetett nemzetközi példák azt mutatják, hogy az iskolai személyzet átfogó mentálhigiénés programokkal ellensúlyozni tudja a negatív társadalmi, kulturális üzenetek hatásait. Hazánkban az evészavarok gyakorisága a középiskolás korosztályban kimutathatóan növekedett (Szabó et al., 2010), ezért időszerű lenne egy átfogó evészavar-prevenció program kidolgozása vagy egy hatékony nemzetközi program magyarországi adaptálása.

## Irodalom

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>th</sup> ed.). Washington: American Psychiatric Association. doi: [10.1176/appi.books.9780890425596](https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596)
- Arcelus, 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, 724–731. doi: [10.1001/archgenpsychiatry.2011.74](https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74)
- Blinder, B. J., Cumella, E. J., & Sanathara, V. A. (2006). Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosomatic Medicine*, 68, 454–462. doi: [10.1097/01.psy.0000221254.77675.f5](https://doi.org/10.1097/01.psy.0000221254.77675.f5)
- Bould, H., De Stavola, B., Magnusson, C., Micali, N., Dal, H., Evans, J., Dalman, C., & Lewis, G. (2016). The influence of school on whether girls develop eating disorders. *International Journal of Epidemiology*, 45(2), 480–488. doi: [10.1093/ije/dyw037](https://doi.org/10.1093/ije/dyw037)
- Casiero, D., & Frishman, W. H. (2006). Cardiovascular complications of eating disorders. *Cardiology Review*, 14, 227–231. doi: [10.1097/01.crd.0000216745.96062.7c](https://doi.org/10.1097/01.crd.0000216745.96062.7c)
- Cattarin, J., & Thompson, J. (1994). A three year longitudinal study of body image and eating disturbance in adolescent females. *Eating Disorders*, 2(2), 114–125. doi: [10.1080/10640269408249107](https://doi.org/10.1080/10640269408249107)
- Chang, F. C., Lee, C. M., Chen, P. H., Chiu, C. H., Pan, Y. C., & Huang, T. F. (2013). Association of thin-ideal media exposure, body dissatisfaction and disordered eating behaviors among adolescents in Taiwan. *Eating Behaviors*, 14(3), 382–385. doi: [10.1016/j.eatbeh.2013.05.002](https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.05.002)
- Crow, S. J., Frisch, M. J., Peterson, C. B., Croll, J., Raatz, S. K., & Nyman, J. A. (2009b). Monetary costs associated with bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 81–83. doi: [10.1002/eat.20581](https://doi.org/10.1002/eat.20581)
- Crow, S. J., Peterson, C. B., Swanson, S. A., Raymond, N. C., Specker, S., Eckert, E. D., & Mitchell, J. E. (2009a). Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1342–1346. doi: [10.1176/appi.ajp.2009.09020247](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09020247)
- D’Souza, C. M., Forman, S. F., & Austin, S. B. (2005). Follow-up evaluation of a high school eating disorders screening program. Knowledge, awareness and self-referral. *Journal of Adolescent Health*, 36(3), 208–213. doi: [10.1016/j.jadohealth.2004.01.014](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2004.01.014)
- Diedrichs, P. C., & Halliwell, E. (2012). School based interventions for body image and appearance concerns. In N. Rumsey & D. Harcourt (Eds.), *The Oxford handbook of the psychology of appearance* (pp. 531–550). Oxford University Press, Oxford.



- Dixey, R. (1998). Healthy eating in schools, overweight and 'eating disorders'. are they connected? *Educational Review*, 50(1), 29–35. doi: [10.1080/0013191980500103](https://doi.org/10.1080/0013191980500103)
- Eisenberg, M. E., & Neumark-Sztainer, D. (2010). Friends' dieting and disordered eating behaviors among adolescents five years later. Findings from Project EAT. *Journal of Adolescent Health*, 47(1), 67–73. doi: [10.1016/j.jadohealth.2009.12.030](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.12.030)
- Eisenberg, M. E., Neumark-Sztainer, D., & Story, M. (2003). Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 157(8), 733–738. doi: [10.1001/archpedi.157.8.733](https://doi.org/10.1001/archpedi.157.8.733)
- Espinoza, P., Penelo, E., & Raich, R. M. (2013). Prevention programme for eating disturbances in adolescents. Is their effect on body image maintained at 30 months later?" *Body Image*, 10(2), 175–181. doi: [10.1016/j.bodyim.2012.11.004](https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.11.004)
- Evans, J., Rich, E., & Holroyd, R. (2004). Disordered eating and disordered schooling. What schools do to middle class girls. *British Journal of Sociology of Education*, 25(2), 123–142. doi: [10.1080/0142569042000205154](https://doi.org/10.1080/0142569042000205154)
- Fabian, L. J., & Thompson, J. K. (1989). Body image and eating disturbance in young females. *International Journal of Eating Disorders*, 8(1), 63–74. doi: [10.1002/1098-108x\(198901\)8:1%3c63::aid-eat2260080107%3e3.0.co;2-9](https://doi.org/10.1002/1098-108x(198901)8:1%3c63::aid-eat2260080107%3e3.0.co;2-9)
- Fennig, S., & Hadas, A. (2010). Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64, 32–339.
- Fernandez, S., & Pritchard, M. (2012). Relationships between self-esteem, media influence and drive for thinness. *Eating Behaviors*, 13(4), 321–325. doi: [10.1016/j.eatbeh.2012.05.004](https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.05.004)
- Fischer, S., & le Grange, D. (2007). Comorbidity and high-risk behaviors in treatment-seeking adolescents with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 751–753. doi: [10.1002/eat.20442](https://doi.org/10.1002/eat.20442)
- Gardner, R. M., Stark, K., Friedman, B. N., & Jackson, N. A. (2000). Predictors of eating disorder scores in children ages 6–14. A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(3), 199–205. doi: [10.1016/s0022-3999\(00\)00172-0](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(00)00172-0)
- Grilo, C. M., Wilfley, D. E., Brownell, K. D., & Rodin, J. (1994). Teasing, body image, and self-esteem in a clinical sample of obese women. *Addictive Behaviors*, 19(4), 443–450. doi: [10.1016/0306-4603\(94\)90066-3](https://doi.org/10.1016/0306-4603(94)90066-3)
- Haines, J., Neumark-Sztainer, D., & Morris, B. (2008). Theater as a behavior change strategy. Qualitative findings from a schoolbased intervention. *Eating Disorders*, 16(3), 241–254. doi: [10.1080/10640260802016829](https://doi.org/10.1080/10640260802016829)
- Haines, J., Neumark-Sztainer, D., Perry, C. L., Hannan, P. J., & Levine, M. P. (2006). V.I.K. (Very Important Kids). A school-based program designed to reduce teasing and unhealthy weight-control behaviors. *Health Education Research*, 21(6), 884–895. doi: [10.1093/her/cyl123](https://doi.org/10.1093/her/cyl123)
- Halliwel, E., & Diedrichs, P. C. (2014). Testing a dissonance body image intervention among young girls. *Health Psychology*, 33(2), 201–204. doi: [10.1037/a0032585](https://doi.org/10.1037/a0032585)
- Halliwel, E., Jarman, H., McNamara, A., Risdon, H., & Jankowski, G. (2015). Dissemination of evidence-based body image interventions. A pilot study into the effectiveness of using undergraduate students as interventionists in secondary schools. *Body Image*, 14, 1–4. doi: [10.1016/j.bodyim.2015.02.002](https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.02.002)
- Halse, C., Honey, A., & Boughtwood, D. (2007). The paradox of virtue. (Re)thinking deviance, anorexia and schooling. *Gender and Education*, 19(2), 219–235. doi: [10.1080/09540250601166068](https://doi.org/10.1080/09540250601166068)
- Hausenblas, H. A., Campbell, A., Menzel, J. E., Doughty, J., Levine, M., & Thompson, J. K. (2013). Media effects of experimental presentation of the ideal physique on eating disorder symptoms. A meta-analysis of laboratory studies. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 168–181. doi: [10.1016/j.cpr.2012.10.011](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.011)
- Hill, S., & Hill, T. (1990). *The collaborative classroom. A guide to cooperative learning*. Eleanor Curtin Publishing: South Yarra.

- Johnson, D., & Johnson, R. (1989). Toward a cooperative effort. A response to Slavin. *Educational Leadership*, 46(7), 80–81.
- Joronen, K. K. Rankin, S. H., & Astedt-Kurki, P. (2008). Schoolbased drama interventions in health promotion for children and adolescents. Ssystematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 63(2), 116–131. doi: [10.1111/j.1365-2648.2008.04634.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04634.x)
- Kagan, D. (1992). Professional growth among preservice and beginning teachers. *Review of Educational Research*, 62(2), 129–169. doi: [10.3102/00346543062002129](https://doi.org/10.3102/00346543062002129)
- Kater, K. J., Rohwer, J., & Levine, M. P. (2000). An elementary school project for developing healthy body image and reducing risk factors for unhealthy and disordered eating. *Eating Disorders*, 8, 3–16. doi: [10.1080/10640260008251208](https://doi.org/10.1080/10640260008251208)
- Kater, K. J., Rohwer, J., & Londre, K. (2002). Evaluation of an upper elementary school program to prevent body image, eating and weight concern. *Journal of School Health*, 72(5), 199–205. doi: [10.1111/j.1746-1561.2002.tb06546.x](https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2002.tb06546.x)
- Lovell, P. (2001). *Stand Tall, Molly Lou Melon*. New York: G.P. Putnum's Sons.
- McVey, G. L., Pepler, D., Davis, R., Flett, G. L., & Abdoell, M. (2002). Risk and protective factors associated with disordered eating during early adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 22(1), 75–95. doi: [10.1177/0272431602022001004](https://doi.org/10.1177/0272431602022001004)
- McVey, G. L., Tweed, S., & Blackmore, E. (2007). Healthy schools-healthy kids. A controlled evaluation of a comprehensive universal eating disorder prevention program. *Body Image*, 4(2), 115–136. doi: [10.1016/j.bodyim.2007.01.004](https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2007.01.004)
- Milos, G., Spindler, A., & Schnyder, U. (2004). Psychiatric comorbidity and Eating Disorder Inventory (EDI) profiles in eating disorder patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 179–184. doi: <https://doi.org/10.1177/070674370404900305>
- Mitchell, J. E., & Crow, S. (2006). Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 438–443. doi: [10.1097/01.yco.0000228768.79097.3e](https://doi.org/10.1097/01.yco.0000228768.79097.3e)
- Mora, M., Penelo, E., Gutiérrez, T., Espinoza, P., González, M. L., & Raich, R. M. (2015). Assessment of two school-based programs to prevent universal eating disorders. Media literacy and theatre-based methodology in Spanish adolescent boys and girls. *The Scientific World Journal*, Article ID 328753.
- Neumark-Sztainer, D., Falkner, N., Story, M. Perry, C., Hannah, P. J., & Mulert, S. (2002). Weight-teasing among adolescents. Correlations with weight status and disordered eating behaviors. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 26(1), 123–131. doi: [10.1038/sj.ijo.0801853](https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801853)
- Neumark-Sztainer, D., Haines, J, Robinson-O'Brien, R., Hannan, P. J., Robins, M., Morris, B., & Petrich, C. A. (2009). Ready. Set. ACTION!' A theater-based obesity prevention program for children. A feasibility study. *Health Education Research*, 24(3), 407–420. doi: [10.1093/her/cyn036](https://doi.org/10.1093/her/cyn036)
- O'Dea, J. A., & Abraham, S. (2000). Improving the body image, eating attitudes and behaviors of young male and female adolescents. A new educational approach that focuses on self-esteem. *International Journal of Eating Disorders*, 28(1), 43–57. doi: [10.1002/\(sici\)1098-108x\(200007\)28:1<43::aid-eat6>3.0.co;2-d](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(200007)28:1<43::aid-eat6>3.0.co;2-d)
- Páli, A., & Pászthy, B. (2008). Az immunrendszer működése anorexia nervosában. In F. Túry & B. Pászthy (Eds.), *Evészavarak és testképzavarak* (pp. 161–169). Budapest: Pro Die.
- Pászthy, B. (2007). A gyermek- és serdülőkorban kezdődő anorexia nervosa szomatikus szövödményei. *Orvosi Hetilap*, 148, 405–412.
- Péter, O., Kelemen, J., & Pászthy, B. (2008). Az evészavarak kardiológiai következményei. In F. Túry & B. Pászthy (Eds.), *Evészavarak és testképzavarak* (pp. 171–182). Budapest: Pro Die.
- Raich, R. M., S'anchez-Carracedo, D., López-Guimer`a, G., Portell, M., Moncada, A., & Fauquet, J. (2008). Acontrolled assessment of school-based preventive programs for reducing eating disorder risk factors in adolescent Spanish girls. *Eating Disorders*, 16(3), 255–272. doi: [10.1080/10640260802016852](https://doi.org/10.1080/10640260802016852)

- Rich, E., & Evans, J. (2005). Making sense of eating disorders in schools. *Discourse: Studies in the Cultural Politics of Education*, 26(2), 247–262. doi: [10.1080/01596300500143211](https://doi.org/10.1080/01596300500143211)
- Rosling, A. M., Sparén, P., Norring, C., & von Knorring, A. L. (2011). Mortality of eating disorders. A follow-up study of treatment in a specialist unit 1974–2000. *International Journal of Eating Disorders*, 44, 304–310. doi: [10.1002/eat.20827](https://doi.org/10.1002/eat.20827)
- Salbach-Andrae, H., Lenz, K., Simmendinger, N., Klinkowski, N., Lehmkuhl, U., & Pfeiffer, E. (2008). Psychiatric comorbidities among female adolescents with anorexia nervosa. *Child Psychiatry Human Development*, 39, 261–272. doi: [10.1007/s10578-007-0086-1](https://doi.org/10.1007/s10578-007-0086-1)
- Schwartz, M. B., Chambliss, H. O., Brownell, K. D., Blair, S. N., & Billington, C. (2003). Weight bias among health professionals specializing in obesity. *Obesity Research*, 11(9), 1033–1039. doi: [10.1038/oby.2003.142](https://doi.org/10.1038/oby.2003.142)
- Sharan, Y., & Sharan, S. (1992). *Expanding cooperative learning through group investigation*. Teachers College Press, New York.
- Shulman, J. R., & Mulloy-Anderson, M. (2009). School-based prevention efforts addressing the sociocultural risk factors of eating disorders. *Advances in School Mental Health Promotion*, 2(4), 34–46. doi: [10.1080/1754730x.2009.9715715](https://doi.org/10.1080/1754730x.2009.9715715)
- Slavin, R. (1991). Group rewards make groupwork work. *Educational Leadership*, 48(5), 71–82.
- Spindler, A., & Milos, G. (2007). Links between eating disorder symptom severity and psychiatric comorbidity. *Eating Behavior*, 8, 364–373. doi: [10.1016/j.eatbeh.2006.11.012](https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2006.11.012)
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology. A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825–848. doi: [10.1037//0033-2909.128.5.825](https://doi.org/10.1037//0033-2909.128.5.825)
- Stice, E., Ng, J., & Shaw, H. (2010). Risk factors and prodromal eating pathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(4), 518–525. doi: [10.1111/j.1469-7610.2010.02212.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02212.x)
- Stice, E., Shaw, H., & Marti, C. N. (2007). A meta-analytic review of eating disorder prevention programs. *Encouraging findings. Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 207–231. doi: [10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091447](https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091447)
- Suzuki, K., Takeda, A., & Yoshino, A. (2011). Mortality 6 years after inpatient treatment of female Japanese patients with eating disorders associated with alcoholism. *Psychiatry Clinical Neuroscience*, 65, 326–332. doi: [10.1111/j.1440-1819.2011.02217.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2011.02217.x)
- Swinbourne, J. M., & Touyz, S. W. (2007). The comorbidity of eating disorders and anxiety disorders. A review. *European Eating Disorders Review*, 15, 253–274. doi: [10.1002/erv.784](https://doi.org/10.1002/erv.784)
- Swinbourne, J., Hunt, C., Abbott, M., Russell, J., St Clare, T., & Touyz, S. (2012). The comorbidity between eating disorders and anxiety disorders. Prevalence in an eating disorder sample and anxiety disorder sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 46, 118–131. doi: [10.1177/0004867411432071](https://doi.org/10.1177/0004867411432071)
- Szabó, P. (2007). Az evészavarok. Anorexia nervosa és bulimia nervosa. *Debreceni Disputa*, 7, 82–87.
- Szabó, P., & Túry, F. (1994a). A pszichoszomatikus táplálkozásvizsgálatok szövődményei. *Orvosi Hetilap*, 135, 1067–1072.
- Szabó, P., & Túry, F. (1994b). A depresszió és a táplálkozási viselkedés zavarainak kapcsolata. *Psychiatria Hungarica*, 9, 55–68.
- Szabó, P., Pető, Z., & Túry, F. (2010). Az evészavarok prevalenciája a középiskolás korosztályban 10 év távlatában. *Orvosi Hetilap*, 151, 603–612.
- Szumska, I., Túry, F., & Szabó, P. (2008). Az evészavarok epidemiológiájának újabb adatai. In F. Túry & B. Pászthy (Eds.), *Evészavarok és testképzavarok* (pp. 109–120). Budapest: Pro Die.
- Szumska, I. & Dudás, K. (2008). Falászavar. In F. Túry & B. Pászthy (Eds.), *Evészavarok és testképzavarok* (pp. 41–52). Budapest: Pro Die.

- Touchette, E., Henegar, A., Godart, N. T., Pryor, L., Falissard, B., Tremblay, R. E., & Côté, S. M. (2011). Subclinical eating disorders and their comorbidity with mood and anxiety disorders in adolescent girls. *Psychiatry Research, 185*, 185–192. doi: [10.1016/j.psychres.2010.04.005](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.04.005)
- Túry, F. (2001). *Anorexia – bulimia. Az evés zavarai*. Budapest: B+V Kiadó.
- Túry, F. (2015). Evészavarok. In J. Füredi & A. Németh (Eds.), *A pszichiátria magyar kézikönyve* (pp. 326–333). Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Túry, F., & Pászthy, B. (Eds.). (2008). *Evészavarok és testképzavarok*. Budapest: Pro Die.
- Túry, F., & Szabó, P. (2000). *A táplálkozási magatartás zavarai. Az anorexia nervosa és a bulimia nervosa*. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Túry, F., & Szabó, P. (2010). Az evés zavarai. anorexia, bulimia, falási zavar. In Zs. Demetrovics & B. Kun (Eds.), *Az addiktológia alapjai IV. Viselkedési addikciók és az impulzuskontroll egyéb zavarai* (pp. 423–446). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Wade, T. D., Davidson, S., & O’Dea, J. A. (2003). A preliminary controlled evaluation of a school-based media literacy program and self-esteem program for reducing eating disorder risk factors. *International Journal of Eating Disorders, 33*(4), 371–383. doi: [10.1002/eat.10136](https://doi.org/10.1002/eat.10136)
- Wertheim, E., Koerner, J., & Paxton, S. (2001). Longitudinal predictors of restrictive eating and bulimic tendencies in three different age groups of adolescent girls. *Journal of Youth and Adolescence, 30*(1), 69–81. doi: [10.1023/a:1005224921891](https://doi.org/10.1023/a:1005224921891)
- Wilksch, S. M., Tiggemann, M., & Wade, T. D. (2006). Impact of interactive school-based media literacy lessons for reducing internalization of media ideals in young adolescent girls and boys. *International Journal of Eating Disorders, 39*(5), 385–393. doi: [10.1002/eat.20237](https://doi.org/10.1002/eat.20237)
- Yager, Z., Diedrichs, P. C., Ricciardelli, L. A., & Halliwell, E. (2013). What works in secondary schools? A systematic review of classroom-based body image programs. *Body Image, 10*(3), 271–281. doi: [10.1016/j.bodyim.2013.04.001](https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.04.001)
- Zachrisson, H. D., Vedul-Kjelsås, E., Götestam, K. G., & Mykletun A. (2008). Time trends in obesity and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 41*, 673–680. doi: [10.1002/eat.20565](https://doi.org/10.1002/eat.20565)

## ABSTRACT

### EATING DISORDERS AND SCHOOL. RISK FACTOR OR THE SITE OF PREVENTION?

Balázs Ludányi & Pál Szabó

Eating disorders are frequent disturbances with a risk of a variety of somatic complications and comorbid psychiatric disorders, that typically begin during adolescence, are difficult to manage, and may become chronic. The development, maintenance and recovery of these disorders are influenced by numerous biological, psychological and sociocultural factors. The objective of the authors is to provide a review about the phenomena of eating disorders, and to demonstrate the potential role of schools and teachers in the development and in the prevention of eating disorders through international initiatives. After describing the underlying factors of anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorders, the authors draw attention to the possible role of the school environment in the development and prevention of eating disorders. The second part of the article presents programs in international practice applied in schools for the prevention of eating disorders. The program 'Everybody's Different' includes methods for stress management, definition of self-image, practices for the enhancement of self-esteem and knowledge about social stereotypes. The program improved body satisfaction, and this effect was present during the 12-month follow-up. The program Cognitive Dissonance-based Interventions provides information about the dangers of the thinness ideal. Young people are provided help by organizing role plays aimed at questioning the thinness ideal, along with interactive exercises and workshops for personality development. Identification with the thinness ideal and body dissatisfaction, as well as the risk of the development of eating disorders decreased among students involved in the program, who reported less negative emotions. The aim of 'Media programs' and 'Theatre programs' is to enhance media literacy, using a variety of interactive exercises. These programs reduce the identification with the thinness ideal and the effect of other risk factors. The program 'Very Important Kids' tries to increase body satisfaction and to reduce unhealthy weight control behaviors, by means of drama exercises and training aimed at decreasing school teasing. The above international practices demonstrate that the school environment can counterbalance the effects of negative social and cultural messages by means of enhancing self-esteem, criticizing the ideals presented in the media, and increasing body satisfaction.

Magyar Pedagógia, 117(1). 73–93. (2017)  
DOI. 10.17670/MPed.2017.1.73

Levelezési cím / Address for correspondence.

Ludányi Balázs, Heves Megyei Pedagógiai Szakszolgálat Egri Tagintézménye, H–3300 Eger,  
Bem tábornok út 3.  
Szabó Pál, Debreceni Egyetem, Pszichológiai Intézet, H–4032 Debrecen, Egyetem tér 1.