

# Irányelvek és ajánlások az evészavarok kezelésében

Túry Ferenc<sup>1</sup>, Szumska Irena<sup>1</sup>, Pászthy Bea<sup>2</sup>, Purebl György<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet

<sup>2</sup> Semmelweis Egyetem, I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika

397

**Összefoglalás:** Az evészavarok kezelésének fontossága a pszichiátriai gyakorlatban egyre növekszik, ezt az epidemiológiai adatok és a betegségek súlyossága magyarázza. Kezelésükben sokféle megközelítés ismert, ezek sokszor ellentmondóak. A bizonyítékon alapuló orvoslás jegyében egyre több gyakorlati vezérfonal jelenik meg. Mivel ezek a zavarok gyakoriak és sokszor súlyos lefolyásúak, a kezelést végző szakemberek számára igen hasznosak a legújabb irodalmi ismereteket összegző útmutatók.

A jelen vezérfonal a mindennapi gyakorlat számára kíván segítséget nyújtani. Összegzi az evészavarban szenvedő betegek kezelésének alapelveit, a diagnosztika lépéseit, a terápiás eljárásokat. Több olyan gyakorlati technikát is ismertet, amely az evészavarok kezelésében alapvető. Tárgyalja továbbá az evészavarok kezeléséhez szükséges készségeket, s a terápiás csapdákat is.

**Kulcsszavak:** evészavarok; anorexia nervosa; bulimia nervosa; vezérfonal; terápia

**Summary:** The importance of eating disorders is increasing in the psychiatric practice, underlined by the epidemiological data and the severity of these disorders. In the treatment several approaches can be found, and some of these are controversial. Following the rules of evidence-based medicine an increasing number of guidelines were published. Eating disorders are prevalent and often show a serious course, the guidelines summarizing the recent knowledge in the literature are very useful for the therapists.

The present guideline aims to help the everyday practice. It overviews the principles of the treatment of eating disordered patients, the steps of diagnostics, and the therapeutical methods. Many basic and practical techniques are also presented. It discusses the skills which are necessary for the treatment of eating disorders, and the therapeutical traps as well.

**Keywords:** eating disorders; anorexia nervosa; bulimia nervosa; guideline; therapy

## Bevezetés

A jelen irányelvek az aktuális nemzetközi vezérfonalak alapján, a bizonyítékokon alapuló orvoslás jegyében készültek, elsősorban a mindennapos gyakorlatot segítő. Talán nincs olyan betegcsoport, amely annyira megosztaná a kezelőket, mint az evészavaroké. A legkülönbözőbb felfogások lelhetők fel, ezek sokszor teljesen ellenkeznek egymással (például: kell-e rendszeresen mérni a beteg testsúlyát, s ha igen, ki mérje azt, a szülő, vagy az orvos/pszichológus). Sokan kizárólag gyógyszeres terápiákhoz folyamodnak, s nem vesznek figyelembe alapvető pszichoterápiás elveket. Vagy fordítva: az elhúzódó pszichoterápiák esetén nem vetik fel az esetleges farmakoterápiát (például dep-

ressziós komorbiditás esetén). A jelen irányelvek az általánosan elfogadott, a legfontosabb – hasonló – útmutatók felhasználásával összegyűjtött kezelési elveket tartalmazzák.

Előljáróban a laikusoknak és a szakembereknek egyaránt ajánlható általános alapelveket mutatjuk be, amelyek kilenc pontban foglalják össze az evészavarok általános jellemzőit (1).

## Kilenc igazság az evészavarokról

1. igazság: Sok evészavaros személy egészségesnek látszik, mégis extrém módon beteg lehet.
2. igazság: A családok nem hibáztatandók, s a betegek és a segítők legjobb szövetségesei lehetnek a kezelésben.

3. igazság: Az evészavar diagnózisa egészségi krízist jelent, amely akadályozza a szokásos személyes és családi működést.
4. igazság: Az evészavarok nem önként választott zavarok, hanem biológiailag megalapozott súlyos betegségek.
5. igazság: Az evészavarok minden nemű, korú, etnikumú, testalkatú és testsúlyú, szexuális orientációjú, valamint szocioökonómiai státusú személyt érinthetnek.
6. igazság: Az evészavarok mind az öngyilkosság, mind az orvosi szövődmények fokozott kockázatával járnak.
7. igazság: A gének és a környezet fontos szerepet játszik az evészavarok kialakulásában.
8. igazság: A gének önmagukban nem jósolják meg, hogy kinek lesz evészavara.
9. igazság: Lehetséges az evészavarból való teljes felépülés. A korai felismerés és beavatkozás fontos.

Ezeket az igazságokat érdemes pszichoedukációs anyagként is terjeszteni.

## Az evészavarok alapvető típusai

Az evészavarok a pszichiátriai zavarok előterébe kerültek gyakoriságuk és súlyosságuk miatt. A helyes megjelölés: evészavarok – sokan használják (hibásan) az „étkezési zavar” megnevezést, ami nem pszichológiai, hanem antropológiai fogalom. A „táplálkozási zavar” pedig túlságosan tág kategória. Az evészavarok etiológiájában a többdimenziós megközelítés javasolt, amely egyaránt figyelembe veszi a szomatikus, a pszichológiai és a társadalmi-kulturális tényezőket.

Az evészavarok fő betegségkategóriái között a DSM-5 (2) az anorexia nervosát (AN), a bulimia nervosát (BN), valamint a falászavart (binge eating disorder, BED) tartalmazza. A jelen irányelvek az AN és a BN kezelési alapelveit foglalják össze. Nem foglalkozunk az elhízással (obesitas), amely szerteágazó problémakör, anyagcse-re- és endokrinológiai vonatkozásokat is érintve. Mindössze annyit emelünk ki, hogy az elhízás mögött is igen gyakran pszichoszomatikus

mechanizmusok állnak, azaz a pszichológiai háttér sokszor döntő. Az elhízás kialakulását és kezelését illetően utalunk a hazánkban nemrég megjelent átfogó monográfiára (3).

Az atípusos, vagy szubklinikai zavarokat a DSM-5 alapján az egyéb meghatározott vagy nem meghatározott táplálási és evészavarok („other specified and unspecified feeding and eating disorders” – OSFED és UFED) kategóriája foglalja össze. Ide tartozik az atípusos AN (amelyben a testtömegindex [BMI – ld. később] a normális tartományban van), a szubklinikai BN vagy BED, amelyben a tünetek gyakorisága vagy fennállásuk időtartama nem éri el a diagnosztikai kritériumok mértékét. A DSM-5 rendszerébe egy új evészavartípust is felvettek, ez az elkerülő/restriktív táplálékfelvételi zavar (avoidant/restrictive food intake disorder, ARFID), amelyben nincs testképzavar, egyébként az AN-ra hasonlít.

Ezeket kívül több új evészavartípust is leírtak az utóbbi 2–3 évtizedben (izomdiszmorfia, orthorexia nervosa, purgáló zavar stb.), amelyek még nem kerültek be a különböző diagnosztikai rendszerekbe. Velük külön szintén nem foglalkozunk. Ismertek még a gyermekkori evészavarok (pica, szelektív evés, ételfóbia stb.), rájuk vonatkozóan a gyermekpszichiátriai tankönyvekre utalunk (pl.: 4).

Az evészavarok a legsúlyosabb pszichiátriai kórképek közé tartoznak. Az AN halálozása a kialakulást követő tíz éven belül 8% körüli, 20 éven belül a 20%-ot is eléri (5). Egy metaanalízis szerint a standardizált halálozási ráta AN-ban 5,86, BN-ban 1,93, a máshová nem osztályozott evészavarokban 1,92. Az anorexiás halálozás ötöde öngyilkosságból adódik (6).

## Alaptünetek

Az AN-nak a DSM-5 szerint három alaptünete van: a testsúlyhiány, a súlyfóbia (elhízástól való félelem) és a testképzavar. A DSM-IV-ben az igen gyakori amenorrhoea még alaptünetnek számított. Az AN két altípusa a *restriktív* altípus (erre a koplalás és/vagy túlzott testedzés jellemző), valamint a *bulimiás*, vagy purgáló altípus

(ezt falásrohamok és/vagy öntisztító viselkedések jellemzik, például: önhánytatás, hashajtóhasználat).

A BN alaptünete a kontrollvesztéssel járó falásroham, amelyet testsúlycsökkentő viselkedésformák kísérik (önhánytatás, hashajtók vagy vízhajtók használata, koplalás, intenzív testedzés). További alaptünet a testképzavaroknak megfelelő állandó aggodalmaskodás a testsúly és alak miatt, valamint a falásrohamok és a társuló kompenzáló viselkedések minimum heti egyszer való jelentkezése.

A BED jellemző tünete, hogy vannak falásrohamok, de kompenzáló viselkedések nélkül. A betegek általában elhízottak.

## Epidemiológia

### Anorexia nervosa

Az AN pontprevalenciája a nyugati civilizációban átlagosan 0,3% körüli fiatal nők körében (7, 8). Az élettartam-prevalencia 0,9–2,2% nők körében (9). A női megbetegedések aránya kb. tízszeres a férfiakéhoz képest, de az utóbbi évtizedben a különbség csökken: az Egyesült Államokban az AN élettartam-prevalenciája férfiak esetében 0,3% volt (10).

Az 1970-es évek elejéig az AN incidenciája növekedett a nyugat-európai országokban, azóta stabilitás tapasztalható (11). Lényeges azonban, hogy ennek ellenére 15–19 évesek között szignifikánsan növekedett az incidencia (12).

Egy hazai reprezentatív felmérés szerint 15–24 éves nők között az AN pontprevalenciája 0,03% volt (13).

### Bulimia nervosa

A BN pontprevalenciája fiatal nők körében átlagosan 1% körül van (7). Az élettartam-prevalencia az Egyesült Államokban 18 év feletti nőkben 1,5%, a férfiak között 0,5% egy reprezentatív felmérés alapján (10).

A BN incidenciája csökkenőben van a korai '90-es években tapasztalható növekedés után.

A csökkenést főleg felnőtt (20–39 éves) nőbetegek között regisztrálták, férfiaknál nem (12).

Kelet-közép-európai és magyarországi vizsgálatok eredményeinek összefoglalásai magyar nyelven is elérhetők (5, 14). Magyarországi reprezentatív felmérés (15–24 éves nők) szerint az BN pontprevalenciája 0,41% volt (13).

399

### Egyéb evészavarok

A BED prevalenciája az általános populációban 1–3%, a túlsúlyosak és elhízottak között 5–8,5%, a kezelésre jelentkező elhízottak között 9–30% (15).

Az atípusos evészavarok gyakoriak: a DSM-IV szerinti máshová nem osztályozható evészavarok pontprevalenciája 2–4% körüli (8).

### Az evészavarok diagnosztikája

Az evészavarokban szenvedők megtalálását gyakran megnehezíti a rejtettség, ami főleg a bulimiás betegekre jellemző. Az AN kevésbé titkolható a nyilvánvaló tünetek miatt. A tünetek és háttértényezők felmérése sokszor több ülést igényel.

### Az interjú evészavar-specifikus területei

Az evészavarok szempontjából több specifikus terület van, amelyekről információt szükséges szerezni (16, 17, 18):

1. Testsúly/magasság, testtömegindex (BMI), testsúlyváltozás az utolsó hónapokban, hetekben. Testsúlytörténet, a beteg által ideálisnak tartott testsúly.
2. Evési szokások felmérése:
  - Egy átlagos napon mit eszik és mikor, naplószerűen.
  - Folyadékbevitel.
  - Milyen ételeket kerül el és miért?
  - Rituálék és szabályok a táplálkozással kapcsolatban.
  - Amennyiben falás vagy kompenzáló viselkedés jelen van, ezek gyakorisága, formája.

- A falásrohamok alkalmával elfogyasztott étel mennyisége (annak eldöntésére, hogy objektív vagy szubjektív falásrohamról van-e szó).
  - Falásrohamkor van-e kontrollvesztés élménye?
  - Mik a triggerai a falásrohamnak és a kompenzálásnak?
3. A testedzés gyakorisága, hossza, vannak-e kényszeres elemek benne.
  4. Kogníciók: testkép, elégedettség a testével, félelem a súlygyarapodástól („mi lenne, ha egy kg-t gyarapodna?”).
  5. Családi struktúra, genogram, a testsúlyhoz és az evéshez való viszonyulás a családban.
  6. Életút, fontos életesemények, ezek milyen mértékben befolyásolták a súlyát, elégedettségét a testével. A szexualitás fejlődése, problémái, ezek összefüggése az evéssel.
  7. Önsértő viselkedések. Alkohol- vagy szerfogyasztás.
  8. Gyógyszerhasználat (hashajtó, vízajtó, pszichotrop szerek stb.).
  9. Motiváció felmérése; a beteg szempontjából mi a kezelés célja?

### Szomatikus állapot

A testi állapot és az egészségi kockázatok felmérésére több útmutató könnyen elérhető interneten is (19, 20).

Az evészavarok gyanújának felmerülésekor (akár járóbetegként, akár kórházi felvételt követően történik ez) fontos a szomatikus állapot vizsgálata: belgyógyászati vizsgálat, laborvizsgálatok. Gyakran fordulnak elő a só-vízháztartás eltérései, melyek nem specifikusak és igen változatosak. Egyes betegeknél a folyadékfelvétel akaratlagos korlátozásai miatt hipernatrémiás exsiccatio alakul ki. Más betegeknél – éppen az orvosi vizsgálat idejére időzített, testsúlynövelő manőverként alkalmazott – túlzott folyadékfogyasztás miatt hiponatrémia alakul ki. A hiponatrémia olyan súlyos lehet, hogy görcsök is felléphetnek. Más esetekben a hashajtókkal vagy húgyhajtókkal való visszaélés miatt alakul ki exsiccosis és/vagy hipokalémia, illetve az al-

kalmazott gyógyszer fajtájára jellemző ioneltérés. A tartós éhezés önmagában, jellemzően hypophosphataemiával jár, amely különösen a táplálás újrakezdésének időszakában okozhat életveszélyes komplikációkat (21). Bulimia nervosa esetén különös tekintettel kell lenni a szérum káliumszintjére, amely profúz hányás mellett lecsökkenhet, s ez szívritmuszavarok forrása lehet. A laboratóriumi eltérések értékelése fontos kérdés: általában nem okról, hanem az alultápláltság következményeiről van szó. Az eltéréseket általában természetesen korrigálni szükséges, de csupán ebben nem merülhetnek ki a terápiás teendők. Lényeges a kardiális állapot tisztázása (EKG), mert a 45/min alatti bradycardia kórházi felvételt indokol, a szívfrekvencia további csökkenése (30/min alá) esetleg pacemaker beültetését teszi szükségessé (1. táblázat).

### 1. táblázat

A szomatikus szövődmények jelei, szükséges vizsgálatok (Hay és mtsai, 2014 után)

#### Kórelőzményi adatok:

Ájulás, szívdobogásérzés, mellkasi fájdalom, légszomj, bokaödéma, gyengeség, fáradékonyág, amenorrhoea vagy szabálytalan menses.

#### Vizsgálatok:

Testsúly, testmagasság – BMI számítása  
Ülő és álló pulzusszám (nyugalmi bradycardia, vagy tachycardia)  
Vérnyomás ülve és állva  
Hőmérséklet

Laboratóriumi vizsgálatok a következők irányában:

hipokalémia,  
metabolikus alkalózis vagy acidózis,  
alacsony Ca-, Mg- és foszfátszint,  
hipoglikémia,  
májenzimek,  
szérum-albumin szint,  
teljes vérkép (neutropenia?),

EKG

Csontsűrűség (ezt rutinszerűen vizsgálni kell, ha a beteg legalább hat hónapja alultáplált)

### Pszichiátriai állapot

Az evészavarok igen gyakran komorbid pszichiátriai állapotokkal együtt fordulnak elő. Ezek között kiemelendők a szorongásos zavarok, a

depresszió, az addikciók, a szuicidalitás, a személyiségzavarok, valamint a szándékos önsértés.

Gyakori az egyes pszichés részfunkciók zavarai: memóriazavarok, csökkent kognitív flexibilitás, figyelemzavarok.

Az egyéni kórelőzményből felderítendő a pre-morbid elhízás, az interperszonális problémák, a diétázás vagy gyors súlyvesztés epizódjai. Fontos a családi előzményi adatok tisztázása is: volt-e evészavar a családban, korai kötődési zavar, fejlődési zavarok.

### Testsúlymérés anorexiás betegek esetében

A járóbeteg-kezelés, valamint a kórházi felvétel során a testsúly rendszeres, következetes ellenőrzése elengedhetetlen AN-ban. Bulimiásoknál, akiknek a tápláltsági állapota normális, ez ritkán szükséges, azaz elég a kezelés elején mért testsúlyt regisztrálni, illetve hetente követni.

A rendszeres testsúlymérés központi szerepet játszik, az is alapvető, hogy a beteg tisztában legyen a testsúlyával. *Waller és Mountford* (22) négy fő okot emel ki, amiért ez fontos:

1. A beteg szomatikus biztonsága.
2. A rendszeres testsúlymérés megmutatja, hogy valóban változnak-e az evési szokások.
3. A testsúlyméréssel kapcsolatos szorongás és az elkerülő viselkedés csökkentése.
4. A testsúlymérés alapvető azoknak a hiedelmeknek a változásához, amelyek központi szerepet játszanak az evészavarokban. A betegek túlértékelik az elfogyasztott étel befolyását a testsúlyra és katasztrofizálják ezt, ezért igyekeznek az evést minimálisra szorítani. A rendszeres testsúlyméréssel ezeket a hiedelmeket, kognitív torzításokat lehet korrigálni.

A testsúlymérésnek (akár otthon, akár kórházi körülmények között) reggel kell megtörténnie, WC-használat után, reggeli előtt, minimális ruházatban. Gyakori, hogy a betegek különböző módon „trükköznek”, azaz vizet isznak, vagy súlyokat akasztanak a fehérműjükre, ezért

szükséges a minimális ruházatban történő mérés. Ha trükközésre van gyanú a beteg részéről, például vízivásra, ami gyakori, akkor napközben többször is érdemes megmérni a testsúlyt váratlan időpontokban.

A testsúlymérés kétnaponta elegendő, mert természetes ingadozások gyakoriak (székrekedés, izzadás stb.). Helytelen az a gyakorlat, hogy a beteget nem reggel mérik meg, mert a napközbeni étkezések befolyásolják a testsúlyt.

A testsúlymérés a testi állapot megítélésének legfontosabb módja. Alapvető hiba, ha a kezelő nem akarja megmérni a beteg testsúlyát (általában arra hivatkozva, hogy nem akarja a terápiás kapcsolatot rontani), illetve a szülőket sem bízza meg ezzel a feladattal. Többször előfordult, hogy súlyosan anorexiás beteg testsúlyáról hónapok óta nem volt adat folyamatos pszichoterápia mellett. Ennek hátterében az állhat, hogy a terapeuta nem meri vállalni a testsúlymérés felelősségét, ezt át akarja hárítani másra (orvosra, ápolóra), ami terápiás hasításhoz vezet. Így a terapeuta koalícióra lép a beteggel, tudattalanul asszisztálva a beteg ellenállásához és a súlyos testi állapot bagatellizálásához.

Kiskorú járóbetegek esetében a szülők felelőssége a testsúlymérés. Esetükben helytelen gyakorlat, ha ebből kizárják a szülőket, például úgy, hogy a beteget visszarendelik az őt korábban kezelő osztályra, s ott mérik meg a testsúlyát, amit sokszor a szülőknek sem mondanak meg. A szülőnek alapvető joga, hogy tájékozott legyen a gyermeke testi állapotáról. Lényeges alapelv, hogy a család a terápiában szövetségesnek tekintendő (ld. előbb a 2. igazságot). A szülő kizárása (ez a „parentectomia” túlhaladott gyakorlata) mögött az a téves elképzelés szorított állni, hogy a szülővel feszült viszonyban van a beteg. Ez igaz, viszont a szülőt akkor sem szabad kizárni a testsúlymérés felelősségéből. Fontos feladat ugyanakkor, hogy a szülő ne vitázzon a gyermekével a mérés során, hanem mérje meg őt és regisztrálja a testsúlyt – és viselje el a gyermek indulatait. Ajánlott, hogy ha a szülő rendszeresen méri a testsúlyt, azt a terapeuta is (akár szűrőpróbaszerűen) ellenőrizze az intézetben, mert a beteg néha összejátsszik a szülővel.

Mindezek természetesen ettől eltérően vannak felnőtt betegek esetében, itt az intézeti testsúlymérés igen fontos.

402

A testsúlymérést nem helyettesítheti a kalóriaszámlálás és annak számon tartása, hogy mennyit eszik a beteg. Az anyagcsere változó lehet, sokszor előfordul, hogy egy beteg viszonylag sokat eszik, mégsem gyarapszik a testsúlya. A kalóriaszámlálás teljesen felesleges. Sok szülő vagy akár szakember is abba a csapdába kerül, hogy bizonyos kalóriatartalmú ételeket ír elő a betegnek. Mivel az evés elutasítása és az elhízástól való félelem áll az AN mögött, a beteg vagy nem eszi meg, amit előírnak, vagy kalóriacsökkentő aktivitásokkal igyekszik csökkenteni a testsúlyát (hiperaktivitás, önhánytatás stb.). Egy statisztikusi anekdota szerint egy tehencsordát úgy is meg lehet számolni, hogy a lábakat számoljuk meg és elosztjuk négygel. Természetesen egyszerűbb a teheneket megszámlálni – azaz nem érdemes a testsúly kérdését átködni kalóriákba. Ez csak a kényszeresség fokozásához vezetne.

A testsúlymérés mellett a testmagasság mérése is lényeges. Bemondás alapján egyik antropometriai adatot sem tarthatjuk megbízhatónak, ezért ezeket meg kell mérni. Gyakran előfordul, hogy a fejlődésben lévő fiatal beteg testmagasságát 1–2 évvel korábban mérték meg, s a változást nem követik.

A testsúlyból és testmagasságból könnyen kiszámítható a BMI: a testsúlykilogrammok elosztva a méterben megadott testmagasság négyzetével. Egy 160 cm-es és 50 kg-os nő BMI-je tehát:  $50:1,602$ , azaz  $50:2,56=19,53$ . Felnőtt nőknél a normális BMI-tartomány 18,5–25 közötti, férfiaknál 20–25.

A gyermekek növekedésének és tápláltságának megítélésére vonatkozóan a magyar referenciaértékek adnak eligazítást, így percentilis értékekben adandó meg a kívánt testsúlytól és testmagasságtól való eltérés (23, 24). Gyakran használják a gyakorlatban adolezscenseknél (14–18 éveseknél) a BMI-t is, amit fenntartásokkal kell kezelni ilyen életkorban, bár vannak olyan okostelefonos BMI-számító alkalmazások, amelyekben erre vonatkozóan életkori korrekciók vannak.

## Az evészavarok terápiája

### A motiváció kérdései

Az anorexiás betegek betegségtudata sokszor hiányos, vagy hiányzik. A bulimiások sokszor lemondóak és krónikus tünetekkel érkezők. A kezeléssel kapcsolatos ambivalenciát el kell fogadni, természetesen kell tekinteni.

A terápia kezdeti szakaszában lényeges a *motiváció erősítése*. E célból különböző módszerek ismertek, néhányat bemutatunk (17):

#### 1. Élettervek

Az evészavarban szenvedők az „itt és most”-ra koncentrálnak. Az élettervek célja ennek szélesítése, s annak átgondolása, vajon a jelenlegi állapotban a beteg képes-e a céljait elérni.

A beteget megkérjük, hogy állapítsa meg, hol szeretne tartani egy év múlva a következő területeken: család, párkapcsolat, barátságok, karrier/tanulás, egészség, személyes fejlődés (szabadidő), hobbi és önbizalom. Ugyanazt ismétlje meg 5 és 10 év távlatában (fiataloknál kisebb időtartamot érdemes megadni). Ezután jósolja meg, hogyan fognak alakulni a fenti területek, ha képtelen lesz megoldani az evészavarát.

#### 2. Levél a barátához vagy az ellenséghez

Megkérjük a beteget, hogy írjon két levelet az evészavarának – mint barátának és mint ellenségnek. A levélírás lehetőséget teremt annak megfogalmazására, hogy melyek a betegség negatív oldalai. Ez a feladat gyakran vált ki erős érzelmeket, különösen haragot a betegséggel szemben, ami rendkívül hatékony motiváló erő is lehet.

#### 3. Levél a jövőbeli önmagától

Arra kérjük a beteget, hogy képzelje el magát a jövőben, és levelet írjon a jelenlegi önmagának, az életét visszafelé nézve, mégpedig kétféleképpen:

- hogyan javult az élete evészavar nélkül és milyen munkára volt szükség, hogy megbirkózzon az evészavarral;

- tekintszen úgy az életére, hogy az evészavar nem változott, és ez esetben mit üzenne a jelenlegi önmagának.

#### 4. A változás mellett szóló pro és kontra érvek

Ez a feladat egyike azoknak, amelyek a legerőteljesebben segítik a beteget abban, hogy megértse a változás értékét. Az érvelés megmutatja, mik az akadályai a terápiának, és mik lehetnek a változást segítő elemek. A feladat megbeszélése közben számos kognitív torzítás, hiedelem is felszínre kerül, amelyek a későbbi terápiás munkában felhasználhatók.

Kiskorúak esetében az első interjút lehetőleg a szülőkkel/családdal együtt célszerű végezni akkor is, ha a továbbiakban nem családterápia lesz a választott módszer. Módot kell nyújtani a négy szemközti információszerzésre is, mert vannak érzékeny témakörök, amelyekről a családtagok jelenlétében nem beszélne a beteg. Eleve egyéni terápiás igénnyel jelentkező betegek esetében a család bevonása nem valósítható meg (például a tüneteit a szülei előtt is titkoló bulimiás betegnél).

A kezelés elején fel kell mérni a testi és a pszichés kockázatokat annak eldöntésére, hogy a kezelés ambulánsan, pszichiátriai osztályon, vagy belgyógyászati osztályon történjen. A testi paraméterek monitorozása a kezelés során is szükséges.

Az evészavarok kezelése specifikus tudást és készségeket igényel, s ha a kezelőnek nincs jártassága az evészavarok terápiájában, akkor a szakterületet ismerő szupervizor segítségével szükséges (25).

Az evészavarok kezelésének általános elvei a következők (20):

- Személyközpontú, informált döntéshozatal (gyermekek esetében a szülővel, gondozóval).
- A család és szignifikáns mások bevonása.
- Felépülésorientált gyakorlat.
- A legkevésbé korlátozó terápiás kontextus.
- Többdimenziós, multidiszciplináris megközelítés.
- Lépcsőzetes ellátás az egyes fokozatok közötti szoros kapcsolattal és zökkenőmentes átmenettel.

- A diagnózis és a kezelés dimenzionális és az adott kultúrához adaptált megközelítése.

A National Institute for Clinical Excellence (26) gyakorlatias elvei az AN-ra vonatkozóan a következők.

- Pszichoedukációra szükség van.
- Lényeges a testsúly, a szomatikus és mentális állapot monitorizálása és a kockázati tényezők értékelése.
- A kezelés multidiszciplináris és koordinált legyen.
- A beteg családtagjait vagy gondozóit be kell vonni a kezelésbe.
- Az egészséges testsúly (BMI) elérése kulcsfontosságú a pszichológiai, testi és életminőségbeli változások bekövetkezéséhez.
- A testsúlymérés eredményét érdemes megosztani a beteggel és a családtagokkal.
- A legtöbb anorexiás beteget ambulánsan kell kezelni.
- A kórházi ellátás egyaránt törődjön a visszatáplálással és a pszichológiai gyógymóddal.

A pszichoterápiát tekintve felnőttek esetén a következő módszerek javasoltak:

- egyéni, evészavarra fókuszáló kognitív-viselkedésterápia;
- MANTRA (Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults – 27);
- speciális támogató klinikai menedzsment (28). Ez utóbbi kettő speciálisan az AN-ra kidolgozott integratív pszichoterápiás eljárást jelent.

Gyermekek és serdülők esetében AN-fókuszú családterápia javasolt. Ez történhet egy családdal, de multiplex családterápia formájában is, több olyan családdal, akik hasonló problémával küzdenek. A családterápián belül szeparált ülést is biztosítani kell a betegnek (azaz egyedül is folytatni kell vele egy interjúrészt), s a teljes családdal is foglalkozni kell. A családterápia tartama általában 18–20 ülés, ami egyéves időszakot ölel fel.

Ha családterápiára nincs mód, akkor kognitív-viselkedésterápia ajánlott, ez általában 40 hét

alatt 40 ülést jelent. Ezen belül 8–10 ülés erejéig a családtagokkal is foglalkozni kell (tehát ez a módszer is involválja a családtagokat valamilyen mértékben).

A két alapvető módszer mellett az AN kezelésében szóba jöhet az adolescens fókuszú pszichoterápia (AFP) is, ami egyéves folyamat heti egy üléssel (29).

A többdimenziós, integratív szemlélet figyelembe veszi a táplálási, szomatikus és pszichológiai szempontokat. E körképekben jártas szakember által vezetett, kidolgozott programokra épülő pszichoterápiákat ajánlott alkalmazni. Fontos a hosszú távú követés biztosítása.

Krónikus AN-ban lényeges változás általában nem várható, az állapot rosszabbodásának a megakadályozása lehet a cél, a rendszeres ellenőrzés természetesen elengedhetetlen (20).

### A kórházi felvétel szempontjai

A betegek kezelését lehetőleg járóbetegként kell folytatni. Szomatikus veszélyek vagy súlyos pszichológiai kockázati tényezők esetén kell kórházi felvételhez folyamodni. Ennek szükségességét a szomatikus és pszichés tünetek súlyossága, valamint a családi diszharmónia mértéke határozza meg. Nem ajánlott abszolút BMI-határt meghúzni a felvétel eldöntésekor (26).

Szomatikus veszélyeztetettség tünetei:

- igen alacsony BMI (ld. alább);
- napi többszöri hányás miatti szérum-kálium hiány;
- 45/min alatti bradycardia, egyéb szívritmuszavarok;
- teljesen kontrollvesztett táplálékfelvétel;
- ambuláns kezelésre nem javuló makacs tünetek.

Súlyos pszichológiai kockázati tényezők:

- öngyilkossági veszély (pl. az impulzuskontroll zavaraival járó esetekben);
- súlyos komorbid depresszió és egyéb, kórházi ellátást igénylő pszichiátriai állapot;
- az impulzuskontroll társuló súlyosabb zavarai (alkohol- vagy drogabúzus);

- a családi támogatás hiánya, nagy feszültségek a családban.

Ekkor a legkevésbé korlátozó környezet javasolt – ha viszont korlátozásokra van szükség, azokat következetesen kell érvényesíteni.

A felvételi kritériumok tekintetében változó ajánlások találhatók, nincsenek egységes alapelvek. Ha az adott pszichiátriai osztályon van olyan szakember, aki jártas a szomatikus veszélyek elhárításában (például belgyógyász szakorvos), akkor súlyos testi állapot kezelését is vállalhatja az osztály. Ha tehát ez megoldható a pszichiátriai osztályon, akkor előnyös lehet a pszichoterápia minél korábbi elkezdése. Ha nem, akkor a szomatikus osztályon (például intenzív osztályon) kezelt betegnek is célszerű elindítani a pszichoterápiát a konzultációs-kapcsolati pszichiátria kereteinek megfelelően. Több kitűnő külföldi példa azt mutatja, hogy 14-es BMI alatt a beteget belgyógyászati, esetleg intenzív belgyógyászati osztályra küldik, s ha a visszatáplálás során elérte ezt a határt, akkor veszi át a pszichiátriai osztály (vagy speciális evészavar-részleg). Meg kell ugyanakkor említeni, hogy vannak olyan gyakorlatok is, amelyek szerint minden tápláltsági állapotban megoldható az ambuláns kezelés.

Lényeges annak tisztázása, hogy az adott osztály milyen feltételek között veszi fel a súlyosan alultáplált betegeket. Veszélyeztető állapotban nem lehet indok, hogy a beteg nem egyezik bele a kezelésbe. Ilyen esetekben a kórháznak kötelessége felvenni a beteget ugyanúgy, mintha öngyilkossági veszély, vagy mások testi vagy vagyoni épségének a veszélyeztetése állna fenn. Súlyos hiba visszautasítani a kórházi felvételt olyan beteg esetében, akinek a testi állapota veszélyeztető, s nem akar kórházban maradni. Mivel az AN igen gyakori tünete a betegségtudat hiánya, ezt nem kérhetjük számon a betegen. Sokszor az öngyilkossági veszélyeztetettség állapotában lévő betegek sem akarnak kórházba kerülni, a felvétel mégis orvosi kötelesség.

A kórházból való elbocsátás legfontosabb kritériuma AN esetében az, hogy a testsúly közel normális legyen (pl. a normális testsúlytartomány alsó határának 90%-a). A túl korai elbo-



csátás visszaeséshez vezethet, különösen olyan esetekben, ahol az utánkövetés és gondozás bizonytalan.

### Járóbeteg-kezelés

A család bevonása a lehető legnagyobb mértékben lényeges az evészavarok kezelésében. A családterápia fiatal, tizenéves evészavaros betegek kezelésében a legfontosabb módszer (26). Ha a szülők nem érhetők el (például távol élnek, az egyik szülő nem él, vagy a szülők sem tudnak gyermekük betegségéről, például a gyakori önhánytatásokról), akkor természetesen egyéni terápia, vagy csoportterápia lehet célravezető. Egyéb esetekben a család bevonása a terápia erőforrásaként alapvető. A család nem hibáztatható az evészavarok kialakulásért, inkább szövetségesként tekintünk rájuk. A családszemlélet (rendszer szemlélet) akkor is fontos, ha a beteggel egyéni terápiát folytatunk. Ha erre a terapeuta szemléleti okokból nem képes, akkor nem érdemes evészavaros betegek kezelését vállalnia.

Gyakran találkozunk olyan helyzettel, ami a családszemlélet hiányából fakadó terápiás csapdákat jelenti (30). Az egyik: a terapeuta szuperszülő szerepben van, úgy érzi, neki kell helyrehozni azt, amit a szülők elrontottak, kritizálja a szülőket. A másik: a terapeuta koalícióba lép a beteggel, kiszolgálja annak kóros igényeit. A harmadik: a terapeuta nem következetes, mindent elfogad, amit a beteg a terápiás ülésekre hoz (egy jeles pszichoterapeuta szellemes megjegyzésével ez az „empatopata” terapeuta).

### Az evési szokásokra vonatkozó ajánlások

#### **Az anorexiás beteget senki ne biztassa evésre.**

Ez a legfontosabb ajánlás, a biztatás ugyanis csak ellenállást szül, eredménye nincs, amit a körlefolyás már egyértelműen bebizonyított. Ha használna a szülői biztatás, akkor nem lennének anorexiás betegek, mert mindenki meggyógyulna. Mivel az anorexiások egyik leglé-

nyegesebb tulajdonsága a dac és ellenállás, a noszogatás csak a dacot növelné. Ezt a szülők kezdetben kevéssé fogadják el, úgy érezve, hogy a szülői kompetenciájukhoz tartozik az, hogy meg kell mondaniuk a gyermeknek, mit tegyen. Mivel az AN fókuszában igen gyakran a szeparáció-individuáció harca áll (ennek kifejeződése a dac), ez tartós feszültséget okoz eredmény nélkül. Általában az tapasztalható, hogy ameddig a szülő nem képes megállni azt, hogy biztassa a gyermekét, nem indul el az érdembeli gyarapodás.

Ugyanez vonatkozik a kórházi kezelésre is. Az orvos, pszichológus, vagy az ápoló semmivel sem képes nagyobb hatást gyakorolni ilyen értelemben a betegre, mint a szülő. Terápiás naivitás azt hinni, hogy a terapeuta „kedvéért” majd enni fog a beteg. A forszírozott etetés (ez azt jelenti, hogy ellenőrzötten étkeznek a betegek, s addig nem állhatnak fel az asztaltól, amíg mindent meg nem ettek) csak átmeneti eredményekkel jár, a betegek némi gyarapodás után elbocsátásra kerülnek, majd gyakran visszaesnek. Egyértelmű előnyei nincsenek (31). Mivel etikailag ez aggályos, s nem hoz eredményt, nem javasolt. Annak a felelőssége, hogy a beteg mennyit eszik, csak a betegé maradhat, más ezt nem tudja átvállalni. Akkor is így van, ha a beteg életveszélyes állapotba kerül. Sok kórházi rezsim működik a kontrollált etetés központba helyezésével – ez ritkán hoz tartós eredményt. Az AN pszichiátriai zavar, fontos pszichológiai háttértényezőkkal, a tüneti felszín kezelése önmagában általában kevés. Egy bizarr példa: a Parkinson-kórban szenvedő beteg kézremegését begipszeléssel meg lehet állítani, de ha leveszik a gipszet, ugyanúgy jelentkezik a tremor.

Más a helyzet az életveszélyes állapotban lévő betegek esetében, amikor orvosi kötelesség az újratáplálás a beteg akarata ellenére is. Ekkor sem a forszírozott etetés alkalmazandó, hanem a nasogastrialis szonda révén történő táplálás (ld. később).

#### **A testsúly ellenőrzése legyen a központban az evésre biztatás helyett.**

Ez természetesen az evés szabályaira vonatkozik, nem a pszichoterápia irányára, s ha a testsúly nem éri el a kívánt

mértéket, akkor ennek legyen valamilyen következménye. Nem büntetésről van szó, hanem a nehéz állapot miatt kötelező orvosi vagy terápiás felelősségről. A testmozgásokat, a kalóriaégetést korlátozó lépések szükségesek lehetnek ilyenkor a beteg érdekében. Kórházi körülmények között akár ágynyugalom időszakos vagy egész napos bevezetése is szóba jön. Járóbetegknél a sport, testnevelés, iskolába járás stb. leállítását válhat szükségessé. Ha ebben a tekintetben engedményeket kap a beteg, akkor igen hosszú kórlefordulás következik eredmény nélkül. A testsúlyváltozásra vonatkozó terápiás következetesség képességének hiányában csak a kórlefordulás krónikussá válásához asszisztálna a terapeuta.

**Felelősség, erélyesség, de nem agresszivitás.**

Gyakori tapasztalat, hogy életveszélyes testsúly esetén is engedik az iskolába járást a szülők és a pedagógusok. Az iskola kérdése fiatal anorexiás betegek esetében az érzelmi nyomásgyakorlás szokásos terepe („ha nem engedtek iskolába, annyit sem fogok enni, mint eddig” stb.). Ez a helyzet a kötelező szülői felelősség erőpróbája szokott lenni. Ilyenkor a szülőnek a következetességet és a szükséges (de annál nem több) erélyességet kell képviselnie.

Igen fontos, hogy ezek a korlátozások a beteg érdekében, ne pedig a terapeuták indulatai alapján történjenek. Célszerű megfordítani a kényszer irányát: azt mondhatjuk, hogy a kényszer nem a betegre vonatkozik, azaz arra, hogy a szülők, orvosok evésre kényszerítik őt, hanem a szülők vannak kényszer alatt: ők kénytelenek ilyen eszközökhöz folyamodni a gyermekük egészsége érdekében. A betegek tiltakozása természetes, ugyanakkor a testi veszélyek miatt az nem lehet érv, hogy a beteg nem hajlandó elfogadni azt, hogy pl. nem mehet iskolába, vagy nem gyalogolhat kilométereket naponta.

A szülők sokszor igen nehezen mondanak nemet a testedzésre, ezzel viszont tudattalanul asszisztálnak a krónikus leforduláshoz. Sokszor hangoztatott ürügy, amit sok terapeuta elfogad, hogy legalább attól van némi étvágya a betegnek, hogy mozoghat (pl. lovagolhat, futthat, hosszú sétákat tehet). Ez nem így van – ezek a

tevékenységek csak a testsúlycsökkentést és a szülőkkel szembeni kontroll nyerését szolgálják. Ha valakinek nincs kellő testsúlya, akkor elemi terápiás cél, hogy ne veszélyeztesse az egészségi állapotát testedzéssel. Rosszul értelmezett empátia az, ha a terapeuta elfogadja a beteg érvelését, hogy mozognia kell, mert ettől van étvágya.

**A táplálkozási szokások feltérképezésére alkalmas az evésnapló vezetése.** A napló funkciói:

- részben mércéje az együttműködésnek;
- szembesülés a tényekkel – ezért néha nehéz, és a betegek hátrítják;
- kontrollérzést ad, ezért sok beteg szívesen vezeti;
- időnként át lehet tekinteni, honnan indult, hol tart;
- segít a szabályszerűségek, triggererek azonosításában.

Csak addig kell vezetni a naplót, amíg nem normalizálódik az evés, nem alakulnak ki az új szokások. Figyelembe kell venni az adott beteg sajátosságait. Érdemes listát készíteni azokról az ételekről, amelyeket a páciens nem eszik, felállítani az ételekre vonatkozó szorongáshierarchiát, majd a közös munka során javasolt ezeknek az ételeknek a fokozatos bevezetése.

BN esetében a naplón alapuló közös munka fő céljai:

- A rendszeres táplálkozás bevezetése és stabilizálása. Ezt sokszor nehéz elfogadniuk a betegeknek, mivel erős a hízástól való félelem, és a kezdeti szakaszban valóban előfordul 1–2 kg-nyi súlynövekedés, amit természetesnek kell tekinteni.
- A koplalás–falás–koplalás ciklus megszakítása.
- Fontos a körülmények leírása az evéssel kapcsolatban (állva, számítógép előtt, csak este, egyedül stb.)
- Szabályszerűségek megkeresése, a falást és a kompenzáló viselkedéseket provokáló, a gyógyulást segítő és akadályozó tényezők azonosítása.

## A táplálékfelvétel minősége, mennyisége – a diétetika szerepe

Az evészavarokban szenvedő betegek kezelését vállaló szakembereknek ismerniük szükséges a táplálkozás alapelveit (17). Az evészavarok kezelése azonban alapvetően nem diétetikai kérdés. A beteg pontosan tudja, hogy mennyi az ételek kalóriatartalma, mitől gyarapszik és mitől fogy. A diétetika szerepe segítő: adhat tanácsot a betegeknek a diétetikus, ez viszont ne legyen a terápia fő iránya. Optimális esetben a diétetikus a kezelő team része. Ha az étel minősége túlságosan hangsúlyozottá válik, akkor ürügy lesz, hivatkozási alap, hogy miért nem tudott enni a beteg. Diétetikus tanácsadásra leginkább gyermekek esetén van szükség, vagy olyan társbetegségek fennállásakor, amelyeknél fontos a diéta, vagy a meghatározott táplálkozás: cukorbetegség, Crohn-betegség, cöliákia, ételallergia, cisztás fibrózis stb.

Az egészséges táplálkozás alapelvei a következők:

- Cél a változatos és rendszeres étkezés.
- Napi ötszöri étkezés elegendő: három fő, két köztes étkezés (tízórai, uzsonna).
- Ha a fő étkezések között kevesebb, mint 4 óra van, köztes étkezésként elegendő gyümölcsöt fogyasztani, ha több mint 4 óra, a köztes étkezésnek tartalmasabbnak kell lennie.
- Az étkezések között a beteg ne fogyasszon semmit, az ilyenkor elfogyasztott (általában kis mennyiségű) ételek ürügyként szolgálnak, hogy miért nem eszik megfelelően az anorexiás beteg a főbb étkezések során. Sok kezelő belemegy abba a csapdába, hogy sokszor egyen keveset a beteg – ennek a következménye az étellel való kényszeres foglalatzkodás lesz.

Az ülésnek csak egy részét szabad rászánni ezekre a kérdésekre akkor is, ha a betegek legszívesebben csak erről beszélnének. Szintén felesleges a diéták, az elfogyasztott mennyiségek részletes értékelése, a kalóriaszámlálás stb.

Kórházi keretek között a beteggel kötött megállapodásban tisztázni kell, hogy az általa elfo-

gyasztott étel honnan származhat. A leginkább célravezető az, ha a rendelkezésre álló kórházi lehetőségek közül a beteg tervezi meg a heti étrendjét a diétetikus segítségével. Az otthonról kapott ételek odaadása csak akkor jöjjön szóba, ha a beteg elfogyasztotta az általa választott kórházi ételeket.

A betegek sokszor igényelnek információt a táplálkozással kapcsolatban. A pszichoedukáció keretein belül érdemes írott anyagokat adni, vagy pedig elirányítani a megbízható internetes oldalakra.

## A testsúlygyarapodás üteme

Anorexiás járóbetegek esetében (átlagos testmaggasság mellett) az elvárt heti gyarapodás 0,5 kg, kórházi körülmények között 0,7–1 kg. Nagyon magas (például a modellszakmában dolgozó) betegek esetében inkább heti 1 kg az elvárás.

A testsúlygyarapodás üteme nem lehet túlzott. Előfordulhat intenzívebb súlygyarapodás is, akár 3 kg/hét. Ennél több veszélyes lehet, mert *újrátáplálási szindróma*hoz vezethet, mely nem az alapbetegség, hanem a terápia következménye. Ez az újrátáplálás elkezdése utáni két héten belül jelentkezik. A szindróma lényege, hogy a tartós éhezés után megkezdett táplálkozás átmeneti, de életet veszélyeztető ion- és folyadékháztartási eltéréseket okoz. Ezek közül a legnagyobb jelentősége a hypophosphataemiának van, mert életveszélyes kardiovaszkuláris és neurológiai komplikációkat eredményezhet. Az újrátáplálás során fellépő kardiális komplikációk másodlagosan, az alapbetegség okozta miokardiális eltérések talaján, jellemzően az újrátáplálás első két hetében lépnek fel. Szívritmuszavar, súlyos bradycardia, perikardiális folyadékgyülem, hipotenzió és szívmegeállás alakulhat ki.

Az újrátáplálási szindróma kockázatának a jelei a következők (32, 33):

- jelentős EKG-eltérések, elektrolit-eltérések a táplálás megkezdése előtt;
- aktív komorbiditás, fertőzések, kardiális zavarok stb.;
- igen alacsony kezdeti testsúly (BMI<12);

- a beteg még nem kezdett tiamint és vitaminpótlást;
- enterális (pl. nasogastrialis) táplálás esetén.

Újratápláláskor a kezelés indításakor napi 20 kcal/kg javasolt, majd ennek fokozatos emelése (napi 200 kcal-val) 60–100 kcal/kg-ig. Súlyos esetben, például alacsony foszfátszint esetén naponta, majd kétnaponta laboratóriumi ellenőrzés szükséges (32, 34).

Az újratáplálási szindróma kialakulása nem függ a táplálékbevitel módjától: orális, enterális vagy parenterális úton történő táplálkozás/táplálás esetén is felléphet. Kialakulása esetén a foszfát korai pótlása (solutio phosphat neutralis vagy káliumpótló foszfát puffer) szükséges. A táplálékmenyiség fokozatos emelésével elért kiegyensúlyozott testsúlygyarapodással, a komoly vitális kockázattal járó újratáplálási szindróma elkerülhető (35).

### Az indulatok kezelése evészavaros betegek esetében

Az evészavarok pszichológiai üzenete igen gyakran a családnak, a környezetnek szól. Természetesen vannak olyan helyzetek, amelyek egyéni terápiát igényelnek (például szexuális abúzus áldozatai esetében). A családdal szemben sok a dac, ellenállás, gyakori a provokáció. Fontos, hogy ezeket ne indulattal kezeljük, hanem értsük meg a valódi pszichológiai jelentést (például azt, hogy a beteg az igen erős, néha életveszélyes állapotot okozó tünettől akarja felhívni a figyelmet valamilyen családbeli jellegzetességre, például a túlvédő szülői magatartásra). Ha a gyermek részéről provokatív viselkedést látunk, ez mindig a szülőknak szól. A provokáció természetrajzához tartozik, hogy igen gyakran a szülők nem kellő erélyessége miatt provokálnak a gyermekek. A szülői határmegvonás ugyanis segítség a gyermeknek, jelzi azt, hogy meddig mehet el. Ha nem kap ilyen segítséget, akkor féktelenné, határsértővé, provokatívvá válik. Fontos, hogy erre ne úgy reagáljon a kezelő, mint a szülő, azaz indulattal. A provokáció értelmezése sokszor kulcsfontosságú terá-

piás feladat, s a szülők számára is komoly kihívás megtanulni azt, hogy a korlátozások szükséges velejárói a gyermekek nevelésének.

Ha a szülő túlvédő, akkor szociálisan fogyatékosá teszi gyermekét. Ha a terapeuta sem képes a határokat kijelölni a beteg számára, akkor a beteg irányítja a terápiát, nem fordítva. Lényeges a terápiás kontroll kézben tartása, akár járóbeteg-ellátásról, akár kórházi kezelésről van szó.

A trükköket érdemes felesleges indulat és szemrehányás nélkül kezelni, mert ezek a kórkép velejárói, viszont bagatellizálni sem kell. Észre kell venni a trükköket (testsúlymérésnél, ételek elrejtésénél stb.) és jelezni, hogy tudunk rólok.

A szabályok bevezetése esetén következetesen ellenőrizni kell, hogy a vállalások, feladatok teljesültek-e. Terápiás következetlenségre utal, ha a terapeuta kijelöli a feladatokat, például az elérendő testsúlyhatárt, majd nem ellenőrzi ezeket.

Lényeges az is, hogyan reagál a terapeuta a szükséges gyarapodásra anorexiás betegek esetén. Hasznos, ha fordítva reagálunk, mint amit a beteg elvár. Ha gyarapszik, ekkor higgadtan tudomásul vesszük ezt, jelezve, hogy ez természetes, nem a szülő vagy a terapeuta kedvéért kell bekövetkeznie a gyarapodásnak, hanem a saját felelősség visszatérése alapján. A testsúlygyarapodást önmagában ne dicsérjük meg, inkább a mögötte megnyilvánuló felelősségérzetet. Ha visszaesés fordul elő (egy paradox technika: ezt a terápia elején érdemes megjósolni), ami a terápia elején természetes és igen gyakori, akkor erre úgy reagálunk, hogy számítottunk erre, gyakran előfordul. Ekkor viszont a következetesség lényeges: legyen következménye annak, ha a testsúly még nem tudott növekedni.

Az indulatok kezelésében célszerű a *terápiás hasítás*: mondhatjuk azt, hogy a beteg 95%-ban úgy jó, ahogy van, sok értékkel rendelkező személy, 5%-ban viszont nem az igazi énje, hanem a betegség beszél belőle (ezt terápiás „kisördög”-nek, „manó”-nak szokták hívni). Terápiás szerződést kötünk a beteg egészséges én-részeivel: felajánljuk a betegnek, hogy fogjunk össze az 5%-ot kitevő betegség legyőzésére. Ezt a betegek elfogadják akkor is, ha erre a felvetésre nem

válaszolnak. Érthetően pozitív üzenete van annak, hogy őt 95%-ban elfogadjuk (szándékosan használunk ilyen arányokat).

Az empátián alapuló következetesség, valamint a pszichológiai háttértényezők elfogadása és belátása elengedhetetlen a terápiás kontroll megtartásában. Fontos alapelv, hogy az empátia és az erélyesség nem zárja ki egymást. Sok terapeuta nehezen hajlik a következetességre és erélyességre, mert – úgymond – nem akarja rontani a terápiás kapcsolatot. Igen lényeges azonban, hogy a hiteles terápiás kapcsolatot az alapozza meg, hogy a terapeuta adekvátan reagál a kórkép természetéből fakadó trükkökre, csúsztatásokra stb. Ha ezeket az empátiára hivatkozva nem teszi meg a terapeuta, megfordul a kontroll, s a terapeuta megy a beteg által diktált lépések után. *Az igazi empátia nem a mindent megértő és elfogadó magatartás, hanem a valós érzelmek megértése és helyén kezelése.*

Az anorexiás betegek ellenállásának, hiányzó betegségtudatának a kezelésére a következő alapelveket ajánlják (36):

1. Őszinte szövetségre kell törekedni a beteggel. Ebben segít a problémának a betegen kívülre helyezése, externalizálása: az AN nehézség, de nem azonosítható a beteggel. Ez csökkenti a hibáztatást, s lehetővé teszi a kezelőnek, hogy szövetséget kössön a beteggel az AN ellen. Példa: „Úgy tűnik, az AN börtönben tartja Önt, és nehezzé teszi a kezelés vállalását. Szeretnék összefogni Önnel az AN ellen. Ketten mégiscsak erősebbek vagyunk, mint az AN kisördöge.”
2. Azonosítani kell a visszautasítás okait. Sokan félnek az ismeretlen kezeléstől, vagy attól tartanak, hogy a korábbi kezeléseknél negatív élményei megismétlődnek.
3. Az ajánlott kezeléseknél gondos magyarázatot kell biztosítanunk.
4. Legyünk készek a tárgyalásra. A kezelés bizonyos aspektusairól sok beteg tárgyalni akar. Gyakran jó ötleteik vannak.
5. Az autonómia elősegítését a lehető legnagyobb mértékben biztosítani kell – akkor is, ha átmenetileg a testsúlyra vonatkozóan fokozott kontroll érvényes. Ha korlátozott is a

6. Mérlegelni kell a kezelés kockázatait és előnyeit. A kezelés forszírozása csak akkor fontolható meg, ha az intervenció előnyei nagyobbak, mint a nem-kezelés előnyei, és a kezelés kockázatai.
7. El kell kerülni a harcokat és a taktikázást. Az erőharc a tünetek eszkalálódásához és a terápiás szövetség aláadásához vezet.
8. Egyensúlyt kell találni a kontroll és a kontroll átadása között (azaz a kontroll szükséges és elégséges mértékét kell biztosítani, nem többet). Flexibilisnek kell lennünk, de a reális korlátozást következetesen tartani szükséges.
9. Biztosítani kell a beteget, hogy a kezelések nem büntetőek. A kezeléseknél támogatniuk kell a beteg önbecsülését.
10. Be kell vonnunk a családot. A beteg és a család közötti feszültség miatt is szükség van erre.
11. Etikai és jogi felvilágosítást és támogatást kell nyújtanunk. Segít a formális etikai döntési folyamat. Tanácsot lehet kérni jogi szakemberektől.
12. Csak akkor döntsünk a forszírozott kezelés mellett, ha a kezelés visszautasítása súlyos kockázatot jelent. Mérlegeljük a differenciált kezelési lehetőséget a krónikus kórképekben.
13. Az ellenállást és a tiltakozást fogjuk fel fejlődési folyamatnak. A betegek később elfogadják a kezelést, fokozatosan ráébredhetnek a betegség veszélyeire. Fontos időzíteni az intenzív intervenciók alkalmazását: a tiltakozás után hamarosan elfogadás következik.

## Szomatikus terápia

A gyógyszeres kezelés evészavarokban elsősorban BN-ban jön szóba, az antidepresszívumok hatékonyak lehetnek (20). Ezekben belül többféle gyógyszercsoport is hasznosnak bizonyult a bulimiás tünetek csökkentésében. Szükséges lehet a tartós (legalább egy évig tartó) kezelés.

Gyakori azonban, hogy a tünetcsökkenés részleges, vagy a gyógyszerek kihagyása után relapszus következik be. Ez arra hívja fel a figyelmet, hogy a farmakoterápia mellett pszichoterápiára is szükség van.

AN-ban a nutritív rehabilitáció lényeges lehet. A tápszerek alkalmazása a súlyos testi leromlásban előnyökkel járhat. Enyhébb AN esetén a tápszerek alkalmazása általában felesleges, s azt a látszatot kelti, hogy az evés visszautasítását külső eszközökkel el lehet érni. A szondatáplálás súlyos esetekben szükséges lehet. Igen káros, és a terápiás tehetetlenségre utaló terápiás stratégia az, hogy kevésbé súlyos anorexiás beteget is szondatáplálással „fenyegetnek”. A szondatáplálás ritkán, csak a legsúlyosabb AN-ban jöhet szóba. Ilyen esetekben végső és szükséges teendőként kell bevezetni a szondázást, nem pedig averzív kondicionálás, vagy büntető jelleg alapján.

Igazán hatékony farmakoterápia AN-ban nem áll rendelkezésre, egyelőre nincsenek meggyőző bizonyítékok (20). Társbetegségek (például depresszió) esetében természetesen szükség lehet a megfelelő pszichofarmakon adására (gyermekkorban lényeges tisztázni, hogy milyen hatóanyagok alkalmazhatók). A kórképpel járó szokványos ingerültség és dac nem indokolja sem antidepresszívum, sem antipszichotikum adását. Az antipszichotikumokat régebben szinte rutinszerűen alkalmazták eredmény nélkül. Egyes adatok szerint a felnőtt betegek körében az olanzapinnak lehet szerepe a már elért súlygyarapodás fenntartásában, vagy a hiperaktivitás csökkentésében, gyermekkorban azonban ennek adása kontraindikált. A cyproheptadin, a cinkpótlás, a lítium és a naltrexon szerepének tisztázása további vizsgálatokat igényel.

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

## Pszichoterápiák az evészavarok kezelésében

A pszichoterápiák az evészavarok kezelésében alapvetőek, különböző módszerek jöhetnek szóba (37). Az egyéni pszichoterápiában a kognitív-viselkedésterápiáknak (KVT), a pszichodinamikusan orientált terápiáknak, valamint a hazánkban még kevésbé ismert interperszonális pszichoterápiának (IPT) van a legfőbb szerepe. Kiegészítő szerepük lehet a nonverbális terápiáknak (mozgás-, táncterápia), valamint az egyéb csoportterápiáknak.

Ki kell emelni az integratív terápiás megközelítés fontosságát, az egyes módszerek tervezett kombinációját. Az eklekticizmus ne „géppuska-terápia” legyen (azaz mindent „kilövéünk”, s valamelyik módszer véletlenszerűen beválik).

Az egyes terápiás módszerek gyakorlatát, technikáit illetően hazai monográfiákra utalunk (5, 38).

A KVT-kra vonatkozóan kiemelendő, hogy újabb módszereket is kidolgoztak az evészavarokban szenvedők kezelésére. Ilyen a KVT fejlesztett változata (CBT-E, azaz enhanced), a dialektikus viselkedésterápia (DBT), az integratív kognitív-affektív terápia (ICAT), s a kognitív remediációs terápia.

Az evészavarok terén is egyre fontosabbak a *modern információs technológiák*. Az új eszközök előnye a könnyű hozzáférhetőség, nincs szükség például az ellátóhelyek felkeresésére. Az eszközök között a mobiltelefon (például az SMS használatát), az internet (e-mail, elektronikus híroldalak, chat-szobák, internetes multimédia programok), vagy a virtuális valóság felhasználása említendő elsősorban (39). Ma már egyre több olyan internetes program van, amely a KVT alapján áll, s ezek az evészavarok megelőzésében, az önsegítésben, valamint a kezelés eredményeinek fenntartásában is hasznosak. Az egyértelmű tendencia az, hogy az internetes és számítógépes programok a face-to-face terápiák egy részét helyettesíteni fogják.

Megemlítendő az önsegítés szerepe is, amely elsősorban bulimiások számára lehet hasznos (magyar nyelven: 40). AN-ban a szubkultúra-képződés gyakori akadály a haladásnak, ezért

itt a vezetett önsegítés jöhet szóba. Vannak családorientált önsegítő kalauzok is (41).

## Az evészavarok terápiájának hatékonyságvizsgálatai

A különböző hatékonyságvizsgálatok és metaanalízisek alapján az AN kezelésében serdülőknél a családterápia a leghatékonyabb, a többi terápiás irányzat hatékonysága gyenge. A BN kezelésében a leghatékonyabb a KVT, majd az (antidepresszív) farmakoterápia és az IPT következik. A BED kezelésénél a KVT-t és az IPT-t, majd a farmakoterápiát és az önsegítést találták hatékonynak (42, 43).

A National Institute for Clinical Excellence (26) által kiadott kezelési útmutató a BED-re vonatkozóan a következő ajánlásokat fogalmazta meg: első lépésként az önsegítés és/vagy farmakoterápia, második lépésként KVT, a rezisztens páciensek esetében más pszichoterápiás módszerek alkalmazása.

Waller (44) az utolsó évtizedben született, az evészavarok pszichoterápiájával foglalkozó tanulmányok áttekintése azt erősítette meg, hogy a BN és a BED kezelésében a KVT a leghatékonyabb. A normális testsúlyú betegek kezelésében más terápiás irányzatok is jó eredményeket mutatnak. A felnőtt anorexiás betegek kezelésének hatékonysági mutatói még mindig alacsonyabbak a más evészavaroknál tapasztaltaknál, ami szükségessé teszi új módszerek kidolgozását és az eddigi módszerek hatékonyabbá tételét.

## A terápiát akadályozó terapeuta-tényezők

Az iatrogén hibáknak két alapvető forrásuk van az evészavarok kezelését tekintve: a zavarok természetének nem megfelelő ismerete, azaz tudáshiány, illetve azok az erős negatív érzelmek, amelyeket a betegek váltanak ki az egészségügyi személyzetben, azaz a viszontáttétel (45). A szerzők szerint a terapeuta részéről több olyan tipikus érzelem vagy hit van, ami akadály lehet az AN kezelésének:

1. Érzelmileg nem tudnak kapcsolódni a beteghez, mert a beteg az önéhezetés követésében egyáltalán nem, vagy nehezen vonódik be a kapcsolatokba. Ezt inkább a betegség tüneteinek, s nem a beteg sajátosságának kell tekinteni.
2. Tartanak attól, hogy a testsúllyal és táplálkozással kapcsolatos kérdéseket szóba hozzák, vagy megmérjék a beteg testsúlyát, mert az anorexiás betegek sokszor indulatosan reagálnak erre, így inkább nem foglalkoznak ezzel, passzívvá válnak.
3. Előfordul, hogy akár tudattalanul, akár tudatosan, irigylük a beteg fiatalságát, vékonyságát és az evés fölötti kontroll képességét.
4. Narcisztikus sérülést szenvednek amiatt, hogy a beteg elutasítja a kezelést és ezáltal szimbolikusan elutasítja és leértékeli a segítőt.
5. Tudattalanul vágyat érezhetnek, hogy megtorolják a beteg által okozott frusztrációkat és narcisztikus sérülést.
6. Szövetségre lépnek a beteg lázadó részével.
7. Félnak, hogy ha valóban megértenék a beteget és betegség lényegét, akkor tehetetlenné válnának, és ez meghaladhatja az erejüket.
8. Elkerülik a beteget, mert emlékezteti őket saját problémáikra, amelyekkel nem képesek szembesülni, beleértve az evéssel és a testsúllyal kapcsolatos kérdéseket.
9. Képtelenek a páciens betegnek tekinteni a kettejük közötti hasonlóságok miatt (pl. kényszeres vonások, vagy erős megfelelési igény miatt).
10. Egyetértenek a beteg azon meggyőződésével, hogy az evészavarban szenvedők különlegesek, és szükségleteik is eltérnek az átlagtól.
11. Nincs adekvát tudásuk, képzésük, készségük az evészavarban szenvedők kezeléséhez.
12. Félreértik az evészavarok természetét, s azt hiszik, a beteg okozta a betegséget és a megoldás egyszerűen az, hogy egyen.
13. Azt hiszik, hogy az AN nem valódi betegség, így nem igényel valódi kezelést.
14. Az eredményesség utáni hajsza miatt képtelenek lassítani és megérteni a beteget.
15. Tévesen azt hiszik, hogy a kezelés eleve eredménytelen, vagy rossz prognózisú.

Irodalom

1. ACADEMY FOR EATING DISORDERS: Nine truths about eating disorders (é.n.): <https://www.aedweb.org/index.php/10-news/171-9-truths-about-eating-disorders>
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA): DSM-5. Arlington, V.A.: APA, 2013. Magyar változat: DSM-5 referencia kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz. Budapest: Oriold és társai, 2013.
3. BEDROS JR (szerk.): Klinikai obeziológia. Budapest: Semmelweis Kiadó, 2017.
4. BALÁZS J, MIKLÓSI M (szerk.): A gyermek- és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve. Budapest: Semmelweis Kiadó, 2015.
5. TÚRY F, SZABÓ P: A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa. Budapest: Medicina, 2000.
6. ARCELUS J, MITCHELL AJ, WALES J, NIELSEN S: Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. Arch Gen Psychiat 2011; 68: 724–731.
7. HOEK HW, VAN HOEKEN D: Review of the prevalence and incidence of eating disorders. Int J Eat Disord 2003; 34: 383–396.
8. MACHADO PP, MACHADO BC, GONÇALVES S, HOEK HW: The prevalence of eating disorders not otherwise specified. Int J Eat Disord 2007; 40: 212–217.
9. KESKI-RAHKONEN A, HOEK HW, SUSSER ES, LINNA MS, SIHVOLA E, RAEVUORI A ÉS MTSAI: Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. Am J Psychiatry 2007; 164: 1259–1265.
10. HUDSON JI, HIRIPI E, POPE HG JR, KESSLER RC: The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. Biol Psychiatry 2007; 61: 348–358.
11. HOEK HW: Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. Curr Opin Psychiatry 2016; 29: 336–339.
12. VAN SON GE, VAN HOEKEN D, BARTELDI AL, VAN FURTH EF, HOEK HW: Time trends in the incidence of eating disorders: a primary care study in the Netherlands. Int J Eat Disord 2006; 39: 565–569.
13. 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.
14. SZUMSKA I, TÚRY F, SZABÓ P: Az evészavarok epidemiológiájának újabb adatai. In: Tury F, Pászthy B (szerk.): Evészavarok és testképzavarok. Budapest: Pro Die, 2008, 109–120.
15. SZUMSKA I, DUDÁS K: Falászavar. In: Tury F, Pászthy B (szerk.): Evészavarok és testképzavarok. Budapest: Pro Die, 2008, 41–52.
16. FAIRBURN CG, COOPER Z, SHAFRAN R: Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. Behav Res Ther 2003; 41: 509–528.
17. WALLER G, CORDERY H, CORSTORPHINE E, HINRICHSEN H, LAWSON R, MOUNTFORD V ÉS MTSA: Cognitive behavioral therapy for eating disorders: a comprehensive treatment guide. Cambridge: Cambridge University Press, 2007.
18. SZUMSKA I, TÚRY F: Az evészavarok kognitív-viselkedésterápiája. In: Perczel-Forintos D, Mórtz K (szerk.): Kognitív viselkedésterápia. Budapest: Medicina, 2017 (in press).
19. TREASURE J: A guide to the medical risk assesment for eating disorders. <http://www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/pm/research/eatingdisorders/resources/GUIDETOMEDICALRISKASSESSMENT.pdf>, 2009.
20. HAY P, CHINN D, FORBES D, MADDEN S, NEWTON R, SUGENOR L ÉS MTSA: Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. Austr New Zeal J Psychiat 2014; 48: 977–1008.
21. PÁSZTHY B: A gyermek- és serdülőkori evészavarok. Orvosképzés 2010; 85: 116–118.
22. WALLER G, MOUNTFORD VA: Weighing patients within cognitive-behavioural therapy for eating disorders: how, when and why. Behav Res Ther 2015; 70: 1–10.
23. PINTÉR A (szerk.): Útmutató és táblázatok a gyermekkori tápláltság megítéléséhez. Budapest: Országos Gyermkegészségügyi Intézet, 2004. <http://www.ogyei.hu/upload/files/gyermek-koriTaplaltsag.pdf>
24. JOUBERT K, DARVAY S, ÁGFALVI R: A magyar gyermekek testmagasság, testtömeg, BMI és a bőrredő-méreték referencia átlagai és percentilis-görbéi születéstől 18 éves korig az országos longitudinális gyermeknövekedés-vizsgálat adatai alapján. In: Aszman A, Békefi D (szerk.): Iskola-egészségügy. Budapest: Országos Gyermkegészségügyi Intézet, 2005.
25. WILLIAMS M, HAVERKAMP BE: Identifying critical competencies for psychotherapeutic practice with eating disordered clients: a Delphi study. Eating Disorders 2010; 18: 91–109.
26. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE: Eating disorders: recognition and treatment. NICE guideline. London: NICE, 2017.
27. SCHMIDT U, WADE TD, TREASURE J: The Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA): development, key features, and preliminary evidence. J Cognitive Psychotherapy 2014; 28: 48–71.
28. MCINTOSH VV, JORDAN J, LUTY SE, CARTER FA, MCKENZIE JM, BULIK CM, JOYCE PR: Specialist supportive clinical management for anorexia nervosa. Int J Eat Disord 2006; 39: 625–632.
29. FITZPATRICK KK, MOYE A, HOSTE R, LOCK J, LE GRANGE D: Adolescent focused psychotherapy for adolescents with anorexia nervosa. J Contemp Psychother 2010; 40: 31–39.
30. TÚRY F, SZUMSKA I: Az evészavarok kezelésének mindennapos buktatói. Orvostovábbképző Szemle 2016; 23(3): 30–34.
31. HART S, FRANKLIN RC, RUSSELL J, ABRAHAM S: A review of feeding methods used in the treatment of anorexia nervosa. J Eat Disord 2013; 1: 36. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-36>.
32. MARSIPAN: Management of really sick patients with anorexia nervosa. 2nd ed. College Report CR189. London: The Royal College of Psychiatrists, 2014.
33. MARIKAR D, REYNOLDS S, MOGHRABY OS: Junior MARSIPAN (Management of really sick patients with anorexia nervosa). Arch Dis Child Educ Pract Ed 2016; 101: 140–143.
34. HERPERTZ-DAHLMANN B, VAN ELBURG A, CASTRO-FORNIELES J, SCHMIDT U: ESCAP Expert Paper: New developments in the diagnosis and treatment of adolescent anorexia nervosa – a European perspective. Eur Child Adolesc Psychiatry 2015; 24: 1153–1167.
35. PÁSZTHY B: A gyermek- és serdülőkorban kezdődő anorexia nervosa szomatikus szövődésményei. Orvosi Hetilap 2007; 148: 405–412.
36. GOLDNER EM, BIRMINGHAM CL, SMYE V: Addressing treatment refusal in anorexia nervosa: clinical, ethical, and legal considerations. In: Garner DM, Garfinkel PE (eds.): Handbook of treatment for eating disorders. New York: Guilford, 1997; 450–461.
37. TÚRY F, TÓLGYES T, UNOKA ZS: Az evészavarok pszichoterápiája. In: Unoka Zs, Purebl Gy, Tury F, Bitter I (szerk.): Pszichoterápia az orvosi gyakorlatban. Budapest: Semmelweis Kiadó, 2012, 197–205.
38. TÚRY F, PÁSZTHY B (szerk.): Evészavarok és testképzavarok. Budapest: Pro Die, 2008.
39. GÜLEÇ H, KOHLS E, TÚRY F: New technologies in the treatment of patients with eating disorders. In: Tury F, Pászthy B (szerk.): Az evészavarok pszichoterápiájának aktuális kérdései. Budapest: Semmelweis Kiadó, 2011: 89–114.
40. COOPER JD: Farkaséhség (bulimia). Budapest: Springer, 1994.



41. TÚRY F:  
Anorexia, bulimia. ÖNSEGÍTŐ ÉS CSALÁDSEGÍTŐ  
KALAUZ. Budapest: Print-X-Budavár, 2005.
42. BERKMAN ND, BULIK CM, BROWNLEY KA,  
LOHR KN, SEDWAY JA, ROOKS A ÉS MTSA:  
Management of eating disorders. Evidence  
Report/Technology Assessment No. 135.  
AHRQ Publication No. 06-E010. Rockville,  
MD: Agency for Healthcare Research and  
Quality, 2006.
43. PAPP I, SZUMSKAI I, TÚRY F:  
A falászavar (binge eating disorder) kezelése –  
irodalmi áttekintés. *Psychiat Hung* 2015; 30:  
268–277.
44. WALLER G:  
Recent advances in psychological therapies  
for eating disorders. *F1000Research* 2016; 5:  
F1000 Faculty Rev-702. doi: 10.12688/  
f1000research.761
45. POWERS PS, CLOAK NL:  
Failure to feed patients with anorexia nervosa  
and other perils and perplexities in the  
medical care of eating disorder patients.  
*Eating Disorders* 2013; 21: 81–89.