

**Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a gyermek- és serdülőkori
evészavarok ellátásáról**

2020. EÜK. 7. szám EMMI szakmai irányelv 1

hatályos: 2020.05.08 -

Típusa: Klinikai egészségügyi szakmai irányelv

Azonosító: 002091

Érvényesség: 2023. 08. 15.

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZT VEVŐK

Társszerző Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. Gyermekek pszichiátria és addiktológia Tagozat

Dr. Pászthy Bea PhD gyermekpszichiáter, tagozatvezető, társszerző

Fejlesztő munkacsoport tagjai

Dr. Ábrahám Ildikó gyermek- és ifjúságpszichiáter, társszerző

Dr. Törzsök-Sonnevend Mária gyermek- és ifjúságpszichiáter, társszerző

Véleményező Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. Háziiorvostan Tagozat

Dr. Szabó János háziorvos, tagozatvezető, véleményező

2. Klinikai szakpszichológia és pszichoterapeuta klinikai szakpszichológus Tagozat

Dr. Császár-Nagy Noémi klinikai és mentálhigiénés szakpszichológus, tagozatvezető, véleményező

3. Pszichiátria és pszichoterápia Tagozat

Dr. Németh Attila pszichiáter, tagozatvezető, véleményező

4. Csecsemő és gyermekgyógyászat Tagozat

Prof. Dr. Balla György csecsemő- és gyermekgyógyász, tagozatvezető, véleményező

5. Gyermekek alapellátás Tagozat

Dr. Póta György csecsemő- és gyermekgyógyász, tagozatvezető, véleményező

6. Védőnő (területi, iskolai, kórházi, családvédelmi) Tagozat

Bábiné Szottfried Gabriella védőnő, tagozatvezető, véleményező

7. Dietetika humán táplálkozási Tagozat

Henter Izabella dietetikus, tagozatvezető, véleményező

„Az egészségügyi szakmai irányelv készítése során a szerzői függetlenség nem sérült.”

„Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal a fent felsorolt egészségügyi szakmai kollégiumi tagozatok vezetői dokumentáltan egyetértenek.”

Az irányelv fejlesztés egyéb szereplői

Betegszervezet(ek) tanácskozási joggal:

Nem került bevonásra.

Egyéb szervezet(ek) tanácskozási joggal:

Nem került bevonásra.

Szakmai társaságok tanácskozási joggal:

Magyar Gyermekek- és Ifjúságpszichiátria és Társszakmák Társasága (MAGYIPETT) Dr. Páli Eszter
gyermekpszichiáter, elnök

Magyar Pszichiátriai Társaság (MPT) Dr. Molnár Károly elnök

Magyar Gyermekeorvosok Társasága (MGYT) Dr. Velkey György elnök

Magyar Védőnők Egyesülete (MVE) Csordás Ágnes Katalin elnök

Független szakértő(k):

Nem került bevonásra.

II. ELŐSZÓ

A bizonyítékokon alapuló egészségügyi szakmai irányelvek az egészségügyi szakemberek és egyéb felhasználók döntéseit segítik meghatározott egészségügyi környezetben. A szisztematikus módszertannal kifejlesztett és alkalmazott egészségügyi szakmai irányelvek, tudományos vizsgálatok által igazoltan, javítják az ellátás minőségét. Az egészségügyi szakmai irányelvben megfogalmazott ajánlások sorozata az elérhető legmagasabb szintű tudományos eredmények, a klinikai tapasztalatok, az ellátottak szempontjai, valamint a magyar egészségügyi ellátórendszer sajátosságainak együttes figyelembevételével kerülnek kialakításra. Az irányelv szektorsemleges módon fogalmazza meg az ajánlásokat. Bár az egészségügyi szakmai irányelvek ajánlásai a legjobb gyakorlatot képviselik, amelyek az egészségügyi szakmai irányelv megjelenésekor a legfrissebb bizonyítékokon alapulnak, nem pótolhatják minden esetben az egészségügyi szakember döntését, ezért attól indokolt esetben dokumentáltan el lehet térni.

III. HATÓKÖR

Egészségügyi kérdéskör: Gyermekek- és serdülőkorúak evészavarához kapcsolódó egészségügyi beavatkozások. A járóbeteg- és a fekvőbeteg-ellátásban alkalmazható terápiás módszerek és eljárások. Nem terjed ki a gyermekkori obesitáshoz kapcsolódó egészségügyi beavatkozásokra.

Ellátási folyamat szakasza(i): Prevenció, diagnosztika, terápia, gondozás, rehabilitáció, után követés.

Érintett ellátottak köre: Különböző típusú evészavarok tüneteit mutató gyermek- és serdülőkorú páciensek

Érintett ellátók köre:

Szakterület: 0500 csecsemő- és gyermekgyógyászat

1800 pszichiátria

1804 pszichiátriai rehabilitáció

1805 pszichoterápia

2300 gyermek- és ifjúságpszichiátria

2301 gyermek- és ifjúságpszichiátriai rehabilitáció

4602 sürgősségi betegellátó egységben szervezett szakellátás

7101 klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológia

7104 pszichoterápia (klinikai szakpszichológusi képesítéssel)

6301 háziorvosi ellátás

6302 házi gyermekorvosi ellátás

6303 felnőtt és gyermek (vegyes) háziorvosi ellátás

6306 iskola- és ifjúságorvoslás

7901 területi védőnői ellátás

7902 iskolai védőnői ellátás

0503 csecsemő- és gyermekkardiológia

0505 gyermek gasztroenterológia

0507 gyermeknőgyógyászat

0113 endokrinológia

2602 sportszakorvosi ellátás

1304 gyermekfogászat

5711 gyógytorna

7600 dietetika

Ellátási forma: J1 járóbeteg-szakellátás, szakrendelés

J7 járóbeteg-szakellátás, – gondozás

F1 fekvőbeteg-szakellátás, aktív fekvőbeteg – ellátás

F2 fekvőbeteg-szakellátás, krónikus fekvőbeteg-ellátás

F4 fekvőbeteg-szakellátás, rehabilitációs ellátás

A1 alapellátás, alapellátás

E1 egyéb szolgáltatás, bentlakásos szociális vagy gyermekvédelmi intézményben szervezett egészségügyi ellátás

E3 egyéb szolgáltatás, önálló „megelőző egészségügyi ellátások”

Progresszivitási szint: I–II–III. szint.

Egyéb specifikáció: Nincs

IV. MEGHATÁROZÁSOK

1. Fogalmak

A fogalmak meghatározásához a DSM-5 klasszifikációs rendszert vettük alapul [2].

BMI: testtömegindex (Body Mass Index). Egy mérőszám, amely megmutatja, hogy az egyén normál súlyú, alultáplált, túlsúlyos, vagy elhízott. A kilogrammban vett testtömeget osztjuk a méterben mért testmagasság négyzetével. Mértékegység: kg/m^2 . Felnőttek körében a 18,5 BMI alatti érték soványságot/alultápláltságot, 18,5–25 normál testsúlyt, 25–30 túlsúlyt, 30 fölött elhízást jelez. A BMI gyermekkori alkalmazásához azonban nem használhatók a felnőttkori határértékek, mert a felnőttkor eléréséig folyamatosan változik a gyermek testfelépítése.

Evészcavar: a tágabb értelemben vett evésmagatartás (étrend, testsúlyhoz való hozzáállás, testsúlyszabályozó viselkedés) zavarával járó tünet együttes. A zavar elég súlyos ahhoz, hogy funkcióromlást okozzon a testi és/vagy a lelki egészségben, a társas viselkedésben, a személy jóllétében.

Falásroham: meghatározott idő alatt olyan mennyiségű étel elfogyasztása, ami meghaladja azt, amit az emberek többsége hasonló idő alatt és körülmények között elfogyasztana. A falásrohamok alatt kontrollvesztésérzés áll fenn (az illető nem képes abbahagyni az evést, illetve nem képes kontrollálni, hogy mit és mennyit eszik). Fontos elkülöníteni az objektív és szubjektív falásrohamot [1]. Míg az első a szűkebben értelmezett falásrohamot jelenti, addig a szubjektív falásroham esetén egy átlagos mennyiségű étel fogyasztása kapcsán él át a páciens kontrollvesztést.

Kollúzió: a terapeuta nem akarja vállalni az ellenálló beteggel a konfrontációt, ezért tudattalanul kiszolgálja a beteg patológiás igényeit.

Kompenzáló viselkedés: olyan – többnyire testsúlycsökkentő – viselkedések, melyek a táplálékbevitel vélt vagy valós túlzásait próbálják egyensúlyozni (pl. fokozott testmozgás, önhánytatás, vízajtó-, hashajtóhasználat).

Komorbiditás: társuló betegségek együttes előfordulása, kettő vagy több rendellenesség fellépése egy időben egy személynél, mely nem feltétlenül jelent ok-okozati viszonyt.

Lanugo: finom szőrök, piheaszálak, mely az emberi magzat bőrét borítja.

Pica: tápláléknak nem minősülő anyagok (föld, agyag, kréta, téglá stb.) rendszeres fogyasztását jelenti.

Percentilis görbe: a percentilis görbék vagy táblázatok az adott tulajdonság szempontjából reprezentatív populáció nagyszámú egyedének egyéni mérési adatai alapján készülnek. A percentilis görbe segítségével grafikus formában lehet nyomon követni a gyermek hossz- és súlyfejlődését. A fiúk és lányok tápláltságának megítélésére külön értékelő táblázatokat alkalmazunk [3, 4].

Restriktív étkezési magatartás: az elfogadott táplálékok mennyiségi és gyakran minőségi megszorítása – ide tartozik az össz-kalóriabevitel csökkentése, a zsír- és/vagy szénhidrát dús ételek kerülése.

Rumináció: A lenyelt táplálék szájüregbe való visszajuttatása, melyet kiköpés vagy lenyelés követ (kérődzés).

Testképzavar: a saját test/alak téves érzékelésén alapuló kóros meggyőződés, mely mások testméretének/alakjának helyes érzékelésével jár együtt. Az anorexia nervosa diagnosztikus kritériuma, de más evészavarokban/pszichiátriai zavarokban is szerepet játszik (pl. izomdiszmorfia). A téves meggyőződés mértéke változhat a túlértékelt gondolattól akár a téveszme szintű, meggyőzőhetetlen beszűkültségig.

2. Rövidítések

AACAP: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry – Amerikai Gyermek- és Ifjúsági Pszichiátria Akadémia

AED: Academy for Eating Disorders – Táplálkozási zavarok Akadémia

AN: Anorexia Nervosa – Étvágy elvesztése

ARFID: Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder – Elkerülő/restriktív táplálékbeviteli zavar

BED: Binge eating disorder – Falásroham zavar

BMI: Body Mass Index – Testtömegindex

BN: Bulimia Nervosa – Farkaséhség

BNO: Betegségek Nemzetközi Osztályozása

CBT: Cognitive Behavioral Therapy – Kognitív viselkedésterápia

cQT: frekvenciakorrigált QT intervallum

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Mentális Betegségek Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve

EBM: Evidence Based Medicine – Bizonyítékokon alapuló orvoslás

EDI: Eating Disorder Inventory – Evészavar Kérdőív

EDES: Eating Disorder Evaluation Scale – Étkezési zavarok értékelési skála

EZ: Evészavar

GOR: Gastrooesophagealis reflux

HRT: Habit Reversal Training – Szokás visszafordító tréning

NICE: National Institute for Health and Care Excellence – Egészség és Klinikai Kiválóság Nemzeti Intézete

ON: Orthorexia Nervosa

PAN: Purgáló Anorexia Nervosa – Önhánytató, hashajtókat használó típus

Pc: Percentil érték – Azonos korosztályra jellemző referencia

RAN: Restriktív Anorexia Nervosa – Túlzott testedzés, és diétázás

RANZCP: Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists – Royal Australian és Új-Zéland Pszichiáterek Főiskola

RCT: Randomizált Control Test – Randomizált kontrollált vizsgálat, beavatkozás hatékonyságának mérésére

SIGN: Scottish Intercollegiate Guideline Network – Skót Egyetemek Útmutató Hálózata

SSCM: Specialist Supportive Clinical Management – Szakértői szupportív klinikus betegvezetés

3. Bizonyítékok szintje

1++ Az eredmények olyan magas minőségű meta-analízisből, szisztematikus irodalmi áttekintésből, vagy több randomizált vizsgálatból származnak, melyekben nagyon alacsony a szisztematikus hiba (bias) lehetősége.

1+ Az eredmények jól kivitelezett meta-analízisből, szisztematikus irodalmi áttekintésből, vagy több randomizált vizsgálatból származnak, melyekben alacsony a szisztematikus hiba (bias) lehetősége.

1- Az eredmények meta-analízisből, szisztematikus irodalmi áttekintésből, vagy több randomizált vizsgálatból származnak, melyekben nagy a szisztematikus hiba lehetősége.

2++ Az eredmények jó minőségű kohorsz vagy eset-kontrollvizsgálatok szisztematikus irodalmi áttekintéséből, vagy olyan jó minőségű kohorsz vagy eset-kontrollvizsgálatokból származnak,

melyekben nagyon alacsony a szisztematikus hiba és a zavaró hatások esélye, továbbá a bizonyítékok és következtetések közötti ok-okozati kapcsolat valószínűsége nagy.

2+ Az eredmények jól kivitelezett kohorsz vagy eset-kontrollvizsgálatokból származnak, melyekben alacsony a szisztematikus hiba és zavaró hatások esélye, és a bizonyítékok és következtetések közötti ok-okozati kapcsolat valószínűsége közepes.

2 - Az eredmények olyan kohorsz és eset-kontrollvizsgálatokból származnak, melyekben nagy a szisztematikus hiba és zavaró hatások esélye, és a bizonyítékok és következtetések közötti kapcsolat nagy valószínűséggel nem okozati jellegű.

3 Az eredmények nem kísérleti tanulmányból származnak, pl. esettanulmányok, esetsorozatok.

4 Az eredmények szakmai véleményen, (szakmai kollégium, kutatócsoport, vagy a szakterület vezető egyénisége(i)nek szakértői véleményén) alapulnak.

4. Az ajánlások rangsorolása

A fokozat: az ajánlások legalább egy 1++ fokozatú bizonyítéknak számító meta-analízisen, vagy rendszerezett irodalmi áttekintésen alapulnak, és a saját populációra jól adaptálhatók; vagy legalább 1+ szintű bizonyítéknak számító, a saját populációra jól adaptálható, és egyértelműen hasonló hatást mutató vizsgálatokon alapulnak.

B fokozat: az ajánlások legalább 2++ szintű bizonyítéknak számító, a saját populációra jól adaptálható, és egyértelműen hasonló hatást mutató vizsgálatokon alapulnak; vagy 1++ és 1+ szintű bizonyítékok extrapolálásán alapulnak.

C fokozat: az ajánlások legalább 2+ szintű bizonyítéknak számító, a saját populációra jól adaptálható, és egyértelműen hasonló hatást mutató vizsgálatokon alapulnak; vagy 2++ szintű bizonyítékok extrapolálásán alapulnak.

D fokozat: az ajánlások 3–4 szintű bizonyítékon; vagy 2+ szintű bizonyítékok extrapolálásán alapulnak.

V. BEVEZETÉS

1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása

Az evészavarok rendkívül súlyos pszichoszomatikus betegségek, gyermekkorban a harmadik leggyakoribb krónikus betegségként vannak nyilvántartva [5]. Mind az egyre korábbi betegségkezdés, mind a betegség szomatikus szövődményei, a magas halálozási ráta [4, 5], a gyakori és jelentős életminőség károsodás, valamint az idő- és költségigényes kezelés súlyos terheket jelent népegészségügyi, társadalmi és gazdasági szinten egyaránt, nem elhanyagolva a családok és páciensek terheit sem [6].

Mindezek mellett a kórképek dinamikus változékonysága is indokolja az irányelv megszületését. A tünettan, a megjelenési forma, az életkori sajátosságok, a nemi arányok rengeteget változtak az elmúlt évtizedeken, az evészavarokat már nem a fehér, nyugati nők betegségeként tartjuk számon [8]. Az utóbbi évtizedben számos új kórkép látott napvilágot, melyek korai felismerése és kezelése rendkívül fontos a páciens későbbi életminősége szempontjából.

Magyarországon nincs egységes álláspont a gyermekkori evészavarok kezelését illetően, különböző házi protokollok, eltérő szemlélet, gyakorlat nehezíti a betegek és családok útját az egészségügyben és végső soron a betegek gyógyulását [9, 10].

Szakmai irányelv célja

Jelen irányelv célja, hogy az evészavarokkal kapcsolatos korszerű bizonyítékon alapuló ismereteink tudományos összefoglalásával segítse a betegség minél korábbi felismerését, kezelésének hatékonyságát, ezen keresztül javítsuk a páciensek és családjaik életminőségét, kivédjük a következményes komorbid állapotokat, csökkentjük a hospitalizációt, illetve az iskolai hiányzások időtartamát, a szülők által táppénzen töltött napok számát és az egészségügyet terhelő felesleges költségeket.

Az evészavarokon belül részletesen kitérünk az anorexia nervosára, a bulimia nervosára, a falásroham zavarra, az elkerülő restriktív evészavarra, és a szubklinikai evészavarokra. Mellékletben írunk a klinikai szempontból fontos egyéb evészavarokról. Bár az obezitás is az evészavarok közé tartozik, ennek részletesebb elemzése nem képezi az irányelv részét.

2. Felhasználói célcsoport

Egészségügyi szolgáltatói kör:

- gyermekpszichiátriai szakellátás (gyermekpszichiáter, pszichológus),
- egészségügyi alap- és szakellátás: házi gyermekorvos, ügyeletes orvos, szomatikus orvos (gasztroenterológus, kardiológus, nőgyógyász, endokrinológus), iskolaorvos, sportorvos, védőnő, dietetikus,
- evészavarok ellátásában képzett, terápiát is vállaló szakemberek (pszichoterapeuta).

Nem egészségügyi személyek: páciens, szülő, pedagógus, edző, gyermek-, ifjúságpszichiáter és addiktológus konzultáns.

Beteg spektrum: gyermekek és serdülőkorúak, akik a táplálkozás-magatartás problémáival küzdenek.

Ellátási szintek: alapellátás, szakellátás, kórházi fekvőbeteg-ellátás, rehabilitáció és regionális ellátási szint.

Fontosnak tartjuk a különböző egészségügyi területen dolgozó szakemberek tájékoztatása mellett a páciensek és az őket körülvevő szűkebb és tágabb környezet korszerű informálását, jelezve ezzel az egészségügy keretein is túlmutató multidiszciplinaritást. A terápia során a páciens környezetére – szüleire, pedagógusaira és edzőire – kompetens segítőként gondolunk, igyekszünk őket a gyógyulást segítő csapat részévé tenni [11]. Az irányelv az ő számukra elsősorban – a mellékletben szereplő – tájékoztatók és könyvajánlások formájában segít. Az evészavaros páciensek diagnosztizálásában és kezelésében részt vevő szakmák (gyermekpszichiáter, pszichológus, házi gyermekorvos, belgyógyász, nőgyógyász, neurológus stb.) számára az irányelv gyakorlatorientált útmutatót kínál. Az irányelv célja a szakmai kompetenciák biztonságos növelése, a felismerés és szűrés javítása, a különböző szakterületek képviselőinek hatékony együttműködésének elősegítése.

Az evészavaros páciensek és családok integratív terápiáját végző szakemberek számára az irányelv tartalmazza a terápiás evidenciákat, a korszerű kezelési lehetőségeket, az ajánlott szemléletet, segítve ezáltal a terápiás hatékonyság növelését. A terápiák finom részleteinek ismertetése meghaladja az irányelv kereteit.

Az irányelv hasznos lehet a szakmai döntéshozók, ellátásszervezők számára is, korszerű, bizonyítékon alapuló orvoslásra támaszkodó ismeretanyagával a világszerte elfogadott és követendő megközelítést képviselve. Az irányelv célja továbbá, hogy a betegek, betegképviselők és egyéb civil szervezetek számára az ellátás szabályaiba betekintést nyújtson.

3. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel

Egészségügyi szakmai irányelv előzménye:

Hazai egészségügyi szakmai irányelv ebben a témakörben még nem jelent meg.

Kapcsolat külföldi irányelv(ek)kel:

Jelen irányelv az alábbi külföldi szakmai irányelvek adaptációjával készült:

Szerző(k): Hay P, Chinn D, Forbes D, Madden S, Newton R, Sugenor L, Touyz S, Ward W.

Tudomány Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists

os

szervezet: Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders

Cím:

Australian & New Zealand Journal of Psychiatry 2014;48(11):1–62

Megjelenés

adatai: <https://www.ranzcp.org/Files/Resources/Publications/CPG/Clinician/Eating-Disorders-CPG.aspx>

Elérhetőség:

g:

Szerző(k): Lock J, La Via MC and the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI)

Tudomány

os

szervezet: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

Cím: Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Eating Disorders

Megjelenés Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 2014,

adatai: Volume 54, Issue 5, 412–42.

Elérhetőség [https://www.jaacap.org/article/S0890-8567\(13\)00819-8/fulltext](https://www.jaacap.org/article/S0890-8567(13)00819-8/fulltext)

g:

Szerző(k): Nicholls D. et al.

Tudomány

os Royal College of Psychiatrists
szervezet: Junior MARSIPAN: Management of Really Sick Patients under 18 with
Cím: Anorexia Nervosa.

Megjelenés 2012

adatai: <https://www.rcpsych.ac.uk/usefulresources/publications/collegereports/cr/cr>

Elérhetőség 168.aspx

g:

Szerző(k): Bateman A., Hunter M. et al.

Tudomány National Institute for Health and Care Excellence

os
szervezet: Eating disorders: recognition and treatment

Cím: 2017

Megjelenés <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/resources/eating-disorders-recognition-and-treatment-pdf-1837582159813>
adatai:

Elérhetőség

g:

Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai iráyelv(ek)kel:

Jelen iráyelv nem áll kapcsolatban más hazai egészségügyi szakmai iráyelvvvel.

VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE

Anamnéziszfelvétel és első interjúra vonatkozó ajánlások, diagnosztika, differenciáldiagnosztika

Ajánlás 1

A különböző típusú evészavarok diagnózisának felállításához elengedhetetlen a részletes pszichiátriai vizsgálat, mely az egyéni és családi kórelőzményeket, illetve az evéssel kapcsolatos magatartás részletes explorációját is tartalmazza. A klinikai diagnózis a tünetek alapján a diagnosztikus rendszerek (BNO-10, DSM-5) segítségével állítható fel. Mind a BNO-10, mind a DSM-5 szakértői konszenzuson alapuló diagnosztikai kritériumrendszer. (A)

Ajánlás 2

Az evészavar diagnózis felállítása ideális esetben gyermekpszichiátriai kompetencia, amennyiben gyermekpszichiáter nem elérhető, akkor háziorvos, gyermekgyógyász és pszichológus közreműködésével is megvalósulhat. (C)

Ajánlás 3

Az első interjú a szülő részvétele elengedhetetlen. A család vagy a gyermek hibáztatása helytelen és az együttműködést rontja. A családtagokra potenciális erőforrásként tekintünk. (C)

Az első találkozásra az érintett gyermeket és lehetőleg mindkét szülőt várjuk, de legalább egy szülő jelenléte fontos. Pontos anamnézisére és heteroanamnézisére van szükség, melynek célja az evészavarra vonatkozó jellemzők feltárása.

Evészavar specifikus testi és magatartásbeli tünetei

E tünetek feltárása a páciens környezetében élő, nem evészavaros személyt (szülőt vagy más családtagot) is bevonva történjen. Erre azért is van szükség, mert az evészavarban érintett gyermek-serdülőkorú beteg csekély betegségbelátással rendelkezik, nem érzékeli sem tünetei súlyosságát, sem a szövődmények veszélyességét.

Az alultápláltság megítélése gyermekeknél az életkorra illesztett testsúly, testmagasság és BMI percentilisek alapján történjen (lásd 1. számú táblázat).

Tisztázandó kérdések:

- a testsúly változásai, a fogyás dinamikája: súlyvesztés vagy növekedési elmaradás,
- a beteg által ideálisnak tartott testsúly,
- táplálék- és folyadékbeviteli szokások felmérése,
- az étel és a bevitt folyadék mennyisége (mit, milyen mennyiségben és mikor fogyaszt átlagosan egy nap, illetve az elmúlt napokban?),
- a falásrohamok során elfogyasztott étel mennyisége (objektív vagy szubjektív falásroham),
- falásroham esetén van-e kontrollvesztés élménye,
- az étel minőségével kapcsolatos kérdések: ételek vagy összetevők elkerülése (ha igen, akkor mit és mi okból?),
- étkezési szokások, rituálék: sajátos étkezési szokások pl. kerüli a közös étkezéseket, merev, ritualisztikus módon eszik, lassan, elnyújtva fogyaszt kis adagokat, apró falatokra vágja az ételt, kicsi tányérból eszik,
- fokozott fizikai aktivitás: mit, mikor mennyit sportol? Vannak-e ebben kényszeres elemek?,
- kompenzáló viselkedés: túlzott mennyiségű sportolás, hánytatás, hashajtók, vízhajtók, fogyasztószeres, drogok használata testsúlycsökkentés céljából,
- kognitív eltérések: testképzavar, testtel való elégedetlenség, gyarapodástól való félelem,
- az éhezés következményeként gyakori a gondolkodás meglassulása, figyelmi és emlékezeti problémák, koncentrációs nehézségek. Gyakran megfigyelhető továbbá a gondolkodás rugalmasságának (paradigmaváltási képesség avagy szempontváltási képesség) beszűkülése,
- önsértő viselkedésformák, addikciók.

Fogyáshoz társuló gyakori testi tünetek és panaszok

- általános megjelenés: soványság, sápadt beesett arc, a bőr alatti zsírszövet atrófiája, fáradtság- és gyengeségérzet, csökkent fizikai terhelhetőség,
- bőr és bőrfüggelékek: sápadt, száraz, berepedezett bőr, lanugo, fénytelen, töredezett haj, hajhullás, berepedt szájszög, gyulladt körömágy, töredezett köröm, acrocyanosis,
- kardiovaszkuláris eltérések: leggyakrabban bradycardia, a korrigált QT idő (cQT) megnyúlása, low voltage, repolarizációs zavar, hypotonia, ortosztatis hipotenzió, fokozott vagus tónus, a mitrális billentyű prolapszusa, csökkent bal kamrai falvastagság és izomtömeg, csökkent kontraktilitás és pericardialis folyadékgyülem. Előfordulhat bokaduzzanat (ödéma),
- hypothermia,
- só-vízháztartás eltérései: hypernatraemiás exsiccatio gyakori, nagy mennyiségű elektrolitszegény folyadék fogyasztása esetén hyponatraemia, önhánytatás, vagy vízajtó és hashajtó abúzus kapcsán hypokalaemia fordulhat elő,
- újratápláláskor gyakori a hypophosphataemia,
- gastrointesztinális eltérések: hasi fájdalom, mely gyakran evéshez kapcsolódik, tapintható scibala, székrekedés, analis fissura. Excesszív postprandialis (evést követő) hasi fájdalom felveti az arteria mesenterica superior szindróma gyanúját, de az esetek többségében a fogyás miatt csökkent emésztőnedv-termelés okozza,
- nőgyógyászati eltérések: szabálytalan menses, a primer vagy szekunder amenorrhea egyértelműen kórjelző, tartós betegség fennállás infertilitáshoz vezet,
- hosszú távú következmények: a menarche fogyás miatti elmaradása, illetve a menstruációs ciklus megszűnése maradandó osteopeniát és csökkent végleges testmagasságot okozhat, mely a csökkent csontképződés és a fokozott csontreszorpció következtében alakul ki. Az osteopenia kialakulásáért számos faktor tehető felelőssé anorexia nervosában: alacsony ösztrogén, csökkent inzulinszerű növekedési faktor-1 és emelkedett kortizol szintek, csökkent kalcium és D-vitamin-bevitel. A csont ásványianyag-sűrűség értékek összefüggést mutatnak az AN kezdetének és fennállásának idejével és a testtömegindexszel. A teljes test csontsűrűsége önmagában a testtömeg gyarapodására is elkezd javulni, még akkor is, amikor a menses még nem tér vissza. Az osteopenia elsődleges „terápiája” tehát a súlygyarapodás,
- a hossznövekedés zavarának kialakulásában döntő szerepet játszik, hogy a korai kezdetű AN a nemi érés mely szakaszában kezdődik el. Minél inkább a pubertás és a fejlődés korai szakaszában indul az AN, annál inkább okoz növekedési retardációt és csökkentheti a végleges várható, genetikailag determinált testmagasságot [12].

Egyéb fontos kérdések:

- családi struktúra, genogram, változások a családi struktúrában, evéshez, testhez való viszony a családban,
- családi anamnézis (mind szomatikus, mind pszichiátriai szempontból, különös tekintettel evészavarra, szubklinikai evészavarokra, affektív és szorongásos kórképekre),

- életút, életesemények, trauma, veszteségek, ezek összefüggése a testsúllyal, testtel való elégedetlenséggel,
- betegségbelátás és motiváció felmérése.

Szomatikus kivizsgálásra vonatkozó ajánlások

Ajánlás 4

Az első alkalommal részletes fizikális vizsgálat (belgyógyászati és neurológiai), vérnyomás mérés, EKG és labor elengedhetetlen. A további szomatikus vizsgálatok elvégzése javasolt a lehető leghamarabb, a fogyáshoz vezető esetleges szervi ok kizárása céljából. Sürgősségi paramétereket alapul véve a kockázatbecslés elengedhetetlen. (A)

A vizsgálatok egyrészt a szomatikus differenciáldiagnózis, másrészt a kockázatbecslés érdekében javasoltak [12].

Szomatikus vizsgálatok, egyéb szomatikus betegségek és esetleges szövődmények feltárása testsúlycsökkenés esetén

- rutin gyermekorvosi vizsgálat,
- pulzuszámolás – állva, fekvő, valamint terhelés (pl. 20 guggolás) után, a nyugalmi bradycardia mértékének meghatározására, illetve a szívfrekvencia variabilitás becslésére,
- vérnyomás és testhőmérséklet mérése,
- malnutríció tüneteinek regisztrálása: bőrszárazság, töredezett körmök, hajhullás, hipertrichosis, lanugo, cheilosis, viszketés, sárgás színezetű bőr.

EKG vizsgálat: az eszközös vizsgálatok legfontosabb része, tekintettel a bradycardia gyakoriságára és potenciálisan életveszélyes voltára. Az első elvégzendő vizsgálatok között szerepel, testsúlytól függetlenül. Normál BMI melletti markáns fogyás esetén is feltétlenül indokolt az EKG, súlyos bradycardia itt is előfordulhat.

Laboratóriumi vizsgálatok

- kémiai vizsgálatok: nátrium, kálium, klorid, kalcium, magnézium, foszfát, éhgyomri vércukor, vas, összfehérje, albumin, kreatinin, karbamid, koleszterin, HDL-koleszterin, triglicerid, LDH, GOT, GPT, GGT, CRP,
- menarche előtt, ill. fiúknál: pajzsmirigy-hormonok, reggeli kortizol,
- menarche után: pajzsmirigy-hormonok, FSH, LH, ösztadiol, reggeli kortizol,
- kvantitatív és kvalitatív vérkép: neutropénia gyakori szövődmény (éhezés miatti myelosuppressio).

Képpalkotó vizsgálatok: Mellkas-röntgenfelvétel, hasi ultrahangvizsgálat a fogyáshoz vezető esetleges szervi okok kizárása, következményként kialakuló kórállapotok verifikálása céljából. Evést követő erős hasi fájdalom felveti az arteria mesenterica superior szindróma lehetőségét (az ér megtöretése a hasi

zsírszövet hiánya miatt erős, ischaemiás típusú postprandialis fájdalmat okozhat), melyet ultrahang igazolhat. Lányoknál kismencedei ultrahang a női nemi szervek állapotának felmérésére. 8–12 hónapnál régebben fennálló evészavar betegség esetén a csontok állapotának vizsgálata (kéztő röntgen, osteodenzitometria).

Szomatikus vizsgálatok, szövődmények purgálás, ill. más invazív kompenzáló módszerek (hashajtók, vízajtók, drogok) gyanúja esetén

A fenti vizsgálatokon túl purgálás, ill. más invazív kompenzáló módszerek (hashajtók, vízajtók, drogok) gyanúja esetén a következőkre kell figyelemmel lenni [13]:

- bőrtünetek: az önhánytatás jele lehet, a kéz dorsalis felszínén, leggyakrabban a metacarpophalangealis ízület felett található horzsolás, hámszárazság, krónikus esetben bőrkeményedés (Russell-jel),
- szem és orr: hánytatás miatt subconjunctivalis bevérzés, recidív orrvérzés,
- száj-garatképletek: savas felmaródások, fogzománc-károsodás, fogszuvasodás, fogágybetegségek, nyálmirigyek megnagyobbodása, (leggyakrabban a parotis-mirigyek – „hörcsögarc”). Savas reflux miatt torokfájás, hangszalaggyulladás, rekedtség, krónikus köhögés,
- gastrointestinalis szövődmények: gastro-oesophagealis reflux, nyelési nehézségek, fájdalmas nyelés. Krónikus esetben a nyelőcső felmaródása, fekélye, vérzése. A nyelőcsőfekély (Barrett-oesophagus) prekancerózus állapot, melyre érdemes szűrni a savcsökkentő kezelésre nem reagáló betegeket. A legsúlyosabb szövődmény excesszív önhánytatás esetén: a nyelőcső ruptúrája (Boerhaave szindróma) sebészeti sürgősségi állapotot jelent. Az endoszkópos vizsgálatok gyakran nem tárnak fel jelentős szervi eltérést, és a szervi eltérések nem korrelálnak a szubjektív panaszokkal. Felső panendoszkópia minden, évek óta önhánytatást végző betegnél indokolt, illetve minden olyan betegnél, akiknél friss dysphagia lép fel,
- folyadék- elektrolitháztartás: kiszáradás, hypokalaemia gyakori. Pseudo-Bartter szindróma: az aldosteron termelés kiszáradás miatti fokozódása, hypokalaemia és metabolikus alkalózis kíséri. Gyors ütemű infúziós elektrolitpótlás gyakran ödémával jár. A K pótlás addig hatástalan marad, amíg a folyadékhiány nem rendeződik. Ebben az esetben az újratáplálással óvatosan kell haladni: 50–75 kcal/óra. Az ödéma általában néhány hét alatt megszűnik. A kiszáradással, önhánytatással együtt járó alacsony K szintet nem sikerül rendezni, ha nem keressük és kezeljük először a metabolikus alkalózist,
- szív-érrendszer: a kiszáradás kapcsán nyugalmi és terhelési tachycardia, orthostaticus hypotonia és hypotensio alakul ki. Az emetin tartalmú köptetők (ipekakuána) fogyasztása nagy mennyiségben kardiotoxikus lehet, arrythmiákhoz, hirtelen szívhalálhoz vezethet,
- tüdő: a hányadék aspirációja, az öklendezés miatt pneumomediastinum,
- idegentest: hánytatáshoz használt eszköz gyomorban, nyelőcsőben,
- hashajtó abúzus: legveszélyesebbek a stimuláns típusú hashajtók, (phenolphthalein, senna, bisacodyl, anthraquinone) mert nagy mennyiségű, hirtelen vízvesztéssel járó hasmenést okoznak. A rendszeres hashajtó használat enyhébb szövődménye az obstipáció, mely általában a hashajtó használat leállításával rendeződik, de ez hetekig eltarthat. Súlyosabb esetben a hashajtókhoz

habituálódott, a stimuláns hashajtók toxicitása miatt nyálkahártyájában, izomrétegeiben és idegsejtjeiben is károsodott vastagbél elveszti motilitását [14]. Szisztémás hatások: hipovolaemia, elektrolitzavar, sav-bázis eltérések.

Pszichiátriai komorbiditásra vonatkozó ajánlások

Ajánlás 5

Az evészavarok sikeres kezeléséhez elengedhetetlen a diagnózis felállításakor a betegség tüneteinek, súlyosságának felmérésén túl az esetlegesen társuló pszichiátriai komorbid állapotok feltérképezése. (A)

Ajánlás 6

Komorbid kórkép(ek) jelenlétének a gyermekpszichiátriai vizsgálat elengedhetetlen. (A)

Komorbid pszichiátriai betegségek

A leggyakoribb komorbiditások: szorongásos zavarok, depresszió, kényszerbetegség, szerhasználat, szuicidalitás és szándékos önsértés. Ezekre a kivizsgálás során rá kell kérdezni. Az éhezés önmagában triggereli depressziós, kényszeres és szorongásos tünetek megjelenését, erre a nők fogékonyabbak, mint a férfiak [15].

Komorbiditás szempontjából a személyiségzavarokat fontos még kiemelni, jelenlétük az evészavarok mellett gyakoribb, mint más I-es tengelyű betegségek mellett [16, 17, 18]. Leggyakoribbnak a C-cluster személyiségzavarokat írták le, ezt követték a B-cluster, majd az A-cluster kórképek [17]. Magyarországon a személyiségzavarok evészavarok melletti diagnosztizálása messze elmarad a szakirodalmi mutatóktól, pedig fontos terápiás hozadéka lenne, hisz ismert, hogy jelenléte rosszabb prognózist sejtet [18, 19].

Differenciáldiagnózisra vonatkozó ajánlások

Ajánlás 7

Szomatikus differenciáldiagnózis: a fejezetben részletezett szomatikus vizsgálatok alapján lehet az evészavar tüneteivel átfedést mutató kórképeket elkülöníteni. Ezért ezek elvégzése feltétlenül, minden esetben indokolt. (A)

Szomatikus betegségek, melyek fogyáshoz vezetnek, kizárandók: pajzsmirigy-túlműködés, glukokortikoid alultermelés, Addison-kór, gastroenterológiai betegségek (gyulladásos bélbetegségek, gyomor- vagy nyombélfekély, coeliakia), diabetes, autoimmun kórképek, krónikus gyulladások, daganatos betegségek [20].

Ajánlás 8

Pszichiátriai differenciáldiagnózis: depresszió, kényszerbetegség, szorongásos zavarok, pszichózis. A tünetek időbeli lefolyásából, dinamikájából, jellegéből meg kell állapítani, hogy komorbiditásról beszélünk, vagy az evészavaros tüneteket egy másik pszichiátriai kórkép jobban magyarázza. (A)

Az alábbi pszichiátriai betegségekben előfordulhat megváltozott evésmagatartás: hangulatzavarok, kényszerbetegség, szorongás (különösen: nyelésfóbia, hányásfóbia), pszichózis, szerhasználat, falászavar. Ezeket az anorexiától és a bulimiától a testképzavar hiánya, illetve a testsúly/alak kitüntetett fontosságának hiánya különíti el az alaptüneteken túl.

Potenciális tévedési lehetőségek

Fel nem ismert szervi okoknak a lehetősége mindig fennáll, mert számos más betegség okozhat hasonló tüneteket. Ebben az esetben viszont irányadó, hogy az evészavarok gyakoriak, az összes többi betegség ezzel ellentétben gyermek- és serdülőkorban viszonylag ritka. A táplálás újrakezdésével nem ártunk, sok esetben diagnosztikus, amennyiben provokálhatja az addig rejtett evészavaros tünetek megjelenését (étkezés elkerülése, étel elrejtése, önhánytatás, dührohamok stb.).

Szomatikus és pszichiátriai kockázatbecslésre vonatkozó ajánlások

Ajánlás 9

A kockázatbecslés részei az aktuális állapot, az elvégzett vizsgálatok eredményei, komorbid depresszió mértéke, szuicid veszély mértéke, a kezelési tervekkel való együttműködés készsége, beszűkültség mértéke, gyógyulásra való motiváció, a páciens egészségmagatartása. A kockázatbecslésnél a fenti paraméterek együttes mérlegelése szükséges. Szomatikus és/vagy pszichiátriai sürgősség esetén azonnali kórházi felvétel indokolt. (A)

Szomatikus szempontból sürgős kórházi felvétel kritériumai [21]

- 40/perc alatti bradycardia,
- veszélyeztető arrhythmia,
- 12–13 kg/m² alatti testtömegindex (BMI), vagy a kor szerint és magasság szerint elvárható testsúly 75%-a alatti testsúly vagy nagyon gyors súlyvesztés,
- napi 600 kcal táplálékbevitel alatti fogyasztás,
- kiszáradás,
- gyakori önhánytatás (napi rendszeresség),
- hypokalaemia,
- sav-bázis háztartás zavarai,
- hypothermia (<35,5 Celsius fok),
- hypotensio: szisztolés vérnyomás <80 Hgmm, diasztolés érték <40 Hgmm,
- ortosztatisztikus instabilitás: Vérnyomásmérés legalább egy perc fekvés után, majd felállás után egy perccel. Kórjelző, ha a pulzus emelkedés>20/perc, systolés vérnyomás csökkenése >20 Hgmm,
- cQT intervallum (frekvenciakorrigált QT intervallum) megnyúlása (>450 msec).

Pszichiátriai szempontból sürgős kórházi felvétel kritériumai

- súlyos komorbid depresszió öngyilkossági szándékkal,
- pszichotikus szintű testképzavar és beszűkültség, mely miatt nem képes az állapotát javító intézkedésekkel együttműködni. Ebben az esetben felmerül gyógyszeres kezelés, ill. fokozott biztonságú intézmény szükségessége [1].

Kezelési formára vonatkozó ajánlások

Ajánlás 10

Első választandó kezelési formaként az ambuláns kezelés javasolt, kivéve ha szomatikus vagy pszichiátriai szempontból veszélyeztető állapot áll fenn (lásd kockázatbecslés). (A)

Az utóbbi években született több RCT is arra mutat rá, hogy – a sürgősségi esetektől eltekintve – a kórházi és ambuláns (vagy nappali kórházi) kezelés eredményessége hasonló, vagyis a kórházban történő kezelésnek nincsen addicionális terápiás előnye az ambuláns ellátáshoz képest [7, 22].

Ajánlás 11

Sürgős felvétel esetén a hiányzó betegségbelátás miatt nem támaszkodhatunk a beteg beleegyezésére. A szomatikus és/vagy pszichiátriai sürgősség ugyanúgy sürgősségi felvétel indikációját jelenti, mint pl. egy szuicid krízis (önmagára veszélyeztető állapot). (A)

Ajánlás 12

Osztályos felvétel oka lehet a család együttműködési nehézségei, kimerülése, vagy ha a terápián való részvétel földrajzi távolság miatt akadályozott. (D, relatív indikáció)

Mérlegelni kell a kórházi felvételt, ha a családi együttélés súlyosan zavart, például fokozott ellenségesség, kritikusság, elmérgesedett évés körüli konfliktusok, bántalmazás és elhanyagolás esetén, illetve ha a beteg állapotának javítása ambuláns terápiával nem megoldható, például messze lakik vagy a szülők nem vállalják a gyermek szállítását.

Ajánlás 13

Osztályos felvételt az ambuláns terápia sikertelensége, elakadása is indokolhatja. (D, relatív indikáció)

Intézményi háttérre vonatkozó ajánlások

Ajánlás 14

Általános alapelv, hogy mind a szomatikus, mind a pszichés kontroll és betegvezetés párhuzamosan történjen a betegeknél. (A)

Hazánkban sajnos még nem alakult ki az evészavaros betegekre specializálódott intézményhálózat, ennek kialakítása elodázhatatlan. Optimális esetben a betegek kórházi kezelése olyan intézményben kellene történjen, ahol rendelkezésre áll mind a szomatikus vizsgálatokhoz és ellátáshoz szükséges infrastruktúra és személyzet, mind a pszichodiagnosztikához és pszichoterápiás ellátáshoz szükséges

személyzet. Amennyiben ez nem lehetséges, akkor a veszélyeztetettség jellege szerint kell eljárni: szomatikus sürgősség esetén a területileg illetékes gyermekgyógyászati, szükség esetén intenzív osztályos felvétel javasolt a testsúly stabilizálása céljából, ehhez a területileg illetékes gyermekpszichiátriai osztály vagy ambulancia konzultációs háttérrel biztosít. Pszichiátriai sürgősség esetén azonban gyermekpszichiátriai osztályon történő elhelyezés az elsődleges.

A súlyos alultápláltság miatt életveszélyes állapotban lévő gyermekeknél a nemzetközi ajánlásokban az újratáplálás megkezdése elsőbbséget élvez a pszichiátriai szakellátásba való bekerüléssel szemben. Hazai tapasztalatunk azonban az, hogy az újratáplálással párhuzamosan, kiemelten fontos a beteg gyógyulással kapcsolatos motivációjának elérése és pszichoterápia mihamarabbi megkezdése [11].

Az ambuláns gondozást gyermekpszichiátriai ellátás elérhetetlensége esetén végezheti orvosi szempontból a háziorvos, terápiás szempontból pszichológus. Fontos, hogy a két szakember konzultáljon egymással, állapotodjanak meg abban, hogy a súlykontroll, illetve a táplálkozási magatartás követése melyikük kompetenciája.

Szomatikus terápiára vonatkozó ajánlások

Ajánlás 15

Újratáplálást általában javasolt napi 20–40 kcal/kg adaggal kezdeni, azonban a kalóriabevitel nem lehet kevesebb, mint amennyit a beteg a terápia megkezdése előtt evett. A gyarapodáshoz a kezdő kalóriabevitelt napi 100–200 kcal-val lehet fokozatosan emelni. Kivételek lásd lentebb [21]. (A)

Ajánlás 16

Magas energiatartalmú, gyógyászati célra szánt tápszerek felajánlhatóak. Lehetőség szerint ezek igénybevételéről a beteg és orvos együtt dönt. (D)

Ajánlás 17

Az újratáplálás leggyakoribb szövődménye az újratáplálási szindróma. Ennek elkerülése és szükség szerinti kezelése érdekében az ionok (nátrium, kálium, foszfát, magnézium, kalcium) rendszeres monitorozása, szükség esetén pótlása javasolt. (A)

Ajánlás 18

A szondatáplálás alkalmazása a büntető jellege miatt komoly megfontolást igényel. Megfelelően végzett motiváló szakasz után, veszélyeztető szomatikus állapotú, továbbra is beszűkült, súlyosan restriktív betegeknél terápiás szerződésben foglaltak mentén (tehát a beteggel előre megbeszélte és elfogadott paraméterek szerint) alkalmazható. Ebben az esetben az újratáplálás javíthatja a pszichés beszűkültséget is. (A)

Ajánlás 19

A normál táplálkozási magatartás eléréséig ártalomcsökkentésként javasolt multivitamin és különösen D-vitamin- és kalcium pótlás. (D)

Ajánlás 20

Az újratáplálás lehetőség szerint a beteg saját étrendbeli preferenciáit használva, dietetikus bevonásával történjen. (B)

Az evészavarral élő páciensek mindenképp táplálkozási tanácsadást és az evésmagatartás rendszeres kontrollját (súlymérés, az elfogyasztott ételmennyiség, súlycsökkentő eljárások) igénylik, ez történhet ambulánsan vagy kórházban. A táplálkozási tanácsadás tekintetében dietetikus bevonása ajánlott.

Hosszabb éhezést vagy tartós alultápláltságot követő újratáplálás potenciálisan életveszélyes szövődménye az **újratáplálási szindróma**. A szindróma elsősorban súlyosan alultáplált betegnél alakul ki. E betegeknél a táplálás megkezdésekor súlyos ion- és folyadékháztartási zavarok léphetnek fel, a legveszélyesebb a hypophosphataemia: következménye szívelégtelenség, izomgyengeség, rekeszizom bénulás, rhabdomyolysis, epilepsziás görcsök, immundiszfunkció lehet, de akár halált is okozhat. A jelenség nem függ a táplálás módjától, akár orális, enterális vagy parenterális úton történő újratáplálás esetén is felléphet [12]. Súlyosan alultáplált anorexiás serdülők 75%-ában a szérum foszfát szint mélypontja a kórházi felvétel első hetében alakul ki [21].

Ezen tapasztalatok alapján fontos hangsúlyozni, hogy a súlyosan alultáplált serdülő betegek újratáplálását kórházi körülmények között, illetve szoros orvosi monitorizálás mellett kell megkezdeni, továbbá az újratáplálást fokozatosan szabad csak bevezetni.

Az újratáplálási szindróma veszélye miatt azonban ne adjunk kevesebb kalóriát a páciensnek, mint amennyire szüksége van. A bevitt kalóriamennyiségnél jobban befolyásolta a hypophosphataemia megjelenését az alultápláltság mértéke.

A terápiás ajánlások a foszfát korai pótlását, a táplálékmenyiség fokozatos emelését, az ion- és kardiális státusz szoros ellenőrzését javasolják.

Megjelentek RCT közlemények, melyek szerint az 1500–1600 kcal/nap átlagos (szondán át folyamatosan történő) újratáplálással, profilaktikus foszfátpótlást alkalmazva nem találtak szignifikáns eltérést a hagyományosan (alacsony kezdődózisokkal, bolusban) táplált anorexiás serdülőkhez képest, a kórházi kezelés azonban jelentősen lerövidült [23, 24].

A kálium és magnézium szint újratáplálást követő változásai is okozhatnak arrythmiákat, izomgyengeséget [8].

Újratáplálási szindróma rizikófaktorai [8, 21]

- nagyon alacsony testsúly, BMI <12,
- a Junior MARSIPAN irányelv hármas kockázati besorolást alkalmaz BMI szerint: alacsony (15 felett), közepes (13–15 között) és magas (13 alatt) [21],
- ha a páciens már napokig nem evett semmit,
- nagyarányú, gyors lefolyású súlyvesztés,
- elektrolitzavar az újratáplálás előtt,
- kardiológiai problémák – különösen szívelégtelenség,

- alkohol, drog- vagy gyógyszerfogyasztás (inzulin, diuretikumok, savlekötők).

Újratáplálási ajánlások

- a kórházban bevitt kalória mennyisége semmiképp ne legyen kevesebb, mint a felvételt megelőzően,
- a 20-40 kcal/testtömeg (kg)/nap újratáplálás a legtöbb beteg számára biztonságos,
- az elektrolit és különösen a foszfát szintet (norm. 0,81–1,46 mmol/l) monitorozni kell,
- a kockázat csökkenthető, ha a táplálék szénhidrát tartalma nem haladja meg a 40–50 százalékot,
- a foszfát szint esésekor meg kell állni a kalóriaadag növelésével, és meg kell kezdeni a foszfátpótlást, a bevitt energiamennyiséget nem kell csökkenteni,
- az újratáplálási szindróma szempontjából magas rizikófaktorral rendelkező betegeknél javasolható az alacsonyabb kezdeti energiabevitel – 10 kcal/testtömeg (kg)/nap vagy a foszfátpótlás újratáplálással párhuzamos megkezdése és akár napi kétszeri ellenőrzés [21],
- nasogastrikus szondán át tápláltaknál, vagy rizikófaktorral rendelkező betegeknél az első héten naponta javasolt a foszfát szint ellenőrzése,
- a rizikófaktorral nem rendelkező, orálisan táplált betegeknél a vérvétel gyakorisága személyre szabható,
- a teljes szükséges napi energiamennyiség elérése 5–7 nap alatt történjen, napi 100–200 kcal-val emelhető a bevitt energiamennyiség,
- veszélyeztető mértékű, kórházi felvételt igénylő hypophosphataemia: 0,4 mmol/l alatt [21].

A nemzetközi szakirodalom szerint az újratáplálással 16 kg/m² BMI közeli állapot elérése a cél. Az angolszász területeken 15 kg/m² BMI alatt megkezdik az újratáplálást, többnyire nasogastricus szonda útján [7, 8]. A hazai gyakorlatban a szondatáplálást nem alkalmazzuk rutinszerűen, inkább a motivációs eszközökkel és pszichoterápiával nem megközelíthető és szomatikusan veszélyeztető állapotú gyermekeknél alkalmazzuk utolsó eszközként.

Ajánlás 21

A szomatikusan nem vagy kevésbé veszélyeztetett páciensek ambuláns terápiája során ritkább, de rendszeres kontrollvizsgálatok elvégzése javasolt (labor, EKG). Ezt végezheti gyermekpszichiáter, vagy házi gyermekorvos a teljes szomatikus gyógyulásig (célsúly elérése, rendszeres menstruáció megjelenése). A vizsgálatokra vonatkozó javaslatot lásd Az „Útmutató háziorvosoknak” mellékletben. (A)

Heti 0,5–1 kg súlygyarapodás várható el rendszeres pszichoterápia mellett. A testsúly rendszeres – kezdetben napi szintű – mérése nagyon fontos paramétere a változásnak. Az alábbi szomatikus vizsgálatok feltétlenül javasoltak:

- EKG: fogyás esetén hetente, folyamatos gyarapodás és 15-ös BMI felett havonta. EKG eltérés esetén kardiológiai konzílium javasolt,

- ionok: fogyás esetén hetente, a gyarapodás mértékétől függően hetente-kéthetente,
- foszfát: a gyarapodás megindulásakor vagy később, kiugró (napi fél kg-nál nagyobb) gyarapodás esetén hetente. Ha a foszfát a normál tartomány alsó részén van, vagy ha a páciens purgál, hetente.

Pszichoedukációra és pszichoterápiára vonatkozó ajánlások

Ajánlás 22

A terápia megkezdésekor a pszichoedukáció elengedhetetlen, a tájékozott beleegyezés a terápia alapja. (A)

Pszichoedukáció

Az evészavarok multikauzális, az egyes diagnosztikus kategóriákon belül is heterogén kórképek [25]. Kialakulásukban genetikai tényezők, neurobiológiai eltérések [26, 27] személyiségjegyek [18], családi és környezeti hatások, életesemények [28] egyaránt szerepet játszanak. Az éhezés további maladaptív öfenntartó köröket indít be különböző agyi rendszerekben. Éppen ezért a kórképek hajlamosító, kiváltó és fenntartó tényezőire javasolt a bio-pszicho-szociális megközelítés keretében tekinteni. Tartózkodjunk a hibáztatástól – bár a szülők gyakori kérdése, hogy „Mit rontottunk el?”. A kockázati, kiváltó és fenntartó tényezők ismeretében a beteg és családja motiválása és változás megindítása a terapeuta legfontosabb feladata. A változásban a család a legfontosabb erőforrás [29, 30, 31].

A terápia kezdetén a serdülő betegségbelátásának javítása, a gyógyulás iránti elköteleződés elérése a cél. Ezért az első két családterápiás ülés (ún. motivációs ülés) tulajdonképpen pszichoedukáció, mely során a betegség pszichés és szomatikus tünetei, rövid és hosszú távú szövődményei kerülnek ismertetésre és körvonalazódik a család anorexiával, annak tüneteivel kapcsolatos hiedelemrendszere [11, 30]. A pszichoedukációt mindig a család jelenlétében végezzük, egyrészt, mert a gyermek/serdülő a családtól nem választható el, másrészt szükség van közös konszenzusra, harmadrészt a betegségbelátás gyakori hiánya miatt a fiatalnak is szüksége van a család hatékony támogatására. A cél az, hogy a serdülő – saját gyógyulása érdekében- felelősséget érezzen, s hogy a gyógyulása tekintetében a kontrollt ő gyakorolja a szülők helyett. Az első néhány terápiás ülés a fenti cél elérése érdekében kiemelt fontosságú, s nagyban hozzájárul a terápia későbbi sikeréhez.

A pszichoedukáció tartalmi ajánlásai:

- miután elég információt szereztünk a gyermek evésmagatartásáról, az esetlegesen fennálló komorbiditásokról, meg kell nevezni a felmerülő diagnózist/diagnózisokat, és az evészavartüneteket is a gyermek és a család előtt,
- a szükséges vizsgálatok, azok menetének elmagyarázása,
- információ a testsúly, étvágy, emésztés szabályozásáról, a káros evésmagatartás testi-lelki szövődményeiről, a tünetek összefüggéseiről (pl. a koplalás falásrohamokat provokál),
- amennyiben testképzavar is része a tüneti képnek (AN), ajánlott azt nemcsak elmagyarázni, hanem objektívmérőeszközzel a fiatal és a család számára láthatóvá tenni,

- az evést követő gyakori diszkomfort érzések fő oka a hiányos emésztőnedv termelés. Egy esetleges szomatikus betegség (pl. táplálékallergia, ritkán arteria mesenterica superior szindróma) a szomatikus vizsgálatok eredményeivel igazolható/kizárható, a nem megalapozott diéták károsak,
- bár súlyos betegségről és potenciálisan súlyos szövődményekről van szó, mindig hangsúlyozzuk, hogy a lehetőség a gyógyulásra adott és a gyermek/fiatal kezében van az irányítás, hogy a kezelés milyen irányba halad. A gyógyítók a testsúly alakulása szerint tesznek lépéseket. Mindezt érdemes terápiás szerződésbe foglalni,
- a cél az életkornak és testmagasságnak megfelelő egészséges testsúlytartomány alsó részének elérése és az egészséges testsúly megtartása – kamaszoknál a menstruáció elérése/visszaállása. Amennyiben a testmagasság változik, a célsúly is ennek megfelelően kell, hogy változzon. A célsúlyról a gyermekkel együtt állapotjunkt meg,
- fontos már az elején beszélni a célsúly elérése utánra tervezett testsúlymegtartó intézkedésekről,
- a prognózist tekintve a gyermekkori evészavarok kedvezőbb kimenetelűek, mint a felnőttkori evészavarok, de számít a minél korábbi és minél hatékonyabb kezelés,
- állapotjanak meg abban, hogy ki, hol, milyen formában végzi a kezelést, ez milyen feladatokat jelent a gyermekre/fiatalra és a szülőkre nézve.

A pszichoedukáció a motiváció alapja. A sikeres motiváció pedig a hatékony terápia elkezdésének feltétele. Mivel az anorexiában a betegségbelátás igen csekély, a betegség gyógyításának alapfeltétele a tájékozott és motivált beteg.

Ajánlás 23

A terápia kiszámíthatósága és a beteg jobb együttműködése érdekében célszerű terápiás szerződést alkalmazni. (A)

A pszichoedukáció megalapozza a terápiás szerződés megkötését, ami a terápia alapját adja. Ez biztosítja a terápiában a kiszámíthatóságot, a kereteket. A szerződés megkötésére a pszichoedukáció végén, a terápia egyik első lépéseként kerítsünk sort. Szerencsés, ha ezen aktívan részt vesz mind a páciens, mind a szülők.

Ajánlás 24

A nemzetközi irányelvek [7, 8, 32] és a hazai szakirodalom [1, 30, 31] és gyakorlat szerint is gyermek- és serdülőkori evészavarokban a családterápia bizonyítottan hatékony eljárás, ezért elengedhetetlen. (A)

Ajánlás 25

Pszichoterápia során is fontos a testsúly és az evési magatartás követése, ezek figyelmen kívül hagyása gyakran kollúzióhoz és a javulás elmaradásához vezet. (A)

A testsúlymérés kiiktatása a terápiás munkából igen gyakran azon alapul, hogy a terapeuta nem akarja vállalni az ellenálló beteggel a konfrontációt, ezért tudattalanul kiszolgálja a beteg patológiás igényeit (kollúzió) [33]. A terápia során a testsúly mérése elengedhetetlen.

Ajánlás 26

Törekedjünk a lehető legkevesebb megszorító intézkedésre és lehetőleg kerüljük a büntető hatású intervenciókat, ezek hatástalanok és rontják a páciensek közérzetét és együttműködését. Az összes, terápia során felmerülő korlátozó intézkedés a terápiás szerződés megkötésekor, előre megbeszélte, a páciens számára világos keretek között, lehetőleg általa választott módon (pl. választhat, hogy fogyás esetén többet eszik vagy kevesebbet mozog stb.) kerüljön bevezetésre. (D)

Ajánlás 27

Az evészavaros betegekre többé-kevésbé jellemző a keretek áthágása, a súllyal, evéssel való manipuláció és a terapeuta megtévesztésének igyekezete ezeken a területeken. Ezeket a próbálkozásokat a terapeuta asszertíven utasítsa vissza, és segítse elő ezek felszámolását, de ne vegye személyes sértésnek. (D)

Ajánlás 28

A terápiára való kötelezettség a célsúly eléréséig tart, azonban a pszichés tényezők átdolgozása további időt vehet igénybe. Szükség esetén – a kapacitás függvényében – biztosítsunk lehetőséget a további terápiára. (C)

Pszichoterápia

Az egyes pszichoterápiás módszerek hatékonysága máig sokat kutatott és vitatott téma, nem csak evészavarokban. Mindig találni olyan metaanalíziseket és szakértői véleményeket, melyek egyik vagy másik módszer nagyobb hatékonyságát mutatták ki. Ebben az eltérő vizsgálati idő, eltérő konceptualizáció és eltérő kutatási módszertan, valamint az egyes eljárások manualizálhatóságának jelentős különbségei is akadályozzák a tisztánlátást. A pszichoterápia nem-specifikus hatótényezői (empátia, kongruencia, feltétel nélküli elfogadás a terapeuta részéről) ugyanakkor a választott módszertől függetlenül, bizonyított hatékonysági mutatók [34].

Számos külföldi protokoll a mihamarabbi újratáplálást hangsúlyozza, akár a gyermekpszichiátriai ellátásba való bekerülés előtt is, nem javasolják a pszichoterápia megkezdését a testsúly stabilizálódásáig és a kognitív deficitek megszűnéséig [7, 8]. Ezzel szemben Magyarországon nagyobb hangsúlyt fektetünk a motivációra, a táplálkozási rehabilitáció és a pszichoterápia együttes megkezdésére. Kerüljük a kényszerítő módszerekkel történő táplálást, fektessünk hangsúlyt a beteg motivációjára és már kezdetben javasoljuk pszichoterápia megkezdését. A hazai gyakorlatban az integratív terápiás megközelítés a legeredményesebb, mely egyéni, család- és csoportterápiát, illetve különböző pszichoterápiás módszerek integrálását, betegség-specifikus megközelítéseket foglalja magába [11].

Az egyes pszichoterápiás módszerek rövid bemutatása:

Családterápia

A családterápiás szemléletben a család működése bonyolult rendszer, melyben a családtagok tudatos és tudattalan interakciói szabályozzák a tagok egymásra hatását, együttműködését. A tünet a családi kommunikáció terméke, melynek ebben a szabályozásban célja és értelme és „haszna” van. A terápiás beavatkozás a családi kommunikáció, családi kapcsolatszabályozás megváltoztatása, mely

adaptívabb megküzdési stratégiák lehetőségét adja a családnak. Számtalan családterápiás iskola létezik, ezek felsorolása meghaladja az irányelv kereteit [31, 33]. Gyermek- és serdülőkorú evészavaros páciensek többségénél különösen fontos terápiás eljárás, egyrészt, mert a gyermek együtt él a családtagokkal, másrészt, mert az evészavarok leggyakoribb jelentkezésekor sok család a serdülőkori életciklusváltás problémáival is küzd.

A családterápia evészavarra specifikus, manualizált formája a Family Based Therapy, viselkedésterápiás fókuszú eljárás [7]. Cél kezdetben a szülők büntudatának csökkentése, a szülői szerepük, kompetenciájuk és hatékonyság érzetük erősítése, mígnem hatékony stratégiákat sajátítottak el a gyermek evésmagatartásának kezelésében. Ezt követi a szülők bátorítása, hogy a megfelelő ütemben adják vissza a kontrollt a serdülőnek az evésmagatartás szabályozásában. A lezáró szakaszban az egészséges szülő-serdülő viszony kialakítása, a családi kommunikáció megváltoztatása fontos úgy, hogy ne az evészavar legyen a bejáratott kapcsolódási minta. Átlagos ülészsám 20–40 ülés/egy év, vizsgálati elrendezésenként eltér.

Kognitív viselkedésterápia (CBT)

Széles körben javasolt terápiás megközelítés, mely az emberi elme modellalkotó tulajdonságain alapul. Alapvetései közé tartozik, hogy a gondolkodás elsődleges az érzelmek, az önkép és a magatartás, valamint a társas környezethez, a világhoz és a jövőhöz való viszony szabályozásában. Meghatározott pszichiátriai betegségekhez jellegzetes, diszfunkcionális gondolkodásbeli torzítások társíthatóak. Evészavarban javasolt főbb témák: önértékelés, hízástól való félelem, testkép, interperszonális kapcsolatok, perfekcionizmus [35, 36]. A kognitív viselkedésterápia evészavarra specifikus változatát Fairburn dolgozta ki 2008-ban (enhanced CBT vagy CBT-E) [32, 37].

A CBT-t megközelítése és betegségmodellje alkalmassá teszi arra, hogy önsegítő programok váza legyen. A mai integratív kezelési programokban, a lépcsőzetes ellátásnak megfelelően az önsegítés jól kiegészíti a pszichoterápiát [29]. Serdülőknél és gyerekeknél az önsegítő programokat, könyveket csak a terápia kiegészítéseként ajánljuk. Ezek akkor hatékonyak, ha strukturált CBT eszközökre épülnek [8, 38].

Kognitív remediációs terápia

Neuropszichológiai rehabilitációs eljárás, mely kognitív feladatokat alkalmaz a gondolkodási képességek fejlesztése érdekében. Különösen hatékony a kognitív flexibilitás javításában. A gondolkodás folyamatára, módjára koncentrálnak, nem a gondolkodás tartalmára. Manualizált, 10 alkalmas kiegészítő terápia, mely során a páciens megtanul „nagyobb képet látni” a részletekben való elveszés helyett, illetve a mindennapokban használható rugalmasabb gondolkodást és információfeldolgozási stratégiákat alakít ki a terapeuta segítségével [39].

Szakértői szupportív klinikus betegvezetés (Specialist supportive clinical management, SSCM)

Elsősorban a táplálkozási magatartás helyreállítására fókuszál kognitív módszerekkel, de az evészavarral kapcsolatban álló életproblémákkal is foglalkozik [8].

Motiváció alapú terápia

Motiváció alapú terápiákat számos pszichiátriai betegségben kidolgoztak, így evészavarban is [40]. A legújabb irodalmi áttekintések [8] kritikusak ezek önálló értékével szemben, inkább amellet érvelnek, hogy minden pszichoterápia része kell legyen a változással szembeni ellenállás megdolgozása, a pácienseknél a valódi belső motiváció felkeltése.

Egyéni dinamikus terápia

A dinamikus szemlélet szerint a terápia célja a tünet mögött rejlő érzelmszabályozási és kapcsolatszabályozási mintázatok feltárása és megváltoztatása. Elsődleges a terápiás kapcsolat alapos vizsgálata, az ebben zajló kapcsolati folyamatoknak (áttétel-viszontáttétel) kitüntetett szerepe van, modellként szolgál a külső és korábbi kapcsolatok megértésében és az érzelmi-kapcsolati nehézségek átdolgozásban [41]. Más terápiákkal való összehasonlítást nehezítheti, hogy az elsődleges cél nem a tünetek csökkentése, hanem a megértés, belátás elősegítése, mely az egyén autonómiáját növelve egy hatékonyabb érzelmi-, és kapcsolatszabályozást tesz lehetővé, amelyben a tünet feleslegessé válik. Az ajánlott kezelési idő és módszer erősen függ a páciens személyiség szerveződésétől [42].

Ego-orientált egyéni terápia, újabb elnevezéssel serdülő-fókuszú terápia

Manualizált, elterjedt módszer [32]. Központi alapvetése, hogy az anorexiás páciensek ényengességgel küzdenek és összekeverik a biológiai szükségleteiket a kontroll igényeikkel. A cél kezdetben az érzelmek megfelelő azonosítása, később, hogy a megnövekedett énhatékonyság által növekedjen a negatív affektusok tűrés képessége, ahelyett, hogy az éhezéssel „némítanak el” ezeket. Kezdetben a terapeuta teherbíró kapcsolatot épít ki, felméri a motivációs bázist és formulálja a páciens lelki igényeit. A súlygyarapodásban végig aktívan támogatja a páciens és világos súlycélakat fogalmaz meg. A terapeuta értelmezi a páciens viselkedését az érzelmekre és a motivációkra vonatkozóan, segíti a serdülőt abban, hogy az érzelmi állapotait és testi szükségleteit különválassa. Továbbá bátorítja a serdülőt abban, hogy ő vállaljon felelősséget az evésmagatartásáért. Később a fókusz a szeparáció-individuáció és a negatív affektusok tűrésének megsegítése. Átlagos ülés szám: 32–40 ülés/év.

Integrált megközelítéssel dolgozó pszichoterápiás irányzatok

Az integrált megközelítéssel dolgozó pszichoterápiás irányzatok (sématerápia, dialektikus viselkedésterápia, mentalizáció alapú terápia, áttétel fókuszú terápia) számos kórképben jó eredményeket mutatnak, azonban gyermek- és serdülőkori evészavarokban nem áll rendelkezésre kellő mennyiségű adat.

Non-verbális pszichoterápiás módszerek

Evészavar centrumokban gyakran alkalmaznak non-verbális pszichoterápiás módszereket, elsősorban csoportos formában (művészetterápia, zeneterápia, tánc- és mozgásterápia). Ezek vezető terápiaként nem terjedtek el, mint a családterápiás eljárások, emiatt korlátozottan kutattak. Kiegészítő terápiaként azonban alkalmazhatók, különösen a testképzavar [43, 44] leküzdésére.

Evidenciák az egyes kórképek pszichoterápiás kezelésére vonatkozóan

Serdülőknél a legtöbb nagy létszámú, randomizált-kontrollált vizsgálat családterápiával történt, ezek döntő többsége hatékonyabbnak mutatta a családterápiát, vagy családterápiával kombinált egyéni terápiát az egyéni terápiához képest [45].

A tartósan beteg, súlyos evészavarral és/vagy súlyos komorbid pszichopatológiával küzdő serdülőknél a családterápia a megfelelő eljárás [7]. Emellett természetesen más terápiás modalitás (egyéni CBT, művészetterápia) alkalmazható.

Serdülőkorú bulimiás betegeknek a családterápia és az egyéni terápia nem egyértelműen különül el hatékonyságban [46].

Gyógyszeres kezelésre vonatkozó ajánlások

Ajánlás 29

A nemzetközi irányelvek és a hazai gyakorlat szerint az evészavarokban gyógyszeres kezelés önmagában nem hatékony és nem javasolt [7, 8]. (A)

Farmakoterápia anorexia nervosában nem áll rendelkezésre, egyelőre nincsenek meggyőző bizonyítékok [7, 8]. Komorbiditás (pl. depresszió, kényszerbetegség) esetén természetesen szükség lehet a megfelelő pszichofarmakon adására. Kizárólag olyan pszichofarmakont adjunk, mely gyermekek számára adható- a társbetegségnek terápiás irányelve alapján. A kórképpel járó szokványos ingerültség és dac nem indokolja sem antidepresszívum, sem antipszichotikum adását. Az antipszichotikumokat régebben szinte rutinszerűen alkalmazták eredmény nélkül, gyermekkorban ennek adása kontraindikált.

Gyakori hiba, hogy az ellenállás kezelésében járatlan terapeuta tehetetlenségében fordul a gyógyszeres terápiához. Alapelv, hogy az evészavarok kezelésében a farmakoterápia nem lehet kizárólagos módszer, egyidejű pszichoterápia mindig szükséges [1].

Külön megemlítendő a menstruáció elmaradása esetén a hormontartalmú fogamzásgátlók használatának kérdése.

A hormontartalmú fogamzásgátlók használata csak látszólag rendezi az amenorrhéát. A megvonásos vérzés nem egyenértékű a menstruáció visszatérésével, nem hozza magával az utóbbi kedvező élettani hatásait (csontanyagcsere, fertilitás stb.), a beteg együttműködését viszont jelentősen ronthatja.

A menstruáció elmaradásának „terápiája” az egészséges testsúly visszatérése, vagyis a komplex pszichoterápia, mely testsúlygyarapodáshoz vezet. Hormontartalmú gyógyszerek használata gyermek és serdülőkorban nem javasolt.

A különböző kórképek klinikuma

Az alábbi fejezetben a különböző, DSM 5-ben szereplő evészavar-kórképek áttekintését találhatók, ezen irodalmi összefoglaló képezi az ajánlások alapját. A DSM 5-ben [2] önállóan nem szereplő, de a klinikai gyakorlat szempontjából fontos evészavarok a mellékletben találhatók.

Anorexia nervosa

A gyermek- és serdülőkorban kezdődő AN súlyos, életveszélyes pszichiátriai betegség, mely a felnőttkorra átívelő krónikus pszichés és szomatikus betegségekhez és korai halálozáshoz vezethet. A tíz éven belüli halálzási ráta 10%, a legnagyobb mortalitású pszichiátriai kórképek egyike. Az AN-ban szenvedők halálának oka túlnyomó részben szervi szövődmény, kisebb részben öngyilkosság. Az AN leggyakrabban 14-15 éves kor körül kezdődik, manapság azonban egyre többször találkozunk a korai pubertáskori formával, (10-12 év körül), s a régebben irodalmi ritkaságnak számító prepubertáskori AN is megjelent a klinikai gyakorlatban [12].

A betegség kialakulásában a pszichológiai, családi, társadalmi tényezők (perfekcionizmus, kedvezőtlen családi működés, soványság iránti kulturális preferencia) mellett a genetikai-neurobiológiai tényezőknek is jelentős szerepük van. Evészavaros betegek elsőfokú rokonai közel 12-szeres relatív kockázattal lesznek anorexiások életük során. Feltételezhető, hogy vannak olyan genetikai eltérések, amelyek a betegségre hajlamosítanak.

Gyakorisága 0,4–0,8%. A betegség szubklinikai megjelenési formái (a serdülő lány populációban 1–3%) is különösen jelentősek, hisz potenciális veszélyt jelentenek a teljes kórkép megjelenésére. Főként a lányokat érinti a betegség, a fiú:lány arány 1:10 [47].

A DSM-5 nem különbözteti meg a gyermekkori AN-t a felnőttkoritól.

Diagnosztikus kritériumok [2]:

- az energiabevitel korlátozása, mely jelentősen alacsony testsúlyt eredményez,
- intenzív félelem a testsúlygyarapodástól vagy az elhízástól,
- testsúlygyarapodást akadályozó viselkedés a jelentősen alacsony testsúly ellenére,
- a testsúly vagy a testalak megélésének zavara (testképzavar),
- a testsúly vagy testalak önértékelésre gyakorolt indokolatlan befolyása vagy a jelen alacsony testsúly súlyosságával kapcsolatos felismerés tartós hiánya.

Gyermekkorban, alkalmazzuk a Great Ormond Street kritériumokat:

- határozott súlycsökkenés (étel-visszautasítás, túlzott testmozgás, önhánytatás, esetleg hashajtózás következtében),
- a testsúly és alak észlelésének zavara (testképzavar),
- túlzott foglalkozás a testsúllyal és alakkal, valamint a táplálkozással.

Az anorexiás gyermek fél a súlygyarapodástól, és rendkívül elégedetlen súlyával, alakjával. A legszembetűnőbb változás, melyet a szülők a betegség indulásakor észlelhetnek, a megváltozott táplálkozási magatartás, melynek célja a kalóriabevitel korlátozása. Idetartozik: közös étkezések kerülése, alacsony kalóriatartalmú étrend, kalóriák számolása, gyakori súlymérés, ritualisztikus étkezés, lassú étkezés, az étel apró falatokra vágása, túlzott folyadékfogyasztás (különösen eves előtt/helyett), az étel elrejtése, felhalmozása, a gyermek/fiatal másoknak sokat főz, de nem/alig eszik belőle.

Ha a restriktív, az ételfelvétel korlátozása a vezető tünet, akkor az AN restriktív altípusát diagnosztizálhatjuk.

Az AN purgáló típusánál a másik meghatározó tünetcsoport a kalórialeadást célozza. Az anorexiás beteg intenzív testedzést végez; állandó mozgáskészletet használ, naponta több órát tölt testmozgással; bűntudata van, ha nem edzhet; úgy érzi, ha eszik, le kell dolgoznia. A fogyást esetleg önhánytatással vagy hashajtók használatával segíti.

Társbetegségek: leggyakoribb társbetegségek a depresszió, a disztímia, a szociális fóbia, a generalizált szorongás és a kényszerbetegség.

Következményes pszichés eltérések: ingerlékenység, depresszió, szociális visszahúzódás, a kortárskapcsolatok megromlása, az étellel és evéssel kapcsolatos beszűkültség, valamint a romló kognitív funkciók [11].

Terápia

A komplex kezelés olyan speciális evészavar osztályokon eredményesebb, ahol a pszichiátriai és szomatikus diagnosztika, a táplálkozási rehabilitáció és a pszichoterápiás gyógykezelés egyszerre történhet.

A gyermek- és serdülőkorú AN pszichoterápiájában az integratív megközelítés a helyes út. A többféle terápiás módszert integráló programok segítik leginkább a beteg gyógyulását (családterápia, csoportterápia, egyéni kognitív viselkedésterápia és kognitív remediációs terápia). A gyermek- és serdülőkorú AN terápiájában a családterápiának kiemelt szerepe van, mint az egyedüli bizonyítottan hatékony eljárásnak, mely a betegség hosszú távú kimenetele szempontjából a legkedvezőbb hatású.

Az AN terápiája nem ér véget a célsúly elérésénél. A gyermek- és serdülőkorú betegek hosszú távú követése kiemelt fontosságú a későbbi visszaesés, illetve a tünetváltás megelőzése szempontjából [11].

Bulimia nervosa

Visszatérő falási epizódok jelenléte, mely magába foglalja a kontrollvesztés élményét is. Jellemző a testsúlygyarapodás megakadályozására irányuló kompenzatoros viselkedés jelenléte (önhánytatás, a koplalás, a túlzott testmozgás, illetve a gyógyszerek – hashajtó, diuretikum, inzulin vagy fogyaszttó hatású drogok használata). Fontos faktor a gyakoriság, amennyiben a falásroham és a kompenzatoros viselkedés egyaránt minimum heti egyszer jelentkeznek, minimum három hónapon át. A testsúly és/vagy testalkat kiemelt szerepet kap az önértékelésben, az étkezéssel és testképpel kapcsolatos aggodalmak szintén hangsúlyosak. Az anorexia purgáló altípusától a kórosan alacsony testsúly hiánya és a testképzavar hiánya különbözteti meg elsősorban. A betegség történet feltérképezése során fontos kitérni korábbi evészavaros tünetekre, epizódokra (akár anorexiás kritériumokra) és a komorbid állapotokra, melyek befolyásolhatják a prognózist, illetve a terápiás intervenciókat.

A bulimia nervosa élettartam prevalenciája nőkben 2% körül, férfiakban 0,5%. A nemi megoszlás BN-ban hasonló az AN-hoz. Egy ausztrál vizsgálat szerint a BN pontprevalenciája fiatal nők körében átlagosan 1% körül van [45]. Egy hazai epidemiológiai vizsgálat szerint a bulimia nervosa pontprevalenciája 15–24 éves nők között 0,41% [48]. Kelet-közép-európai és magyarországi

vizsgálatok eredményeinek összefoglalásai magyar nyelven is elérhetők [49]. A BN standardizált mortalitási rátája egy 2011-es metaanalízis szerint 1,93% [7].

Míg az anorexia nervosa leggyakrabban korai, illetve közép serdülőkorban, sőt egyre gyakrabban gyermekkorban kezdődik [7, 8], addig a bulimia nervosa és a falásroham zavar inkább későbbi serdülőkorban és fiatal felnőttkorban jelentkezik [7, 8].

Szomatikus vizsgálatok, általános terápiás megfontolások tekintetében az ajánlások fentebb olvashatóak. A purgálás vagy egyéb invazív súlycsökkentő stratégiák miatt a rendszeres szomatikus kontroll elengedhetetlen.

Bulimiára specifikus pszichoterápiás ajánlások a következők [7, 8]:

– Első lépésben bulimia nervosa-fókuszált családterápia (18-20 ülés fél év alatt), ennek részeként egyéni ülésekre is sor kerül. A pszichoedukációban nagyon fontos a testsúlyszabályozásra, a diétázásra, valamint a purgáló viselkedések mellékhatásaira vonatkozó információk átadása. Az egyik cél, hogy a család segítsen a fiatalnak a rendszeres étkezés kialakításában és a purgálás minimalizálásában mindezt együttműködő hozzáállással tegyék. Az egyén számára fontos a bulimiás viselkedésekre való önészlelés kiépítése, a triggerelő és protektív faktorok azonosítása. A terápia későbbi szakaszában a kornak megfelelő autonómiatörekvések megvalósítása fontos pont. A lezárás előkészítésekor gondolni kell a relapszus prevencióra.

– Ha a családterápia nem hatékony vagy nem kivitelezhető első lépésben, egyéni kognitív viselkedésterápia javasolt (18 ülés fél év alatt, kezdetben akár heti kétszer, +4 ülés szülőkonzultáció). Kezdetben fontos annak körüljárása, hogy a betegség milyen szerepet tölt be a fiatal életében, ill. a változási motiváció felépítése. A pszichoedukációban a tünetek önfenntartó jellegét érdemes hangsúlyozni, a fiatalat a rendszeres étkezésre kell bátorítani. A fiatallal közös formulációt követően a gondolatok, érzések, hiedelmek feltárása, majd a diszfunkcionális gondolatok és hiedelmek átdolgozása következik, problémamegoldó stratégiák alkalmazásával. Itt is fontos a relapszus prevenció. A szülőkonzultáció/családkonzultáció szerepe egyrészt az edukáció, másrészt a tüneteket fenntartó családi tényezők azonosítása, illetve a családi erőforrások használata a gyógyulás érdekében.

A bulimiás betegek több, mint 50%-a teljes mértékben felépül, és a kezeléssel járó eredmények is jók, ha nem jobbak, mint a falásroham zavarban [8]. Bár egyes vizsgálatok hangsúlyozzák a gyógyulás definíciójából adódó eltéréseket. Egy 5 éves utánkövetéses vizsgálat azt találta, hogy a páciensek 83%-a öt év múlva nem merítette ki a DSM kritériumokat, 65%-a nem merítette ki az evészavar diagnózisát, míg csak 36%-uk volt tünetileg absztinens [7].

Gyógyszeres kezelés szóba jöhet, az antidepresszívumok (SSRI szerek) hatékonyak lehetnek [7, 8]. A farmakoterápia mellett pszichoterápia is szükséges.

Falászavar (Binge eating disorder)

Visszatérő falásrohamok, az epizód az étkezés feletti kontroll elvesztésével jár. A falásnak legalább heti három alkalommal, három hónapon át kell jelentkeznie [2]. A kontrollvesztés miatt az epizódokat a szégyen, a depresszió és undor érzései kísérik, a tünetek titkolása nehezíti a diagnózist.

Az is jellemző, hogy az evés, az alak és a testsúly kérdései – hasonlóan más evészavarokkal élőkhez – nagy fontossággal bírnak és meghatározzák az érintett önbecsülését.

Az élettartam prevalencia 1–2% között mozog [50], a nők közel másfélszer gyakrabban érintettek. Serdülőkorú lányoknál 2,3%, serdülő fiúknál 0,8% a falászavar prevalenciája. Túlsúlyos, elhízott fiatalok között közel 26% [51].

Kevés specifikus rizikófaktor ismert falászavarra vonatkozóan. A tünetek tipikusan serdülőkorban vagy fiatal felnőttkorban kezdődnek, gyakran jelentős fogyás, fogyókúra után. A kutatások a restriktív evésmagatartást, a soványság iránti késztetést, testtel való elégedetlenséget, az érzelmi evést, alacsony önértékelést, és az alacsony társas támogatottságot vetették fel, illetve a szorongás és a depresszió kiváltó szerepét hangsúlyozták [32]. A családi rizikótényezők szisztematikus áttekintése a súllyal kapcsolatos csúfolást és a szülők érzelmi elérhetetlenségét mutatta ki [53].

Bár ez a leggyakoribb evészavar, a páciensek kevesebb, mint fele keres segítséget [54]. Jellemző, hogy inkább a társulói testi-lelki jelenségekkel foglalkoznak és azokat próbálják megoldani. A pszichiátriai komorbiditások 79%-ban fordulnak elő körükben [32], a személyiségzavarok aránya 29% [55].

Szomatikus panaszok, komorbiditások és kockázatok: elhízás, metabolikus szindróma, alvászavar, fájdalom, gasztrointesztinális problémák, menstruációs zavarok, csökkent terhelhetőség, cukorbetegség, magas vérnyomás, életminőség-romlás [52].

Differenciáldiagnózis:

Súlycsökkenést célzó kompenzatorikus viselkedések bulimia nervosára jellemzőek (purgálás, hashajtóhasználat, excesszív testmozgás). A falászavarral élők – bár gyakran diétáznak – nem teszik ezt olyan szigorúsággal, mint a bulimiások, szemben az étkezés szabályozatlansága [32]. Az elhízottak többségének nincsenek visszatérő, falással járó epizódjai, míg a falászavarral élők kalóriabevitele nagyobb, mint az illetett testsúlyú elhízott pácienseké [2]. A falászavarral élők kevesebb, mint fele elhízott [32]. Hangulatzavaros epizódot kísérhet étvágyváltozás, de ezt nem kíséri a kontroll elvesztése.

Falással járó szomatikus betegségek: központi idegrendszeri daganatok, Prader Willi szindróma, Kleine-Levin szindróma, Kluver-Bucy szindróma, gastrointestinalis zavarok.

Elkerülő/restriktív táplálékbeviteli zavar (Avoidant/restrictive food intake disorder – ARFID)

ARFID esetén a páciens látszólag nem érdeklődik az étkezés vagy az étel iránt, az étkezéseket el is kerüli, illetve aggódik az étkezés nemkívánatos következményei miatt. Az étkezés elkerülése jelentős tápanyag- vagy energiahiányhoz vezet, az ennek rendezésére irányuló kísérletek rendre kudarcba fulladnak. Vezető tünete lehet a jelentős súlyvesztés vagy az elvárt testsúlygyarapodástól való elmaradás, ami miatt a páciens akár parenterális táplálásra vagy orális tápanyag-kiegészítésre szorulhat [2].

Az étkezés elkerülése mögött számos faktor húzódhat meg: félelem (pl. fulladástól, hasfájástól), megelőző trauma, fájdalom vagy distressz elkerülése. Néhány beteg nagyon szelektíven táplálkozik

vagy fél az új ízek, ételek kipróbálásától, vagy az étkezést az élelmiszerek szerkezete, megjelenése vagy íze miatt utasítja vissza. Ezen tényezők részletes feltérképezése a terápia alapját szolgálhatja.

Az ARFID-ot el kell különíteni az anorexia, illetve a bulimia nervosától, fontos differenciáldiagnosztikai támpont a testképzavar, illetve a testsúllyal, alakkal kapcsolatos aggodalmak hiánya. A szelektív evéstől való differenciálása nehéz, mindkettő központi tünete az étrendbeli változatosság korlátozása. Akár spektrumként is gondolkozhatunk róluk, ahol a spektrum egyik vége a normál fejlődésű gyermek várható fejlődési pályáján előforduló étkezési szokások, időszakos válogatosság, míg a másik vége a súlyos károsodást okozó ARFID [56, 57]. Másik fontos differenciáldiagnosztikai kérdés a tüneteket magyarázó, vagy a tünetekkel összefüggésbe hozható szomatikus, illetve mentális betegségek előfordulása [58].

A terápiára vonatkozóan nincsenek még EBM ajánlások. A klinikai gyakorlat a distressz és étkezési tünetek hátterében körvonalazható faktorok fókuszba emelését ajánlja. Multidiszciplináris kezelő team (szomatikus orvos, pszichoterapeuta, dietetikus,) összehangolt munkája szükséges, akár közös konzultációk formájába is.

Etiológia és kockázati tényezők

Az ARFID specifikus rizikófaktora ismeretlen. Szorongásos és depressziós tünetek gyakran előfordulnak ARFID-os pácienseknél. Emellett autizmus (a szelektív étkezési mintázat miatt), elhanyagolás, a bántalmazás és idegrendszeri késés növelheti az ARFID kockázatát [32].

Prevalencia tekintetében az ARFID-ról ez idáig kevés publikáció született, gyakorisága tekintetében az elsősorban retrospektív vizsgálatok adataira támaszkodhatunk: 0,57–0,69/100000 [7, 8, 59]. A gyermek evészavar programokon belül a diagnosztikus kritériumokat újragondolva a gyerekek 5–22%-nál ARFID volt megállapítható. Az ARFID páciensek általában fiatalabbak, mint az adolescens anorexiás vagy bulimiás betegek, a betegség időtartama hosszabb, és gyakrabban alakul ki fiúk körében, illetve gyakoribbak a komorbid pszichiátriai és/vagy szomatikus állapotok [56, 58, 59, 60, 61].

Egyéb táplálkozási zavarok

Atípusos vagy szubklinikai evészavarok

Az atípusos, vagy szubklinikai evészavarokat a DSM-5 „Egyéb meghatározott táplálkozási vagy étkezési zavar”-ként tartja számon. A csoportba azon betegségek tartoznak, amelyek nem merítik ki a fenti diagnosztikus kritériumokat akár a tünetek száma, gyakorisága, akár a súlyossága mentén, de mégis jelentős funkcióromlást okoznak. Azon kórképek is itt kapnak helyet, amelyek még nem váltak a diagnosztikus rendszereken belül értelmezhető önálló kórképpé (pl. orthorexia nervosa, izomdiszmorfia, purgáló zavar, éjszakai evés szindróma stb.).

A DSM-5 bevezetésével szűkült a szubklinikai vagy máshol nem osztályozott evészavarok tág, nehezen vizsgálható halmaza [7]. A képlékeny diagnosztikus határok miatt igen eltérőek a prevalenciára vonatkozó adatok (0,8–14%), mindeközben az enyhébb tünettán ellenére súlyos következményeket, komorbid pszichiátriai állapotokat vonhat maga után. Fontosnak tartjuk hangsúlyozni, hogy a testi-lelki szövődmények megjelenése szubklinikai evészavar esetén is várható,

illetve a kifejezett evészavar-betegségek előfutára lehet. A szomatikus vizsgálatok elvégzése ebben a betegcsoportban is ugyanolyan fontos.

Ismert adat, hogy az evészavar-betegek 30–40%-a felnőtt korban is mutat tüneteket, a páciensek 5–15%-a definiáltan evészavarossá válik, 50%-uknál írnak le teljes remissziót [47, 62].

Terápiára vonatkozó hatékonyságra vonatkozó szisztémás kutatás továbbra is ritka erre a csoportra vonatkozóan [63].

Az egyéb, klinikai szempontból fontos evészavarokról a mellékletben található összefoglalás.

Ellátási folyamat algoritmus (ábrák):

Nincs

VII. JAVASLATOK AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ

1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban

1.1. Ellátók kompetenciája (pl. licence, akkreditáció stb.), kapacitása

Az evészavaros tüneteket és problémákat a szülők és a páciens alapesetben a háziorvossal, házi gyermekorvossal beszélnek meg, akinek feladata a fiatal szakellátásba irányítása. Jelentős szerepe van az iskolaorvosoknak, iskola védőnőknek a betegség felismerésében.

Az irányelv gyakorlati alkalmazásának legfőbb hazai akadálya az ellátók kapacitáshiánya, ez mind a gyermekpszichiátriai ellátásra, mind a pszichoterápiás ellátásra általánosságban is igaz.

Nem sürgősségi esetek ambuláns orvosi gondozását végezheti háziorvos, pszichoterápiás szempontból pszichológus. Összehangolt munkájuk elengedhetetlen a terápiás hatékonyság szempontjából.

A háziorvos feladata a diagnózis megállapítása, a szomatikus vizsgálatok elindítása (rutin labor, EKG mindenképpen), a sürgősségi állapot felismerése és a szakellátásba való utalás kezdeményezése.

Dietetikus bevonása javasolt, a dietetikai konzultációkon legalább kezdetben vegyen részt az a személy is (leggyakrabban az édesanya), aki a gyermekre főz.

Ideális esetben a pszichés vezetést evészavar terápiában jártas gyermekpszichiáter szakorvos, klinikai szakpszichológus (pszichoterápiás végzettséggel) vagy pszichoterapeuta szakorvos végezze. Ha ez nem elérhető, az ilyen végzettségekkel még nem rendelkező (többnyire képzésben lévő) szakemberek mindenképp vegyenek igénybe szupervíziót. A családterápiát végző szakemberek közül legalább az egyik legyen pszichológus vagy pszichiáter.

A páciensek testsúlykontrollja és a táplálkozási magatartás rendszeres felülvizsgálata mindig része kell, hogy legyen a terápiának. Ha több szakember vesz részt a gondozásban, állapodjanak meg arról, hogy ki a felelős ezért a szegmensért, de a pszichoterapeuta mindenképp kövesse a testsúly alakulását. A felelős szakemberek legyenek tisztában legalább hozzávetőlegesen a táplálékok kalóriatartalmával, a különböző testmozgások fogyasztó hatásával (pl. tudjanak értékelni egy táplálkozási naplót, tanácsot adni az étkezés minőségi és mennyiségi összetételével kapcsolatban).

1.2. Speciális tárgyi feltételek, szervezési kérdések (gátló és elősegítő tényezők, és azok megoldása)

Az evészavarokban szenvedő fiatalok ellátása hazánkban több intézményben elmarad a kor követelményeitől. Sajnos a gyermek és ifjúságpszichiátria is általában súlyos szakemberhiánnyal küzd, nincsenek evészavarra specializálódott, komplex ellátást biztosítani tudó Evészavar Centrumok hazánkban, mely intézmény általános elfogadott Európa szerte.

Mind a fekvő-, mind a járóbeteg-ellátás nagyon alulfinanszírozott, pedig a terápiák jelentős része nagy humánerőforrás-befektetést igényel. A megoldás a terület infrastrukturális fejlesztése és a finanszírozás javítása lehetne.

Kiemelten fontos lenne legalább egy Evészavar Centrum létrehozása Magyarországon. Ideálisan ennél többre volna szükség, hogy a betegek és hozzátartozók a lakóhelyhez közelebb, könnyebben elérhessék a szolgáltatást.

Magyarországon ideális esetben olyan intézményben zajlik a kórházi kezelés, ahol gyermekpszichiátriai kezelés háttérét multidiszciplináris, gyermekgyógyászati szempontból szakemberekkel és infrastruktúrával megfelelően ellátott környezet biztosítja. Ez lehet gyermekpszichiátriai osztály, ennek hiányában olyan kórház, ahol gyermekosztály biztosítja a fekvőbeteg háttérrel, és gyermekpszichiáter/klinikai szakpszichológus konziliárius intézményen belül elérhető, aki a pszichiátriai kivizsgálást, terápiát meg tudja kezdeni.

Szomatikus sürgősség esetén gyermekosztályos, vagy gyermek intenzív osztályos, pszichiátriai sürgősség esetén gyermekpszichiátriai osztályos felvétel javasolt. Minden esetben az ellátóhelyhez nem allokált diszciplinák mihamarabbi bevonása szükséges, külső konzíliumok, telefonkonzultáció útján.

Akut veszélyeztető állapot (szuicid krízis, szökésveszély) esetén fokozott biztonsági háttérrel nyújtó osztályos felvétel javasolt.

Ambuláns gondozás során szomatikusan labor- és EKG-kontrollra van szükség, ez megvalósulhat háziorvosnál, szakorvosi rendelőintézetben vagy kórházhoz allokált szakrendelésen.

1.3. Az ellátottak egészségügyi tájékozottsága, szociális és kulturális körülményei, egyéni elvárásai

Bár az evészavarokkal rendszeresen foglalkozik a média, gyakori probléma a korai felismerés hiánya. Gyakran az „egészséges életmód” szlogenje alatt találkozunk evészavar szintjét megütő táplálkozási restrikciónal. A hiányzó betegségbelátás, illetve a problémák, szövődmények jelentőségének tagadása része az evészavaroknak.

1.4. Egyéb feltételek

Nincsenek.

2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája

2.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

- Tájékoztató fiatalok számára
- Tájékoztató evészavarban érintett fiatalok pedagógusai számára
- Útmutató evészavaros páciensek szomatikus kontrolljához házi gyermekorvosok számára
- Klinikai szempontból jelentős egyéb evészavarok, melyek az irányelv részletes részében nem kerültek kifejtésre

2.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

Javasolt kérdőívek, tünetbecslő skálák (EDI)

- Evészavar Kérdőív (Eating Disorder Inventory, EDI) [1].

2.3. Táblázatok

1. számú táblázat A magyar gyermekek testmagasság, testtömeg, BMI referencia átlagai és percentilis-görbéi születéstől 18 éves korig az országos longitudinális gyermeknövekedés-vizsgálat adatai alapján [3].

2.4. Algoritmus

Nincs

2.5. Egyéb dokumentum

A témában továbbvezetőként javasolt magyar nyelvű közlemények:

Túry F, Szabó P: A táplálkozási magatartás zavarai: anorexia nervosa és bulimia nervosa. Medicina Kiadó, Budapest, 2000.

Túry F: Anorexia, bulimia. Önségítő és családsegítő kalauz. PRINT-X KFT., 2005.

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

Túry F, Pászthy B (szerk.): Az evészavarok pszichoterápiájának aktuális kérdései. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2011.

Cooper PJ.: Farkaséhség. Springer Verlag, 1994.

Middleton K, Smith J.: Első lépések – Kiút az étkezési zavarokból. Harmat kiadó, Budapest, 2013.

3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok

Outcome indikátorok

Az evészavaros tünetek megszűnése vagy jelentős csökkenése, valamint a szociális adaptáció területén elért eredmények alapján határozható meg legjobban az eredményesség. Az eredményesség megítélésénél a részterületek hasonlóak az egyéb pszichiátriai kórképeknel vizsgáltakhoz pl. kortárs- és családi kapcsolatok ténye/szintje; iskolába, egyéb közösségbe történő beilleszkedés ténye/szintje; mindennapi önállóság foka; személyes közérzet, életminőség,

környezetre való hatás. Az eredményesség szigorúan individualizáltan, az egyén képességstruktúrájának, valamint körülményei specificitásának figyelembevételével értékelhető.

Minőségi indikátorok

(a) Statisztikailag elemezhető indikátorok

- Ellátás szinterei alapján az evészavarral diagnosztizáltak közül
- a megfelelő terápiás, illetve pszichoszociális ellátásban részesülők száma,
- Az egyes speciális pszichoszociális intervenciók (kezelés-típusok), illetve intézmények ellátási hatékonyság mérésére:
 - az ellátottak evészavaros problémáinak (előfordulás, tünetek), az ellátottak fejlődésének követésével,
 - az kezelésbe kerülők és az ismételt kezelésbe kerülők (visszaesők) számával,
 - az akut ellátásra szorulóknak száma: sürgősségi ellátás, akut pszichiátriai beavatkozások számával.

(b) Az ellátás egyéni megfelelőségének indikátorai

- Az alkalmazott módszerek, megközelítések egységessége az egyén speciális ellátásának különböző szinterein (egyén és család, kórházi és ambuláns kezelés).
- Betegségben eltöltött idő.
- A kezelés fejlődésre, életminőségre való hatása alapján:
 - szülők, család, paciens (pl. kérdőíves) kikérdezésével,
 - az egyén fejlődésének követésével, mérésével,
 - az evészavar tünetek súlyosságának változását követve (pl. EDI, EDES kérdőívek alapján),

A mindennapi intézményes ellátás, ill. a többségi környezetben (iskola) való megfelelő szociális adaptációt biztosító integráció tartóssága, stabilitása – az időtartam mérésével.

Az értékelés alapvetően az alábbi struktúra, folyamat és eredmény indikátorok vizsgálatát foglalhatja magában:

- hatékony volt-e az irányelv terjesztése?
- az irányelvet milyen mértékben vezették be a gyakorlatba (pl. helyi, regionális, országos szinten), és mik voltak a bevezetés tapasztalatai (feltételek, akadályozó tényezők stb.)?
- az ajánlások miként befolyásolták az ellátást és annak eredményességét?
- az irányelv milyen hatással volt a betegekre és betegségükkel kapcsolatos ismereteikre?
- az irányelv milyen egészség-gazdaságtani következményekkel járt?

VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE

Az irányelv tervezett felülvizsgálata három évenként történik. A felülvizsgálat folyamata az érvényesség lejárta előtt fél évvel kezdődik el. A Gyermek pszichiátria és addiktológia Tagozat vezetője kijelöli a tartalomfejlesztő felelőst, aki meghatározza a fejlesztő munkacsoport tagjait, illetve befogadja a társtagozatok által delegált szakértőket. Soron kívüli felülvizsgálat indokolt, amennyiben a bizonyítékokban és/vagy az ellátásban, jogszabályi háttérben releváns, jelentős mértékű változás következik be.

Az aktuális irányelv kidolgozásában résztvevő, fejlesztő csoporttagok folyamatosan követik a szakirodalomban megjelenő, illetve a hazai ellátó környezetben bekövetkező változásokat. A tudományos bizonyítékokban, valamint az ellátó környezetben bekövetkező jelentős változás esetén a fejlesztő munkacsoport konszenzus alapján dönt a hivatalos változtatás kezdeményezéséről és annak mértékéről.

IX. IRODALOM

1. Túry F, Szumska I, Pászthy B, Purebl Gy. Irányelvek és ajánlások az evészavarok kezelésében. *Psychiatr Hung* 2017;32(4):392-413
2. American Psychiatric Association (APA) DSM-5. Arlington, V.A.: APA, 2013. Magyar változat: American psychiatric Association. DSM-5 referencia kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz. Budapest: Oriold és társai, Budapest, 2013.
3. Joubert K, Darvay S, Ágfalvi R. A magyar gyermekek testmagasság, testtömeg, BMI és a bőrredő-méretek referencia átlagai és percentilis-görbéi születéstől 18 éves korig az országos longitudinális gyermeknövekedés-vizsgálat adatai alapján. In: Iskola-egészségügy. Aszman A, Békefi D (eds) Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet, 2005.
4. Joubert K, Pászthy B: Anorexiás gyermekek és serdülők. *Korfa* 2007;1-2:6-8.
5. Fisher M. Treatment of eating disorders in children, adolescents and young adults. *Peditar Rev.* 2006;27:34-45
6. Franko DL, Keshaviah A, Eddy KT, Krishna M, Davis MC, Keel PK, Herzog DB. Do Mortality Rates in Eating Disorders Change over Time? A Longitudinal Look at Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *The American Journal of Psychiatry.* 2013;170(8):917-925.
7. National Institute for Health and Care Excellence. Eating disorders: recognition and treatment. (NG69) Assessed: May 2017 <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>
8. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2014;48(11):1-62
9. Pászthy B. A gyermek- és serdülőkori evészavarok. *Orvosképzés* 2010;85:116–118. http://www.gyermekklinika.semmelweis.hu/upload/seaok1gyermek/document/2008.12.08.pszthybe_aevszavartnettanaterpija.pdf
10. Pászthy B: Gyermekpszichiátriai kórképek In: Tulassay Tivadar (szerk): *Klinikai Gyermekgyógyászat, Medicina Kiadó, Budapest, 2016. 755–781*

11. Pászthy B: A táplálkozási magatartás zavarai. In: Balázs Judit, Miklósi Mónika (szerk.): A gyermek és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2015. 133–142
12. Pászthy B. A gyermek- és serdülőkorban kezdődő anorexia nervosa szomatikus szövődményei. *Orvosi Hetilap* 2007; 148: 405–412.
13. Mehler PS, Rylander M. Bulimia nervosa – medical complications. *Journal of Eating Disorders* 2015; 3:12 doi 10.1186/s40337-015-0044-4
14. Roerig JL, Steffer KJ, Mitchell JE, Zunker C. Laxative abuse, epidemiology, diagnosis and management. *Drugs*. 2010;70:1487-503.
15. Uher R, Treasure J, Heining M, Brammer MJ, Campbell IC. Cerebral processing of food-related stimuli: effects of fasting and gender. *Behav Brain Res*. 2006;169(1):111-9.
16. Grilo CM, Sanislow CA, Skodol AE, Gunderson JG, Stout RL, Shea MT, et al. Do eating disorders co-occur with personality disorders? Comparison groups matter. *International Journal of Eating Disorders*. 2003;33:155-164.
17. Phillipou A, Gurvich C, Castle DJ, Rossell SL. Are personality disturbances in anorexia nervosa related to emotion processing or eating disorder symptomatology? *J Eat Disord*. 2015;3:34.
18. Ábrahám I, Gáti Á. Evészavar és személyiségzavar. In: Személyiségzavarok. Tényi T (eds.) Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2017. pp 213–246.
19. Wonderlich SA, Mitchell JE. The role of personality in the onset of eating disorders and implications for treatment. *The Psychiatric Clinics of North America*, 2001;24:249–258.
20. Pászthy B: Gyermekkori evészavarok. In: Tulassay T, Veres G (eds.): Gyermekgyógyászati differenciáldiagnosztika. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2016. 118–120
21. Royal College of Psychiatrists. Junior MARSIPAN: Management of Really Sick Patients under 18 with Anorexia Nervosa. Assessed: Jan 2012. megtalálható: <http://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/CR168.pdf>.
22. Herpetz-Dahlmann B. Treatment of eating disorders in child and adolescent psychiatry. *Curr Opin Psychiatry*. 2017;30:438–445. doi: 10.1097/YCO.0000000000000357
23. Agostino H, Erdstein J, Di Meglio G. Shifting Paradigms: Continuous Nasogastric Feeding With High Caloric Intakes in Anorexia Nervosa. *Journal of Adolescent Health* 2013;53:590-594.
24. Golden NH, Keane-Miller C, Sainani KL, Kapphahn CJ. Higher Caloric Intake in Hospitalized Adolescents With Anorexia Nervosa Is Associated With Reduced Length of Stay and No Increased Rate of Refeeding Syndrome. *J Adolesc Health* 2013;53:573-578.–
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.05.014>.
25. Pászthy B, Törzsök-Sonnevend M. The challenging heterogeneity of anorexia nervosa. Neurobiological risk factors and possible endophenotypes. *Orv. Hetil.*, 2014, 155(4), 124–131.

26. Sonnevend M, Pászthy B. Az evészavarok idegrendszeri háttere, in: Túry F, Pászthy B. (eds). Evészavarok és testképzavarok, Pro Die kiadó, Budapest, 2008.
27. Gáti Á, Ábrahám I. A gén-környezet interakció szerepe az evészavarok kialakulásában. *Psychiatr Hung* 2009; 4:255-263.
28. Akkermann K, Kaasik K, Kiive E, Nordquist N, Orelund L, Harro J. The impact of adverse life events and the serotonin transporter gene promoter polymorphism on the development of eating disorder symptoms. *J Psychiatr Res* 2012;46:3843.
29. Túry F, Pászthy B: A pszichoedukáció és az önsegítés szerepe az evészavarokban. *Háziorvosi Továbbképző Szemle* 2007;12(7):514-518.
29. Túry F, Pászthy B: A pszichoedukáció és az önsegítés szerepe az evészavarokban. *Háziorvosi Továbbképző Szemle* 2007;12 (7):514-518
https://lib.semmelweis.hu/index.php?app=xSearch&l_op=showAuthor&id=33&order=1&years=0
31. Túry F, Pászthy B. (eds.). Evészavarok és testképzavarok. Pro Die Kiadó Kft., Budapest, 2008.
32. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice Parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with eating disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2014;54(5):412-42.
33. Túry F. Családterápiák. In: A pszichoterápia tankönyve. Szőnyi G (eds.) Medicina Kiadó, Budapest, 2015.
34. Ormay T, Lőrincz Zs, Osváth P, Tringer L. Terápiák egymással szemben. *Pszichoterápia*. 2017;26,1:33-39.
35. Perczel-Forintos D, Mórotz K (eds). Kognitív viselkedésterápia. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2010.
36. Unoka Zs. Magatartáslélektan-alapú megközelítések. In: A pszichoterápia tankönyve. Szőnyi G (ed.) Medicina Kiadó, Budapest, 2015.
37. Fairburn C.G. *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: Guilford Press. (2008)
38. Hay P. A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005-2012. *Int J Eat Disord*. 2013;46(5):462-469.
39. Tchanturia K. *Cognitive remediation therapy for eating and weight disorders*. London; New York: Routledge. 2015.
40. Treasure J, Smith G and Crane A. *Skills-Based Learning for Caring for a Loved One with an Eating Disorder: The New Maudsley Method*. London; New York: Routledge. 2007.
41. Ábrahám I, Árkovits A, Gáti Á Az evészavarok pszichodinamikus szemlélete. In: Evészavarok és testképzavarok. Túry F, Pászthy B (eds.) Pro Die Kiadó, Budapest. 2008. pp 197–210.

42. Harmatta J, Szőnyi G. Pszichodinamikus terápiák, rövid dinamikus eljárások In: Szőnyi G (ed.) A pszichoterápia tankönyve. Medicina Kiadó, Budapest, 2015.
43. Ábrahám I, Jambrik M, John B, Németh AR, Franczia N, Csenki L. A testképtől a testképzavarig. Orv Hetil. 2017;158(19):723-730.
44. Zipfel S, Wild B, Groß G, Friederich HC. Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. Lancet. 2014;383:127-37.
45. Lock J. Treatment of Adolescent Eating Disorders: Progress and Challenges. Minerva Psychiatr. 2010; 51(3):207-216.
46. Hay PJ, Mond J, Buttner P, et al. Eating disorder behaviors are increasing: findings from two sequential community surveys in South Australia. PloS ONE. 2008;3:e1541.
47. Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. American Journal of Psychiatry. 2002;159:1284-1293.
48. Szumska I, Túry F, Hajnal Á, Csoboth Cs, Purebl Gy, Réthelyi J: Evészavarok prevalenciája fiatal nők hazai reprezentatív mintájában. Psychiat Hung. 2001;16:374-383
49. Szumska I, Túry F, Szabó P: Az evészavarok epidemiológiájának újabb adatai. In: Evészavarok és testképzavarok. Túry F, Pászthy B (eds). Pro Die Kiadó, Budapest, 2008. pp 109–120.
50. Kornstein SG. Epidemiology and recognition of binge eating disorder in psychiatry and primary care. J Clin Psychiatry 2017;78(suppl 1):3-8.
51. He J, Cai Z, Fan X: Prevalence of binge and loss of control eating among children and adolescents with overweight and obesity: An exploratory meta-analysis. Int J Eat Disord 2017;50:91–103.
52. Citrome L. Binge eating disorder and comorbid conditions. Differential diagnosis and implications for treatment. J Clin Psychiatry 2017;78(suppl):9-13.
53. Saltzman JA, Liechty JM. Family correlates of childhood binge eating: A systematic review. Eating Behaviors 2016;22:62-71.
54. Kessler LC, Berglund PA, Chiu WT et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization Mental Health Surveys Biol Psychiatry 2013;73(9):904-914.
55. Friborg O, Martinussen M, Kaiser S et al. Personality disorders in eating disorder non-otherwise specified and binge eating disorder: a meta-analysis of comorbidity studies. J Nerv Ment Dis 2014;202(2):119-125
56. Fisher MM, Rosen DS, Ornstein RM, et al. Characteristics of avoidant/ restrictive food intake disorder in children and adolescents: a „new disorder” in DSM-5. J Adolesc Health. 2014;55(1):49–52.

57. Norris ML, Robinson A, Obeid N, Harrison M, Spettigue W, Henderson K. Exploring avoidant/restrictive food intake disorder in eating disordered patients: a descriptive study. *Int J Eat Disord.* 2014;47(5):495-499.
58. Norris ML, Spettigue WJ, Katzman DK. Update on Eating Disorders: Current Perspectives on Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in Children and Youth. *Neuropsychiatric Disease and Treatment.* 2016;12:213-218. doi: 10.2147/NDT.S82538
59. Ornstein RM, Rosen DS, Mammel KA, et al. Distribution of eating disorders in children and adolescents using the proposed DSM-5 criteria for feeding and eating disorders. *J Adolesc Health.* 2013;53(2):303-305.
60. Nicely TA, Lane-Loney S, Masciulli E, Hollenbeak CS, Ornstein RM. Prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2014;2(1):21.
61. Forman SF, McKenzie N, Hehn R, et al. Predictors of outcome at 1 year in adolescents with DSM-5 restrictive eating disorders: report of the national eating disorders quality improvement collaborative. *J Adolesc Health.* 2014;55(6):750-756
62. Swanson JSJC, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas K. Prevalence and correlates of 7 eating disorders in adolescents: Results from the National CoMorbidity Survey 8 Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry* 2011;68:714-723.
63. Le Grange D, Swanson S A, Crow S J, Merikangas KR. Eating disorder not otherwise specified presentation in the US population. *The International Journal of Eating Disorders*, 2012;45(5):711-718. <http://doi.org/10.1002/eat.22006>

X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE

1. Fejlesztőcsoport megalakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok dokumentálásának módja

A szakmai irányelv kidolgozását kezdeményezte az Egészségügyi Szakmai Kollégium Gyermek pszichiátria és addiktológia Tagozat a témaválasztási javaslat dokumentum kitöltésével és továbbításával. Ezt követően a résztvevő Tagozatok és Tanácsok, valamint társszerzők, szakértők és véleményezők kijelölése, majd az irányelvfejlesztői csoportok kialakítása történt meg, valamint az összeférhetlenségi és egyetértési nyilatkozatok kitöltése. Az irányelv fejlesztés a vizsgálati és terápiás eljárási rendek kidolgozásának, szerkesztésének, valamint az ezeket érintő szakmai egyeztetések lefolytatásának egységes szabályairól szóló 18/2013. (III. 5.) EMMI rendeletben foglaltak alapján történt.

Az irányelv kialakítási folyamat során a fejlesztőtagok önálló munkája a tagok közt elektronikus úton folyamatosan megosztásra és véleményezésre került, az irányelv hangsúlyos és problematikus kérdéseiben pedig személyes, csoportos konzultációk zajlottak.

A munkafolyamatok során alkalmazott kötelező dokumentáció: Témaválasztási Javaslat, Tagozatok Nyilatkozata részvételi szintről és a delegáltakról, Irányelv-fejlesztő csoport összeállítása, Kapcsolattartó és helyettesének delegálása, Egyéni Összeférhetlenségi Nyilatkozatok és azok

Összefoglalója, Csoportos Összeférhetetlenségi Nyilatkozat, Módszertani értékelések, konzultációk: szűrő- és részletes értékelés, konzultációs feljegyzés(ek), Tagozatvezetői Nyilatkozatok a szakmai irányelvben foglaltakkal való egyetértésről.

2. Irodalomkeresés, szelekció

Az irányelv készítése során a nemzetközi irányelvek adaptációját, illetve a legutóbbi nemzetközi irányelv megjelenése óta eltelt időben publikált, evidencia szempontjából jelentősnek értékelt kutatások értékelését végeztük.

A felhasznált irodalom során mind szakirodalmi cikkek, mind könyvek feldolgozásra kerültek, melyek listája a nemzetközi irányelvek, ajánlások és az irodalomjegyzékben megtalálható.

A fentiekén túl az elsősorban 2014–2017-ig terjedő időszakban született, elsősorban szakfolyóiratokban közölt publikációkat szűrtük a „PubMed”, az OVID „MEDLINE”, „PsycInfo”, valamint a „ScieneDirect” adatbázisokban. A felhasznált irodalom során mind szakirodalmi cikkek, mind könyvek feldolgozásra kerültek, melyek listája az irodalomjegyzékben megtalálható. Az irodalomkeresés elsősorban online formában történt. Az eredmények közül a következő evidencia szinteket tekintettük mérvadónak: irodalmi áttekintés (review), szisztematikus irodalmi áttekintés (systematic review) és metaanalízis, mivel ezen munkák több egyéb cikk feldolgozása és elemzése alapján jöttek létre. Az irodalomkeresés 2017 decemberében zárult le.

3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték vagy ajánlás mátrix”), bizonyítékok szintjének meghatározási módja

A IV. fejezet 3. Bizonyítékok szintje pontban található szempontok szerint történt, a SIGN útmutatásai alapján. Bizonyos kórképekre, terápiás eljárásokra vonatkozóan nem álltak rendelkezésre magasabb evidenciaszinttel rendelkező kutatási eredmények, ezt a szövegben a megfelelő helyen jeleztük.

4. Ajánlások kialakításának módszere

Az ajánlások kialakítása során nemcsak az adott témában megjelenő szakirodalmi ajánlásokat, hanem hazai szakmai tapasztalatokat is figyelembe vettünk. A konkrét ajánlásokat illetően igyekeztünk tematikusan, jól átlátható formában, konkrét, gyakorlati szinten is jól használható irányokat ismertetni. Ajánlások kialakításának módszerét lásd részletezve a IV. fejezet 4. Ajánlások rangsorolása pontban.

5. Véleményezés módszere

Amikor a tervezet elkészült és a fejlesztésben résztvevők konszenzusán alapuló végleges szöveg elkészült, akkor került a dokumentum a véleményezőkhöz. Elektronikus úton valamennyi véleményező először megkapta, majd a válaszukra szükség esetén ismételt levélváltással alakították ki a végleges szöveget. Valamennyi véleményező válaszolt.

A különböző fejezetek megírása, valamint a részfolyamatok befejezése során a szerzők egymás munkáit többlépcsős folyamat során véleményezték és módosításokra tettek javaslatot, mely korrigálását követően újabb véleményezésre, majd korrigálásra került sor. A visszaérkező javaslatok beillesztésre kerültek az irányelv szövegébe, vagy azok alapján módosításra került a dokumentum

szerkezete, amennyiben az irányelvfejlesztők egyetértettek azok tartalmával, ezt követően történt az ajánlás véglegesítése.

6. Független szakértői véleményezés módszere:

Független szakértő nem működött közre.

XI. MELLÉKLET

1. Alkalmazást segítő dokumentumok

1.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

1.1.1. Tájékoztató fiatalok számára

Szia!

Fogyózol? Számolod a kalóriákat? Netán ezerral sportolsz, hogy formáld a tested? Vagy esetleg olyan dolgokkal próbálsz fogyni, amiről nem szívesen beszélsz?

Ha a fenti kérdések bármelyikére igen a válaszod, akkor talán hasznos lesz végig olvasnod ezt a rövid összefoglalót.

A fogyókúra egy nagyon gyakori dolog akár a kis- és nagykaszkok, akár a felnőttek körében. Sajnos a minket körülvevő világból is nagy nyomás nehezedik ránk, hisz betegesen sovány próbababákon látjuk a ruhákat a kirakatokban, sztárok agyonretusált és lesoványított képei szerepelnek a magazinok címlapján, étellel összeegyeztethetetlen testarányokkal rendelkező rajzfilmmfigurákon növünk fel (pl. Ariel, Hófehérke), az egyre vékonyodó Barbie és egyre izmosabb Ken babákról már ne is beszéljünk.

Fogyni nagyon nehéz dolog, hisz az élet egyik legfontosabb ingerét, az éhséget kell legyőzni közben. Ha valakinek sikerül, az egy fontos teljesítmény, jó érzéssel, büszkeséggel töltheti el. Az teljesen rendben van, ha szeretnéd jól érezni magad a bőrödben, ha szeretnéd formálni a tested, ha fontos neked, hogy hogy nézel ki, ha igényes vagy magadra és az étkezésedre. Fontos azonban tudnod, hogy ez egy ponton túl veszélyessé válhat! A hirtelen és/vagy nagymértékű súlycsökkenés súlyos testi vagy pszichés tüneteket okozhat, akár kórházi kezelés is szükségessé válhat. A fogyáshoz társulhat levertség, kedvetlenség, ingerlékenység koncentrációs problémák, ritkán még öngyilkossági gondolatok is. Vannak, akik hánytatással próbálják a súlyukat és a bennük lévő feszültségeket kézben tartani. A hánytatás során a nyelőcsövön sebek keletkezhetnek, a fogakon súlyos, visszafordíthatatlan zománchiányt okoz a gyomorsav. Tudnod kell azt is, hogy fogyás mellett nehezebb tanulni, koncentrálni, az agyad ugyanis nehezebben dolgozik „éhesen”, „alutápláltan”, és kevesebb energiád marad az egyéb céljaidra.

Az anorexia egyik legfontosabb tünete a fogyás mellett a testképzavar. Gyakran az ebben érintett fiatalok egészen másképp látják, élik meg testüket, mint a környezetük, szüleik, családtagjaik, tanáraik, barátaik. Nem látják a soványságot, testüket kövérnek vagy normálisnak élik meg kóros soványság esetén is.

A sok riasztó dolog mellett jó hírünk is van számodra. Az evészavarokból meg lehet gyógyulni! Ne félj, szó sincs hízőkúráról! Az egészség fokozatos visszaállítása a cél, együtt figyelünk a tested

változásaira. Veled együtt próbáljuk megérteni, mi miért történik, mivel is vagy elégedetlen, és melyek a számodra fontos értékek, célok az életben. Hogyan passzolnak ezek a mostani történésekhez. Ehhez a nyomozáshoz a szüleidet, családot is segítségül hívjuk időnként, de mindig a Te jelenlétedben.

Tudjuk, hogy segítséget kérni sokszor nehéz. Talán nem is érzed betegnek magad, talán azt érzed, hogy kézben tartod a dolgaidat és nem lehet baj.

Megfogalmaztunk egy-két támpontot, ami segítheti az ebben való tájékozódást.

Fontos lenne egy orvosi vizsgálat,

1. ha a testsúlyod több, mint 10%-át leadtad (pl. 50 kg-nál 5 kg),
2. ha állandóan a tested, alakod, étkezésed körül forognak a gondolataid, ha az önértékelésedben nagy szerepet tölt be a testsúlyod (pl. az egész napodat elrontja, ha reggel 10 dekával többet mutat a mérleg),
3. ha a fogyókúra, az ételekkel való foglalkozás túl sok időt visz el, vagy nagyon megváltoztatta az életed,
4. ha egyre kevésbé okoznak örömet a hobbijaid, barátaid,
5. ha fizikailag gyengének érzed magad, vagy bármilyen testi tüneted van (szédülés, ájulás),
6. ha ingerlékeny, befelé forduló lettél,
7. ha gyógyszerrel vagy önhánytatással próbálsz fogyni,
8. ha felborult a menstruációs ciklusod (amennyiben menstruálsz) vagy – bár már ideje lenne –, de nem kezdesz menstruálni.

Ha úgy érzed, érintett vagy, kérlek jelezd ezt szüleidnek, orvosodnak, fordulj hozzájuk bátran. Egy orvosi vizsgálat segít eldönteni, hogy van-e szükséged egyáltalán segítségre, és ha igen, milyen jellegűre.

1.1.2. Tájékoztató evészavarban érintett fiatalok pedagógusai számára

Tisztelt Pedagógus!

Magyarországon egyre több az evészavarban érintett fiatal. Lányok körében népszerűbbek a különböző evészavarfajták, de egyre több fiút is látunk már. Vannak, akik kalóriát számolnak, állandóan diétáznak, néha még a folyadékbevitelt is csökkentik, emellett testsúlycsökkentő sportok rabjaivá válhatnak. Gyakori jelenség, hogy a fiatalok a valóságosnál sokkal kövérebbnek ítélik meg testüket, tudomást sem véve a gyakran életveszélyes fogyásról. A diéta és a testképzavar az anorexia nervosa vezető tünetei. Az önhánytatás vagy más testsúlyemelés kompenzáló viselkedések (sport, gyógyszerek, drogok) anorexia és bulimia tünetei is lehetnek. Az orthorexiások az egészséges táplálkozás rabjai, minden energiájukat az étrendjük megtervezésére és kivitelezésére fordítják. Fiúknál gyakoribb az izomdiszmorfia, az érintett fiatalok függőszerűen üznek izomtömegnövelő

sportokat, nemritkán fehérje és/vagy szteroid fogyasztással kiegészítve, miközben magukat soványnak, csenevésznek látják.

Mit tud tenni tanítványáért, ha úgy érzi, érintett a fenti nehézségek valamelyikében? Sokat! Az Ön lehetőségeit két csoportban foglalmaztuk meg.

1. Segítheti a fiatal indulását, ha még nem kapott támogatást, terápiát e téren.

Vészjelek fogyás esetén:

- vészes fogyás (rövid idő alatt 10%-ot meghaladó testsúlycsökkenés). Normál testsúly mellett is előfordulhatnak súlyos testi szövődmények (pl. életveszélyesen alacsony pulzus vagy laboreltérések). Markáns (10%-os vagy annál nagyobb) fogyás esetén az orvosi vizsgálat elengedhetetlen,
- fogással összefüggésbe hozható fizikai tünetek (pl. szédülés, ájulás, gyengeség),
- markáns viselkedésváltozás: a fogyásra való beszükülés mellett visszahúzódás, lehangoltság,
- tanulmányi eredmény változása, dekoncentráció,
- lányoknál a menstruációs ciklusa felborulása fogyás kapcsán.

Vészjelek, ha nincs fogyás:

- testsúlycsökkentésre irányuló kompenzáló viselkedés: extrém sportolás, önhánytatás, gyógyszerek, drogok,
- markáns izomtömeg növekedés mellett is soványnak, csenevésznek tartja önmagát a fiatal,
- szteroid vagy fehérje fogyasztás izomtömeg növelés céljából,
- egészséges ételek fogyasztására történő beszükülés, mely az életminőséget rontja (pl. nem megy el osztálykirándulásra, közös programokra).

Mit tegyen vészjelek esetén?

Fontos a fiatallal egy négy szemközti beszélgetést kezdeményezni annak a pedagógusnak, akiben a fiatal bízik. Érdemes jelezni a változást, amit a pedagógus érzékel és kifejezni az aggodalmát. A gyermek szüleinek értesítése elkerülhetetlen, az életkor mellett a kórképekre jellemző hiányzó betegségelátás miatt is. Gyakran a pedagógusok előbb látják a problémát, mint a szülők. A szülővel történő közös konzultáció során fontos lenne elérni, hogy házi gyermekorvosi vizsgálat történjen, aki a fiatal állapotának súlyossága alapján kórházba vagy ambuláns terápiára irányítja a családot. A fiatalok jobban elfogadják egy orvosi kockázatelemzést, mintha mindjárt terápiába küldjük őket. A gyerekek/fiatalok noszogatása, étkezésre való biztatása, „etetése” nem vezet célra, sőt ártalmas, kérjük ezt ne tegye. Fontos, hogy a fent részletezett lépések a gyermek tudtával történjenek, hogy a bizalom a későbbiekben se sérüljön.

2. Terápiában lévő evészavaros fiataloknál mások az Ön lehetőségei

Evészavaros gyerekeknél a terápia általában a gyermekkel és a családdal szoros együttműködésben történik, a családtagok, illetve a gyermek közvetlen környezete fontos erőforrás. A terápia során „terápiás szerződést” kötünk a fiatalokkal és a családjukkal, ahol a test biztonsága és a szükséges gyarapodás érdekében az aktivitást (iskolába járást, testnevelés órai részvételt, sportolást, osztálykiránduláson való részvételt) – súlyosságtól függően – korlátozzuk és testsúlyhoz kötjük. E kérdésben mindig egyedi elbírálás a mérvadó. A gyógyulás érdekében elengedhetetlen, hogy ezt minden felnőtt következetesen betartsa. Amennyiben a terápia érinti az iskolai aktivitást, akkor erről a terapeuta írásbeli dokumentációban értesíti Önt, orvosi felmentést, igazolást ad. Amennyiben szükségesnek tartja, hogy felvegye a terapeutával a kapcsolatot, akkor ezt Ön a család és a gyermek tudtával teheti meg, közös konzultációkra is van lehetőség.

A fentiek összegzéseképpen kiemelnénk a korai felismerést, a vészjelek értékelését, a kockázatbecslő orvosi vizsgálat szükségességét. Amennyiben terápiára kerül a sor, ott minden felnőtt részéről fontos a következetesség, a terápiás lépések, szabályok maximális betartása.

Megtisztelő figyelmét köszönjük!

1.1.3. Útmutató evészavaros páciensek szomatikus kontrolljához házi gyermekorvosok számára

Tisztelt Háziorvos Kolléga!

Az evészavar pszichoszomatikus jellegéből adódóan az ebben érintett gyermekek, fiatalok terápiaja több pilléren nyugszik. Mind a pszichoterápia (egyéni és/vagy családterápia), mind a betegek szomatikus kontrollja elengedhetetlenül fontos a teljes gyógyulásig.

A teljes gyógyulásnak több kritériuma van: a célsúly elérése, a menstruációs ciklus visszatérése, a táplálkozási magatartás normalizálódása, a pszichopatológiai eltérések, rizikó- és fenntartó tényezők javulása, melyek időben rendszerint nem egyszerre következnek be, és átmeneti vagy tartós visszaesések is lehetségesek. A célsúlynál sok szempontot mérlegelünk: gyermekeknél fontos az egyéni fejlődési görbe, különösen primer amenorrhéában. Szekunder amenorrhéánál a menstruáció elvesztésekor mutatott testsúly lehet irányadó. Gyermekek- és serdülő korosztályban a BMI helyett percentilis értékekben gondolkodunk. (lásd 1. számú táblázat).

Előfordulhat, hogy a pszichoterapeuta a gyermek háziorvos segítségére szorul a szomatikus kontrollt illetően. A terapeuta feladata jelezni a háziorvos felé, hogy mely tünetek értékelésében, szükséges orvosi vizsgálatok elrendelésében vár segítséget a gyermekorvos kollégától.

Súlymérés

Eleinte otthon naponta, majd meggyőző súlygyarapodás mellett lehet heti kétszer-háromszor, célsúly felé ez tovább ritkítható. A reggeli testsúlymérés ébredés után éhgyomorra, vizeletürítés után, fehérenműben és szülői kontroll mellett történjen. Az evészavaros betegeknél gyakran előfordul manipuláció a súlymérések előtt (pl. nagymértékű folyadékfogyasztás, súlyok elhelyezése ruhába) a fehérenműben történő mérés ezért fontos. A betegek ezért nem hibáztathatók, érdemes ezt a betegség tüneteiként, a betegségbelátás hiányaként értelmezni (mint ahogy a dackorszakban lévő gyermek „dolga” a saját erő és akarat megmutatása). Amennyiben felmerül a gyanú a manipulációra, akkor ezt az egyéni terapeuta felé jelezni kell, hisz ő tud a pácienssel ezen dolgozni. A páciens a reggeli testsúlyokat az evésnaplójában rögzíti, és ezt mind a pszichoterapeutának, mind

szomatikus kontrollt vezető orvosnak meg kell néznie! Az orvos ez alapján láthatja a testsúly alakulásának dinamikáját, ennek mentén tud vizsgálatokat elrendelni. A súly validálása miatt a gyermekorvosi rendelőben is történjen súlymérés. Az evésnapló étkezésre vonatkozó elemzése már a pszichoterápia részét képezi. Az evészavaros páciensek gyakran kényesek a visszajelzésre, sokszor szenzitíven értékelnek minden (akár pozitív, akár negatív) testre, súlyra, étkezésre vonatkozó visszajelzést, ezért érdemes ezeket mellőzni. Egy teherbíró pszichoterápiás kapcsolatban természetesen e kérdésben is egyéni a megítélés.

Az elvárt gyarapodás (általában heti 0,5-1 kg) a terápiás szerződés részét képezi.

Szomatikus vizsgálatok

EKG:

Fogyás esetén hetente. Egyéb eltérés (pl. arrhythmia, bradycardia) esetén kardiológiai konzílium indokolt. Itt is fontos a premorbid állapot minél pontosabb feltérképezése (pl. sportoló). Fokozatos súlygyarapodás esetén 15 kg/m² BMI fölött havonta egy kontroll EKG indokolt, amennyiben az előzőek nem jeleztek kórosat.

Laborvizsgálatok:

– ionok (Na, K, Ca, Mg, P!),

fogyás esetén hetente,

súlygyarapodás esetén hetente-kéthetente (mértékétől függően, újratáplálási szindróma, foszfátszint),

kiugró súlygyarapodás (napi 50 dkg-nál nagyobb mértékű) esetén, vagy a gyarapodás megindulásának kezdetén, vagy ha a foszfát alsó határ közelében mozog, vagy gyakori purgálás esetén hetente 1-2 alkalommal,

– vércukor,

– májfunkció, vesefunkció: fogyás vagy korábbi eltérés esetén állapottól függően, egyéb esetben állapottól függően 2-4 hetente,

– teljes vérkép: fogyás vagy korábbi eltérés esetén 2-4 hetente, egyéb esetben kéthavonta,

– vas: ha anaemia gyanúja felmerül,

– amiláz: amennyiben volt eltérés, akkor kontroll indokolt.

A sürgősségi osztályos felvétel kritériumait a „Gyermek-és serdülőkorú evészavarok szakmai irányelve” dokumentumban találják.

Összegzésképpen hangsúlyozzuk a pszichoterapeuta és a szomatikus orvos szoros együttműködését.

Köszönjük együttműködését.

Klinikai szempontból jelentős egyéb evészavarok, melyek az irányelv részletes részében nem kerültek kifejtésre

Orthorexia nervosa

Az orthorexia nervosa (ON) fő tünete az ételek minőségére vonatkozó megszállottság: minden olyan étel elkerülését eredményezi, amely egészségtelen, vagy annak tartott összetevőket tartalmaz. Hiányállapotokhoz, testsúlycsökkenéshez vezethet. A pathológia határát elsősorban a funkcióromlás jelenti. Kóros esetben az ételekkel való foglalkozás az idő nagy részét felemészti, a páciens munkaképtelenné, szociálisan izolálttá válhat, a tünetek jelentős egészségkárosodás (pl. hiánybetegségek, gasztrointesztinális zavarok, az éhezéshez kapcsolódó szívelégtelenség) ellenére is fennmaradnak [1]. Az egészséges étkezés betartása az önértékelés fontos pillérévé válik. Számos kényszeres elem is megjelenhet a tünetek között, akár az ételek összetevőinek pontos kimérését, akár az étkezések időpontját illetően.

Gyakoriság tekintetében 1% alá becsülik a klinikai szintű előfordulását [2].

Hányásfóbia

Az érintett személy az ételt attól való túlzott félelmében utasítja el, hogy elhányja magát. Jelentős alultápláltsághoz vezethet. Gyakran jár megváltozott étkezési szokásokkal: minőség és mennyiség beszűkülése, lassú evés, az étel alapos tisztítása, frissességének folyamatos ellenőrzése, az evés – különösen a mások előtti evéssel járó aktivitások – kerülése [3]. Ezeknek az elkerülő viselkedéseknek lehet kényszeres jellegük [4], de a kényszerbetegség, mint komorbiditás is gyakran felmerül [5]. Hypochondriához hasonló tüneti megjelenéssel is járhat, a fokozott aggodalmaskodás, egészségszorongás, a normál gasztrointesztinális működéssel kapcsolatos testérzetek katasztrófizálása miatt. A nyelésfóbia általában hányást, vagy félrenyelést, mint kulcsélményt követően alakul ki, és az ettől való túlzott félelem vezet az evés, súlyosabb esetben az ivás, vagy a nyál lenyelésének elutasításához.

Nőkben gyakoribb, prevalenciája az átlagpopulációban 0,1% körül van [6].

A szakirodalomban jobbra esettanulmányok jelentek meg, szisztematikus áttekintés készítéséhez Baijens és mtsai 2013-ban nem találtak megfelelő számú kutatást. A szakirodalom áttekintése során leginkább esettanulmányokat találtunk [7].

Nyelésfóbia (phagophobia)

Okada és mtsai (2007) esetsorozatukban kétfajta etiológiát különítettek el, a poszttraumás típust és a betegségelőny-típust. A kényszeres személyiségvonások megléte rossz prognózist jelentett [8]. Kezelése rövid ideje fennálló esetekben kognitív viselkedésterápiával eredményes, a hosszabb ideje fennálló zavar komplex kezelést igényel.

Szelektív evés/Szelektív evészavar

Beszűkült spektrumú táplálkozás, mely kevesebb, mint 10féle étel fogyasztását jelenti, minimum hat hónapon át. Az érintett személy új ételek fogyasztását megtagadja. Sem testképzavar, sem alakra vagy súlyra fókuszáló figyelem nem jellemző. Nem áll fenn félrenyeléstől, hányástól való félelem és az étel kerülése nem magyarázható szomatikus betegséggel [9]. A testsúly és a szomatikus

szövédmények függenek az elfogyasztott ételek összetételétől és mennyiségétől. Az ételrepertoár idővel változhat, de a beszűkültség a legtöbb gyermek esetén a hozzátápláláskor kezdődik és megmarad, komorbid önellátási, társas (pl. a közös étkezéssel járó társas helyzetek kerülése) és pszichés (szorongásos, hangulati zavarok) nehézségeket eredményezve [10].

Fontos a háttérben gyakran meghúzódó autizmus spectrum zavar felismerése [11], az autizmussal élő gyermekek 46–89 százaléka szelektív evő [12]. Rizikótényezőként a szorongásos, kényszeres jegyek, (mind az anyánál, mind a gyermeknél) a férfi nem, a „nehéz temperamentum” és legfontosabb mediátorként a szenzoros túlérzékenység járulnak hozzá a kórkép megjelenéséhez [13]. Szükséges az ételkerülés magyarázatának minél pontosabb körüljárása.

Terápiás lehetőségek: autizmus spektrum zavarban autizmus specifikus fejlesztés, szenzoros túlérzékenység esetén szenzoros integrációs terápia szükséges. Egyéb esetekben kisebb gyermekeknél játékterápia, bábterápia, nagyobb gyermekeknél kognitív viselkedésterápia, relaxációs, imaginációs módszerek egyaránt hasznosak lehetnek. Indokolt lehet a szülő terápiás megsegítése is [14].

Pica

A pica a tápláléknak nem minősülő anyagok (föld, agyag, kréta, téglá stb.) rendszeres fogyasztását jelenti. Legalább egy hónapon keresztül. Kiemelendő, hogy akkor beszélünk kórképről, ha a tápláléknak nem minősülő anyag fogyasztása a személy fejlődési szintjének nem megfelelő és a zavar nem valamilyen kulturálisan támogatott vagy társadalmilag normatív gyakorlat része. [15]. Gyermekeknél, különösen 2–5 éves kor között gyakori, hogy egyszer-egyszer tápláléknak nem minősülő anyagokat vesznek szájba, de mivel ez normatív fejlődési folyamat része, nem tartjuk evészavarnak [14]. Több esettanulmány leírta a pica fennállását vas- és cinkhiányos állapotban, ólommérgezésben, valamint alultáplált gyermekeknél. Gyakran társul mentális retardációval [16].

Rumináció/rágás-köpés szindróma

Az étel ismételt regurgitációja legalább egy hónapon keresztül. A regurgitált falatot a személy újra rágja, majd lenyeli vagy kiköpi. Akkor beszélünk evészavarról, ha a regurgitáció nem tulajdonítató egyéb betegségeknek (GOR, pylorus stenosis) és ha AN, BN vagy falászavar során keletkezik [15].

Mind a gasztroenterológia, mind a pszichiátria diagnosztikus rendszereiben szerepel. A Rome III kritériumok a hányinger és az öklendezés, a szervi elváltozások (gyulladás, tumoros betegségek, anyagcserebetegségek, anatómiai rendellenességek, pylorus stenosis), valamint a refluxbetegség hiányát hangsúlyozzák. Alvás közben a zavar nem jelentkezhet, a standard anti-reflux kezelés hatástalan, kisgyermekeknél a környezettel való interakciók mérsékelik vagy megszüntetik a tüneteket [17].

Társuló szervi eltérések: oesophagitis, gyomorégés, hasi diszkomfort.

Kezelésére vonatkozó átfogó tanulmányok és komolyabb RCT-k hiányoznak. A kezelés gerince a pszichoedukáció és különböző viselkedésterápiás beavatkozások. Hatékony lehet a hasi légzés megtanítása HRT (habit reversal training) keretében [18] esettanulmányok a rágógumi fogyasztását előnyösnek találták.

Felhasznált irodalom:

1. Dudás K, Túry F. Orthorexia nervosa avagy egészséges étel-függőség: evészavar vagy maladaptív stratégia? In: Túry F, Pászthy B. (eds.). *Evészavarok és testképzavarok*. Pro Die Kiadó Kft., Budapest, 2008. Pp: 53–62.
2. Dunn TM, Gibbs J, Whitney N, Starosta A. Prevalence of orthorexia nervosa is less than 1%: data from a US sample. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 2017;22(1)185.
3. Van Hout WJ, Bouman TK. Clinical features, prevalence and psychiatric complaints in subjects with fear of vomiting. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2012;19:531-539.
4. Veale D, Hennig C, Gledhill LJ. Is a specific phobia of vomiting part of the obsessive compulsive and related disorders? *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2015;7:1-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.08.002> (Elérve: 2018. 01. 10.)
5. Maertens C, Couturier J, Grant C, Johnson N. Fear of Vomiting and Low Body Weight in Two Pediatric Patients: Diagnostic Challenges. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017;26(1):59-61.
6. Becker ES, Rinck M, Türke V, Kause P, Goodwin R, Neumer S, et al. Epidemiology of specific phobia subtypes: Findings from the Dresden mental health study. *European Psychiatry*. 2007;22(2),69-74. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2006.09.006> (Elérve: 2018. 01. 10.)
7. Baijens LW, Koetsenruijter K, Pilz W. Diagnosis and treatment of phagophobia: a review. *Dysphagia*. 2013;28(2):260-70. doi: 10.1007/s00455-013-9454-0
8. Okada A, Tsukamoto C, Hosogi M, Yamanaka E et al. A study of psychopathology and treatment of children with phagophobia. *Acta Med. Okayama*, 2007;61(5):261-269.
9. Nicholls D, Christie D, Randall L, Lask B. Selective eating: Symptom, disorder or normal variant. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2001;6(2):257-270.
10. Chatoor L, Ganiban J. Food refusal by infants and young children: diagnosis and treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2003;10:138-146
11. Bryant-Waugh R, Markham L, Kreipe RE, Walsh TB. Feeding and eating disorders in childhood. *Int J Eat Disord*. 2010;43(29):98-111.
12. Ledford JR, Gast DL. Feeding problems in children with autism spectrum disorders: a review. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*. 2006.153-166
13. Jantek Gy, Gallai M, Pászthy B. Egy korai kezdetű evészavar: a szelektív evés diagnosztikai jellemzői, etiológiája és terápiás lehetőségei. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 2016;17(1):1-172006;21(3):153-166
14. Pászthy B, Major M: Az evés- és testképzavarok megjelenésének új formái In: *Evészavarok és testképzavarok*. Túry F, Pászthy B. (eds.) Pro Die Kiadó, Budapest, 2008. pp 25–40.

15. American Psychiatric Association (APA) DSM-5. Arlington, V.A.: APA, 2013. Magyar változat: American psychiatric Association. DSM-5 referencia kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz. Budapest: Oriold és társai, Budapest, 2013

16. Advani S, Kochhar G, Chachra S, and Dhawan P. Eating everything except food (PICA): A rare case report and review. J Int Soc Prev Community Dent. 2014;4(1):1-4. doi: 10.4103/2231-0762.127851

17. Tack J, Blondeau K, Boecxstaens V, Rommel N. Review article: the pathophysiology, differential diagnosis and management of rumination syndrome. Aliment Pharmacol Ther 2011;33:782-788.

18. Chitkara DK, Van Tilburg M, Whitehead WE, Talley NJ. Teaching diaphragmatic breathing for rumination syndrome. Am J Gastroenterol. 2006;101:2449-52.

1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

Évészarvar Kérdőív (Eating Disorder Inventory, EDI) [1]. Saját forrás

Ez a kérdőív különböző véleményeket, érzéseket és viselkedéseket mér. A tételek némelyike ételekkel és evéssel kapcsolatos. Más tételek az Ön saját magával kapcsolatos érzéseire vonatkoznak. Nincs jó vagy rossz válasz, próbáljon meg tehát őszintén válaszolni. Az eredményeket szigorúan bizalmasan kezeljük. Olvassa el mindegyik tételt és jelölje kereszttel a megfelelő négyzetet. Kérjük, hogy minden kérdésre nagyon gondosan válaszoljon. Köszönjük.

mindig: 6 rendszerint: 5 gyakran: 4 néha: 3 ritkán: 2 soha: 1

1	Édességeket és szénhidrát tartalmú ételeket anélkül eszem, hogy idegességet éreznék.	6	5	4	3	2	1
2	Azt hiszem, a gyomrom túl nagy.	6	5	4	3	2	1
3	Jó lenne, ha vissza tudnék térni a gyermekkor biztonságához.	6	5	4	3	2	1
4	Eszem, ha nyugtalan vagyok.	6	5	4	3	2	1
5	Teletömöm magam étellel.	6	5	4	3	2	1
6	Szeretnék fiatalabb lenni.	6	5	4	3	2	1
7	Diétázásra gondolok.	6	5	4	3	2	1
8	Megrémülök, ha érzelmeim túl erősek.	6	5	4	3	2	1
9	Úgy gondolom, a combjaim túl vastagok.	6	5	4	3	2	1
10	Hasznavehetetlen embernek érzem magam.	6	5	4	3	2	1
11	Rendkívül bűnösnek érzem magam a túlevés miatt.	6	5	4	3	2	1
12	Azt hiszem a gyomrom éppen jó méretű.	6	5	4	3	2	1

13	Csak a kiemelkedő teljesítmény elég jó, megfelelő a családban.	6	5	4	3	2	1
14	A legboldogabb időszak életemben a gyermekkor.	6	5	4	3	2	1
15	Ki tudom fejezni az érzelmeimet.	6	5	4	3	2	1
16	Rettenetesen félek a hízástól.	6	5	4	3	2	1
17	Megbízom másokban.	6	5	4	3	2	1
18	Egyedül érzem magam a világban.	6	5	4	3	2	1
19	Elégedett vagyok az alakommal.	6	5	4	3	2	1
20	Általában úgy érzem, hogy a dolgokat ellenőrzés alatt tartom a világban.	6	5	4	3	2	1
21	Zavarba ejt, hogy nem tudom, milyen érzelmet érzek.	6	5	4	3	2	1
22	Inkább felnőtt lennék, mit gyerek.	6	5	4	3	2	1
23	Könnyen kapcsolatba tudok kerülni másokkal.	6	5	4	3	2	1
24	Szeretném, ha valaki más lennék.	6	5	4	3	2	1
25	Eltúlzom, vagy felnagyítom a testsúly fontosságát.	6	5	4	3	2	1
26	Világosan meg tudom határozni, milyen érzelmet érzek.	6	5	4	3	2	1
27	Elégedetlen vagyok magammal.	6	5	4	3	2	1
28	Voltak falási rohamaim, amikor úgy éreztem, hogy nem tudom abbahagyni az evést	6	5	4	3	2	1
29	Gyermekeként nagyon erősen próbáltam elkerülni, hogy csalódást okozzak szüleimnek, tanárainknak.	6	5	4	3	2	1
30	Vannak szoros kapcsolataim.	6	5	4	3	2	1
31	Tetszik a fenekem formája.	6	5	4	3	2	1
32	Nagyon foglalkoztat a vágy, hogy soványabb legyek.	6	5	4	3	2	1
33	Nem tudom, mi zajlik bennem.	6	5	4	3	2	1
34	Nehezemre esik, hogy kimutassam érzelmeimet másoknak.	6	5	4	3	2	1
35	A felnőttkor elvárásai túl nagyok.	6	5	4	3	2	1
36	Gyűlölöm, ha különböző dolgokban nem a legjobb vagyok.	6	5	4	3	2	1

37	Biztonságot érzek saját magammal kapcsolatban.	6	5	4	3	2	1
38	Falásrohamokra (túlevésekre) gondolok.	6	5	4	3	2	1
39	Boldog vagyok, hogy már nem vagyok gyermek.	6	5	4	3	2	1
40	Nem tudom pontosan, hogy éhes vagyok-e vagy sem.	6	5	4	3	2	1
41	Rossz véleményem van magamról.	6	5	4	3	2	1
42	Úgy érzem, meg tudok felelni velem kapcsolatos elvárásoknak.	6	5	4	3	2	1
43	Szüleim kiemelkedőt vártak tőlem.	6	5	4	3	2	1
44	Aggódok, hogy érzéseim fölött elveszítem az uralmat.	6	5	4	3	2	1
45	Úgy gondolom, hogy a csípőm túl széles.	6	5	4	3	2	1
46	Mások előtt mérsékelten eszem, de teletömöm magam, ha elmennek.	6	5	4	3	2	1
47	Normális étkezés után is felfúvódottnak érzem magam.	6	5	4	3	2	1
48	Úgy érzem, az emberek gyerekkorukban a legboldogabbak.	6	5	4	3	2	1
49	Ha hízom egy kilogrammot, aggódok, hogy folytatódik a hízás.	6	5	4	3	2	1
50	Úgy érzem, értékes személy vagyok.	6	5	4	3	2	1
51	Ha zaklatott vagyok, nem tudom, hogy szomorú, rémült vagy dühös vagyok-e.	6	5	4	3	2	1
52	Úgy érzem, hogy tökéletesen kell csinálnom a dolgokat vagy sehogy sem.	6	5	4	3	2	1
53	Azt gondolom, meg kell próbálnom hányni, hogy fogyni tudjak.	6	5	4	3	2	1
54	Az embereket bizonyos távolságra kell tartanom (kényelmetlen számomra, ha valaki túl közel kerül hozzám).	6	5	4	3	2	1
55	Azt hiszem, combjaim éppen megfelelő méretűek.	6	5	4	3	2	1
56	Belül (érzelmileg) üresnek érzem magam.	6	5	4	3	2	1
57	Tudok személyes gondolatokról, érzésekről beszélni.	6	5	4	3	2	1
58	Az élet legszebb évei azok, amikor az ember felnőtté válik.	6	5	4	3	2	1
59	Úgy gondolom, a fenekem túl nagy.	6	5	4	3	2	1
60	Vannak érzelmeim, melyeket nem tudok pontosan meghatározni.	6	5	4	3	2	1

61	Titokban eszem vagy iszom.	6	5	4	3	2	1
62	Azt hiszem, csípőm éppen jó méretű.	6	5	4	3	2	1
63	Igen magas céljaim vannak.	6	5	4	3	2	1
64	Ha zaklatott vagyok, aggódom, hogy enni kezdek.	6	5	4	3	2	1

Evészavar Kérdőív értékelése

Az Evészavar Kérdőív (Eating Disorder Inventory, EDI) a leggyakrabban használt kérdőív az evészavaros betegek vizsgálatában. Hazai adaptációját Túry és munkatársai végezték 1997-ben. A 64 tételből álló, Likert-típusú skálát használó önpontozó kérdőív az evészavarok többdimenziós felfogásán alapul. Az evészavarokra jellemző kognitív, emocionális és viselkedés tényezőket értékeli 8 alskálában. [2, 3].

Értékelés [1, 2].

Az egyes faktorokhoz tartozó tételek az alábbiak:

Karcsúság iránti késztetés: 1, 7, 11, 16, 25, 32, 49 tétel

Bulimia: 4, 5, 28, 38, 46, 53, 61 tétel

Testtel való elégedetlenség: 2, 9, 12, 19, 31, 45, 55, 59, 62 tétel

Elégtelenség érzése: 10, 18, 20, 24, 27, 37, 41, 42, 50, 56 tétel

Perfekcionizmus: 13, 29, 36, 43, 52, 63 tétel

Interperszonális bizalmatlanság: 15, 17, 23, 30, 34, 54, 57 tétel

Interoceptív tudatosság: 8, 21, 26, 33, 40, 44, 47, 51, 60, 64 tétel

Félelem a felnőtté válástól: 3, 6, 14, 22, 35, 39, 48, 58 tétel

A *dölt* tételek kódolása fordított. A kódolás a következőképpen történik: a „mindig”, „rendszerint” és „gyakran” válasz 3, 2, illetve 1 pontot ér, a többi 0 pontot. A fordított tételknél a „soha”, válasz kap 3 pontot, a „ritkán” 2 pontot, a „néha” 1 pontot, a többi válasz nem kap pontot.

Az alskálák pontszáma a hozzájuk tartozó tételre adott válaszok értékének összege. A kóros ponthatárok megállapítása az első három alskálában szükséges (ezek speciális, evészavarokra vonatkozó alskálák). Az általános személyiségtényezőket tekintve nincs kóros határ. Általában a következő küszöbértékeket használják:

- Karcsúság iránti késztetés: 14 pont
- Bulimia: 12 pont
- Testtel való elégedetlenség: 21 pont

A mérőeszköz szabadon használható.

Hivatkozás:

1. Garner, D. M., Olmsted, M.P., & Polivy, J. (1983): Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 1:15-34.
2. Túry F, Sáfrán Zs., Wildmann M., László Zs. (1997): Az Evési Zavar Kérdőív (Eating Disorder Inventory) hazai adaptációja. *Szenvedélybetegségek*, 5: 336–342.
3. Túry F, Szabó P (2000): A táplálkozási magatartás zavarai: anorexia nervosa és bulimia nervosa. Medicina Kiadó, Budapest

1.3. Táblázatok

1. számú táblázat

A magyar gyermekek testmagasság, testtömeg, BMI referencia átlagai és percentilis-görbéi születéstől 18 éves korig az országos longitudinális gyermeknövekedés-vizsgálat adatai alapján [3].

A testtömeg-index (BMI) referencia-percentilisei 6–18 éves korig (Leányok)

Életkor	Esetszám (N)	Átlag x (kg/m ²)	Szórás (SD)	Percentilisek (kg/m ²)							
				3	10	25	50	75	85	90	97
6 év	2209	15,55	1,88	12,88	13,61	14,32	15,25	16,42	17,16	17,80	19,74
7 év	2102	15,75	2,08	12,91	13,62	14,41	15,38	16,64	17,62	18,34	20,53
8 év	2077	16,18	2,34	13,00	13,75	14,60	15,60	17,18	18,36	19,20	21,49
9 év	2071	16,65	2,58	13,15	13,95	14,80	15,90	17,86	19,16	20,02	22,65
10 év	2022	17,18	2,84	13,44	14,32	15,25	16,45	18,54	19,89	21,05	24,10
10,5 év	1555	17,47	2,97	13,60	14,54	15,48	16,72	18,85	20,32	21,51	24,76
11 év	1641	17,87	3,13	13,80	14,75	15,74	17,13	19,24	20,84	22,05	25,40
11,5 év	1531	18,24	3,26	14,05	15,00	16,03	17,54	19,63	21,36	22,53	26,05
12 év	1614	18,68	3,29	14,38	15,33	16,42	18,05	20,09	21,71	22,96	26,53
12,5 év	1494	19,07	3,27	14,65	15,71	16,80	18,42	20,55	22,10	23,40	26,94
13 év	1586	19,52	3,26	15,05	16,10	17,29	18,91	21,00	22,44	23,89	27,26
13,5 év	1448	19,89	3,25	15,48	16,56	17,73	19,21	21,34	22,75	24,28	27,60
14 év	1525	20,22	3,25	15,83	16,90	18,03	19,60	21,62	23,05	24,57	27,90

14,5 év	1137	20,52	3,22	16,10	17,22	18,39	19,84	21,90	23,33	24,87	28,18
15 év	1160	20,77	3,32	16,35	17,48	18,66	20,15	22,12	23,58	25,09	28,40
15,5 év	840	21,04	3,15	16,54	17,76	18,93	20,42	22,30	23,81	25,23	28,70
16 év	883	21,09	3,07	16,76	17,98	19,09	20,60	22,50	24,03	25,38	28,90
16,5 év	633	21,25	3,11	16,94	18,18	19,23	20,74	22,63	24,22	25,48	29,09
17 év	691	21,32	3,11	17,12	18,30	19,38	20,80	22,73	24,39	25,60	29,20
17,5 év	465	21,48	3,08	17,31	18,40	19,46	20,82	22,83	24,54	25,67	29,27
18 év	520	21,56	3,05	17,44	18,52	19,54	20,84	22,87	24,67	25,77	29,30

A testtömegindex (BMI) referencia-percentilisei 6–18 éves korig (Fiúk)

Életkor	Esetszám (N)		Szórás (SD)	Percentilisek (kg/m ²)							
				3	10	25	50	75	85	90	97
6 év	2469	15,66	1,80	13,12	13,77	14,52	15,38	16,48	17,13	17,67	19,62
7 év	2335	15,91	1,99	13,20	13,88	14,62	15,56	16,67	17,59	18,27	20,66
8 év	2306	16,37	2,29	13,40	14,16	14,93	15,91	17,05	18,33	19,12	21,96
9 év	2274	16,89	2,61	13,65	14,37	15,25	16,32	17,71	19,14	20,20	23,81
10 év	2222	17,50	2,96	13,85	14,65	15,58	16,78	18,60	20,47	21,40	25,33
10,5 év	1689	17,83	3,16	13,97	14,78	15,72	17,00	19,08	20,93	22,05	26,12
11 év	1794	18,17	3,32	14,06	14,94	15,94	17,30	19,59	21,36	22,66	26,72
11,5 év	1662	18,54	3,48	14,20	15,10	16,17	17,59	20,06	21,77	23,30,	27,32
12 év	1749	18,85	3,57	14,40	15,25	16,40	17,95	20,45	22,14	23,80	27,86
12,5 év	1601	19,22	3,62	14,66	15,45	16,70	18,29	20,80	22,48	24,18	28,34
13 év	1687	19,52	3,58	14,95	15,75	17,06	18,60	21,05	22,80	24,51	28,65
13,5 év	1549	19,79	3,54	15,19	16,05	17,38	18,92	21,28	23,08	24,74	28,92
14 év	1611	20,00	3,51	15,50	16,45	17,70	19,23	21,45	23,33	24,93	29,06
14,5 év	1166	20,28	3,37	15,81	16,82	18,02	19,52	21,70	23,56	25,10	29,12

15 év	1188	20,52	3,36	16,08	17,15	18,35	19,85	21,92	23,75	25,25	29,15
15,5 év	837	20,79	3,27	16,45	17,45	18,63	20,13	22,10	23,92	25,40	29,20
16 év	890	20,99	3,18	16,81	17,80	18,86	20,42	22,30	24,05	25,55	29,25
16,5 év	654	21,35	3,30	17,11	18,08	19,15	20,71	22,53	24,16	25,73	29,30
17 év	692	21,57	3,24	17,30	18,29	19,38	20,97	22,81	24,23	25,90	29,37
17,5 év	485	21,76	3,01	17,50	18,45	19,70	21,22	23,06	24,28	26,02	29,45
18 év	516	21,90	3,11	17,66	18,60	19,88	21,41	23,30	24,29	26,20	29,60

Forrás: Az Országos Longitudinális Gyermekeknövekedés-vizsgálat referenciaadatai alapján.

© Joubert K., Darvai S., Ágfalvi R. KSH Népegyésztudományi Kutatóintézet

Magyar lányok növekedési referencia értékei: átlag (x); szórás (SD); percentilisek születéstől 18 éves korig

Életkor	Esetszám (N)	Átlag x (cm)	Szórás (SD)	Percentilisek (cm)						
				3	10	25	50	75	90	97
Születéskor	2701	50,15	2,07	46,60	47,61	48,82	50,04	51,48	52,85	54,20
1 hónap	2662	53,30	2,06	49,45	50,70	52,03	53,22	54,59	56,06	57,45
2 hónap	2653	56,42	2,15	52,35	53,77	55,05	56,45	57,0	59,20	60,60
3 hónap	2622	59,48	2,25	55,25	56,68	58,07	59,30	60,80	62,20	63,70
4 hónap	2603	62,15	2,28	58,00	59,45	60,72	62,10	63,60	65,00	66,50
5 hónap	2577	64,52	2,35	60,24	61,67	63,06	64,56	66,00	67,45	69,00
6 hónap	2543	66,60	2,45	62,05	63,60	64,90	66,48	67,96	69,39	71,00
8 hónap	2519	69,42	2,50	65,00	66,60	68,05	69,70	71,15	72,55	74,30
10 hónap	2480	72,03	2,59	67,25	68,92	70,56	72,22	73,81	75,42	77,20
12 hónap	2495	74,76	2,68	69,58	71,35	72,90	74,80	76,53	78,30	80,16
15 hónap	2325	78,09	2,96	72,52	74,38	76,09	78,07	80,04	81,85	83,88
18 hónap	2294	81,15	3,18	75,14	77,16	79,12	81,20	83,13	85,12	87,12

21 hónap	2263	84,02	3,37	77,65	79,85	82,00	84,08	86,10	88,10	90,20
2 év	2304	86,88	3,54	80,03	82,31	84,55	86,50	88,80	91,00	93,12
3 év	2094	95,56	4,08	87,80	90,32	93,05	95,53	98,18	100,75	103,05
4 év	2127	102,31	4,25	94,50	97,01	99,08	102,60	105,28	108,20	110,96
5 év	2207	109,07	4,67	100,37	103,24	106,15	109,17	112,15	115,11	118,02
6 év	2209	115,55	4,96	106,23	109,30	112,31	115,61	118,83	122,05	125,19
7 év	2106	122,00	5,29	112,02	115,36	118,40	121,90	125,6	128,61	132,16
8 év	2082	127,64	5,64	117,20	120,50	124,04	127,58	131,28	135,00	138,50
9 év	2074	133,15	5,98	121,95	125,68	129,28	133,17	137,22	140,74	144,72
10 év	2022	138,84	6,51	126,80	130,75	134,64	138,80	143,08	147,06	151,20
10,5 év	1560	142,06	6,68	129,45	133,50	137,65	142,21	146,44	150,57	154,60
11 év	1644	145,48	6,97	132,52	136,44	140,85	145,60	150,13	154,37	158,40
11,5 év	1532	148,83	7,18	135,50	139,50	144,11	149,02	153,62	158,14	162,14
12 év	1618	152,01	7,10	138,75	142,50	147,36	152,25	156,91	161,08	165,04
12,5 év	1501	154,82	6,93	141,80	145,55	150,23	155,13	159,58	163,52	167,35
13 év	1589	157,33	6,65	144,87	148,60	153,05	157,55	162,02	165,78	169,52
13,5 év	1452	159,41	6,36	147,56	151,23	155,33	159,70	163,82	167,54	171,22
14 év	1530	161,07	6,12	149,70	153,30	157,17	161,17	165,30	168,90	172,67
14,5 év	1138	162,26	6,15	151,00	154,60	158,50	162,40	166,50	170,20	173,90
15 év	1161	163,38	6,09	152,00	155,70	159,60	163,50	167,70	171,30	174,95
15,5 év	839	164,22	5,98	152,80	156,40	160,40	164,40	168,70	172,35	175,90
16 év	882	164,92	6,16	153,38	157,10	161,00	165,20	169,40	173,10	176,70
16,5 év	631	165,61	6,02	153,65	157,50	161,60	165,80	170,00	173,70	177,40
17 év	689	165,96	6,03	154,10	158,00	162,00	166,40	170,60	174,30	177,95
17,5 év	467	166,75	6,09	154,40	158,50	162,50	166,90	171,00	174,80	178,40

18 év	523	167,20	6,13	154,08	159,00	163,10	167,50	171,40	175,10	178,70
-------	-----	---------------	------	--------	--------	--------	---------------	--------	--------	--------

Forrás: © Joubert K., Darvay S., Ágfalvi R. (Az Országos Longitudinális Gyermekeknövekedés-vizsgálat referenciadatai). KSH Népeségtudományi Kutatóintézet

Magyar fiúk növekedési referenciaértékei: átlag (x); szórás (SD); percentilisek születéstől 18 éves korig

Életkor	Eset-szám (N)	Átlag x (cm)	Szórás (SD)	Percentilisek (cm)						
				3	10	25	50	75	90	97
Születéskor	2984	50,82	2,18	47,00	48,20	49,51	50,72	52,14	53,65	55,09
1 hónap	2949	54,08	2,22	50,02	51,24	52,68	54,10	55,55	57,03	58,55
2 hónap	2938	57,44	2,34	53,08	54,45	56,00	57,60	59,05	60,40	62,02
3 hónap	2927	60,74	2,42	56,03	57,60	59,10	60,85	62,40	63,80	65,17
4 hónap	2895	63,55	2,49	58,62	60,35	62,00	63,70	65,30	66,62	68,20
5 hónap	2869	66,06	2,55	61,00	62,80	64,51	66,10	67,75	69,11	70,72
6 hónap	2838	68,19	2,55	63,00	64,80	66,38	68,00	69,70	71,10	72,70
8 hónap	2809	71,02	2,63	66,10	68,00	69,50	71,10	72,85	74,40	76,20
10 hónap	2789	73,63	2,68	68,58	70,56	72,04	73,81	75,60	77,20	79,15
12 hónap	2807	76,28	2,76	71,09	72,99	74,56	76,40	78,12	79,79	81,80
15 hónap	2622	79,52	2,98	74,07	76,01	77,74	79,57	81,51	83,19	85,20
18 hónap	2597	82,44	3,19	76,60	78,60	80,65	82,60	84,55	86,45	88,45
21 hónap	2543	85,21	3,44	78,88	81,08	83,28	85,36	87,38	89,50	91,60
2 év	2585	87,98	3,60	81,09	83,35	85,68	87,90	90,00	92,17	94,45
3 év	2351	96,39	4,06	89,02	91,31	93,83	96,36	99,01	101,50	104,15
4 év	2397	103,06	4,25	95,18	97,90	100,26	103,20	106,06	108,55	111,50
5 év	2455	109,74	4,66	101,06	103,82	106,68	109,76	112,90	115,65	118,50
6 év	2469	116,26	4,95	107,10	110,05	113,03	116,30	119,40	122,52	125,47

7 év	2338	122,70	5,27	112,50	115,98	119,15	122,48	125,92	129,15	132,45
8 év	2313	128,35	5,61	117,94	121,31	124,60	128,44	132,07	135,45	139,00
9 év	2277	133,79	5,99	122,47	126,34	129,75	133,99	137,73	141,45	145,26
10 év	2223	138,99	6,34	127,22	131,14	134,91	139,09	143,08	147,41	151,15
10,5 év	1697	141,77	6,38	129,95	133,60	137,44	141,75	145,96	150,06	154,00
11 év	1797	144,46	6,68	132,25	136,05	139,99	144,58	148,69	153,05	157,16
11,5 év	1665	147,35	6,90	134,85	138,59	142,57	147,32	152,05	156,19	160,16
12 év	1750	150,37	7,26	137,37	141,15	145,37	150,38	155,22	159,60	164,06
12,5 év	1604	153,57	7,70	139,81	143,70	148,47	153,51	159,00	163,44	168,24
13 év	1689	157,06	7,95	142,45	146,80	151,95	157,05	162,43	167,65	172,15
13,5 év	1552	160,64	8,13	145,10	150,00	155,30	160,40	166,48	171,03	175,40
14 év	1612	164,20	8,09	148,15	153,25	158,96	164,30	169,85	174,36	178,65
14,5 év	1165	167,16	7,95	151,35	157,00	162,00	167,50	172,70	177,00	181,40
15 év	1186	169,93	7,57	154,90	160,50	165,00	170,00	175,15	179,30	183,90
15,5 év	837	171,92	7,23	158,00	163,10	167,30	172,00	176,80	181,20	185,50
16 év	890	173,66	6,93	160,20	165,20	169,10	173,50	178,30	182,50	186,70
16,5 év	655	174,69	6,74	162,10	166,60	170,20	174,60	179,55	183,50	187,90
17 év	692	175,72	6,66	163,65	167,90	171,25	175,50	180,40	184,40	188,50
17,5 év	485	176,44	6,23	164,95	169,15	172,20	176,00	180,70	185,00	188,75
18 év	516	176,92	6,22	165,58	169,93	172,93	176,45	180,80	185,20	189,10

Forrás: © Joubert K., Darvay S., Ágfalvi R. (Az Országos Longitudinális Gyermekeknövekedés-vizsgálat referenciadatai). KSH Népeleştudományi Kutatóintézet

Magyar lányok testtömegének életkor szerinti referenciaátlagai és referencia-percentilisei születéstől 18 éves korig

Életkor	Eset-szám	Átlag	Szórás	Percentilisek (kg)
---------	-----------	-------	--------	--------------------

	(N)	x (kg)	(SD)	3	10	25	50	75	90	97
Születéskor	2703	3,20	0,39	2,49	2,70	2,90	3,15	3,40	3,60	3,90
1 hónap	2662	3,89	0,44	3,12	3,40	3,65	3,95	4,22	4,50	4,82
2 hónap	2654	4,72	0,49	3,80	4,10	4,40	4,73	5,05	5,37	5,70
3 hónap	2622	5,49	0,58	4,47	4,80	5,10	5,48	5,86	6,25	6,63
4 hónap	2604	6,18	0,64	5,06	5,40	5,74	6,15	6,60	7,01	7,46
5 hónap	2579	6,77	0,70	5,55	5,93	6,30	6,75	7,23	7,70	8,19
6 hónap	2546	7,29	0,76	5,99	6,37	6,75	7,23	7,75	8,25	8,80
8 hónap	2522	8,06	0,84	6,62	7,05	7,46	8,00	8,60	9,20	9,80
10 hónap	2483	8,76	0,92	7,10	7,61	8,10	8,70	9,36	10,00	10,63
12 hónap	2496	9,42	1,01	7,60	8,16	8,70	9,30	10,01	10,77	11,44
15 hónap	2326	10,15	1,10	8,25	8,85	9,45	10,12	10,86	11,60	12,40
18 hónap	2293	10,85	1,21	8,85	9,50	10,10	10,80	11,60	12,42	13,28
21 hónap	2262	11,49	1,31	9,35	10,10	10,70	11,46	12,29	13,20	14,17
2 év	2307	12,15	1,41	9,82	10,56	11,25	12,04	13,00	13,95	15,00
3 év	2094	14,37	1,84	11,35	12,30	13,16	14,10	15,32	16,68	18,00
4 év	2127	16,30	2,20	12,80	13,90	14,90	16,01	17,60	19,15	21,00
5 év	2206	18,43	2,77	14,35	15,50	16,70	18,08	19,85	21,81	24,35
6 év	2209	20,84	3,48	15,92	17,22	18,51	20,29	22,51	24,88	25,18
7 év	2102	23,56	4,25	17,65	19,10	20,68	22,80	25,48	28,35	32,65
8 év	2077	26,50	5,17	19,50	21,09	23,01	25,49	28,80	32,77	37,99
9 év	2071	29,71	6,12	21,48	23,32	25,49	28,49	32,39	37,70	44,00
10 év	2023	33,33	7,22	23,52	25,85	28,48	31,95	36,60	42,70	50,01
10,5 év	1560	35,46	7,74	24,70	27,29	30,20	34,00	39,01	45,42	53,03

11 év	1642	38,07	8,53	25,90	29,02	32,03	36,60	41,80	48,50	56,15
11,5 év	1532	40,68	9,23	27,55	30,80	34,05	39,20	45,05	51,80	59,50
12 év	1615	43,42	9,62	29,50	32,90	36,53	42,07	48,05	55,30	62,80
12,5 év	1494	45,96	9,67	31,55	34,98	39,06	44,80	50,90	58,30	66,20
13 év	1589	48,50	9,65	33,95	37,38	41,67	47,20	53,20	60,95	69,10
13,5 év	1450	50,70	9,62	36,25	39,80	44,01	49,30	55,30	63,16	71,50
14 év	1526	52,60	9,59	38,63	42,02	45,98	51,20	57,02	64,97	73,30
14,5 év	1137	54,05	9,35	40,40	43,90	47,85	52,85	58,50	66,50	75,00
15 év	1160	55,44	9,61	41,65	45,35	49,50	54,20	59,74	67,73	76,25
15,5 év	840	56,78	9,35	42,76	46,60	50,80	55,38	60,85	68,75	77,50
16 év	883	57,42	9,21	43,65	47,65	51,85	56,28	61,85	69,68	78,60
16,5 év	634	58,27	9,55	44,35	48,40	52,65	56,96	62,80	70,45	79,60
17 év	692	58,71	9,39	44,98	49,00	53,30	57,50	63,40	71,18	80,35
17,5 év	465	59,63	9,57	45,45	49,60	53,75	57,99	63,90	71,75	81,00
18 év	520	60,10	9,38	45,94	50,05	54,25	58,34	64,20	72,30	81,50

Magyar fiúk testtömegének életkor szerinti referenciaátlagai és referencia-percentilisei születéstől 18 éves korig

Életkor	Eset-szám (N)	Átlag x (kg)	Szórás (SD)	Percentilisek (kg)						
				3	10	25	50	75	90	97
Születéskor	2990	3,31	0,42	2,57	2,73	3,00	3,30	3,60	3,88	4,17
1 hónap	2949	4,09	0,49	3,24	3,52	3,82	4,15	4,50	4,80	5,12
2 hónap	2939	5,05	0,57	4,00	4,31	4,67	5,01	5,42	5,75	6,12
3 hónap	2929	5,92	0,64	4,70	5,07	5,51	5,90	6,32	6,70	7,14
4 hónap	2898	6,67	0,71	5,35	5,75	6,20	6,65	7,10	7,50	8,03
5 hónap	2874	7,3	0,76	5,90	6,32	6,78	7,30	7,78	8,26	8,80

6 hónap	2842	7,84	0,82	6,35	6,79	7,25	7,81	8,34	8,83	9,40
8 hónap	2815	8,64	0,92	7,02	7,50	8,00	8,60	9,25	9,81	10,45
10 hónap	2793	9,35	0,99	7,55	8,10	8,69	9,31	10,01	10,60	11,31
12 hónap	2810	10,01	1,07	8,07	8,69	9,29	9,95	10,70	11,32	12,10
15 hónap	2625	10,73	1,15	8,65	9,39	10,00	10,69	11,50	12,20	13,00
18 hónap	2600	11,41	1,24	9,23	10,00	10,65	11,36	12,25	13,00	13,85
21 hónap	2546	12,04	1,33	9,72	10,55	11,25	11,98	12,93	13,76	14,67
2 év	2590	12,66	1,43	10,19	10,99	11,78	12,55	13,58	14,45	15,49
3 év	2353	14,82	1,84	11,93	12,70	13,60	14,70	15,95	17,02	18,61
4 év	2398	16,68	2,17	13,21	14,19	15,20	16,49	17,99	19,31	21,47
5 év	2455	18,79	2,70	14,91	16,00	17,01	18,51	20,03	22,00	24,58
6 év	2469	21,04	3,41	16,48	17,70	19,00	20,60	22,98	25,18	28,82
7 év	2335	24,07	4,19	18,19	19,90	21,21	23,31	25,99	29,21	33,66
8 év	2306	27,12	5,17	20,03	22,01	23,78	26,01	29,19	33,62	39,51
9 év	2275	30,42	6,31	22,30	24,32	26,29	29,02	32,70	38,52	45,98
10 év	2223	34,05	7,65	24,49	26,71	29,01	32,20	36,73	44,30	53,23
10,5 év	1691	36,11	8,42	25,82	28,03	30,36	33,93	39,20	47,60	57,11
11 év	1794	38,24	9,26	27,00	29,48	32,02	35,80	42,03	50,95	61,03
11,5 év	1662	40,61	10,06	28,3	31,00	33,83	37,76	45,02	54,46	64,97
12 év	1750	43,00	10,73	29,62	32,50	35,65	40,08	48,00	57,74	68,60
12,5 év	1604	45,73	11,33	31,00	34,26	37,88	42,90	51,09	61,06	72,10
13 év	1688	48,58	11,79	32,80	36,16	40,21	45,99	54,20	64,35	75,40
13,5 év	1550	51,52	12,09	34,70	38,51	43,01	49,32	57,42	67,30	78,20
14 év	1616	54,33	12,23	36,65	41,00	45,99	52,35	60,20	69,97	80,55
14,5 év	1166	56,95	11,89	39,01	43,78	48,90	55,12	62,90	72,41	82,60

15 év	1189	59,55	11,90	41,68	46,36	51,65	57,62	65,15	74,65	84,65
15,5 év	837	61,60	11,57	44,20	49,04	53,95	59,65	66,95	76,50	86,50
16 év	890	63,49	11,34	46,48	51,36	56,05	61,50	68,78	78,20	88,00
16,5 év	654	65,35	11,45	48,78	53,10	57,62	63,35	70,45	79,90	89,20
17 év	692	66,72	11,38	50,58	54,80	59,22	64,96	72,06	81,12	90,28
17,5 év	485	67,88	10,49	52,05	55,93	60,30	66,30	73,38	82,20	91,30
18 év	516	68,65	10,68	52,95	56,97	61,49	67,35	74,32	83,00	92,00

Saját Forrás

1.4. Algoritmusok

Nincs

1.5. Egyéb dokumentumok

Magyar nyelvű ajánlott irodalom

Túry F, Szabó P: A táplálkozási magatartás zavarai: anorexia nervosa és bulimia nervosa. Medicina Kiadó,

Túry F: Anorexia, bulimia. Önsegítő és családsegítő kalauz. PRINT-X KFT., 2005.

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

Túry F, Pászthy B (szerk.): Az evészavarok pszichoterápiájának aktuális kérdései. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2011.

Cooper PJ.: Farkaséhség. Springer Verlag, 1994.

Middleton K, Smith J.: Első lépések – Kiút az étkezési zavarokból. Harmat kiadó, Budapest, 2013.