

# A GYERMEK- ÉS SERDÜLŐKORI EVÉSZAVAROK TÜNETTANA, DIAGNOSZTIKUS KRITÉRIUMAI

Cserép Melinda

klinikai szakpszichológus, családterapeuta

I. Sz. Gyermekgyógyászati Klinika

SE KLINIKAI PSZICHOLÓGIAI SZAKKÉPZÉS  
I. ÉVFOLYAM ELMÉLETI HÉT 2022. 09. 21.



SEMMELWEIS  
EGYETEM 1769

# 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 tudatosul a szülőben, rendkívül alarmírozó, büntudatkeltő a probléma („Milyen szülő vagyok, ha éhen hal a gyermekem?”)
- leggyakrabban érzékelt tünetek :
  - családban:** megváltozott étkezési magatartás, túlzott foglalatosság 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, serdülőknél: 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 testsúlynak, 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
- szuicid gondolatok, önsértés, addikciók
- testmozgás

# 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 betegekre 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., Agfalvi 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 testsúly 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 abúzája

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

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

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

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

Gyerekeknél a percentil táblázat értékeit vesszük figyelembe.

# ANOREXIA NERVOSA

Pontprevalencia (tizenéves lányok): 0,7%

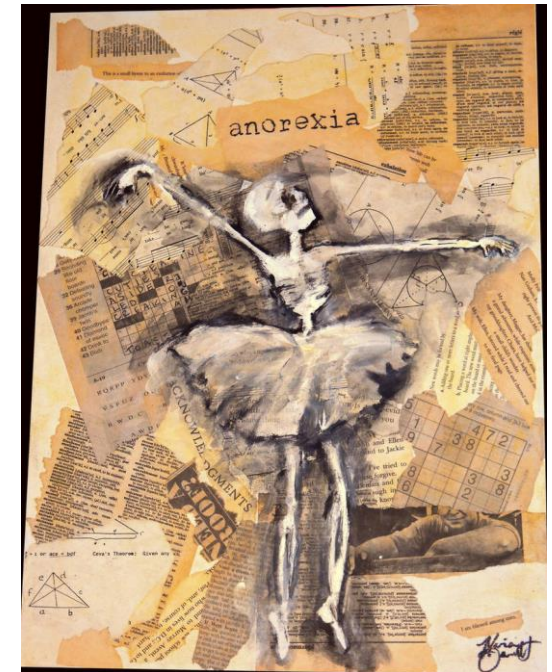
Élethossz prevalencia: nő 1%, ffi < 0,5%

# ANOREXIA NERVOSA – TESTI, MENTÁLIS PANASZOK/TÜNETEK

- hasi fájdalom (teltségérzet)
- fáradékonyság
- szédülés
- fázósabb
- száraz bőr, köröm
- hajhullás, szőrösödés
- hangulati problémák
- mentális és fizikai teljesítmény csökkenése

# ANOREXIA NERVOSA – GYAKORI SZEMÉLYISÉG JELLEMZŐK

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



Kép forrása: <https://www.deviantart.com/maria-the-freak/art/Anorexia-211271674>

# 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

AN súlyosságát is befolyásolja

AN purgáló altípusban nagyobb %-ban van jelen komorbiditás, önsértés (50-80%)

- depresszió
- szorongásos zavarok
- kényszerbetegség
- személyiségzavarok
- addiktív zavarok
- pszichózis

# ANOREXIA NERVOSA - KIMENETEL

Herpertz-Dahlmann et al. Kb. 70 % felépül

Krónikus betegségként tekintünk rá.

Egyik evészavar a másikba átmehet (spektrumszemlélet), AN kb. 30%-a BN diagnózis 2-3 éven belül.

Az intenzív, komplex (család, egyéni), hosszú terápia egyértelműen javítja a kimenetelt.

Mortalitás kb. 8% 12 éves utánkövetés eredménye alapján (Fichter et al, 2006)



# BULIMIA NERVOSA (DSM-5)

## A. Visszatérő **falási epizódok**

Jól körülírható időszakban az átlagoshoz képest jóval nagyobb mértékű étel elfogyasztása

Kontroll hiányának az érzése

## B. Visszatérő **kompensátoros 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

Kép forrása: <https://www.deviantart.com/antonina0o0/art/Bulimia-Nervosa-Picture-ver-2019-811593663>

# BULIMIA NERVOSA

## Súlyosság

Enyhe: heti 1-3 kompenzátoros viselkedés

Mérsékelten 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:**

- normálisnál gyorsabb evés
- addig eszik, amíg kényelmetlenül tele érzi magát
- éhség hiánya ellenére nagy mennyiségű étel
- egyedül eszik
- undor magától, depresszió vagy erős bűntudat a falásroham után

Kép forrása: <https://www.deviantart.com/lunaticvictoria/art/Binge-Eating-510589652>



# 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!

Gyerekeknél: 1,32%

Szubklinikai: 3%

# 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 (ARFID: avoidant/restrictive food intake disorder)

Egy vagy több az alábbiakból:

- ❖ testsúlyvesztés, növekedés hiánya
- ❖ tápanyaghiány
- ❖ enterális táplálásra vagy orális kiegészítésre szorul
- ❖ a pszichoszociális funkció akadályozása

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

## 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 (ARFID: avoidant/restrictive food intake disorder)

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% (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 (ARFID-on belül)

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

Az étel ismételt regurgitációja min. 1 hónapon át (újrarágja és lenyeli vagy kiköpi)

Nem gasztrointesztinális vagy egyéb betegségnek tulajdonítható

Nem kizárólag AN, BN, falászavar vagy ARFID részeként jelentkezik

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:

Atípusos anorexia nervosa (pl. súly normál határ közelében)

Bulimia nervosa alacsony gyakorisággal/korlátozott fennállással

Falásroham zavar alacsony gyakorisággal/korlátozott fennállással

Öntisztítási zavar (nincs falásroham)

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

## 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

# EVÉSZAVARRAL KÜZDŐ BETEGEK DIAGNOSZTIKUS TESZTJEIBŐL

10,5 éves kislány

CAT 1. kép

„Ezek a kiscsibék gondolkodnak valamin...hogy még nem kezdenek enni, és eszükbe jut ez a csirke. Gondolkodnak rajta, hogy féljenek-e tőle vagy megegyék előle.”

# EVÉSZAVARRAL KÜZDŐ BETEGEK DIAGNOSZTIKUS TESZTJEIBŐL



# EVÉSZAVARRAL KÜZDŐ BETEGEK DIAGNOSZTIKUS TESZTJEIBŐL



# 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., & Schievel, 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>

# FELHASZNÁLT ÉS AJÁNLOTT IRODALOM

- Fichter, M. M., Quadflieg, N., & Hedlund, S. (2006). Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *The International journal of eating disorders*, 39(2), 87–100. <https://doi.org/10.1002/eat.20215>
- 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.
- Kjeldbjerg, M. L., & Clausen, L. (2021). Prevalence of binge-eating disorder among children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-26.



[cserep.melinda@med.semmelweis-univ.hu](mailto:cserep.melinda@med.semmelweis-univ.hu)