

Felkért közlemény
(Invited paper)

Mentálhigiéné és Pszichoszomatika 18 (2017) 2, 105–124
DOI: 10.1556/0406.18.2017.005

A diéta mint krízis

LUKÁCS LIZA

Máshogy Humán Szolgáltató Bt., Balatonvilágos

(Beérkezett: 2016. június 27., elfogadva: 2017. március 13.)

Az áttekintő tanulmány a kríziselmélet alkalmazhatóságát mutatja be az elhízás területén a testsúlycsökkentés folyamata során. A diétázás alatt megjelenő visszaesési krízissel foglalkozó kutatások többsége egy-egy kiváltó eseményre fókuszál. A jelen tanulmányban bemutatott elméleti modell a diétázás teljes folyamatát kríziskeltő szituációként elemzi, amely karakterisztikus vonásokkal jellemezhető az étellel kapcsolatos ingerek kognitív információfeldolgozása szempontjából. Fontos, hogy feltárjuk azokat a változókat, amelyek a diétázás alatt a visszaesésekért felelősek, s ennek mentén hatékonyabb beavatkozást tegyünk lehetővé az elhízott személyek számára nyújtott pszichológiai tanácsadás során. A tanulmányban egy új modell kerül bemutatásra, amely a diétázás kríziskeltő elemeit vizsgálja azzal a céllal, hogy a testsúlycsökkentés folyamata során a visszaesés esélye csökkenthető legyen. A diétázás folyamatának kríziskeltő helyzetként való elemzése újszerű intervenció és prevenció lehetőségét is nyújt. Az elméleti áttekintés megállapítása szerint számos tényező, úgy, mint az irreális célsúly, a megküzdési készségek hiányosságai, korlátozó (restriktív) diétázás fokozzák a krízishelyzet kialakulásának valószínűségét, amely végül a diétázás és a testsúlycsökkentés érdekében végzett testmozgás feladásához vezet.

Kulcsszavak: elhízás, túlsúly, diéta, relapszus, krízis, krízisintervenció

1. Bevezetés

A fogyókúra álrühájába bújtatott hízókúra mára egy hatalmasra nőtt iparággá vált, amely azért tud fennmaradni, mert sikeresen használja ki az elhízottak illetve evési problémával küzdők bizonyos lelki sajátosságait. Hiába virágozik a fogyókúraüzlet, hiába nőtt meg a kínálat a diétás élelmiszerek, komplett menüsorok, fogyást hirdető szerek és módszerek piacán, a kereslet is nő: évről-évre több az elhízott ember. Sőt, a visszahízások aránya egy éven belül eléri az 50%-ot, három-öt éven belül pedig 80%-ot (Byrne Cooper & Fairburn, 2004). Ugyancsak figyelemreméltó a súlyfelesleg növekvő mértéke: egyre nagyobb számmal vannak jelen a 45–50 feletti testtömegindexszel rendelkező elhízottak (Halmy, 2016).

* Levelezési cím: dr. Lukács Liza, Máshogy Humán Szolgáltató Bt. 8171 Balatonvilágos, Hétvezér utca 12. E-mail: liza.lukacs@marshogy.hu

Az elhízás fokozott elterjedését és a túlsúllyal küzdők számának növekedését mind a populáris, mind a tudományos igényű irodalom kiemeli. Hangsúlyozzák a szövődménybetegségekben szenvedők dinamikusan növekvő arányát és a mortalitási mutatók emelkedését, fontos prevenciós faktorként említve a testmozgást és az egészséges életmódot (Ashwell, 1994; Sidó, 2003; Whitlock és mtsai, 2009). Kevesebb szó esik ugyanakkor a hétköznapiakban arról, hogy a lelki egészség, a pszichológiai jóllét nem egy lehetséges, a fogyást könnyítő szempont, hanem elengedhetetlen az életmód-váltáshoz, a változás elindításához és az egészséges testsúly megtartásához. Számos tanulmány foglalkozik az evészavarok és az elhízás hátterében álló személyiségvonásokkal, pszichés háttértényezőkkel, amely jól vezetett életmód-változtatási elvek mellett is nehezíti a testsúlycsökkentést, illetve az evési zavarokkal való sikeres megküzdést (hazai áttekintés: Joó & Kövesdi, 2008; Szumska & Dudás, 2008).

Jelen tanulmányban egy új szempontra szeretnék rávilágítani: a krízispszichológia és a túlsúllyal járó evési zavarok pszichológiai hátterének olyan metszéspontjait mutatom be, amelyek hasznosak lehetnek mind a fogyókúra kudarcáért felelős folyamatok megértésében, mind a diéta feladásának – és ezen keresztül a visszahízás – elkerülésében.

További célom a krízisintervenció lehetőségeinek felvázolása a testsúlycsökkentés során, hangsúlyozva a krízisekre fokozottan hajlamos személyek és a diétázók pszichés jellemvonásainak hasonlóságait.

2. Krízis és súlyproblémák

Már évtizedekkel ezelőtt felfigyeltek a krízisállapot kialakulásának lehetőségére a testsúlycsökkentés során (Grilo, Shiffman, & Wing, 1989). A témában végzett első kutatások a súlyredukciós diéta alatt bekövetkező relapszusokat írták le a krízisek jellemzőivel és a kiváltó okokat keresték. Arra a következtetésre jutottak, hogy a maladaptív megküzdési stratégiák megalapozzák a visszaeséssel – diéta feladása, túlevés, visszahízás – járó krízisállapotot (Carels és mtsai, 2004; Grilo, Shiffman, & Wing, 1993). Ezek a tanulmányok a kognitív-viselkedésterápia hatékonyságát emelik ki a „visszaesési krízis” elkerülésében, anélkül, hogy felvetnék a krízisintervenció lehetőségét. Egy-egy krízispontra (pl. csábító étel látványa, diétás szabály áthágása, alacsony arousalszint, munkahelyi feszültség, családi ünnepség) és az azt közvetlenül megelőző helyzetek azonosítására fókuszálnak, a megoldást pedig a megküzdési stratégiák fejlesztésében és mozgósításában látják. A problémamegoldó repertoár és az érzelmi fókuszú megküzdés hiányosságait keresik, valamint azok helyzetspecifikus fejlesztésére tesznek

ajánlásokat a testsúlycsökkentő programok hatékonyságának növelése érdekében (Carels, Douglass, Cacciapaglia, & O'Brien, 2001; Drapkin, Wing, & Shiffman, 1995).

A fenti vizsgálatok azonban nem elemzik mélyebben a krízisállapotot megelőző folyamatot a kríziselmélet alapján, nem vizsgálják rá a krízis és a testsúlycsökkentés klasszikus jellemzőinek párhuzamaira, valamint a krízisállapotra való fogékonyság személyen belüli tényezőit sem veszik figyelembe a visszaesési krízis kialakulásában. Ezért jelen tanulmányban amellett fogok érvelni, hogy:

- a minőség és a mennyiség tekintetében radikális ételmegvonással járó diéták és a krízisállapot kialakulásának folyamata között hasonlóságok figyelhetők meg;

- a krízisállapotra különösen fogékony személyek és a súlyfelesleggel járó evési zavarban szenvedők pszichés jellemzői figyelemreméltó átfedéseket mutatnak;

- a fentiekből következően a krízisintervenció alkalmazása a testsúlycsökkentő programok során hatékony lehet a visszaesések elkerülésében.

Érvelésem alapját egyrészt a krízispszichológia és a diétázó szituációkban végzett vizsgálatok szakirodalmi áttekintése, másrészt az evési és túlsúly problémával küzdőkkel folytatott pszichológiai tanácsadás során szerzett gyakorlati tapasztalataim adják.

3. A krízisek és a testsúlycsökkentő diéták szituációs jellemzői

A krízis olyan lélektanilag kritikus állapot, amelyben a veszély nem elkerülhető, a kiváltó helyzet a személy számára kitüntetett fontosságú, minden figyelme, erőfeszítése erre irányul, miközben a szokásos problémamegoldó eszközei elégtelennek bizonyulnak (Caplan, 1964).

A fogyókúra (vagy a már szinonimaként használt, divatosabb fogalom: az életmódváltás) lehet egy megküzdési stratégia egy krízishelyzetre, ugyanakkor önmagában a diétázás folyamata is értelmezhető krízisszituációként. Továbbá, a testsúlycsökkentés ideje alatt is kialakulhatnak olyan – az előfordulási gyakoriság miatt – tipikusnak nevezhető krízisállapotok, amikor a legtöbb fogyókúrázó feladja a diétát és visszahízik. E krízisállapotok azonosítása már régóta foglalkoztatja az elhízással foglalkozó szakembereket (Grilo és mtsai, 1989, 1993).

A diéta felborítja a dolgok korábbi rendjét, célja egy új egyensúly keresése, amelyhez hozzátartozik az alacsonyabb testtömeg. Ebből adódóan a diétázás folyamata olyan jellemzőkkel bír, amelyek hasonlóságot mutatnak a

krízishelyzetek klasszikus jegyeivel: próbára teszi a személy alkalmazkodóképességét, a régi adaptív megküzdési készlet elégtelen az új helyzetben, az esemény érzelmileg sokszor hangsúlyos, kitüntetett jelentőséggel bír, megtalálhatók benne a kudarc, a veszteség elemei, félelemérzést és tehetetlenséget provokál, valamint fokozza a beszűkülést (viselkedésben, gondolkodásban egyaránt) (Hajduska, 2008). A testsúlycsökkentési törekvésekre ezek több szempontból is jellemzőek. Egyrészt a szövődménybetegségektől való félelem, a mobilitás, az egészség, a szexuális vonzerő elvesztése, a társadalmi stigmatizáció, a családtagok esetleges negatív megjegyzései jelentős nyomásként nehezednek a diétázóra, másfelől pedig az önmagára, mint elhízott avagy (ha már többszöri nekifutásról van szó) tartósan lefogyni képtelen („akarategyenge”) személyre irányuló negatív önpercepciók miatt válik a diétázó szituáció és annak teljes időtartama emocionálisan hangsúlyossá.

A krízis tehát egy korábbi viszonylagos egyensúly felbomlását is jelenti. Krónikus túlsúly esetén azt tapasztaljuk, hogy az egyén hiába utasítja el a súlytöbblettel összefüggésbe hozható evési magatartását, életmódját, mégis egyfajta egyensúlyban van a kóros állapottal. Gyakran az egyensúly része a család, illetve a tágabb szociális környezet is (Túry, 2005). A diéta megváltoztatja a korábban kialakult rendet, szembemegy a korábbi szokásokkal. Nagyon sok fogyni vágyóra jellemző, hogy amikor fogyókúrázni kezd, egyszerre akar mindent megváltoztatni: mást eszik, máskor, eltérő mennyiségben, a testmozgást napi rendszerességgel tűzi ki célul, holott korábban ritkán sportolt. Tehát a dolgok addigi menete gyökeresen megváltozik, ráadásul egyik napról a másikra. A kríziskeltő szituációk jellemzőinek ismeretében látható, hogy ez a fajta hozzáállás már eleve sérülékennyé teszi a személyt a krízisre. A hirtelen egyensúlyvesztés hatására a személy könnyen beszűkültté, sérülékennyé, ingerültté, talajvesztetté válik (Hajduska, 2008).

A kiszolgáltatottság, az akadályoztatás érzése, a szorongás, a biztonságérzet elvesztése ugyancsak közös vonás a diétákban és a kríziskeltő szituációkban. A súlyredukciót célzó diéta gyakran stresszel jár, s konfliktushelyzetekkel teli. Nem ehet azt, akkor és olyan mennyiségben, ahogyan korábban megszokta, bizonyos ételek (pl. cukor, liszt) teljes elkerülése a legtöbb „divatdiéta” alappillérei közé tartozik. Másrészt az elhízott emberek között gyakori jelenség az ún. emocionális evés, amikor az átélt negatív érzelmi állapotokra evéssel reagálnak (Geliebter & Aversa, 2003), de ugyancsak konkrét megerősítést találtak a szakirodalomban a negatív affektivitás valamint a súlycsökkentési kudarc közötti oksági kapcsolatra (Grilo és mtsai, 1989). Egyes vizsgálatok szerint a zavart táplálkozási viselkedést mutató személyek a nehéz élethelyzetekkel való megküzdés során az egészségesekkel ellentétben gyakrabban alkalmazzák az emóciófókuszú megküzdési stratégiákat (pl. evés) és a helyzetelkerülést (Garcia-grau, Fusté, Miró, Saldaña, &

Bados, 2002). Testsúlycsökkentő diéta során az evés, mint érzelmközpontú megküzdés – értelemszerűen – nem alkalmazható, ez viszont fokozza a személy belső feszültségét. Az evés, mint érzelmszabályozás egy maladaptív megküzdési stratégia, amely a túlsúllyal küzdőknél akadályozza a sikeres és tartós testsúlycsökkentést (Blair, Lewis, & Both, 1990). Ugyanakkor új stresszcsökkentő készségek, konfliktusmegoldási technikák még nem állnak rendelkezésére. Ez már eleve alapot teremt a krízishelyzet kialakulásának. Czeglédi (2016) a distressz érzés által indukált emocionális evés elkerülésének az elhízás területén is sikerrel alkalmazható módszereit mutatja be, úgy, mint figyelemelterelés, viselkedéses helyettesítés, nemet mondás, vagy a kognitív újrastrukturálás. Ezek elsajátítható készségek és mivel oldják a beszűkült állapotot, ezért csökkenthetik a krízisállapot kialakulásának valószínűségét. Figyelemmel kell lennünk arra is, hogy a társadalmi előítéletek miatt az elhízott személyek vélhetően több pszichológiai distresszt élnek át, mint az átlagos súlyúak.

Tovább növeli az egyén feszültségét az is, ha a családtagok, a kezelőorvos, vagy akár a fitnessedző rosszálló megjegyzést tesznek a külsejére, a kitartására, az egészségmagatartására. Ez sajnos meglehetősen gyakori jelenség. A jelentős ételmegvonással járó fogyókúrák esetében az éhség következtében fellépő fizikai distressz állapotok (fejfájás, remegés, szédülés), valamint az ingerültség, az evés körül forgó gondolatok szintén stressz-keltők.

A krízisek vonatkozásában kiemelik a váratlanságot (Caplan, 1964), amelynek kapcsán felvetődik, hogy ha egy helyzet – például a fenti jellemzőkből adódóan – könnyen provokál krízist, akkor az előzetes tájékoztatás, a figyelemfelhívás egy olyan prevenció pont, amely a váratlanság megszüntetése miatt esetleg elkerülhetővé teszi, hogy a krízisállapot a diétázás során valóban fellépjen.

4. A kognitív információfeldolgozás beszűkülést fokozó jellegzetességei a diétázó szituációkban

Az aktuálisan diétázó személyeknél általánosan megfigyelhető jelenség, hogy mindennapi gondolkodásukban kiemelkedő helyet kap az evéssel, az ételekkel való foglalkozás. Hickford, Ward és Bulik (1997) vizsgálatának központi kérdése az volt, hogy van-e különbség a korlátozó és nem korlátozó evési szokásokkal bíró személyek között a hétköznapi gondolkodást illetően az evéssel kapcsolatos kogníciók minőségi vagy mennyiségi természetének tekintetében diétázó és nem diétázó feltételek mellett. Tapasztalatuk az volt, hogy az étel megvonása (diétázó szituáció) megemelte az étellel kapcsolatos gondolatok arányát a mindennapi gondolkodásban mind a kor-

látozó, mind a nem korlátozó evési szokásokkal rendelkező személyeknél. Emellett figyelemre méltó összefüggést találtak az önértékeléssel, a szelffel kapcsolatos minősítésükben is: a diétázó feltétel mellett mindkét csoport negatívabban értékelte önmagát. További érdeklődésre tarthat számot az a megfigyelés, miszerint a normális (nem korlátozó) evési szokásokkal bíró személyeknél ez a tendencia a diéta időtartamára korlátozódott, míg a másik csoport esetében az ételmegvonás után is fennmaradt, sőt még negatívabbá váltak a szelfre irányuló kogníciók. Összességében megállapították, hogy a két csoport között nem volt különbség az evéssel, étellel kapcsolatos gondolatok gyakoriságát illetően, ugyanakkor azok természetét/minőségét tekintve igen: a korlátozó evési szokásokkal rendelkezők magasabbra értékelték az ételt azoknál, akik nem korlátozó attitűddel rendelkeztek az evéssel, étellel kapcsolatban. Erre az eredményre magyarázatul szolgálhat Herman és Polivy (1984) – az evolúciós szemlélet keretén belüli – értelmezése, mely szerint az étel megvonása növeli az élőlény motivációját az élelmentkeresésre.

Az evészavaros személyek kognitív információfeldolgozási jellegzetességeit leíró tanulmányok szerint (áttekintés: Lukács & Túry, 2003) a gondolkodás, az emlékezet, az észlelés, a döntéshozatal, a figyelem, a képzelet folyamataiban kiemelt szerephez jut az ételekkel, evéssel, testsúllyal való foglalkozás – az egészséges személyekkel való összehasonlításban. Ez a torzítás *a kövérségtől való félelem* hátterén jelenik meg, tehát nem specifikus az evészavarban szenvedőkre. A krónikusan diétázók kövérségtől való félelme ugyancsak számottevő lehet.

A kognitív információfeldolgozás folyamataiban megjelenő étel-, evés-, és testsúly-dominancia elősegítheti a beszűkülést, az egyszempontú következtetések lefutását, s a szorongáson keresztül növelheti a krízisállapot kialakulásának valószínűségét.

Különösen érdekesek a beszűkültség krízisállapotot generáló, majd túl-évéshez vezető szerepe szempontjából azok a vizsgálatok, amelyek az ételekkel való előterhelés hatásait elemzik aktuálisan diétázó és nem diétázó, túlsúlyos és normális testsúlyú személyeknél (áttekintés: Czeglédi, 2012). Egyes eredmények szerint a tiltott étel nagyon kis mennyiségben történő elfogyasztása is megtörheti a diétát és evési gátolatlansághoz vezet (Herman & Polivy, 2004). Néhány vizsgálatban azt találták (Fedoroff, Polivy, & Herman, 1997; Ruderman, Belzer, & Halperin, 1985), hogy tényleges előterhelés hiányában, annak pusztán előfeszítése is túlévést eredményezett a nap folyamán. Ha a diétázók ízletes ételek illatával, látványával találkozhatnak, esetleg csak gondolkodnak ezekre az ételekre, akkor nagyobb valószínűséggel esznek többet, amikor később hozzáférhetővé válnak a számukra ezek az ételek (Rogers & Hill, 1989). Herman és Polivy (2004) szerint ezekben az esetekben a csábító étel által indukált fizikai sóvárgás miatt az önszabályozás kudar-

cot vall. A kríziselmélet alapján viszont érdemes elgondolkodni azon, hogy az előterhelés vagy az előfeszítés miatt az ételekkel kapcsolatos ingerek fokozzák az egyén beszűkülését, s a túlevés lehet ennek következménye is.

5. A krízisállapotra fokozottan hajlamos személyek jellemzői

A krízis bekövetkezését nagymértékben befolyásolja a személy megküzdési készsége, konfliktuskezelő technikáinak minősége, a kontextuális elemek, a személy szocializációs folyamatának és mentális kontrollfunkcióinak sajátosságai, a személyiség érettsége és harmonikussága, a személy aktuális pszichés és szomatikus állapota, valamint az, hogy egy éven belül voltak-e krízishelyzetek az életében (Hajduska, 2008).

A veszélyeztetett személyeknél kevésbé erős kiváltó inger is provokálhat krízist. Különösen igaz ez nagyobb *acting out* hajlamnál, sajátos megküzdési technikák esetén, gyengébb színvonalú énvédő mechanizmusok, halmozódó kudarcélmények miatt. Ide tartoznak az impulzuskontroll-zavarral küzdők, mint például a szenvedélybetegek (alkohol, drog, toxikománia, bulimia nervosa, játék- és egyéb szenvedélyek) és a gyenge mentális fékrendszerrel rendelkezők, akiket alacsony frusztrációtűrés, agresszivitás és autoagresszivitás, önértékelési problémák és fokozott szenzitivitás jellemeznek. Ugyancsak kiemelten veszélyeztetettek a pszichés tünetekkel rendelkezők, különösen a depresszióban, a szorongásos zavarokban szenvedők és az identitásproblémákkal küzdők (Hajduska, 2008). Ha ezeket a jellemzőket összevetjük az evészavarok kialakulására hajlamosító pszichés jellemvonásokkal, akkor jelen téma szempontjából figyelemreméltó átfedéseket találunk.

A túlsúllyal való küzdelem során a halmozódó kudarcélmények miatt is kialakulhat krízis, különösen akkor, ha azok a testi, lelki ellenállást gyengítik. A sorozatos visszahízások, a diéta ismételt feladása a súlyfelesleggel küzdők önértékelését negatívan befolyásolják (Karlsson és mtsai, 1994), emellett az egyoldalú diéták a testi erőnlétet is csökkenthetik.

Az evészavaros betegek között a bulimiások impulzivitását kiemelkedően találták (Claes, Vandereycken, & Vertommen, 2002). Rájuk is jellemző a folyamatos diétázás, az ételmegvonás időszakait falásrohamok szakítják meg (Túry & Szabó, 2000). A gyenge mentális fékek, az akadályoztatás elviselésének nehézsége, valamint a beszűkülés gyors lefutása különösen kiszolgáltatottá teszik őket az indulataiknak. Az evészavaros emberek ilyen helyzetekre gyakran túlevéssel reagálnak. Cassin és von Ranson (2005) az impulzivitást típusosnak találták a falászavarban (binge eating disorder, BED) is.

Lényegesen könnyebben dekompenzálódnak egy-egy konfliktushelyzetben azok, akik önértékelési problémákkal küzdenek és túlérzékenyek (Hajduska, 2008). Az 1990-es évek óta ismert, hogy az evészavarok háttérben törékeny, bizonytalan énkép és krónikusan rossz önértékelés húzódik meg (Vervaet, van Heeringen & Audenaert, 2004; Westen & Harnden-Fischer, 2001). A betegek jelentős része számol be arról, hogy tehetetlennek, értéktelennek érzi magát, és hogy nem tudja kontrollálni a saját életét (Tölgyes, 2007). Pratt, Telch, Labouvie, Wilson és Agras (2001) azt találták, hogy az önmagára irányuló és a szociálisan előírt perfekcionizmus nemcsak az anorexiával és a bulimiával áll kapcsolatban, hanem a falászavarral is. A tökéletességre törekvés egyszempontúsága pedig könnyen elvezethet a gondolkodás és az ítéletképesség beszűküléséhez is.

Az evészavarokra jellemző, alapvető pszichopatológiai kép jelen van a falászavarban is. Az alacsony önértékelés, a depresszív szindrómák és a komorbid pszichiátriai zavarok gyakoribbak azon elhízottaknál, akik falászavarban is szenvednek (Wilfley, Wilson, & Agras, 2003). Specker, de Zwaan, Raymond & Mitchell (1994) vizsgálata alapján a major depresszió élettartam prevalenciája BED-elhízottak esetén 47%, míg a nem falászavaros elhízottaknál 26% volt.

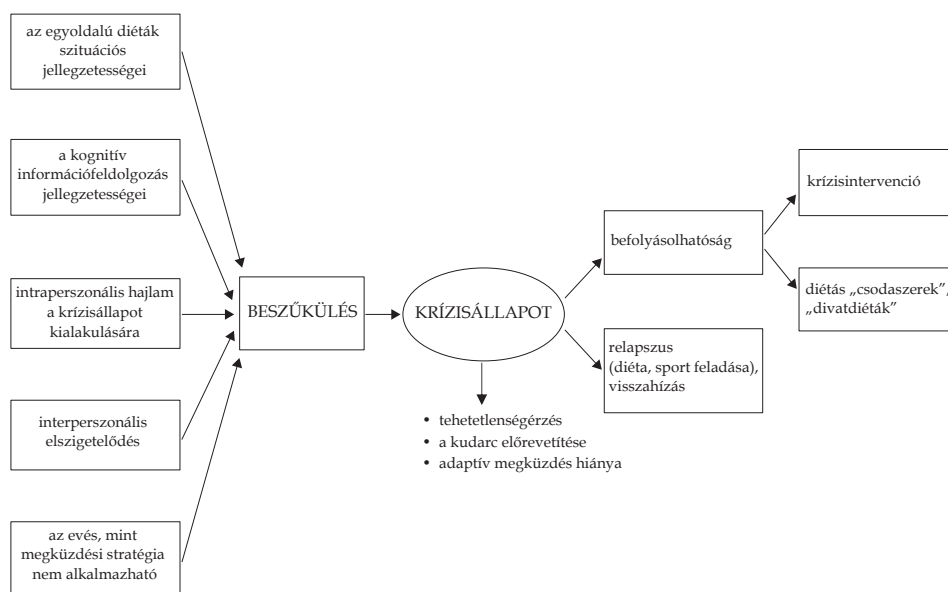
Bár a kutatások alapján nem kapcsolható specifikus pszichiátriai kórkép az elhízáshoz, a súlycsökkentő kezelésben részt vevő elhízottaknál jelentős pszichiátriai morbiditást találtak. Gyakori a táplálkozási magatartás zavara, különösen a falászavar, valamint a testképzavar (Matos és mtsai, 2002). A BED prevalenciája 20–30% körüli (Wadden & Phelan, 2002), a túlsúly pedig a falászavarban szenvedő betegek 50%-ánál van jelen (Szumska & Dudás, 2008). A depresszív és szorongásos tünetek 30-50%-ban figyelhetők meg az elhízott személyeknél (Matos és mtsai, 2002).

Összegezve megállapíthatjuk, hogy az evészavaros és az elhízott személyek több hajlamosító tényezővel is bírnak a krízisállapotra való fogékony-ság szempontjából. Mindkettő olyan populációt jelent, amelyben feltehetően magas a diétázók aránya (Heatherton & Polivy, 1992; Polivy & Herman, 2002).

6. Interperszonális tényezők változása a diétázás során

A testsúlycsökkentés mellett elköteleződő személyek gyakran internetes fórumokon, közösségi hálón szerveződött csoportokhoz csatlakoznak, ahol aktuálisan fogyókúrázókkal cserélnek tapasztalatot. Vannak, akik főzéssel, fogyókúrával kapcsolatos blogot kezdenek el írni vagy napi rendszerességgel követni, mások receptek olvasásával próbálják meg csillapítani az étvá-

gyukat vagy egyes, tiltott ételek iránti sóvárgásukat. Az evés és a fogyókúra iránti érdeklődést a diétázó feltétel mellett fokozzák a kognitív információfeldolgozás fent bemutatott jellegzetességei. Chatek, fórumok sokasága várja mindazokat, akik a fogyásról, bevált vagy kipróbált módszerekről, mások tapasztalatairól szeretnének beszélgetni vagy csak olvasni. Emiatt viszont a régi kapcsolataik gyakran háttérbe szorulnak. Sokszor a külső megjelenés miatt érzett szégyen is oda vezet, hogy a súlyfelesleggel küzdők nem keresnek fel olyan társaságokat, ahol korábban még alacsonyabb testsúllyal mutatkoztak. A diétázó személy jellemzően kiszorul vagy kizárja önmagát a korábbi közös étkezésekből a családban: vagy azért, hogy ne kerüljön a diétás tippek és tanácsok célkeresztjébe, vagy azért mert más és máskor ehett az előírt étrendje alapján és kísértést jelentene számára, ha a nem fogyókúrázó családtagjaival vagy barátaival étkezne. A személyközi kapcsolatainak a megváltozása fokozza az elszigetelődést, egysíkú társas ingerekkel találkozódik, s ez hozzájárul a beszűküléshez, majd a krízisállapot kialakulásához. Ennek elkerülése érdekében inkább arra érdemes bátorítanunk a diétázó személyeket, hogy olyan társas programokat szervezzenek, olyan kapcsolatokat tartsanak fent, amelyek sokszínűek, újszerűek, s nem korlátozódnak az evéssel, testsúlycsökkentéssel kapcsolatos témákra. A fentiek összefoglalásaként a diétázás krízismodelljét egy folyamatábrán vázolom fel (1. ábra).



1. ábra. A diétázás krízismodellje

7. A Krízisállapot kialakulását elősegítő tényezők a testsúlycsökkentő diétában

A fentiekből látható, hogy a testsúlycsökkentés folyamata már önmagában egy kríziskeltő szituáció. Ugyanakkor külön felfigyelhetünk olyan tipikus krízispontokra, amelyek során különösen nagy a túlevésnek és a diéta feladásának a valószínűsége. Esettanulmányokra alapozva az alábbiakra érdemes kitüntetett figyelmet fordítanunk.

7.1. A személy motivációja, a testsúlycsökkentés háttérében álló elhatározás miéértje

Elhízás esetén a diéta egyik gyakori oka az egészségügyi szempont – a szövődésménybetegségek elkerülése, a mortalitás kockázatának csökkentése. Ezt hangsúlyozzák azok is, akikkel az egészségügyi ellátórendszerben találkozunk a páciens, a háziorvostól kezdve a kardiológuson át a diabetológusig. Az egészségügyi szempont kiemelése a diétát érzelmileg is hangsúlyossá teszi, sokszor a közvetlen családtagok miatt, valamint azt erősíti az elhízott személyben, hogy le „kell” fogynia, vagyis a testsúlycsökkentés *elkerülhetetlen*, s a tétje igen nagy, mások jóllétéhez is köthető. Emiatt a fogyókúrában könnyen megjelenhetnek a krízishelyzetek fent említett tipikus szituációs jegyei. Gyakoriak a szezonális diéták (pl. bikiniszezon), valamint egy jelentősebb életeseményre (pl. házasságkötés) való testsúlycsökkentés, mint cél. Ezek ugyancsak kitüntetett jelentőséggel ruházzák fel és érzelmileg különösen hangsúlyossá teszik a fogyás folyamatát, ami szintén megágyazhat a krízisállapot kialakulásának, főként akkor, ha egyéb, krízisre hajlamosító kontextuális, valamint személyen belüli tényezők is adottak.

7.2. A testsúlycsökkenés megtorpanása

A diéta első napjaiban, heteiben a személy elszántsága átsegíti őt a kezdeti nehézségeken. Amennyiben a súlya fokozatosan csökken az megerősítést jelent számára, és úgy érzi, hogy képes kontrollt gyakorolni a testsúlya felett. Ha azonban túlzott lelkesedéssel, a hosszútávú kapacitását figyelmen kívül hagyva veti bele magát egy újfajta és a korábitól gyökeresen eltérő életmódba, hamarosan a kimerülés jeleivel találkozik. Könnyen elképzelhető, hogy a testsúlya nem az általa elvárt ütemben csökken, erőfeszítéseit hiábavalónak érzi, s közben esetleg olyan élethelyzetekkel találkozik, amelyek megküzdési stratégiáinak mozgósítását igénylik. Az evést, mint maladaptív érzelmi megküzdést viszont nem alkalmazhatja büntudat meg-

jelenése nélkül. Az alacsony frusztrációtűrési képessége miatt feszültséggel reagál a súlycsökkenés stagnálására, s végül kialakul a tehetetlenség érzése. Egyre többet gondol a korábbi kudarcokra és hogy „úgysem fog lefogyni”. Ha nem segítjük a többszemponútú gondolkodást, s nem oldjuk a beszűkülést, a személy ezen a ponton feladja a diétát, s visszahízik.

7.3. A diétás szabályok áthágása

Herman és Polivy (2004) azt találták, hogy a tiltott ételnek már egy nagyon kis mennyisége is megtörheti a diétát és evési gátolatlanáshoz vezethet. Ez összefügghet a mágikus gondolkodással – amit jellegzetes kognitív disztorzióként azonosítottak az evészavarokban (Garner & Bemis, 1982) –, amely szerint egyes ételek fogyasztása a testsúlycsökkentés alatt bármely mennyiségben teljességgel elfogadhatatlan és azok mellett a fogyás lehetetlen.

Tipikusnak mondható krízispont a *diéta megszegése*. A legtöbb fogyókúrázó tiltólistákat fogalmaz meg önmaga számára, s ezen nagyon gyakran szerepelnek azok az ételek (főleg szénhidrátok), amelyeket korábban gyakran és nagy mennyiségben fogyasztott. Elég egy rámenősebb kínálás, egy konfliktushelyzet, egy negatív megjegyzés a testalkatára vagy a súlyára vonatkozóan és könnyen előfordul, hogy az addig akkurátusan betartott diétát – ha csak pár falat erejéig is, de – megszegi. Evészavarokban jellegzetes kognitív torzításként azonosították a fekete-fehér gondolkodást is („minden vagy semmi” okfejtés) (Garner & Bemis, 1982). A „most már úgyis mind egy” egy nagyon kétélű következtetés: egyrészt kudarcérzéssel jár, másrészt sok diétázó arról számol be, hogy felszabadító is egyben, mert a régóta halmozódó feszültség az utána következő túlevéssel csökken. Sokszor egy ilyen visszaesés napokig tartó faláshoz vezet, s az addig elveszített túlsúly továbbiakkal gyarapodva tér vissza. A tiltólistákat magában foglaló testsúlycsökkentő módszerek fokozzák az egyén beszűkülését és próbára teszik az alacsony frusztrációtűrését. A megnövekedett belső feszültségével nehezen küzd meg, s amennyiben megszegi a diétát, a kudarc elővételezésével fokozódik a tehetetlenségérzése. Ez a folyamat pedig hozzájárulhat a krízisállapot kialakulásához.

8. Intervenció diétás krízis esetén

A krízisben lévő személy kifejezetten fogékony a beavatkozásra, mivel figyelme, asszociációi, indulatai mind a provokáló eseményre (pl. a folyamatos sóvárgásra, a diéta megszegésére, a súlycsökkenés megtorpanására) fókuszálnak. Ezzel együtt erős a motivációja arra is, hogy segítséget kapjon:

beszélhessen a gondolatairól, fantáziáiról, érzéseiről, félelmeiről, mielőbbi megnyugvást keres (Hajduska, 2008). Ez tehát egy felfokozott lelkiállapot, amelyben lehetőség nyílik a prevencióra és a destruktív vagy diszfunkcionális viselkedés (túlevés, önostorozás) korrekciójára is, főként a konfliktusmegoldó technikákat illetően (például az érzelmi evés helyettesítése más adaptív érzelemfókuszú vagy akár problémafókuszú megküzdéssel).

A krízisintervenció keretei a pszichológiai tanácsadásra jellemzőek. Első lépése a raport kialakítása, de ebben a lelkiállapotban egy empatikus, figyelmes attitűddel ez könnyen megy, ugyanis a krízisben lévő személy ellenállása alacsony szintű (Hajduska, 2008). Túlevéssel járó zavarokban ugyanakkor a szégyenérzet akadályozhatja a segítségnyújtás elfogadását, különösen akkor, ha már a sokadik visszaesésről van szó és olyan támasznyújtóról, akinek a megfelelés fontos. Ezért szerencsésebb, ha a „testsúlycsökkentési krízis” esetén a krízisintervenció feladatokat nem egy ismerős, hanem egy független személy végzi.

A kiváltó események és az előzmények feltérképezése, a személyiségjellemzők letapogatása, valamint a helyzet oldására irányuló törekvések párhuzamosan zajlanak (Hajduska, 2008). A legfontosabb feladat a beszűkült tudatállapot óvatos tágítása, amely történhet a krízist megelőző helyzet részletes elbeszélésével, kitérve azon kontextuális jellemzőkre, amelyek hozzájárulhattak a kritikus állapot kialakulásához (pl. hibásan összeállított étrendi korlátozások, a túlsúlyosságot negatívan minősítő megjegyzések), de azokra is, amelyekkel korábban sikeresen küzdött meg a személy (pl. figyelemelterelés alkalmazása evés helyett, az étel tukmálásának visszautasítása). Nem minden életterületet érint egy-egy krízis, az egyénnek lehetnek jól működő emberi kapcsolatai (pl. családtagjai, barátai), akik szeretik, akikre számíthat. Lehet jó munkája, izgalmas feladatai, sikerei. Ezek felelevenítésével a többszemponútú gondolkodás felé terelhetjük a személyt, s ezáltal oldjuk a beszűkült állapotot. Az elhízottak között is nagyon sok sikeres emberrel találkozunk, akik a foglalkozásuk területén magabiztosak, vezető pozíciót töltenek be, a túlsúllyal való küzdelem során pedig éppen ellenkezőleg: gyengének, tehetetlennek, kiszolgáltatottnak érzik magukat. Amikor krízisállapot alakul ki a testsúlycsökkentés során, akkor ebben a kettősségben az utóbbira terelődik a figyelmük, s ez válik önértékelésük horgonypontjává, amely tovább fokozza a beszűkülést és regresszióhoz vezethet. Elősegíti ennek a téves következtetésnek a megjelenését az az egyre inkább terjedő hibás szemlélet, miszerint a tartós súlyfelesleg és a túlevés kizárólag a kitartás hiányának számlájára írható.

Az eredményes konfliktusmegoldásokra való emlékezés segítése során egyrészt képet kaphatunk a személy megküzdési stratégiáiról, másrészt az énhatékonyság-érzése, illetve önbizalma is erősödhet. Az én-erősítő visszajelzések a krízisintervenciót nyújtó személy részéről nagyon fontosak, minden előremutató, kreatív helyzetmegoldásra való törekvést érdemes meg-

erősíteni (Hajduska, 2008). Ugyancsak hatásos, ha a személyt emlékeztetjük arra, hogy a diétázás folyamata egy kríziskeltő szituáció, vagyis nem feltétlenül önmagában kell keresnie a hibát, ha megszegte a diétát vagy alábbhagyott a lelkesedése és kezdenek kimerülni a pszichés erőforrásai.

A krízisintervencióval a relapszus sok esetben megelőzhető. A regresszív folyamat első lépése többnyire a túlevés, amely elindítja a diéta és a sport feladását, illetve ezáltal a visszahízást, és közvetetten tovább gyengíti a személy önértékelését, fokozza a tehetetlenségérzését. Ez elősegíti a beszűkülést, s megalapozhatja a következő testsúlycsökkentő törekvés kudarcát is. Az evés, a túlevés, mint érzelmi válasz fokozza a büntudatot, amely tovább mélyíti a krízist, növeli a destruktív viselkedésmódok megjelenésének valószínűségét.

Prevenációs és intervenciós lehetőség a testsúlycsökkentő diéta körülmintő megválasztása: minden olyan fogyókúra étrend kerülendő, amely beszűkíti az íz- és szagigereket, amely egyoldalú, nagyon eltér a személy korábbi étkezésétől, s emiatt fokozott ingermegvonással jár.

A krízis egy feszültségteljes, emocionálisan instabil állapot, amely öndestruktív is lehet, agresszív, autoagresszív tendenciák jelennek meg. Túlevéssel járó zavarokban a „rosszullétig zabálás”, az önostorozás és a büntudat fordulnak elő leggyakrabban, de olykor öngyilkossági gondolatokkal is találkozunk a krízisintervenció során.

Az evészavarral vagy elhízással küzdők családtagjai sokszor bizonytalanok abban, hogyan nyújthatnak valódi, használható segítséget. Előfordul, hogy a diétázó személyt épp a beszűkülés felé terelik azzal, hogy még erősebb küzdelemre, kitartásra buzdítják („főzök neked diétás ételt, találjuk ki együtt mit fogsz enni”), esetleg a visszahízás vagy visszaesés negatív következményeit ecsetelik („nem fogsz lefogyni az esküvődre és egész életedben bánhatod”), vagy a személy büntudatérzését kezdik el fokozni („legalább a gyerekeidre gondoldj, ha magadra már nem vagy tekintettel”). A jelenlévő potenciális támasznyújtónak a nagyfeszültségű, érzelmileg, indulatilag labilis, beszűkült és destruktív állapot oldásában kell segítenie (Bakó, 1996).

Azok a diéták, amelyek az egyoldalúságot erősítik az étkezésben, amelyek csak néhány vagy a fogyókúrázó személy számára idegen összetevőkből, ízekből állnak (pl. káposztaleves kúra, tojásdiéta, egyes fehérjedieták, diétás porok) az „ingeréhség” miatt hozzájárulhatnak a beszűkült állapot kialakulásához és fennmaradásához (Lukács, 2015). Sok fogyókúrázó nem eszik együtt a családdal, egyrészt azért, mert mást és máskor eszik, másrészt ezáltal csökkenti annak a valószínűségét, hogy olyan ételt fogyasszon, amely nem illeszkedik a testsúlycsökkentő diétájához. Ugyanakkor az sem ritka, hogy egyes családtagok megjegyzéseit, tanácsait igyekeznek elkerülni azzal, hogy külön esznek. A következmény – a magányos étkezés – viszont egy újabb tényező lehet, amely beszűküléshez vezet.

9. Az online tanácsadás és a krízisintervenció lehetőségei a testsúlycsökkentés során

A krízisintervenciók lehetőségei szempontjából különös figyelmet érdemelnek az obezitológiai szakrendelések testsúlycsökkentő programjain résztvevő személyek. Fontos hangsúlyozni, hogy a személy a fogyásra és az alacsonyabb testsúllyal való életvitelre egy tágabb nézőpontból tekintsen, mintsem elmerüljön a számok világában: mikorra fog lefogni, milyen méretű ruhákat fog viselni és mennyit fog enni, sportolni.

A kórházi körülmények között kontrollált, alacsony kalóriatartalmú diétát előíró testsúlycsökkentő programokban résztvevők közül többen számolnak be arról, hogy a hospitalizált környezetben a legtöbb gondolatuk akörül forog, hogy mit és mennyit fognak majd enni, amikor véget ér a kezelés. Ez részben az ételmegvonás hatása, részben pedig az ingerszegény környezet által okozott beszűkülés következménye lehet. Az ételeken való fantáziálás viszont eleve fokozza az evési gátolatlanságot (Fedoroff és mtsai, 1997; Ruderman és mtsai, 1985).

Krízisintervenciónak nevezzük a krízisállapot oldására irányuló célzott törekvéseket, amelyek segítik az egyént a rendezett lelkiállapot mihamarabbi elérésében. A krízisintervenció sürgősségi beavatkozás, így nem célja sem a készségfejlesztés, sem a mélyebb dinamikai összefüggések elemzése, ezek a pszichológiai tanácsadás és a pszichoterápia hatókörébe tartoznak (Hajduska, 2008). A krízishelyzetben elsősorban a beszűkülés oldására kell figyelmet fordítani, amelyben segítséget nyújthat egy családtag, egy barát, egy személyi edző, egy dietetikus, egy háziorvos vagy más fogyást kísérő szakember. Hasznos lenne egy online felület vagy telefonos segélyvonal, amelyet a diétázók igénybe vehetnek az életmódváltás ideje alatt.

Az online média térhódításával – elsősorban az egészségügyi ellátások költséghatékonyságának növelése érdekében – megjelentek olyan alkalmazások, amelyek prevenciós és intervenciós lehetőséget nyújtanak egyes krónikus betegségek, közöttük az elhízás illetve az ahhoz kapcsolódó szövődémenybetegségek (pl. magas vérnyomás) korai felismerésében, kezelésében (Park, Kim, & Kim, 2009). Felmerül, hogy az azonnali beavatkozás szükségessége és lehetősége miatt ezek az alkalmazások krízisintervenciós célokra is felhasználhatók.

A csökkentett kalória- és szénhidrátbevitel, valamint a fizikai aktivitás támogatására többféle mobiltelefonon és interneten keresztül használható intervenciós programot dolgoztak ki (áttekintés: Stephens & Allen, 2013). Ezek azonban közvetlenül nem a krízisintervenció lehetőségét teremtik meg a kliens számára, hanem a folyamatos kapcsolattartást, s ezen keresztül egyfajta kontrollt biztosítanak: akár úgy, hogy emlékeztetik a személyt a célja (testsúlycsökkentés) eléréséhez szükséges napi tennivalóiról, akár úgy, hogy

azonnali visszacsatolást adnak az elfogyasztott étellel és a testmozgással kapcsolatban. Azáltal támogatják a testsúlycsökkentést, hogy segítik az önmegfigyelést, ezen belül is az elhízással összefüggő viselkedéses jegyekre fókuszálnak (étkezés, mozgás, alvás) (Laska és mtsai, 2016; Manzoni és mtsai, 2016).

Az azonnali beavatkozás és a folyamatos kapcsolattartás fontosságára hívja fel a figyelmet az elhízás kezelésében a POWER program, amely jelenleg a legösszetettebb, online tanácsadással kombinált intervenciót biztosítja (Little és mtsai, 2016). Ez a program önsegítő technikák, valamint kognitív-viselkedésterápiás módszerek elsajátítását teszi lehetővé hat hónapon keresztül, 12 hónapos utánkövetéssel. A program hatékonyságát az elért fogyás alapján határozták meg, és azt találták, hogy a legtöbbet az a vizsgálati csoport veszített a testtömegéből, amelyik személyes és online konzultációt is folytatott a program ideje alatt.

Az online tanácsadással kombinált testsúlycsökkentő programok hatékonyságát vizsgáló kutatások kiemelik, hogy az elhízás területén a testsúlycsökkentés sikerességét nagymértékben befolyásolja a folyamatos kapcsolattartás a klienssel – s ezt biztosítják az online programok és a mobilalkalmazások (Ware és mtsai, 2012). Azonban önállóan alkalmazva a hatékonyságuk nem éri el a személyes tanácsadáson alapuló testsúlycsökkentő programokét (Yardley és mtsai, 2014).

10. A diétás krízis feloldásának adaptív és maladaptív módjai

Pozitív esetben a személy új, fejlettebb egyensúlyi állapotot talál, nő a kompetenciaélménye, új megküzdési stratégiákat alakít ki, kreatív önkifejezési eszközöket talál, s mindezek hatására nő az önértékelése. Túlsúlyprobléma esetén: a testsúlya csökken, új étkezési szokásokat alakít ki, az érzelmi evés helyett más, adaptív megküzdési stratégiákat alkalmaz. Az éhség és a jóllakottság jelzései alapján kooperál a testével és zömmel csak akkor eszik, amikor arra biológiailag is szüksége van. Nem pótol érzelmi hiányokat az étellel, az evéssel. A beszűkülés potenciális helyzetét felismeri, s amennyiben önmaga már nem képes annak oldására, úgy társas támaszt keres ennek érdekében – különösen akkor, amikor a túlevés első jelei fellépnek.

Negatív kimenetel esetén viszont diszfunkcionális elemek révén kerül újra egyensúlyba, amely jelenthet pszichoszomatikus tüneteket, depresszív állapotot, valamint neurotikus munkamódok alakulhatnak ki (Bakó, 1996). A befolyásolásra való fogékonysága miatt egy gyors, könnyű fogyást ígérő szer vagy módszer árán kerülhet újra viszonylagos egyensúlyba. Ebben az esetben viszont a kritikus állapot ismételt kialakulása valószínűsíthető a későbbiekben.

11. Összefoglalás

Az elhízással és annak szövődménybetegségeivel foglalkozó szakemberek a sokrétű kutatásoknak köszönhetően egyre tágabb perspektívából tekintenek a túlsúlyproblémákra. Sorra dőlnek meg a mítoszok: a súlyfelesleg nem egy matematikai képlet, az akaratgyengeség nem tehető felelőssé önmagában az elhízásért, s már abban sem vagyunk annyira biztosak, hogy valóban minden a „fejben dől el” – úgy tűnik, a fogyásnak sokszor a „lélekben” kell folytatódnia. Világossá vált, hogy több szakterület – dietetika, diabetológia, endokrinológia, obezitológia, pszichológia – összehangolt együttműködése vezethet olyan több támadáspontú életmódváltást segítő programok kidolgozásához, amelyek valóban hosszú távon is hatékonyak lehetnek a többletsúllyal való küzdelemben.

A jelen tanulmányban a krízispszichológia és a krónikus diétázással kísért evési zavarok, valamint az elhízás olyan kontextuális, intraperszonális és interperszonális jellemzőinek találkozáspontjai kerültek megvilágításra, amelyek gyakorlati jelentőséggel bírnak a testsúlycsökkentő programok hatékonyságának növelése szempontjából. Annak ellenére, hogy a diéta feladását valószínűsítő kudarcpontok mind az elhízással foglalkozó szakemberek, mind a krónikus fogyókúrázók előtt ismertek és felismertek, hazánkban a szerző tudomása szerint nem áll rendelkezésre olyan krízisintervenciós lehetőség, amelyet a diétázók igénybe vehetnek még akkor sem, ha obezitológiai szakrendelés keretein belül kérnek és kapnak professzionális segítséget a testsúlycsökkentéshez.

A krízispszichológia elméleti háttere és a krízisintervenció alkalmazása egy lehetséges új szempontot jelent a már alkalmazott testsúlycsökkentő kezelések és módszerek mellett, amely nemcsak a testsúlyredukció folyamata során kialakuló krízisállapot oldásában nyújthat segítséget, hanem a megfelelő étrendi és életmódbeli elvek kiválasztásához is támpontot adhat – hogy a diétahibák ne ágyazzanak meg eleve a krízisállapot kialakulásának. A túlsúllyal küzdők rendkívül heterogén populációján belül a bemutatott intraperszonális jellegzetességek alapján azonosíthatók olyan személyek, akiknél a krízisintervenció alkalmazása kulcsfontosságú lehet a sikeres és tartós testsúlykontrollban.

Irodalomjegyzék

- Ashwell M. (1994). Obesity in men and women. *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders*, 18, 1-7.
- Bakó, T. (1996). *Verem mélyén (Könyv a krízisről)*. Cserépfalvi Kiadó: Budapest
- Blair, A.J., Lewis, V.J., & Booth, D.A. (1990). Does emotional eating interfere with success in attempts at weight control? *Appetite*, 15(2), 151-157.
- Byrne, S.M., Cooper, Z. & Fairburn, C.G. (2004). Psychological predictors of weight regain in obesity. *Behaviour Research and Therapy*, 42(11), 1341-1356.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Carels, R.A., Hoffman, J., Collins, A., Raber, A. C., Cacciapaglia, H., & O'Brien, W.H. (2001). Ecological momentary assessment of temptation and lapse in dieting. *Eating Behaviors*, 2(4), 307-321.
- Carels, R.A.; Douglass, O.M.; Cacciapaglia, H.M., & O'Brien, W.H. (2004). An Ecological Momentary Assessment of Relapse Crises in Dieting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(2), 341-348.
- Cassin, S.E., & von Ranson, K.M. (2005). Personality and eating disorders: a decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25, 895-916.
- Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2002). Impulsive and compulsive traits in eating disordered patients compared with controls. *Personality Individual Differences*, 32(4), 707-714.
- Czeglédi, E. (2012). A testsúlyszabályozás interdiszciplináris megközelítése. In Zs. Demetrovics, R. Urbán, A. Rigó, & A. Oláh (Szerk.), *Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása I. Személyiség, egészség, egészségfejlesztés* (171-216). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó
- Czeglédi, E. (2016). A stresszkezelés alkalmazási lehetőségei az elhízás kezelésében. *Orvosi Hetilap*, 157(7), 260-267.
- Drapkin, R.G., Wing, R.R., & Shiffman, S. (1995). Responses to hypothetical high risk situations: Do they predict weight loss in a behavioral treatment program or the context of dietary lapses? *Health Psychology*, 14(5), 427-434.
- Fedoroff, I.C., Polivy, J., & Herman, C.P. (1997). The effect of pre-exposure to food cues on the eating behavior of restrained and unrestrained eaters. *Appetite*, 28(1), 33-47.
- García-grau, E., Fusté, A., Miró, A., Saldaña, C., & Bados, A. (2002). Coping style and disturbed eating attitudes in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 32(1), 116-120.
- Garner D., & Bemis, K.M. (1982). A cognitive-behavioural approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 123-150.
- Geliebter, A. & Aversa, A. (2003). Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eating Behaviors*, 3(4), 341-347.
- Grilo, C.M., Shiffman, S. & Wing, R.R. (1989). Relapse crisis and coping among dieters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(4), 488-495.
- Grilo, C.M., Shiffman, S. & Wing, R. R. (1993). Coping with dietary relapse crisis and their aftermath. *Addictive Behaviors*, 18(1), 89-102.
- Hajduska, M. (2008). *Krízislélektan*. Eötvös Kiadó: Budapest
- Halmay, E. (2016). A „patient-counselling” jelentősége a testsúlyvezetésben. In A. Vargha (Szerk.), *Múlt és jelen összeér: A Magyar Pszichológiai Társaság XXV. Jubileumi Országos Tudományos Nagygyűlése. Kivonatkiötet* (236). Budapest: Magyar Pszichológiai Társaság. Letöltve: 2017. 01. 10-én: http://www.mipszi.hu/sites/default/files/mpt_ngy2016_kivonatkiotet_0509.pdf

- Heatherton, T.F., & Polivy, J. (1992). Chronic dieting and eating disorders: A spiral model. In J.H. Crowther, D.L. Tennenbaum, S.E. Hobfoll, & M.A. Parris Stephens (Eds.), *The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context. Series in applied psychology: Social issues and questions* (133-155). Washington, DC: Hemisphere Publishing Corporation
- Herman, C.P., & Polivy, J. (1984). A boundary model for the regulation of eating. In A.J. Stunkard, & E. Stellar (Eds.), *Eating and its disorders* (141-156). New York: Raven Press
- Herman, C.P., & Polivy, J. (2004). The self-regulation of eating. In R.F. Baumeister, & K.D. Vohs (Eds.), *Handbook of Self-regulation: Research, Theory, and Applications* (492-508). New York: Guilford Press.
- Hickford, C.A., Ward, T., & Bulik, C.M. (1997). Cognitions of restrained and unrestrained eaters under fasting and nonfasting conditions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 71-75.
- Joó, M.N., & Kövesdi, A. (2008). Evészavarok és személyiség. In F. Túry, & B. Pászthy (Szerk.), *Evészavarok és testképzavarok* (237-250). Budapest: Pro Die Kiadó
- Karlsson, J., Hallgren, P., Kral, J., Lindroos, A.K., Sjöström, L., & Sullivan, M. (1994). Predictors and effects of long-term dieting on mental well-being and weight loss in obese women. *Appetite*, 23(1), 15-26.
- Laska, M.N., Lytle, L.A., Nanne, M.S., Moe, S.G., Linde, J.A., & Hannan, P.J. (2016). Results of a 2-year randomized, controlled obesity prevention trial: Effects on diet, activity and sleep behaviors in an at-risk young adult population. *Preventive Medicine*, 89, 230-236.
- Little, P., Stuart, B., Hobbs, R.F.D., Kelly, J., Smith, E.R., Bradbury, K.J., et al. (2016). An internet-based intervention with brief nurse support to manage obesity in primary care (POWeR+): a pragmatic parallel-group, randomised controlled trial. *Lancet Diabetes Endocrinol*, 4, 821-828.
- Lukács, L. (2015). *Az éhes lélek gyógyítása – Túlsúly, evészavarok és kapcsolati problémák*. Budapest: Kulcslyuk Kiadó
- Lukács, L., & Túry, F. (2003). Az evészavarban szenvedők kognitív stílusa. *Pszichoterápia* 12(2), 94-101.
- Manzoni, G. M., Pagnini, F., Corti, S., Molinari, E., & Castelnuovo, G. (2016). Internet-based behavioral interventions for obesity: an updated systematic review. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 7, 19-28.
- Matos, M.I.R., Arahna, L.S., Faria, A.N., Ferreira, S.R.G., Bacaltchuck, J., & Zanella, M.T. (2002). Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(4), 165-169.
- Park, M.J., Kim, H.S., & Kim, K.S. (2009). Cellular-phone and Internet-based individual intervention on blood pressure and obesity in obese patients with hypertension. *International Journal of Medical Informatics*, 78, 704-710.
- Polivy, J., & Herman, C.P. (2002). Causes of Eating Disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.
- Pratt, E.M., Telch, C.F., Labouvie, E.W., Wilson, G.T., & Agras, W.S. (2001). Perfectionism in women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 177-186.
- Rogers, P.J., & Hill, A.J. (1989). Breakdown of dietary restraint following mere exposure to food stimuli: Interrelationships between restraint, hunger, salivation, and food-intake. *Addictive Behaviors*, 14(4), 387-397.
- Ruderman, A.J., Belzer, L.J., & Halperin, A. (1985). Restraint, anticipated consumption, and overeating. *Journal of Abnormal Psychology*, 94(4), 547-555.

- Sidó, Z. (2003). Korunk epidémiája: az elhízás. *Lege Artis Medicinae*, 13, 541–545.
- Specker, S., de Zwaan, M., Raymond, N., & Mitchell, J. (1994). Psychopathology in subgroups of obese women with and without binge eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 185–190.
- Stephens, J., & Allen, J. (2013). Mobile phone interventions to increase physical activity and reduce weight. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 28, 320–329.
- Szumaska, I., & Dudás, K. (2008). Falászavar. In F. Túry, & B. Pászthy (Szerk.), *Évészaravok és testképzavarok* (41–52). Budapest: Pro Die Kiadó
- Tölgyes, T. (2007). *Évészavaros és évészavar-tünetek epidemiológiája. Évészavarban szenvedő betegek személyiségvizsgálata kognitív megközelítésben pszichometriai módszerekkel*. Ph.D. értekezés, 819. Semmelweis Egyetem, Budapest.
- Túry, F. (2005). *Anorexia, bulimia. Önsegítő és családsegítő kalauz*. Budapest: Print-X-Budavár Kiadó
- Túry, F., & Szabó, P. (2000). *A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa*. Budapest: Medicina Könyvkiadó
- Vervaet, M., van Heeringen, C., & Audenaert, K. (2004). Personality-related characteristics in restricting versus binge and purging eating disordered patients. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 37–43.
- Wadden, T. A., & Phelan, S. (2002). Assessment of quality of life in obese individuals. *Obesity Research*, 10(S1), 50–57.
- Ware, L.J., Williams, S., Bradbury, K., Brant, C., Little, P., Hobbs, F.D., & Yardley, L. (2012). Exploring weight loss services in primary care and staff views on using a web-based programme. *Informatics in Primary Care*, 20, 283–288.
- Westen, D., & Harnden-Fischer, J. (2001). Personality profiles in eating disorders: rethinking the distinction between axis I and axis II. *American Journal of Psychiatry*, 158, 547–562.
- Whitlock G., Lewington S., Sherliker P., Clarke, R., Emberson, J., Halsey, J., et al. (2009). Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet*, 373(9669), 1083–1096.
- Wilfley, D.E., Wilson, G.T., & Agras, W.S. (2003). The clinical significance of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 96–106.
- Yardley, L., Ware, L.J., Smith, E.R., Williams, S., Bradbury, K.J., Arden-Close, E.J., et al. (2014). Randomised controlled feasibility trial of a web-based weight management intervention with nurse support for obese patients in primary care. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11: 67. Doi: 10.1186/1479-5868-11-67.

Nyilatkozat érdeklődésről

A szerző kijelenti, hogy esetében nem állnak fent érdeklődések.

Crisis in dieting

LUKÁCS, LIZA

The present theoretical overview discusses the application of crisis theory in the weight reduction process in obesity. Much of the research on relapse crises in dieting has focused on isolated lapse events. Present theoretical approach views dieting as a time of crisis with some unique characteristics of food related cognitive information process. This is important because a better understanding of these factors may lead to the development of improved psychological treatments for obesity. This paper describes a new model based on crisis theory for the prevention of relapse in the weight reduction process in obesity. View dieting as a crisis situation shows several possibilities of prevention and intervention in eating disorders and obesity. The results of the theoretical overview suggest that a number factors, such as having unrealistic weight goals, poor coping or problem-solving skills, restrictive dieting, may have an important effect on the emergence of a crisis situation, that can lead to stop dieting and physical activity.

Keywords: obesity, overweight, dieting, relapse, crisis, crisis intervention