

Az elkerülő-korlátozó táplálékbeviteli zavar: Egy új evési zavar a diagnosztikus rendszerekben

70

Demetrovics Orsolya¹, Demetrovics Zsolt^{2,3,4}¹ Heim Pál Kórház Mentálhigiéniai Központ, Budapest² ELTE Eötvös Loránd Tudományegyetem PPK Pszichológiai Intézet, Budapest³ Flinders University Institute for Mental Health and Wellbeing, College of Education, Psychology and Social Work, Flinders University, Bedford Park, SA, Australia⁴ Centre of Excellence in Responsible Gaming, University of Gibraltar, Gibraltar

Összefoglalás: Az elkerülő-korlátozó táplálékbeviteli zavar (Avoidant Restrictive Food Intake Disorder, ARFID) 2013-ban került be a DSM ötödik kiadásába, majd 2019-ben a BNO-11 kézikönyvbe is. Ezt megelőzően ez a probléma gyakran vagy nem került felismerésre, vagy csecsemő- és kora gyermekkori evészavarként, esetleg egyéb nem meghatározott táplálási és evészavarként diagnosztizáltak. Az új diagnózis lehetővé teszi az eddig diagnosztizálatlanul maradt betegek célzottabb ellátását, illetve a hatévesnél idősebb betegek diagnosztizálását is. A szerzők áttekintő tanulmányukban bemutatják az ARFID diagnosztikai jellemzőit és tüneti képét, valamint a kialakulásában szerepet játszó főbb tényezők, így a szenzoros túlérzékenység, a veszélytelen erős undorreakció és neofóbia, a kognitív rigiditás, a magas szorongásszint, az éhség interoceptív jelzéseire való viszonylagos érzéketlenség, továbbá a jellegzetes íz- és szagpreferenciák szerepét. Szintén tárgyalják a különböző kezelési lehetőségeket. Bár a diagnózis fiatalsága miatt a bizonyítékokon alapuló kezelési módok tekintetében még vannak hiányosságok, egyes meglevő terápiás módszerek bizonyos módosításokkal, illetve újabb megközelítések is jól alkalmazhatók az ARFID kezelésében. Így a módosításokkal alkalmazható kognitív viselkedésterápiás, expozíciós terápiás, családra alapozó kezelési megközelítések mellett, hangsúlyozzák a szülők pszichoeducációjának, illetve a családra szabott kezelési tervnek a fontosságát. Kiemelik, hogy az ARFID esetében a hatékony módszerek sokszor kontraintuitívek, ami miatt kiemelkedően fontos a szülők bizalmának és együttműködésének megnyerése.

Kulcsszavak: elkerülő-korlátozó táplálékbeviteli zavar; ARFID; evészavar; diagnosztika; etiológia; szenzoros túlérzékenység; terápia

Summary: The Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) was included in the fifth edition of the DSM in 2013 and in the BNO-11 diagnostic manual in 2019. Prior to this, the problem was often unrecognised or diagnosed as an eating disorder not otherwise specified or feeding and eating disorders of infancy or early childhood. The new diagnosis allows for better targeting of patients who have not been diagnosed earlier, as well as for the diagnosis of patients over the age of six. The authors, in their review, describe the diagnostic features and symptom profile of ARFID, and they discuss the role of the main etiological factors involved in its development, such as sensory hypersensitivity, congenitally strong aversive and neophobic reactions, cognitive rigidity, high levels of anxiety, relative insensitivity to interoceptive cues of hunger, and characteristic taste and smell preferences. Different treatment options are also discussed. Although there are still gaps in evidence-based treatments due to the short history of the diagnosis, some existing therapies with some modifications or newer approaches may be well suited to treat ARFID. In addition to cognitive behavioural therapy, exposure therapy, and family-based treatment approaches with modifications, the importance of psychoeducation of parents and a family-tailored treatment plan is emphasised. The authors highlight that effective approaches to ARFID are often counter-intuitive, making it of paramount importance to gain the trust and cooperation of parents.

Keywords: Avoidant Restrictive Food Intake Disorder; ARFID; eating disorder; diagnosis, aetiology, sensory hypersensitivity, therapy

Az elkerülő-korlátozó táplálékbeviteli zavar megjelenése a diagnosztikus rendszerekben

Természetesen az ARFID diagnózis (Avoidant Restrictive Food Intake Disorder, azaz elkerülő-korlátozó táplálékbeviteli zavar) hivatalos megjelenése előtt is voltak hasonló klinikai tüneteket mutató gyermekek és felnőttek, akik különféle, egyéb diagnózisokat kaptak. Ezek közé tartozott a szelektív evés, a fóbiás típusú evészavar, az ételutasítás és az ételutasítással járó érzelmezavar (1). A klinikusok sok esetben azonban nem tudtak mit kezdeni a nem a „megszokott” evészavar-kategóriák tüneteit mutató betegekkel, s így ennek a diagnosztikus kategóriának a hiánya sok gyermek és felnőtt félrediaosztizálásához vezetett, aminek következtében ezek a gyermekek és családjaik gyakran jelentős és hosszú ideig fennálló stresszt és frusztrációt keltett, hogy átéljenek. Ezt a hiányosságot oldotta fel a DSM-5 módosítása, amelyben az ARFID diagnózis tulajdonképpen három különböző viselkedési mintát von össze egy diagnosztikus keretbe, melyeket az ARFID altípusaiként azonosít. Az ARFID diagnózis megjelenésének és hivatalossá válásának köszönhetően sok szülő és gyermek segítséget kap, akik eddig nem jutottak ehhez hozzá, azonban az ezzel a zavarral kapcsolatos tudás széleskörű ismerete még ma sem jellemző. Jelen összefoglaló tanulmány célja ezen ismeretek összegzése, annak érdekében, hogy ezek minél szélesebb körben elérhetők legyenek, nem csupán az evészavarokkal foglalkozó szakemberek, de a pszichológusok, orvosok, pedagógusok számára is. A betegség alapvetően pszichiátriai jellege ellenére, tekintve, hogy a táplálkozási magatartás egészét érinti, értelemszerűen kihat a mindennapi viselkedés számos aspektusára, s így módon érzékenyen érinti a családi, óvodai, iskolai, s tágabban az élet számos további területét. Ezért fontos, hogy az ARFID főbb jellemzőivel tisztában legyen a szakemberek széles köre, akár a felismerést, akár annak kezelését elősegítendő.

Tüneti kép és diagnózis

Az elkerülő-korlátozó táplálékbeviteli zavar 2013-ban került be a DSM ötödik kiadásába (2, 3), majd 2019-ben a BNO-11 kézikönyvbe is (4). Az ARFID a korábbi BNO-10 diagnózist, az atípusos evészavart (5), illetve a DSM-IV csecsemő- és kora gyermekkori evészavar diagnózisát (6, 7) váltotta és egészítette ki. A szelektív evés és a csecsemőkori és kora gyermekkori evészavar kritériumai közé tartozott a 6 éves kor előtti kezdet. Emellett szintén kritériuma volt ezen diagnózisoknak az alacsony testsúly, illetve az életkornak megfelelő gyarapodás elmaradása. Az ARFID ezzel szemben bármely életkorban adható diagnózis és nincs a testsúlyra vonatkozó kötelező kritériuma.

A DSM-5 az elkerülő-restriktív táplálékbeviteli zavar diagnózisát olyan táplálkozási- vagy evészavarként (pl. az étkezés vagy az étel iránti érdeklődés látszólagos hiánya, az étel érzékszervi tulajdonságain alapuló elkerülése, az étkezés nemkívánatos következményei feletti aggodalom) határozza meg, mely az 1. táblázatban található kritériumok egyikével (vagy ezek közül többel) jár együtt. (a teljes diagnosztikus kritériumot lásd az 1. táblázatban).

1. Jelentős súlycsökkenés (vagy az életkornak megfelelő gyarapodás elmaradása, illetve akadozó növekedés gyermekek esetében).
2. Jelentős tápanyaghiány.
3. A személy orális tápanyagkiegészítésre vagy enterális táplálásra szorul.
4. A pszichoszociális működés zavara.

Fontos kizáró tényező a diagnózisban, hogy a zavar nem magyarázható jobban a rendelkezésre álló étel hiányával vagy valamilyen kulturálisan előírt gyakorlattal. Hasonlóképp, az evészavar nem kizárólag anorexia nervosa vagy bulimia nervosa során jelentkezik, illetve nincs bizonyíték a testsúly vagy testkép megtagasztálásának zavarával kapcsolatban. Szintén tisztázandó, hogy a zavar nem tulajdonítható a fennálló egészségi állapotnak, vagy nem magyarázható jobban más mentális betegséggel. Amikor az étkezés zavara más állapot vagy zavar kontextusá-

1. táblázat

Az elkerülő-korlátozó táplálékbeviteli zavar diagnosztikus kritériumai a DSM-5-TR szerint (3)

- A) Az evés vagy az étetés zavara, amely (pl. az evés vagy az étel iránti érdeklődés nyilvánvaló hiánya, az ételek érzékszervi jellemzőin alapuló elkerülése, az evés averzív következményei miatti aggodalom), amely a következő kritériumok közül legalább eggyel együtt jár:
 - 1. Jelentős súlycsökkenés (vagy az életkornak megfelelő gyarapodás elmaradása, illetve akadozó növekedés gyerekek esetében)
 - 2. Jelentős tápanyaghiány
 - 3. A személy orális tápanyagkiegészítésre vagy enterális táplálásra szorul
 - 4. A pszichoszociális működés zavara
- B) A zavar nem magyarázható jobban a rendelkezésre álló ételek hiányával, illetve kulturálisan előírt gyakorlattal.
- C) Az evészavar nem kizárólag anorexia nervosa vagy bulimia nervosa során jelentkezik, és nincs jelen testsúllyal vagy testképpel kapcsolatos zavar.
- D) Az evészavar nem tulajdonítható egyéb fennálló egészségügyi állapotnak, illetve nem magyarázható jobban más mentális zavarral. Amennyiben az evészavar más mentális zavarral vagy állapottal együtt lép fel, az evészavar súlyossága meghatározza a másik kórkép esetében rutinszerűen tapasztalt evési nehézségeket, s külön klinikai figyelmet kíván.

Remisszió jelölendő amennyiben az elkerülő-korlátozó táplálékbeviteli diagnosztikus kritériuma korábban teljesült, de jelenleg tartósan nem teljesül.

72

ban jelentkezik, az étkezés zavarának súlyossága túlmutat azon, ami az adott állapot vagy zavar esetében rutinszerűen tapasztalható és külön klinikai figyelmet igényel.

A fentiek alapján az ARFID diagnózissal rendelkező személyek csoportja rendkívül heterogén. Hangsúlyozandó, hogy az alacsony testsúly vagy az életkornak megfelelő gyarapodás elmaradása nem szükséges velejárója a betegségnek, sőt a zavar előfordulhat nem csak normál, de akár túlsúlyos személyek esetében is. Az étrend korlátozottságának mértéke is nagyon változatos lehet (8), az egyetlen ételt fogyasztó személytől a 15–20 biztonságos ételt elfogadó személyig.

Ugyanígy a tápanyaghiány vagy a tápanyagkiegészítésre szorulás sem kötelező kritérium, azaz a szelektív táplálékbevitel és a pszichoszociális működés érintettsége önmagában elégséges tünet a diagnózishoz. A heterogén megjelenési formák között a közös tüneti jellemző és így a diagnosztikus kulcs tehát a *korlátozott étrend*, illetve az ennek következtében kialakuló alkalmazkodási problémák, pszichoszociális következmények, amelyek azonban, csakúgy, mint a korlátozás hátterében meghúzódó okok, esetről-esetre változhatnak.

A BNO-11 hasonlóképp két fő diagnosztikus kritériumot rögzít az elkerülő vagy korlátozó táplálékbevitel következményeként, amelyek közül bármelyik önmagában is elegendő a diagnózis felállításához. Az egyik, amely szerint a nem meg-

felelő mennyiségű vagy változatosságú táplálékbevitel testsúlycsökkenést, tápanyaghiányt vagy egyéb szomatikus egészségi problémát eredményez, míg a másik a személyes, családi, társas, tanulmányi, munkahelyi vagy egyéb, a mindennapi működés területén megjelenő zavar kialakulását jelzi. Utóbbi adódhat az evéshez kapcsolódó társas helyzetek elkerüléséből, illetve az ezekhez kapcsolódó stresszhez, de más aspektusokhoz is. Alapvető kizáró tünet a BNO-11-ben is, hogy a táplálékelkerülés nem kapcsolódhat a testsúllyal és a test alakjával, kinézetével kapcsolatos aggodalmakhoz.

Az ARFID típusai

A DSM-5 az ARFID három típusát írja le, melyek önállóan és kombináltan is jelen lehetnek.

1. Az első típusnál jellemző az evés és az ételek iránti *általános (azaz nem ételspecifikus) érdeklődés hiánya* és a rossz étvágy. Az ebbe a típusba sorolható személyek esetében megfigyelhető, hogy egészen kicsi koruk óta nem lelik örömeiket az evésben.
2. A második típus esetén a személy *az ételek valamely specifikus tulajdonsága alapján szelektálva* elkerül bizonyos ételeket, ételcsoportokat. Az elkerülés oka lehet az íz, az állag, a szag, a kinézet, a hőmérséklet, vagy bármely egyéb, különleges szempont is.

3. A harmadik típusba tartozó személyek ugyanakkor az evés valamely negatív következményétől való félelem miatt utasítják el bizonyos ételek, ételcsoportok elfogyasztását. Jellemzően egy adott étellel kapcsolatos negatív esemény, trauma (félrenyelés, fulladás, rosszullét, hányás, allergiás reakció) vezet az adott étel, illetve más hasonló ételek teljes elkerüléséhez. A három típus nem különül el élesen, sőt, a legújabb kutatások alapján az ARFID diagnózis miatt orvoshoz forduló személyek körülbelül fele több típus jellegzetességeit is mutatja egyszerre (9). A szerzők háromdimenziós neurobiológiai modellje alapján a személyt a három típus mátrixában képzelhetjük el, azaz az ARFID három prototípusa – bár eltérő mértékben de – egyaránt megjelenik az egyes személyek esetében.

ARFID és egyéb evészavarok differenciáldiagnosztikája

Az ARFID talán legjellemzőbb differenciáldiagnosztikai specifikuma a többi evészavarral összehasonlításban, a *testképzavar hiánya és a tipikusan kora gyermekkori kezdet*. Az ARFID természetesen nem új jelenség, hiszen a diagnosztikus kategória megjelenése előtt is léteztek korlátozó/elkerülő evési mintázatot mutató személyek. Ugyanakkor a diagnózis megjelenése óta drasztikusan lecsökkent az egyéb meghatározott vagy nem meghatározott táplálási és evészavar diagnózist kapók aránya (10).

Az ARFID esetében a személyt nem a testsúly, vagy a testkép megváltoztatása motiválja viselkedésében, s az ezzel kapcsolatos észlelése is intakt. Ezzel is összefüggésben, ellentétben az anorexia nervosa-val diagnosztizált személyekkel, általában jellemzően örül, ha sikerül gyarapodnia. Az általuk elfogadott, úgynevezett „biztonságos” ételek már csak abban is alapvetően különböznek az egyéb evészavarban preferált ételektől, hogy jórészt magas energiatartalmú, szénhidrát alapú ételek, hiszen a személy – felnőttkorban akár tudatosan is – igyekszik a számára elfogadható ételek révén biztosítani a tápanyag- és

energiaszükségletét. Egy másik fontos különbség, hogy az anorexia nervosa esetében a páciensek ellátásba kerülését tipikusan egy hirtelen, nagymértékű súlyvesztés előzi meg, míg az ARFID-os páciensek testsúlya általában stabil, s így akár krónikusan alacsony (bár eshet normális tartományba is), azaz a kezelést sem előzi meg hirtelen fogyás. Az ARFID-os személyek általában kórosan soványak, azonban kevésbé, mint az anorexiával diagnosztizált személyek, ugyanakkor hasonló mértékű tápanyaghiány figyelhető meg mindkét zavar esetében (11).

Sokkal inkább a társas, családi dinamika indíthatja a kezelés keresését. Szintén fontos differenciáldiagnosztikai szempont lehet, hogy ARFID esetében az ételek kerülése, az étrend korlátozottsága kevésbé előre eltervezett és cél tudatos, mint anorexia nervosa esetén. Ugyanakkor előfordul, hogy az ARFID mellett serdülőkorban anorexia nervosa is kialakul, ami tovább árnyalja a képet (12).

Az egyéb evészavarokkal összehasonlítva az ARFID-dal diagnosztizált személyek nagyobb valószínűséggel férfiak, korábbi betegségkezdet és ezzel párhuzamosan hosszabb ideje fennálló betegség jellemzi őket (11). Az ARFID, a többi evészavarhoz képest, általában hosszabb ideje áll fenn a diagnózis felállításakor, ami azt valószínűsíti, hogy a szülők lassabban azonosítják olyan zavarként, amellyel szakemberhez kell fordulni. Ez nyilvánvalóan összefügghet a zavar viszonylagos ismeretlenségével, s ennek megfelelően azzal, hogy betegség helyett inkább köznyelvi címkékkel, „válogatósággal” azonosítják.

Komorbiditás

Az ARFID-dal diagnosztizált személyek körében az általános populációban mértnél magasabb az egyéb pszichiátriai kórképek előfordulása (13). A leggyakoribb együttjárás az autizmus spektrumzavarral, a szorongásos kórképekkel és ADHD-val kapcsolatosan mutatkozik. Egy újabb kutatás alapján (14) az autizmus spektrumzavarral diagnosztizált gyermekek körében szignifikánsan magasabb az evési nehézségek előfordu-

lása, mint a tipikusan fejlődő kortársaik esetében. Egy 17 prospektív kutatást összegző metaanalízis szerint komorbid autizmus spektrumzavar diagnózis esetén ötször nagyobb valószínűséggel jelentkezik evészavar gyermekek esetében (15). Egy genetikai vizsgálatban, amely autizmus spektrumzavarban érintett gyermekeket és szüleiket elemezte, azt találták, hogy az autizmusban érintett gyermekek körében az ARFID 20%-os valószínűséggel jelenik meg fenotípusosan. Jóllehet, vannak arra utaló adatok, hogy a tünetek 6 éves kor körül enyhülni kezdenek, a tanulmány szerzőinek becslése alapján az érintett gyerekek szülei körében is 17%-os előfordulási arányt találunk. A szorongásos zavarok és a depresszió előfordulása ugyanolyan gyakori ARFID-os személyek körében, mint anorexia nervosa és bulimia nervosa esetén.

Az ARFID epidemiológiai jellemzői

Az ARFID epidemiológiai jellemzőiről nagyon kevés megbízható adat áll rendelkezésre. Ezt részben a standardizált, átfogó diagnosztikus eszközök hiánya okozza. A rendelkezésre álló interjúmódszerek és kérdőívek, így például az *Eating Disorders in Youth* (EDY-Q) vagy az *Eating Disorder Assessment* (EDA-5) kérdőívek ARFID-specifikus validálása még nem történt meg. A 9 tételből álló, szülők által kitöltendő 9 tételű *ARFID szűrő teszt* (Nine Item ARFID Screen, NIAS) kérdőív (16) a rövidsége miatt nem tud átfogó képet nyújtani a zavar elterjedtségéről.

Az újabban kifejlesztett, kifejezetten az ARFID súlyosságának és elterjedtségének mérésére szolgáló eszközök közé tartozik a *Pica, ARFID, and Rumination Disorder Interview* (PARDI-AR-Q) (17), amely a pica, a ruminációs zavar és az ARFID diagnosztizálásához kifejlesztett, strukturált interjú, vagy a *Stanford Feeding Questionnaire-ARFID* (SFQ-ARFID) skála (18). Részben a használt eszközök változatossága miatt is nagy különbségeket találunk az ARFID prevalenciájának becsléseiben. Mindazonáltal, az elterjedtségre vonatkozó tanulmányok szerint a gyerekek közel felénél (46%) figyelhető meg válogatosság, és körülbelül egy tizedüknél jelenik meg az ext-

rém válogatosság (19–21). Tovább nehezíti az elterjedtség becslését, hogy a válogatosság meghatározásában nincs konszenzus a szakemberek körében.

Az eddigi egyetlen, nagy mintán végzett kutatás 10 év alatti holland gyerekek 6,4%-ánál azonosított ARFID-ot (11). Egy Svédországban végzett ikerkutatáson alapuló reprezentatív mintán készült elemzés szerint az ARFID 6–12 éves populációban 2%-os előfordulást mutat (22). A különböző klinikai és nem klinikai mintákon kapott eredmények nagy szórást mutatnak, ugyanakkor azt is jelzik, hogy az ARFID előfordulása hasonló mértékű lehet az egyéb evészavarokéhoz.

Az ARFID kialakulása

Az ARFID kialakulásának pontos okai egyelőre ismeretlenek. Az egyéb evészavarokhoz hasonlóan, így az anorexia nervosa vagy a bulimia nervosa esetében, ahol 50% felettire becsülik a genetikai hatások arányát, az ARFID kialakulásában is jelentős szerepet játszanak a genetikailag meghatározott neurobiológiai tényezők (23).

A genetikai meghatározottságot eddig két vizsgálat során próbálták kimutatni. A már említett svéd reprezentatív mintán végzett kutatás (22) során azt találták, hogy a 6–12 éves ikerpárok között az ARFID fenotípusának megjelenése nagymértékben öröklött (79%), míg az egyéb, nem azonos környezeti faktorok kisebb szerepet játszottak. Egy másik genetikai vizsgálatban a szerzők először tudták megbecsülni a szűkebb értelemben vett örökölhetőséget, amit 45%-ban határoztak meg (19).

A kutatások alapján úgy tűnik, hogy több veleszületett jellemző is szerepet játszik a betegség létrejöttében. Ezek közé tartozik a szenzoros túlérzékenység, a veleszületetten erős undorreakció és neofóbia, a kognitív rigiditás, a magas szorongásszint, az éhség interoceptív jelzéseire való viszonylagos érzéketlenség, valamint a jellegzetes íz- és szagpreferenciák (24). Vannak kutatások, melyek szerint az ARFID-os személyek szuperízlelők (supertaster): a keserű ízt sokkal intenzívebben érzékelik, mint az átlagos személyek. Egy kutatás szerint a veleszületett érzékenység az ál-

lagokra jobban bejósolja az ARFID kialakulását, mint a veleszületetten érzékeny szaglás (25).

A kutatások alapján a neofóbia ARFID-os személyek esetében kifejezett, és ellentétben a normál fejlődésmenetet követő gyerekekkel, nem múlik magától el az idő előrehaladtával. Étel neofóbia alatt az új ételek iránti elutasító attitűdöt értjük, amely magában foglalja az új ízek elutasítását, illetve az újonnan bevezetendő ízek és állagok elkerülését (26). A neofóbiát el kell különíteni a válogatosságtól, ami a normál fejlődés része. Az étel neofóbiát öröklődő adaptív vonásként írtják le, amely a gyermek számára ismeretlen ételek elutasítását, elkerülését jelenti. Hozzájárul az úgynevezett normatív válogatosság kialakulásához két éves kor környékén, ami viszont nagyobb arányban a gyermek által ismert, előzetesen elfogadott, illetve kisebb részben a gyermek számára új, ismeretlen ételek elutasítását jelenti. Az étel neofóbia tehát a válogatosság kialakulásában szerepet játszó tényező. A normatív válogatosság igen gyakori a 2-től 6–7 éves gyerekek körében, ami azonban az esetek túlnyomó többségében iskoláskorra magától enyhül. Ezzel ellentétben az ARFID-os gyermekekre jellemző, hogy az eleve jóval kifejezettebb ételkerülés és korlátozott étrend nem enyhül magától, sőt, kezelés nélkül további ételcsoportok elkerülése, még korlátozottabb étrend kialakulása és egyéb fizikai és pszichikai tünetek megjelenése valószínű.

Egy újabb kutatás rámutatott a ghrelin hormonszint különbségének szerepére az ARFID és a fokozott szorongás együtt járása kapcsán (27). A ghrelin egy étvágyfokozó hormon, amelynek szintje stressz hatására emelkedik a szervezetben. A kutatásban a résztvevők ghrelinszintjét mérték koplalás során, és a várakozásoknak megfelelően az alacsonyabb ghrelinszint magasabb szorongásszinttel járt együtt az ARFID-dal diagnosztizált gyermekek körében, amely felveti a ghrelinszint szabályozásán keresztüli kezelés lehetőségét.

Bár későbbi megjelenés is előfordul, az ARFID jellegzetesen négyéves kor előtt kezdődő betegség, ami ismételten az erős genetikai érintettséget erősíti. Gyakrabban alakul ki gyermek-, mint felnőttkorban, és sok esetben késleltetett a

klinikai tünetek megjelenése a kialakulást követően (28). A korai kezdet azt jelezheti, hogy a gyermek az ízekre és a szagokra érzékeny fokozottan. A szülők jellemzően 6–10 hónapos kor között, a hozzátáplálás megkezdésekor, a darabos ételek bevezetésekor észlelik a problémát. Ez az állagokra, a textúrára való túlzott érzékenységet jelez. Előfordulhat, hogy csak később, 18 hónapos kor körül jelentkeznek először a tünetek, ekkor kezd el egyre inkább beszűkülni az addig akár átlagosan változatos étrend. Ebben az esetben a neofóbiával együtt járó vizuális túlérzékenységre gyanakodhatunk (29), aminek a hátterében általában valamilyen negatív életesemény állhat. A klinikai tapasztalat azt mutatja, hogy a „kiváltó” esemény nem feltétlenül kell, hogy az evéshez kapcsolódjon. Így, bár elképzelhető, hogy a táplálékhoz, étkezéshez kötődik (ilyen lehet például egy allergiás reakció, öklendezés, hányás, vagy fulladás élménye), de szintén gyakran előfordul, hogy egyéb, nem evéssel összefüggésbe hozható negatív eseményeket kapcsol össze a gyermek az evéssel. Mivel mindez sokszor a preverbális időszakban történik, a gyermek nem tudja szavakba önteni az élményeit, ami a szülő és a terapeuta számára is megnehezíti a megértést, illetve a segítségnyújtást.

A szülők sokszor számolnak be egy-egy gyermekbetegségről, mint a zavar látszólagos kiváltó okáról. Másrészt, előfordul, hogy bölcsődei, óvodai gondozók evéshez kapcsolódó, adott esetben jószándékú kényszerítő magatartása játszik szerepet a tünetek megjelenésében, felerősödésében. Hasonlóképp, a gyerek által a szülők részéről észlelt nyomás az evésre, a későbbiekben alacsonyabb testsúllyal fog együtt járni. A szülői szorongás szintén kedvezőtlenül hat az amúgy is szorongó gyerek evési magatartására (30). A szorongó anyák bizonyítottan nehezebben tudnak ráhangolódni gyermekeik érzelmi szükségleteire, és ez az etetésre is hatással lesz (31). A szülők által erőltetett gyümölcs- és zöldségévés, például a későbbiek során válogatósabbá teheti a gyermekeket (32). A kutatások és a klinikai tapasztalat is azt mutatják, hogy a szülők, illetve más fontos személyek felől észlelt bármilyen kényszer, nyomás az evésre negatív hatással, ellentétes eredménnyel jár a gyerek evésére.

Bár megfelelő módszertanú empirikus kutatásokkal nem rendelkezünk, anekdotikus információk alapján úgy tűnik, az ARFID-os személyek felmenői között gyakrabban fordulnak elő szélsőségesen korlátozott étrenddel élő személyek. Az adatok azt mutatják, hogy a nagyobb mértékű neofóbiával jellemezhető szülők gyerekei valószínűbben lesznek maguk is neofóbiások és válogatósak.

A fentiek mellett ugyanakkor nagyon fontos hangsúlyozni, hogy *nem a szülők viselkedése okozza a betegséget*. A már említett magas genetikai meghatározottság mellett, bizonyos, hogy jelentős kulturális hatások is hozzájárulhatnak a betegség kialakulásához. Szerepe lehet például a gyorséttermi reklámok elterjedtségének, a készételek hozzáférhetőségének, a „gyerekbár menük” egyre elérhetőbbé válásának is.

A kutatások alapján a szenzoros túlérzékenység tűnik az eddig beazonosított legfőbb mediáló tényezőnek az ARFID-dal diagnosztizált személyek veszületetlen magas szorongásszintje és az extrém mértékben szelektív evés között (33). A veszületett szenzoros érzékenység (34) a személy azon jellemzője, hogy a szenzoros ingerekre alacsonyabb küszöbvel rendelkezik, így azok könnyebben túlterhelik az idegrendszerét, amitől irritálttá válik, és az átlagosnál extrémebb reakciókat ad (35). A veszületetlen erősebb hajlam az undor érzésére szintén hozzájárulhat a betegség kialakulásához. Azok a személyek, akik hajlamosabbak erős undort érezni, valószínűbben fognak bizonyos ingereket undorítóknak találni és inkább el fogják kerülni azokat, mint más személyek, még akkor is, ha ennek súlyos negatív következményei vannak, például az ártalmatlan ételek elkerülése esetében (36).

Ugyanakkor a szenzoros túlérzékenység önmagában csak viszonylag kis mértékben jósolja be az ARFID megjelenését (37), így feltételezhetően más tényezők is szerepet játszanak a betegség kialakulásában. Ilyen kognitív jellemző lehet a kognitív flexibilitás hiánya, ami szintén szerepet játszhat a szelektív evés kialakulásában, illetve fenntartásában. Ez a neuropszichológiai jellemző olyan tünetek kialakulásáért felelős, mint például a viselkedésben megfigyelhető merevség, beleértve a repetitív viselkedésformákat,

korlátozott érdeklődést, kényszerszorgolókat és cselekvéseket, perfekcionizmust, fekete-fehér gondolkodást, illetve a változásokkal, új helyzetekkel való megküzdés nehézségeit. A kognitív/viselkedési rigiditás az anorexia nervosa és az autizmus spektrumzavar közös jellemzője, míg az ARFID esetében további kutatások szükségesek a szerepének bizonyításához. Az adatok azt sugallják, hogy önmagában sem a szenzoros túlérzékenység, sem a kognitív rigiditás nem felelős az ARFID kialakulásáért, valószínűbb, hogy a két vonás együttes jelenléte szükséges hozzá. Az is lehetséges, hogy bár ezen tényezők szerepe jelentős az ARFID kialakulásában, de nem specifikus arra nézve.

A betegség lefolyása és következményei

Bár longitudinális vizsgálatok egyelőre nem állnak rendelkezésre az ARFID lefolyásával kapcsolatban, az adatok alapján a gyermekkori szelektív evés (jóllehet, nem feltétlenül az ARFID) a jövőbeli pszichiátriai tünetek rizikófaktoraként azonosítható. Miközben a válogatós evés az idő előrehaladtával magától enyhül, az ARFID esetében a klinikai tapasztalat azt mutatja, hogy a tünetek maguktól nem enyhülnek, sőt, bizonyos esetekben súlyosbodhatnak, ami egyre korlátozottabb étrendhez vezet. Az ARFID fenntartó tényezői között tarjuk számon a korlátozott étrendet (12). Ha egy személy mindig ugyanazokat az ételeket eszi, az az új ételek ízét még különbözőbbé teszi, illetve bizonyos tápanyaghiányok (pl. a cinkhiány) meg tudják változtatni az ételek ízét, szagát, ezáltal még kevésbé vonzóvá téve azokat. Emellett a változatosság hiánya ahhoz vezet, hogy a személy megunja az adott ételeket, így már azokat sem lesz képes elfogyasztani, s ez további étrendszűküléshez vezet.

Az ARFID-dal diagnosztizált felnőtt páciensek esetében csaknem minden esetben a gyermekkorra nyúlik vissza a probléma. Longitudinális vizsgálatok alapján úgy tűnik, a gyermekkori emésztési problémák és a szelektív evés növeli az anorexia nervosa kialakulásának valószínűségét, míg a gyermekkori emésztési problémák, a pica, a fogyókúra és a bulimia nervosa kialakulásának esé-

lyét növeli serdülőkorban (38). Emellett a válogatósághoz kapcsolódó, konfliktusokkal terhelt családi étkezések szintén növelik a serdülőkori evészavarok kialakulásának valószínűségét (39).

Egy újabb kutatásban (40) a szenzorosan érzékeny és válogatós gyerekek szüleit félig struktúrált interjúkban kérdezték meg az általuk megélt mindennapi nehézségekről. Az eredmények szerint ezek három fő téma köré szerveződtek. Ezek közül az első *a szenzoros környezet ellenőrzéséért vívott harc* volt, amelybe beletartozott a gyerek kiélezett szenzoros érzékenységeivel való együttélés, illetve gyerek által szétzilált családi étkezések menedzselése. A második *a stigmával, illetve mások rosszallásával való együttélés volt*. A harmadikként körvonalazódó téma az volt, hogy *hogyan tudnak pozitívak maradni és folytatni a küzdelmet*. Ezen belül további altémaként jelentkeztek az általuk használt megküzdési stratégiák, illetve annak belátása, hogy ez egy hosszú, nehéz és sokszor magányos út. Mindez egyértelműen jelzi tehát, hogy a szülők jelentős stresszszel kell szembenézzenek és megküzdjenek egy ARFID-os gyermek nevelése során.

A hosszú időn keresztül fennálló egyoldalú étkezés tápanyaghiányhoz, vitaminhiány kialakulásához vezethet (41). A leggyakoribb, a korlátozott étrend következtében kialakuló vitamin- és ásványianyag hiányok a B-2, B-12, és D vitaminok hiánya, illetve a cink, vas vagy kalciumhiány (2. táblázat).

A korlátozott étrend továbbá növeli a következő, hosszú távú, egészségügyi, valamint intra- és interperszonális következmények előfordulásának valószínűségét: elmaradt növekedés, menstruáció elmaradása, diabétesz, szív- és érrendszeri betegségek, bradycardia, hosszú QT-szindróma, felborult elektrolit egyensúly (pl. alacsony káliumszint), vitaminhiányok (leggyakrabban A, E, B12, D, K vitaminok hiánya), megnövekedett higanyszint (pl. nagy mennyiségű tonhal fogyasztása, egy máskülönben nagyon korlátozott étrend esetén), fáradékonyság, alacsony önértékelés, szociális izoláció, megterhelő családi étkezések, negatív hatások a társas- és munkakapcsolatokra.

2. táblázat

A hosszabb ideje fennálló korlátozott étrend lehetséges következményei (Brigham és mtsai, 2018 alapján)

Az elkerült ételek	Lehetséges vitamin- és ásványianyag-hiányok	Lehetséges jelek és tünetek
Hús és állati eredetű készítmények	B12-vitamin	vérszegénység, energiahány, gyengeség, érzéketlenség/bizsergő, viszkető érzés a lábakban/kezekben, bizonytalan, nehézkes járás, székrekedés, anorexia (kóros soványság), zavartság, memóriazavarok, hangulatváltozások, pszichózis, száj/nyelv diszkomfort érzés
	Cink	elégtelen növekedés és fejlődés, anorexia, gyenge immunrendszer, farkasvakság, az íz- és a szagérzékelés megváltozása, hajhullás, hasmenés, lassú sebgyógyulás
	Vas	vérszegénység, sápadtság, gyengeség, aluszékonyság, irritabilitás, gyenge koncentrációs képesség, tanulási és gondolkodásbeli nehézségek, hangulatváltozások, állóképesség csökkenése, fejfájás, hőmérséklet változásához való nehéz alkalmazkodás, meggyengült immunrendszer
Állati eredetű táplálékok és/vagy tejtermékek	B2-vitamin (riboflavin)	energiátlanság, növekedés elmaradása, száraz bőr/bőrproblémák, hajhullás, száraz, repedezett ajkak, illetve az ajak sarkának kirepedése, dagadt, magenta színű nyelv, viszkető és/vagy piros szemek, torokfájás, vérszegénység, hályog
Tejtermékek	Kalcium	ezt a hiányt ritkán észlelik, a test nagyon szigorúan szabályozza a káliumszintet, még nagyon alacsony bevitt mennyiség esetén is. Az evési szokások feltérképezése a legjobb módja a deficit azonosításának. A hosszútávú hiányállapot a csontsűrűség csökkenésében, csonttritkulásban, gyenge/könnyen törő csontokban, illetve osteopeniában (a csonttritkulást megelőző állapot) nyilvánul meg.
	D-vitamin	alacsony ásványianyag-tartalom a csontokban, alacsony kalciumszint, csontállomány csökkenése, csontfájdalom, csontlágylás

Kezelés

78

Egyes kutatások azt mutatják, hogy az ARFID-dal kezelt páciensek gyakran hosszabb kórházi kezelésre szorultak, és gyakrabban kellett szondán keresztül táplálni őket, mint az anorexia nervosával diagnosztizált pácienseket (29). Más vizsgálatok ugyanakkor azt találták, hogy az ARFID-dal diagnosztizált személyek nagyobb arányban gyógyultak meg, és kisebb volt a mortalitási arány, mint anorexia nervosa esetében. Az egymásnak ellentmondó eredményekért akár diagnosztikai eltérések is felelősek lehetnek, de mindenképp azt jelzik, hogy további vizsgálatokra van szükség a területen.

Hangsúlyozandó, hogy már maga az ARFID-ból való felépülés definíálása is nehéz feladat. Azon túlmenően, hogy a páciens többé nem felel meg az ARFID kritériumainak, nem világos, hogy a súlygyarapodást vagy az étrend változatosabbá válását és a tápanyaghiányok megszűnését mikor tekintjük szignifikánsnak, s azonosítjuk a gyógyulással. Nincs objektív indikátor és mérőszám arra nézve, hogy az öt fő ételkategóriából hány étel elfogyasztása szükséges ahhoz, hogy azt mondhassuk, a személy nem ARFID-os többé. Ugyanígy nehezíti a besorolást, hogy némely nagyon korlátozott étrenden élő személy főként szénhidrátokat fogyaszt, emellett vitaminkészítményeket szed, így a súlya, illetve a vitaminhiány sem utal a betegségre, miközben az továbbra is jelen van. Ezekben az esetekben az alultápláltság maszkolva van, ami nemcsak a szakemberek dolgát nehezíti, de végső soron akár a diagnózist is megkérdőjelezheti. Így, ha mindez a pszichoszociális problémák hiányával jár együtt, akkor valójában felmerül, hogy fenáll-e a tényleges diagnózis.

Az ARFID kezelését tekintve alapelveként fogalmazható meg, hogy rendkívül heterogén betegcsoportról lévén szó, a személyre szabott kezelési terv kialakítása elsődleges szempont. Fontos megjegyezni, hogy a tapasztalatok és a betegség okával kapcsolatos tudásunk alapján alapvetően az eddigi, szelektív evés kezelésében használatos módszerek csak módosításokkal alkalmazhatók. Mivel a betegség kialakulásában nagy szerepe van az öröklött jellemzőknek, nem a – Magyar-

országon hagyományosan preferált – pszichoanalitikusan orientált terápia az elsődleges intervenciós választás. A kognitív viselkedésterápia, illetve a szülők számára nyújtott pszichoedukáció az elsőként választandó kezelési keret, amennyiben nem áll fenn más, a dinamikus terápiát indikáló szempont (42). A betegség, különösen a hosszan fennálló ARFID, természetesen számos járulékos problémához vezethet a gyermek szociális készségeinek sérülésétől kezdve, az énkép módosulásain át, a szüleivel való viszonyra való negatív hatásokon keresztül egészen az egész családi rendszerre kiható konfliktusokig. Amennyiben a betegség régóta fennáll, mind ezek megjelenhetnek másodlagos tünetként, s ennek megfelelően a dinamikus terápiák alkalmazása indokolt, azonban a terápiás protokollban első helyen álló, a szülők számára nyújtott pszichoedukáció ezeket a problémákat is képes jelentős mértékben enyhíteni, sőt sok esetben csupán a pszichoedukáció hatására – egyéb beavatkozás nélkül – is csökken a tünetek intenzitása és száma.

Az ARFID kezelése során általában a már meglevő terápiás módszerek alkalmazása történik a betegséghez illeszkedő módosításokkal. A jelenlegi szakmai ajánlás szerint *ideális esetben különböző szakterületek képviselői alkotják az ARFID kezelésére alkalmas csapatot*. Ebben a pszichológus, pszichiáter mellett, ideális esetben helyet kell kapjon egy dietetikus, illetve szükség esetén belgyógyász kolléga is. A tünetek komplexitása miatt ajánlott, hogy a team minden tagja részt vegyen a diagnózis felállításában, mindenki a saját szakterületén belül elemelve a tüneteket. A következő lépés a személyre szabott kezelési terv együttes kialakítása. Minden esetben szükséges szem előtt tartani az egyedi eset sajátosságait, illetve az életkori sajátosságok és a betegség súlyosságának figyelembevétele is elengedhetetlen. *A terápia szerves része a szülőkkel, gondozókkal való együttműködés*, és az összes résztvevő céljainak meghatározása. A gyermek – életkorának megfelelő – informálása elengedhetetlen a terápia sikeressége szempontjából. Nagyobb gyerekek esetében, 8–10 éves kortól a gyermek saját motivációja is részét képezheti a hatékony kezelésnek.

A *kisgyermekkel dolgozó dietetikusnak és pszichológusnak is* birtokában kell lennie a megfelelő tudásnak ahhoz, hogy nehogy hibát kövessenek el a gyermek által biztonságosnak tartott ételek kapcsán. Az ARFID-os gyerekek esetében a terápia kezdeti szakaszában nem lehetséges a gyermek által elfogyasztott ételeket másokra, egészségesebbekre cserélni. Az ilyen típusú páciensek esetében, még ha a biztonságos ételek az előregyártott, hagyományosan egészségtelennek tartott ételek közé tartoznak is, nem vezethetők ki az étrendjükből, egészségesebb alternatívákat kínálva. Ennek erőltetése esetén, életkorra való tekintet nélkül, a gyermek inkább az éhséget fogja választani. A gyermek által biztonságosnak észlelt ételek a terápia fontos kiindulópontját jelentik, amelyet a családnak és a közvetlen környezetnek (óvoda, iskola), illetve a segítő szakembereknek is el kell fogadnia. Ezeken az ételeken alapul, hogy a későbbiekben milyen új ételek bevezetése lehetséges pl. az *étel-kapcsolás* (food chaining) módszerével.

Az új ételek elfogyasztásától való nagyfokú félelem miatt ezeknél a gyerekeknél gondos előkészítést igényel egy ilyen folyamat elkezdése, azaz egy új étel bevezetése. Egész fiatal gyerekek esetében a terápia magában foglalja, hogy megismertessük őket az új ételekkel, az új ételhez hasonlóan kinéző játékokkal való ismerkedésen, rajzoláson, színezésen, szenzoros játékokon keresztül. Ez a fajta játék csökkentheti a szorongást, segít megerősíteni a gyermeket és előkészíti arra, hogy a későbbiekben megegye az ételt. Fontos megjegyezni, hogy *az ARFID-os gyermekek sokkal nagyobb ellenállást tanúsítanak az ilyen fajta terápia iránt, mint a szelektív evők*. A szorongás csökkentése érdekében az étel-kapcsolás technikával való munka kezdeti fázisában a biztonságos ételekre kell alapozni, csak kicsit változtatva rajtuk. Ha például egy gyermek étrendje sajtos pirítósból, gofriból, grillezett csirkemellből, tészta zöldséglevesből áll, akkor az első lépésben csak ezekkel ez ételekkel dolgozunk, kisebb módosításokat alkalmazva rajtuk a gyermek hozzájárulásával. Egy példa lehet a következő: sajtos pirítós egy nagyon kevés vajjal, grillezett pulykamell, másfajta lisztből készített gofri, zöldségleves másfajta tésztával. Természetesen a változ-

tásokat egyenként, fokozatosan kell bevezetni, figyelembe véve a gyermek változtatáshoz való alkalmazkodóképességét. Egy ARFID-os gyermek számára ezek nagy változások, amelyek ugyanakkor a biztonságos ételeken belül vannak és csökkentik a szorongást. Ezt követően más ételeket is be lehet vezetni, fokozatosan kiterjesztve új dolgok felé az étrendet, a gyermek állapotától, motivációjától és viselkedési problémáitól függően. Mindenképpen *fokozatosan, a gyermek hozzájárulásával, beleegyezésével kell bevezetni az új ételeket, olyan mértékig, amilyen mértékig a gyermek képes együttműködni*. Nagyon hasznos, ha van egy rutin, amit követhetünk, mivel ez növeli a biztonságérzetet. Nem lehet meglepni a gyermeket úgy, hogy a biztonságos ételébe más összetevőt rejtünk, egyrészt mivel észre fogja venni azt, másrészt mivel ezzel a bizalmi kapcsolatot ássuk alá. Ráadásul amiatt is kifejezetten veszélyes lehet egy ilyen próbálkozás, mivel az addig biztonságos étel átkerülhet a „nem biztonságos” kategóriába, tovább szűkítve ezáltal az étrendet. Az ARFID-os személyek egy bizonyos ízt, szagot, találási módot, hőmérsékletet, állagot várnak egy ételtől, amit sokszor ugyanannak a személynek kell elkészítenie. Emellett, egy bizonyos típusú ételt vagy márkát fogadnak csak el, és a legkisebb eltérés is elutasításhoz vezethet. Az ARFID-dal diagnosztizált páciensek esetében rendkívül fontos, hogy *soha ne ajánljuk az éheztetést, mint a terápia részét*. Ez a módszer nemcsak, hogy nem hatékony, de az ARFID esetében veszélyes is lehet.

A fenti módszerekkel való munka mellett ugyanakkor a *pszichoterápiás segítség* is szükséges lehet. Az *egészen kicsi gyermekek* (1–3 éves kor között) esetében (43) az ajánlás szerint fontos a gyerek temperamentumának és az ahhoz kapcsolódó esetleges hiperaktivitásnak a figyelembevétele. A kellemes hangulatú ékezők, illetve a gyerek megnyugtatója az étkezések előtt és alatt, a stressz növelésének elkerülése segíthet az új ételek bevezetésében.

Az *óvodás korosztály számára*, 4 évestől akár 10 éves korig kialakított ígéretes terápiás eljárás az FBI-ARFID (Feelings and Body Investigators) módszer. A módszert eredetileg szorongó, gasztrointesztinális tüneteket mutató gyerekek szá-

mára fejlesztették ki. Ennek lényege, hogy a belső érzetek feltárásán, játékos megismerésén keresztül segíthet azoknak a gyerekeknek, akik esetében egy étel elutasítása valamilyen negatív tapasztalat miatt alakult ki. A terápia játékos formában, „nyomozásként” vezeti végig a gyermeket és szüleit a kellemetlen testi érzetek megtapasztalásán, melynek fontos része a folyamat végigvitele, ahelyett, hogy megszakítanák azt. Az ülések strukturált formában zajlanak, melyek során fontos szempont, hogy megtanítsák a szülőknek és a gyerekek egyaránt, hogy a testi érzeteknek funkciója van, ami – leegyszerűsítve – az, hogy az agyba információt küldenek az éhséggel, telítettséggel, fáradsággal, izgatottsággal, és általában az érzéseinkkel kapcsolatban. Az önészlelés tudatosítása a belső állapotok feltérképezésén keresztül csökkenti a szorongást, és azoknál a gyerekeknél, ahol fokozott szenzoros érzékenységgel állunk szemben, nagyon hatékony terápiás módszernek bizonyult.

A kutatási eredmények szerint körülbelül 8–10 éves kortól hatékony a kognitív viselkedésterápiás módszer (12, 44) mely a betegséget fenntartó tényezőket veszi célba, s ezek megváltoztatásán keresztül fejti ki hatását. Körülbelül ettől az életkortól kezdve kezdi zavarni magukat az ARFID-dal élő gyermekeket a betegség. Egészen eddig ők általában nem motiváltak a változásra, hiszen a szülők biztosítják számukra a biztonságos ételeiket, illetve megfelelő változtatásokat hajtanak végre a családi életben és sokszor az intézményi étkeztetésben is annak érdekében, hogy a gyermek számára elviselhetőek legyenek az étkezések.

A beavatkozás tervezésekor elsődleges annak eldöntése, hogy megfelelő mennyiségű tápanyaghoz jut-e a személy. Amennyiben nem, a terápia első szakaszának ezt kell célba vennie. Amíg ez nem rendeződik, az elfogyasztott ételek körének bővítése nem cél. A nagyobb kalóriabevitel elősegítése érdekében ARFID-os személyek esetében ajánlott a napi hat alkalommal történő étkezés bevezetése, smoothiek és egyéb magas kalóriatartalmú ételek fogyasztása. Ha a kalóriabevitel életkornak megfelelő, és a személy súlya stabilan a normál tartományba esik, megkezdődhet a kezelés második szakasza, amelyben pszichoedu-

káció zajlik, illetve új ételek bevezetése ismételt (legalább 10 alkalom) expozíciók segítségével. Az expozíciók során a gyermek igen kis mennyiségű új étellel találkozik, amelyet strukturált helyzetben, étkezésektől függetlenül kóstol meg a terapeuta – vagy otthon, a szülők – jelenlétében. A kóstolásnak nem része az étel/ital lenyelése, kiköpheti, amennyiben nem érzi képesnek magát a lenyelésére. A kedvenc italát adjuk neki a kóstolás után. A folyamat része az új étel pontozása, amely segíti az önmonitorozást, illetve az emlékezést. Kisebb gyerekek esetében a folyamathoz jól illeszkedhet egy személyre szabott jutalomrendszer, amely szintén a gyermek bevonásával, az ő számára valóban motiváló jutalmak ígéretével működik a leghatékonyabban. Fontos, hogy a gyermek maga válassza ki, miért éri meg neki a kóstolás, amennyiben szüksége van külső motivációra.

A szülők számára fontos hangsúlyozni, hogy ez egy lassú, apró lépésekből álló folyamat, amely nem hoz gyors, átütő eredményeket. A változashoz sok idő és türelem, de legfőképp konzisztencia szükséges a részükről. A kóstolások során a gyermek sokszor ad extrém reakciókat, öklendezik, halogat, akár hány. A klinikai tapasztalat alapján ilyenkor a szakember és a szülő részéről is a normalizáló hozzáállás a helyes. Ez biztosságot sugall, megnyugtatja a gyermeket, akinek ebben a helyzetben pontosan erre van szüksége. Az expozíciók során a gyermek az ételek fizikai tulajdonságaival találkozik, melyekre az ismétlések miatt deszenzitizálódik. Ugyanilyen fontos azonban a pszichológiai vetülete a folyamatnak, amelynek során az új ételek iránti bizalmát igyekszünk felépíteni apránként, a gondosan megválasztott új ízek, illetve az undor és egyéb nehéz érzések tolerálásának fokozatos megtanulásán keresztül.

A kognitív viselkedésterápiás keretben a fenntartó tényezők között kiemelten fontos (1) a szükségesnél kevesebb étel fogyasztása, ami az étvágy csökkentésén keresztül hosszú távon a betegség fennmaradásához vezet, illetve (2) bizonyos típusú ételek elkerülése, ami az elkerülés révén megerősíti a személy averzióját az adott ételcsoportokkal kapcsolatban. A kognitív viselkedésterápiás beavatkozások fontos részét képezik –

különösen kisebb gyerekek esetében – a szülők és a család. A pszichoedukáció, az önmonitorozás megtanítása alapvetően fontos a gyógyuláshoz (42). Ambuláns formában a stabil szomatikus állapotú, szondás táplálást nem igénylő gyerekek számára ajánlott. A kezelés általában 20–30 ülésből áll, de nagyon alacsony súlyú páciensek esetén több alkalomra is szükség lehet.

Kognitív viselkedésterápiás technikák

Az új ételek kiválsztásában segíthet az *ételhierarchia* kidolgozása, melyben a biztonságos ételekhez leginkább hasonló ételektől haladunk a legkevésbé vonzóknak talált ételek felé. Az *ételkapcsolás* módszeréről már volt szó, ez a biztonságos ételekhez nagyon hasonló ételek bevezetését jelenti, egyszerre egy változtatás végrehajtásával, így fokozatosan bővítve az étrendet. A *beúsztatás* (fading in) technika az új dolgok fokozatos megjelenítését, bevezetését jelenti, azaz pl. először szűrt almálé, aztán szűretlen, aztán almálé pici darab almával, aztán nagyobb darabbal (emetofóbia esetén is használható). Az *ételek „lebontása”* alkotóelemeikre szintén jó technika lehet. Ilyen pl. ha a személy célja az, hogy szeretne pizzát enni, akkor először csak tésztát adnak neki, aztán a sajtot, aztán a szószt, aztán ezeket különböző módokon párosítva, végül egy szelet pizzát. Szintén hasznos lehet az *étel detektívek játék*, különösen kisebb gyerekekkel: egy ételt felfedezni mind az öt érzékszervünkkel az üléseken, mely segít neki a megközelítő magatartás megtanulásában az elkerülés helyett. A *relaxációs technikák tanítása* szintén hatékony lehet.

Családterápia

Az anorexia nervosa esetén gyakran alkalmazott Maudsley-féle családterápiás megközelítés (Family Based Treatment, FBT), módosításokkal jól alkalmazható ARFID-os páciensek esetén is (42, 45). A terápia a sürgősség, illetve a szülői szorongás érzésének növelésével kezdődik. Ez az ARFID esetében sokszor nehezebb, mint más evészava-

roknál (46), hiszen az ARFID-os gyermek gyakran nagyon hosszú előtörténettel rendelkezik. Emiatt egyrészt a szülők is a gyermek identitásának részeként tekintenek annak evési szokásaira, másrészt mind a szülők, mind a gyermek belefáradtak már a rengeteg próbálkozásba. A második lépés a szülők megerősítése abban, hogy az ő felelősségük segíteni a gyerekeknek a kezelési célok elérésében. A harmadik fázisban az egészséges identitás kialakítása és a visszaesés megelőzése a terápiás feladat.

A kognitív funkciók erősítése

A kognitív funkciókat érintő beavatkozások, mint például a rugalmas gondolkodás elősegítése, illetve az elvárásokkal ellentétes tapasztalatok megerősítése is fontos szerepet játszhat a terápiában a szenzoros deszenzitizáció mellett, nagyobb gyerekek és felnőttek esetén egyaránt (42). A kutatások és a klinikai tapasztalat alapján a félelemhez gyorsabban habituálódunk, mint az undorhoz. Ha a kognitív merevség fenntartó tényező a korlátozott étrend esetén, akkor valószínűtlen, hogy a szenzoros deszenzitizáció önmagában eredményekhez vezetne. A rugalmatlan gondolkodás az étrendet tekintve abban mutatkozik meg, hogy a személy hajlamos lesz ugyanazokat az ételeket fogyasztani hosszú időszakon keresztül, mereven ragaszkodva az étkezés körül felállított szabályrendszeréhez, emellett szélsőséges elvárásai lesznek az étel érzékszervi/élvezeti, illetve érzelmi jellemzőit tekintve új ételek, vagy nem kedvelt ételek kipróbálása esetén. A szélesebb értelemben vett „ragaszkodás az ismerőshöz” autizmus spektrumzavar esetében rendkívüli jelentőségű a kimenetet tekintve. Az adatok azt mutatják, hogy a *kognitív rugalmasság megtanítását célzó technikák* hasznosak lehetnek nem csak autizmusban érintett, hanem neurotipikus ARFID-os személyek esetében is (37).

Gyógyszeres terápia

Néhány esetben szükség lehet gyógyszeres kezelésre az elégtelen táplálkozás következtében

kialakult panaszok miatt, illetve akár kórházi ápolásra és szondás táplálás bevezetésére is. A betegség gyógyszeres kezelésére nincs egységes protokoll, inkább off-label alkalmazásokról tudunk. Ilyen lehet az étvágnövelő mellékhatással bíró antidepresszánsok (mirtazapine) alkalmazása (47), míg a benzodiazepinek az akut szorongás csökkentésén keresztül segíthetnek. Szintén felmerülhet antipszichotikumok adása (pl. olanzapine), amelyek szintén a szorongás és az étellel kapcsolatos rugalmatlan hiedelmek enyhítésén keresztül hathatnak pozitívan. Az SSRI típusú antidepresszánsok szintén a szorongás és a kényszeres tünetek csökkentésén keresztül segíthetnek (41) Egy vizsgálatban (48) az egyik betegcsoport csak SSRI kezelést, míg a másik, súlyosabb depressziós tüneteket mutató csoport SSRI és hydroxyzine (antihisztamin) kombinációját kapta. Az eredmények szerint mindkét csoportnál szignifikáns csökkenés következett be az étkezések előtt és/vagy után megélt szorongásban. A lehetséges farmakológiai terápiák hatékonyságával kapcsolatosan azonban mindenképp további vizsgálatok szükségesek.

Következtetések

Összefoglalva: bár az elkerülő-korlátozó táplálékbeviteli zavar diagnózisa viszonylag új, a szelektív evés régóta jelen van a szakirodalomban. A diagnózis legfontosabb kritériumai a hosszú ideig fennálló korlátozott étrend, illetve ételkerülés, valamint a pszichoszociális működés zavara. A betegség, bár hasonlóságot mutat az anorexia nervosával, mindazonáltal jól el is különül tőle, hiszen nem jár együtt testképzavarral. A tünettan heterogenitása miatt elengedhetetlen a kezelési terv személyre, családra szabása. A kezelést illetően hangsúlyos, hogy a rendelkezésre álló kutatások egyértelműen a pszichoedukáció és a szülői énhatékonyság megerősítését helyezik a beavatkozások fókuszába a terápia kezdeti szakaszában. Mivel a betegség kialakulásában a genetikailag meghatározott tényezők, elsősorban a szenzoros érzékenység eltérései játszószerepet, a család dinamikai jellegzetességek – bár másodlagos tünetként hozzájárulhatnak a probléma fokozódásához, illetve fennmaradásához – nem okozói a zavar létrejöttének. Ennek megfelelően a hagyományos pszichodinamikus megközelítésekkel szemben a pszichoedukáció mellett a kognitív viselkedésterápiás módszerek – szükség esetén a Maudsley-féle családterápiával összehangolt (42) – használata az elsődleges választás a kezelésében.

Irodalom

1. WALLER G, RAYKOS B: Behavioral interventions in the treatment of eating disorders. *Psychiatr Clin North Am*, 2019; 42 (2):181–191.
2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Association, 2013.
3. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). American Psychiatric Association, 2022.
4. International statistical classification of diseases and related health problems. 11th ed. World Health Organization, 2019.
5. International statistical classification of diseases and related health problems. 10th ed. World Health Organization, 2016.
6. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). American Psychiatric Association, 1994.
7. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). American Psychiatric Association, 2000.
8. COGLAN L, OTASOWIE J: Avoidant/restrictive food intake disorder: what do we know so far? *BJPsych Adv*, 2019; 25 (2):90–98.
9. THOMAS JJ, LAWSON EA, MICALI N, MISRA M, DECKERSBACH T, EDDY KT: Avoidant/restrictive food intake disorder: a three-dimensional model of neurobiology with implications for etiology and treatment. *Curr Psychiatry Rep*, 2017; 19 (8):54.
10. ORNSTEIN RM, ROSEN DS, MAMMEL KA, CALLAHAN ST, FORMAN S, JAY MS 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.
11. SADER M, HARRIS HA, WAITER GD, JACKSON MC, VOORTMAN T, JANSEN PW, WILLIAMS JHG: Prevalence and characterization of avoidant restrictive food intake disorder in a pediatric population. *JAACAP Open*, 2023; 1 (2):116–127.
12. THOMAS JJ, BECKER KR, KUHNLE MC, JO JH, HARSHMAN SG, WONS OB ET AL: Cognitive-behavioral therapy for avoidant/restrictive food intake disorder: feasibility, acceptability, and proof-of-concept for children and adolescents. *Int J Eat Disord*, 2020; 53 (10):1636–1646.
13. FISHER MM, ROSEN DS, ORNSTEIN RM, MAMMEL KA, KATZMAN DK, ROME ES 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.

14. SCHRECK KA, WILLIAMS K, SMITH AF:
A comparison of eating behaviors between children with and without autism. *J Autism Dev Disord*, 2004; 34 (4):433–438.

15. SHARP WG, BERRY RC, MCCracken C, NUHU NN, MARVEL E, SAULNIER CA ET AL:
Feeding problems and nutrient intake in children with autism spectrum disorders: a meta-analysis and comprehensive review of the literature. *J Autism Dev Disord*, 2013; 43 (9):2159–2173.

16. BURTON MURRAY H, DREIER MJ, ZICKGRAF HF, BECKER KR, BREITHAUPT L, EDDY KT ET AL:
Validation of the nine item ARFID screen (NIAS) subscales for distinguishing ARFID presentations and screening for ARFID. *Int J Eat Disord*, 2021; 54 (10):1782–1792.

17. BRYANT-WAUGH R, MICALI N, COOKE L, LAWSON EA, EDDY KT, THOMAS JJ:
Development of the Pica, ARFID, and Rumination Disorder Interview, a multi-informant, semi-structured interview of feeding disorders across the lifespan: A pilot study for ages 10–22. *Int J Eat Disord*, 2019; 52 (4):378–387.

18. IRON-SEGEV S, BEST D, ARAD-RUBINSTEIN S, EFRON M, SERUR Y, DICKSTEIN H ET AL:
Feeding, eating, and emotional disturbances in children with avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID). *Nutrients*, 2020; 12 (11):3385.

19. KOOMAR T, THOMAS TR, POTTSCHMIDT NR, LUTTER M, MICHAELSON JJ:
Estimating the prevalence and genetic risk mechanisms of ARFID in a large autism cohort. *Front Psychiatry*, 2021; 12:Article 12.

20. CARDONA CANO S, TIEMEIER H, VAN HOEKEN D, THARNER A, JADDOE VW, HOFMAN A ET AL:
Trajectories of picky eating during childhood: a general population study. *Int J Eat Disord*, 2015; 48 (6):570–579.

21. FERNANDEZ C, MCCAFFERY H, MILLER AL, KACIROTI N, LUMENG JC, PESCH MH:
Trajectories of picky eating in low-income US children. *Pediatrics*, 2020; 145 (6):e20192018.

22. DINKLER L, WRONSKI ML, LICHTENSTEIN P, LUNDSTRÖM S, LARSSON H, MICALI N ET AL:
Etiology of the broad avoidant restrictive food intake disorder phenotype in Swedish twins aged 6 to 12 years. *JAMA Psychiatry*, 2023; 80 (3):260–269.

23. BERRETTINI W:
The genetics of eating disorders. *Psychiatry (Edmont)*, 2004; 1 (3):18–25.

24. DOVEY TM, STAPLES PA, GIBSON EL, HALFORD JC:
Food neophobia and 'picky/fussy' eating in children: a review. *Appetite*, 2008; 50 (2–3):181–193.

25. NEDERKOORN C, JANSEN A, HAVERMANS RC:
Feel your food. The influence of tactile sensitivity on picky eating in children. *Appetite*, 2015; 84:7–10.

26. LOBOŠ P, JANUSZEWICZ A:
Food neophobia in children. *Pediatr Endocrinol Diabetes Metab*, 2019; 25 (3):150–154.

27. CHOVEL SELLA A, HADAWAY N, STERN C, BECKER KR, HOLSEN LM, EDDY KT ET AL:
Lower ghrelin levels are associated with higher anxiety symptoms in adolescents and young adults with avoidant/restrictive food intake disorder. *J Clin Psychiatry*, 2023; 84 (3):22m14482.

28. MICALI N, SIMONOFF E, ELBERLING H, RASK CU, OLSEN EM, SKOVGAARD AM:
Eating patterns in a population-based sample of children aged 5 to 7 years: association with psychopathology and parentally perceived impairment. *J Dev Behav Pediatr*, 2011; 32 (8):e1–e8.

29. SEETHARAMAN S, FIELDS EL:
Avoidant/restrictive food intake disorder. *Pediatr Rev*, 2020; 41(12):613–622.

30. JANTEK G, GALLAI M, PÁSZTHY B:
Egy korai kezdetű evészavar: a szelektív evés diagnosztikai jellemzői, etiológiája és terápiás lehetőségei. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 2016; 17 (1):1–17.

31. NICOL-HARPER R, HARVEY AG, STEIN A:
Interactions between mothers and infants: impact of maternal anxiety. *Infant Behav Dev*, 2007; 30 (1):161–167.

32. GALLOWAY AT, FIORITO L, LEE Y, BIRCH LL:
Parental pressure, dietary patterns, and weight status among girls who are “picky eaters”. *J Am Diet Assoc*, 2005; 105 (4):541–548.

33. PILATO IB:
Sensory sensitivity, disgust, and temperament in children with avoidant/restrictive food intake disorder. *Disszertáció*. Madison (NJ), Fairleigh Dickinson University, 2021.

34. LIONETTI F, ARON A, ARON EN, BURNS GL, JAGIELLOWICZ J, PLUESS M:
Dandelions, tulips and orchids: evidence for the existence of low-sensitive, medium-sensitive and high-sensitive individuals. *Transl Psychiatry*, 2018; 8 (1):24.

35. LIONETTI F, ARON EN, ARON A, KLEIN DN, PLUESS M:
Observer-rated environmental sensitivity moderates children's response to parenting quality in early childhood. *Dev Psychol*, 2019; 55 (11):2389–2402.

36. EGOLF A, SIEGRIST M, HARTMANN C:
How people's food disgust sensitivity shapes their eating and food behaviour. *Appetite*, 2018; 127:28–36.

37. ZICKGRAF HF, RICHARD E, ZUCKER NL, WALLACE GL:
Rigidity and sensory sensitivity: independent contributions to selective eating in children, adolescents, and young adults. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 2022; 51 (5):675–687.

38. MARCHI M, COHEN P:
Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1990; 29 (1):112–117.

39. KOTLER LA, COHEN P, DAVIES M, PINE DS, WALSH BT:
Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2001; 40 (12):1434–1440.

40. CUNLIFFE L, COULTHARD H, WILLIAMSON IR:
The lived experience of parenting a child with sensory sensitivity and picky eating. *Matern Child Nutr*, 2022; 18 (3):e13330.

41. BRIGHAM KS, MANZO LD, EDDY KT, THOMAS JJ:
Evaluation and treatment of avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) in adolescents. *Curr Pediatr Rep*, 2018; 6 (2):107–113.

42. DEMETROVICS O:
Pszichoterápiás lehetőségek az elkerülő-korlátozó táplálékbeviteli zavar (ARFID) kezelésében. *Serdülő- és Gyermekepszichoterápia Folyóirat*, 2024; 17 (2):5–25.

43. BIALEK-DRATWA A, SZYMAŃSKA D, GRAJEK M, KRUPA-KOTARA K, SZCZEPAŃSKA E, KOWALSKI O:
ARFID-strategies for dietary management in children. *Nutrients*, 2022; 14 (9):1739.

44. THOMAS JJ, WONS OB, EDDY KT:
Cognitive-behavioral treatment of avoidant/restrictive food intake disorder. *Curr Opin Psychiatry*, 2018; 31 (6):425–430.

45. LOCK J, ROBINSON A, SADEH-SHARVIT S, ROSANIA K, OSIPOV L, KIRZ N ET AL:
Applying family-based treatment (FBT) to three clinical presentations of avoidant/restrictive food intake disorder: similarities and differences from FBT for anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 2019; 52 (4):439–446.

46. TŰRY F, SZUMSKA I, PÁSZTHY B, PUREBL G:
Iránylevek és ajánlások az evészavarok kezelésében. *Psychiat Hung*, 2017, 32 (4):397–413.

47. GRAY E, CHEN T, MENZEL J, SCHWARTZ T, KAYE WH:
Mirtazapine and weight gain in avoidant and restrictive food intake disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2018; 57 (4):288–289.

48. MAHR F, BILLMAN M, ESSAYLI JH, LANE LONEY SE:
Selective serotonin reuptake inhibitors and hydroxyzine in the treatment of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents: rationale and evidence. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 2021; 32 (2):117–121.