



*Oktatás, kutatás,  
gyógyítás: 250 éve az  
egészség szolgálatában*

# A GYERMEK- ÉS SERDÜLŐKORI EVÉSZAVAROK TÜNETTANA, DIAGNOSZTIKUS KRITÉRIUMAI

Cserép Melinda

klinikai szakpszichológus, családterapeuta

I.sz. Bókay Gyermekklinika

Gyermekepszichiátriai Osztály

***SE KLINIKAI PSZICHOLÓGIAI SZAKKÉPZÉS  
I. ÉVFOLYAM***

***2021. 09. 22.***

# SZAKEMBERHEZ KERÜLÉS ELŐTT

- változó, hogy a szülők mikor érzékelik a problémát, van, amikor már csak nagyon rossz, legyengült állapotban keresnek fel szakembert
- nem ritka, hogy az edző, tanár, barátnő jelez a szülők felé
- amikor tudatosan a szülőben, rendkívül alarmírozó, büntudatkeltő a probléma („Milyen szülő vagyok, ha éhen hal a gyermekem?”)
- leggyakrabban érzékelt tünetek
  - családban:* megváltozott étkezési magatartás, túlzott foglalatoskodás az ételekkel, családi étkezések kerülése, egészséges ételek preferálása, fokozott mozgásigény
  - kortársak részéről:* visszahúzódás, közös étkezéssel járó programok kerülése, kedvetlenség

# ELSŐ TALÁLKOZÁS A BETEGGEL

## - SZEMPONTOK

- gyerekeknél: gyerek és mindkét szülő jelenléte az ideális
- nem hagyhatók figyelmen kívül a testi paraméterek, a szomatikus állapot változásai pszichológusok számára sem
- szakmai felelősségünk az evészavar súlyosságának megállapítása és a megfelelő lépések megtétele
- mivel egyszerre vannak jelen a testi és lelki tünetek, hosszabb időt kell hagyni az első interjúra

# DIAGNÓZISALKOTÁS – MIRE KELL KITÉRNI AZ ELSŐ INTERJÚ SORÁN?

- testsúly, testmagasság, annak változásai (életeseményekhez is lehet társítani)
- mit tekint ideális testsúllynak, milyennek látja a testét, mivel elégedett, mivel nem
- étkezés (mennyit, hányszor, hogyan (rituálék), kivel, mit nem...)
- folyadékfogyasztás
- van-e falásroham (objektív vagy szubjektív, kontrollvesztést megél-e)
- menstruáció (első, rendszeresség, mikor maradt el)
- purgáló viselkedés(ek)
- változás van-e a hangulatában, motivációiban, beszűkültség mennyire tapasztalható
- addikciók, önsértés

# SÜRGŐS KÓRHÁZI FELVÉTEL KRITÉRIUMAI

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a gyermek- és serdülőkori evészavarok ellátásáról (2020) alapján

Leggyakoribb szomatikus indokok:

- 40/perc alatti bradycardia (kisebb mértékű fogyásnál is lehet!)
- 12-13 kg/m<sup>2</sup> BMI, nagyon gyors súlyvesztés
- napi 600 kcal alatti kalóriabevitel
- napi rendszerességű hánytatás
- kiszáradás

Pszichiátriai kritériumok:

- pszichotikus szintű testképzavar és beszűkültség
- súlyos depresszió, szuicid szándékkal

***A testi állapot figyelmen kívül hagyása, elhúzódó csak pszichoterápiára koncentráló beavatkozás a pszichológus részéről veszélyeztető a betegre nézve!***

Kezdetektől fontos, hogy a pszichés és szomatikus terület szakemberei együttműködjenek akkor is, ha nem egy intézményhez tartoznak.

Amennyiben a beteg elkezd újra, sokat enni, kialakulhat az újratáplálási szindróma (foszfát hiány), mely akár életveszélyes is lehet.

# ANOREXIA NERVOSA (DSM-5)

**A. Az energiabevitel korlátozása, ...mely jelentősen alacsony testsúlyt eredményez.**

- Gyerekeknél kevesebb, mint ami minimálisan elvárható. → percentilis táblázatok: Joubert K., Darvay S., Ágfalvi R.: Az Országos Longitudinális Gyermeknövekedés-vizsgálat Referenciaadatai. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet

*BMI 50-es percentil lányok*

*11 év: 17,13 kg/m<sup>2</sup>*

*14 év: 19,6 kg/m<sup>2</sup>*

*Magasság 50-es percentil:*

*11 év: 145,6 cm*

*14 év: 161,17 cm*

*Példa 14 éves kamaszlány:*

*30,8 kg < 3pc*

*155 cm 10-25 pc között*

*BMI=12,82 < 3pc*

# ANOREXIA NERVOSA (DSM-5)

**A. Az energiabevitel korlátozása, ...mely jelentősen alacsony testsúlyt eredményez.**

- Gyerekeknél kevesebb, mint ami minimálisan elvárható. → percentilis táblázatok: Joubert K., Darvay S., Ágfalvi R.: Az Országos Longitudinális Gyermeknövekedés-vizsgálat

Referenciaadatai. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet

**B. Intenzív félelem:** gyarapodástól/elhízástól vagy testsúlygyarapodást akadályozó, tartósan fennálló viselkedések

**C. A testsúly vagy testalak megélésének zavara, a testúly vagy testalak önértékelésre gyakorolt túlzott befolyása, az alacsony testsúly súlyosságával kapcsolatos belátás hiánya.**



# ANOREXIA NERVOSA

**Restriktív altípus:** az elmúlt 3 hónapban nem volt falásroham vagy önhánytatás, hashajtó, vízajtó, beöntés abúza

**Falás/tisztulás altípus:** az elmúlt 3 hónapban visszatérően volt falásroham vagy önhánytatás, hashajtó, vízajtó, beöntés abúza

**Részleges remisszióban:** A kritériumok már nem, B, C igen

**Teljes remisszióban:** jelenleg egyetlen kritérium sem teljesül

# ANOREXIA NERVOSA

**Súlyosság (felnőtteknél):**

Enyhe:  $\text{BMI} \geq 17 \text{ kg/m}^2$

Mérsékelten súlyos:  $\text{BMI}: 16\text{-}16,99 \text{ kg/m}^2$

Súlyos:  $\text{BMI}: 15\text{-}15,99 \text{ kg/m}^2$

Extrém:  $\text{BMI} \leq 15 \text{ kg/m}^2$

Gyerekeknél a percentil táblázat értékeit vesszük figyelembe.

# ANOREXIA NERVOSA

Pontprevalencia (tizenéves lányok): 0,7%

Élethossz prevalencia: nő 1%, ffi < 0,5%

# ANOREXIA NERVOSA – TESTI PANASZOK/TÜNETEK

- Hasi fájdalom (teltségérzet)
- Fáradékonyság
- Szédülés
- Mentális és fizikai teljesítmény csökkenése
- Fázósabb
- Száraz bőr, töredezett köröm
- Hajhullás
- Hangulati problémák

# ANOREXIA NERVOSA – GYAKORI SZEMÉLYISÉG JELLEMZŐK

- perfekcionizmus
- introvertáltság
- gátoltság
- alacsony önértékelés
- addigi fejlődése sokszor könyvbe illő
- kortárskapcsolati nehézségek
- nehezen fejezi ki érzéseit

# A PSZICHOSZOMATIKUS CSALÁDOK JELLEMZŐI (Minuchin)

- összemosottság – nehézségek az önállóság fejlődésében
- hiperprotektivitás – folyamatos kontrollálása a gyerek tetteinek – veszélyes külvilág, autonómia törekvések megakadása
- rigiditás – szabályok, zártság
- konfliktusok felvállalásának, kezelésének hiánya
- a gyermek bevonása a konfliktusokba

# ANOREXIA NERVOSA – KOMORBIDITÁS

- Depresszió
- Szorongásos zavarok
- Kényszerbetegség
- Személyiségzavarok
- Addiktív zavarok
- Pszichózis

# BULIMIA NERVOSA (DSM-5)

## A. Visszatérő falási epizódok

1. Jól körülírható időszakban az átlagoshoz képest jóval nagyobb mértékű étel elfogyasztása
2. Kontroll hiányának az érzése

## B. Visszatérő kompenzátoros viselkedések (önhánytatás, hashajtók, vízajtók, gyógyszerek, koplalás, mozgás

## C. Heti min. 1 falás 3 hónapon át

## D. A testsúly/testalak az önértékelést túlzott mértékben befolyásolja

## E. Nem kizárólag anorexia nervosa során



# BULIMIA NERVOSA

**Részleges remisszióban:** korábban teljesültek a BN kritériumai, jelenleg néhány most is fennáll

**Teljes remisszióban:** jelenleg egyetlen kritérium sem teljesül

# BULIMIA NERVOSA

Súlyosság

**Enyhe:** heti 1-3 kompenzátoros viselkedés

**Mérsékelt súlyos:** heti 4-7 kompenzátoros viselkedés

**Súlyos:** heti 8-13 kompenzátoros viselkedés

**Extrém:** heti több mint 14 kompenzátoros viselkedés

# BULIMIA NERVOSA

**Pontprevalencia** fiatal nők körében: 1-2%

**Élettartam prevalencia:**

Nők: 2%

Férfiak: 0,5%

Megjelenése inkább késői serdülőkor, fiatal felnőttkor környékén

Sokáig rejtve marad!

# FALÁSROHAM ZAVAR

**A. Visszatérő falási epizódok.** Mindkettő az alábbiakból:

- átlagosnál nagyobb mennyiségű étel fogyasztása egy jól körülhatárolt időszak alatt
- kontroll hiányának az érzése

**B. Az alábbiak közül három vagy több:**

1. normálisnál gyorsabb evés
2. addig eszik, amíg kényelmetlenül tele érzi magát
3. éhség hiánya ellenére nagy mennyiségű étel
4. egyedül eszik
5. undor magától, depresszió vagy erős bűntudat a falásroham után

# FALÁSROHAM ZAVAR

C. Utána kifejezett **szenvedés**

D. **Hetente legalább egyszer három hónapon át**

E. **Nincs kompenzátoros viselkedés** és nem kizárólag BN vagy AN esetén jelentkezik

**Részleges remisszióban:** korábban teljesült, jelenleg kevesebb mint hetente egyszer

**Teljes remisszióban:** korábban teljesült, jelenleg nem

# FALÁSROHAM ZAVAR

Élettartam prevalencia: 1-2%

nőknél gyakoribb

A túlsúlyos, elhízott fiatalok kb. negyedét érinti!

# **ELKERÜLŐ/RESTRIKTÍV TÁPLÁLÉKBEVITELI ZAVAR (ARFID: avoidant/restrictive food intake disorder)**

## **A. a megfelelő tápanyag/energiaszükséglet elérésének tartós kudarca**

Pl. nem érdeklődik az étkezés/étel iránt,  
szelektivitás az étel érzékszervi tulajdonságai  
miatt, aggodás az étkezés nemkívánatos  
következményei miatt

# ELKERÜLŐ/RESTRIKTÍV TÁPLÁLÉKBEVITELI ZAVAR

Egy vagy több az alábbiakból:

1. testsúlyvesztés, növekedés hiánya
2. tápanyaghiány
3. enterális táplálásra vagy orális kiegészítésre szorul
4. a pszichoszociális funkció akadályozása



# ELKERÜLŐ/RESTRIKTÍV TÁPLÁLÉKBEVITELI ZAVAR

## Altípusok:

- *szenzoros alapú*
- *érzelmi alapú* (pl. hangulati tünetek is, gyakran szomatikus panaszok is)
- *félelem alapú* (pl. félrenyeléstől, hányástól)
- *temperamentum alapú*
- *testi betegséggel összefüggő* (pl. ételallergiák, gasztroenterológiai betegségek)

# ELKERÜLŐ/RESTRIKTÍV TÁPLÁLÉKBEVITELI ZAVAR

Gyakran orvosi rendeléseken jelentkeznek először

Pontos prevalencia adatok módszertani okokból  
kevésbé állnak rendelkezésre

Felnőtt korosztályban 3% körül (Zickgraf et al, 2016)  
8-13 év között 3,2% (svájci vizsgálat, Kurz et al, 2015)

# SZELEKTÍV EVÉSZAVAR (ARFID-on belül)

- ☐ bizonyos ételek következetes visszautasítása (íz, textúra, szag alapján)
- ☐ 10-nél kevesebb féle ételt fogyaszt a gyermek
- ☐ a hozzátáplálást követően alakul ki
- ☐ számos családi konfliktushoz vezet

*Lehet az **autizmus spektrum zavar** részjelensége (58-68%)*

Szenzoros érzékenység szerepe!

# SZELEKTÍV EVÉSZAVAR

- prevalencia óvodáskorban: 14-50%
- prevalencia későbbi gyermekkorban: 7-27%  
(Van Tine, 2017)
- 6-11 év közötti szelektív evés fennmarad fiatal felnőttkorban is Van Tine kutatása alapján

# PICA

- A. Tápláléknak nem minősülő anyagok tartós fogyasztása min. 1 hónapon át
- B. A személy fejlődési szintjének nem felel meg
- C. Nem kulturálisan támogatott viselkedés része
- D. Ha más mentális zavarhoz (pl. értelmi fogyatékoság) vagy testi állapothoz (pl. terhesség) társul, elég súlyos ahhoz, hogy további klinikai figyelmet érdemeljen

Remisszióban: korábban teljesült, jelenleg nem

# KÉRŐDZÉSI (RUMINÁCIÓS) ZAVAR

- A. Az étel ismételt regurgitációja min. 1 hónapon át (újrarágja és lenyeli vagy kiköpi)
- B. Nem gasztrointesztinális vagy egyéb betegségnek tulajdonítható
- C. Nem kizárólag AN, BN, falászavar vagy ARFID részeként jelentkezik
- D. Ha más mentális zavarhoz társul, elég súlyos ahhoz, hogy további klinikai figyelmet érdemeljen

Remisszióban: korábban teljesült, hosszú ideje nem

# NEM MEGHATÁROZOTT TÁPLÁLKOZÁSI VAGY ÉTKEZÉSI ZAVAR

Az előző betegségek kritériumai nem teljesülnek.

A klinikus nem kívánja megadni az okot, hogy miért nem teljesül (pl. sürgősségi ellátás)

# EGYÉB MEGHATÁROZOTT TÁPLÁLKOZÁSI VAGY ÉTKEZÉSI ZAVAR

Az előző betegségek kritériumai nem teljesülnek.

A klinikus megadja az okot, hogy miért:

1. Atípusos anorexia nervosa (pl. súly normál határ közelében)
2. Bulimia nervosa alacsony gyakorisággal/korlátozott fennállással
3. Falásroham zavar alacsony gyakorisággal/korlátozott fennállással
4. Öntisztítási zavar (nincs falásroham)
5. Éjszakai evés zavar



# EGYÉB EVÉSZAVAROK, HATÁRTERÜLETEK

**Orthorexia nervosa:** megszállottság az ételek minőségére vonatkozóan, az egészségtelen ételek elkerülése (funkcióromlás: hiányállapotok, testsúlycsökkenés, szociális terület)

Prevalencia < 1%

**Izomdiszmorfia (inverz anorexia):** az izomzat méretével történő túlzott foglalkozás, intenzív vágy az izomtömeg növelését illetően  
Gyakori az anabolikus szteroid abúzus

# EGYÉB EVÉSZAVAROK, HATÁRTERÜLETEK

**Orthorexia nervosa:** megszállottság az ételek minőségére vonatkozóan, az egészségtelen ételek elkerülése (funkcióromlás: hiányállapotok, testsúlycsökkenés, szociális terület)

Prevalencia < 1%

**Izomdiszmorfia (inverz anorexia):** az izomzat méretével történő túlzott foglalkozás, intenzív vágy az izomtömeg növelését illetően  
Gyakori az anabolikus szteroid abúzus

# EGYÉB EVÉSZAVAROK, HATÁRTERÜLETEK

## Pervasive Refusal Syndrome

Lask, 1991

- evés, ivás, járás, beszéd, önellátás visszautasítása
- extrém PTSD-hez hasonló
- gyakran súlyos anorexiás benyomását keltik
- szociális visszahúzódás, iskolába járás elutasítása
- a segítséget egyértelműen, indulatosan visszautasítják

# EVÉSZAVAR KÉRDŐÍVEK

EDI

SAFA (Táplálkozás része)

EAT-26 (Evési attitűdök tesztje- rövid változat)

ANIS (Anorexia nervosa önértékelő kérdőív)

BCDS (Bulimia kognitív disztorziós skála)

SCOFF

WCBQ (Testsúlykontroll hiedelmek kérdőív)

TFEQ (Háromfaktoros evési kérdőív)

BSQ-14 (Testforma kérdőív)

# FELHASZNÁLT ÉS AJÁNLOTT IRODALOM

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a gyermek- és serdülőkori evészavarok ellátásáról (2020)

Jaspers, T., Hanssen, G. M. J., Van der Valk, J. A., Hanekom, J. H., van Well, G. T. J., & Schievelde, J. N. (2009). Pervasive refusal syndrome as part of the refusal-withdrawal-regression spectrum: critical review of the literature illustrated by a case report. *European child & adolescent psychiatry*, 18(11), 645-651.

Joubert K., Darvay S., Ágfalvi R.: Az Országos Longitudinális Gyermeknövekedés-vizsgálat Referenciaadatai. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet

Kurz, S., Van Dyck, Z., Dremmel, D., Munsch, S., & Hilbert, A. (2015). Early-onset restrictive eating disturbances in primary school boys and girls. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(7), 779-785.

Mammel, K. A., & Ornstein, R. M. (2017). Avoidant/restrictive food intake disorder: a new eating disorder diagnosis in the diagnostic and statistical manual 5. *Current opinion in pediatrics*, 29(4), 407-413.

Túry, F., Szumska, I., Pászthy, B., & Purebl, G. (2017). Guidelines and recommendations in the treatment of eating disorders. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiatriai Tarsasag tudomanyos folyoirata*, 32(4), 397-413.

Zickgraf, H. F., Franklin, M. E., & Rozin, P. (2016). Adult picky eaters with symptoms of avoidant/restrictive food intake disorder: comparable distress and comorbidity but different eating behaviors compared to those with disordered eating symptoms. *Journal of eating disorders*, 4, 26.  
<https://doi.org/10.1186/s40337-016-0110-6>

Van Tine, M. L., McNicholas, F., Safer, D. L., & Agras, W. S. (2017). Follow-up of selective eaters from childhood to adulthood. *Eating behaviors*, 26, 61-65.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th edn.). American Psychiatric Publishing, Arlington, VA, 2013.

Túry F, Pászthy B (szerk.): Evészavarok és testképzavarok. Pro Die Kiadó, Budapest, 2008.

***KÖSZÖNÖM A FIGYELMET!***