

A várandósság alatti étkezési zavarok születés körüli következményei

Török Zsuzsa dr.

Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Klinikai Központ, Klinikai Szakpszichológiai Központ, Debrecen

Az étkezési zavar a mentális betegségek egy csoportja, amely döntően befolyásolja az egyén érzelmi, pszichológiai és fizikai jóllétét; tipikusan nőknél jelentkezik, a leginkább a reprodukív évek alatt. A várandósság alatt a táplálkozási zavar prevalenciája 7,5–11,5%. A várandósok 70–85%-ánál ételavézió, 100%-ánál émelygés, 40%-ánál pedig fokozott nyáltermelés (ptyalismus) jelentkezik. Nagy kihívást jelent az étkezési zavar várandósság alatti ellátása, hiszen veszélyes állapothoz vezethet, sőt anyai vagy magzati halált is okozhat. Ma már nincs olyan szülész, aki ne találkozna étkezési zavarban szenvedő várandóssal. Ugyanakkor az alap-, illetve a szakképzés során ennek a betegségnek a diagnosztizálásáról, kezeléséről kapott ismeretek minimálisak. A közlemény célja, hogy az irodalomra támaszkodva bemutassa az étkezési zavarok különböző formáit és hatásukat az anyára, a magzatra, a terhesség kimenetelére, a szülés folyamataira, valamint az újszülöttre, továbbá felsorolja a hazánkban elérhető szűrőeszközöket és a várandósgondozást végzők számára értékes, étkezési zavarokra utaló jeleket. Az étkezési zavarban szenvedő várandós kezelése akkor hatékony, ha multidiszciplináris csapat tartja kézben, amelynek tagjai mind az anya, mind a születendő gyermek érdekeit figyelembe veszik. A szerző a közlemény végén javaslatokat fogalmaz meg a gyakorlat számára, és kiemeli, hogy mikor van szükség az étkezési zavarban szenvedő várandós kórházi kezelésére. Orv Hetil. 2025; 166(40): 1582–1589.

Kulcsszavak: étkezési zavarok, várandósság, császármetszés, koraszülés, kezelés

Perinatal consequences of eating disorders during pregnancy

Eating disorders are a group of mental illnesses that significantly affect an individual's emotional, psychological and physical well-being; they typically occur in women and are the most common during the reproductive years. The prevalence of eating disorders during pregnancy is 7.5–11.5%. Food aversion occurs in 70–85% of pregnant women, nausea in 100%, and increased salivation (ptyalism) in 40%. The treatment of eating disorders during pregnancy is a significant challenge, as it can lead to dangerous conditions and even maternal or fetal death. Today, there is no obstetrician who has not encountered a pregnant woman suffering from an eating disorder. However, the knowledge gained during basic and professional training about the diagnosis and treatment of this disease is minimal. The aim of the paper is to present the different forms of eating disorders and their effects on the mother, the fetus, the outcome of pregnancy, the process of childbirth and the newborn, based on the literature. It lists the screening tools available in our country and the signs of eating disorders that are valuable for those providing prenatal care. The treatment of pregnant women with eating disorders is effective when it is carried out by a multidisciplinary team, the members of which take into account the interests of both the mother and the unborn child. At the end of the paper, the author makes suggestions for practice and highlights when hospital treatment of pregnant women with eating disorders is necessary.

Keywords: eating disorders, pregnancy, cesarean section, preterm birth, treatment

Török Zs. [Perinatal consequences of eating disorders during pregnancy]. Orv Hetil. 2025; 166(40): 1582–1589.

(Beérkezett: 2025. július 9.; elfogadva: 2025. augusztus 14.)

Rövidítések

BMI = (body mass index) testtömegindex; DSM = (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve; EDE = (Eating Disorder Examination) Evési Zavar Vizsgálat; EDI = (Eating Disorder Inventory) Evési Zavar Kérdőív; EKG = elektrokardiográfia; EPDS = (Edinburgh Postnatal Depression Scale) Edinburgh-i Postnatalis Depresszió Skála; FDA = (U.S. Food and Drug Administration) az Amerikai Egyesült Államok Élelmiszer-biztonsági és Gyógyszerészeti Hivatala; NICE = (National Institute for Health and Care Excellence) Az Egészség és Klinikai Kiválóság Nemzeti Intézete (Egyesült Királyság); SCID = (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders) DSM-alapú strukturált klinikai interjú; SCOFF = (Sick, Control, One Stone, Fat, Food) Rövid Evészavar Kérdőív

Az étkezési zavarok ma már tipikus velejárói a nyugati társadalmaknak. Az USA-ban a reprodukív nők 30–80%-a tudatosan csökkenti a testsúlyát, és nyugodtan kijelenthetjük, hogy alig van olyan nő, aki élete során valamilyen ne tartott volna diétát [1, 2]. Sok nő számára a diétázás nem időszakos, hanem patológiássá válik. Ilyenkor a testsúly súlyosan lefelé tolódik, és az éhezés-telítettség finom egyensúlya megbomlik. A vékonyság preferenciája a filmek, a divat, a közösségi média útján beszívargott a mindennapokba, és mára már összekapcsolódik a sikerrel, a társas népszerűséggel és a szexuális kíváncsisággal.

Az étkezési zavarok a mentális betegségek egy csoportja, amely döntően befolyásolja az egyén érzelmi, pszichológiai és fizikai jóllétét [3, 4]. Rendszerint nőknél jelentkeznek, a leginkább a reprodukív évek alatt; előfordulásuk 9–9,5% [5]. A férfi-nő arány általában 10 : 1. Klinikailag a legnagyobb kihívást az étkezési zavarban szenvedő várandós ellátása jelenti, hiszen a kóros táplálkozás a születendő gyermekre is negatívan hat, sőt anyai vagy magzati halált is okozhat [5, 6]. Korábban a klinikus alig találkozott patológiás étkezési szokással terhesség alatt. Napjainkban a várandósság alatt az étkezési zavarok prevalenciája 7,5–11,5% [7]; a várandósok 70–85%-ában ételavérzió, 100%-ában émelygés, 40%-ában pedig fokozott nyáltermelés (ptyalismus) jelentkezik [5]. Azt mondhatjuk, hogy ma már nincs olyan szülész, aki ne tapasztalna meg a gyakorlatban a várandósság és az étkezési zavar együttes előfordulását. A szakemberek többsége szerint viszont az alap-, illetve a szakképzésük során az étkezési zavarok diagnosztizálásáról, kezeléséről alig kaptak információt [8, 9].

Termékenység és a táplálkozási zavarok

Az étkezési zavarok a nők körében egyértelműen összefüggnek a menstruációs zavarok, az infertilitás, a nem tervezett terhesség témakörével [10, 11]. Termékenységi problémával gyakran fordulnak szakemberekhez az evészavarban szenvedő nők. A mesterséges megtermékenyítés következtében gyakori az ikerterhesség a táplálko-

zási zavarban szenvedő nőkben [4, 12]. Étkezési zavar esetén a spontán vetélés gyakoribb, illetve az obesitas is nagyobb rizikót jelent az infertilitás tekintetében [13]. Az étkezési zavarban szenvedők 66–84%-ánál a menses kimaradása volt tapasztalható, illetve 6–11%-nál oligomenorrhoea állt fenn [11, 13]. *Easter és mtsai* tanulmánya [7] hívta fel a figyelmet arra, hogy az anorexia nervosa kapcsán az átlaglakossághoz képest kétszeres a nem várt terhesség rizikója, amely a nem megfelelő fogamzásgátlás miatt alakul ki. Hiszen a rendszertelen menstruáció azt a tévhitet okozza, hogy a menses időnkénti elmaradásával kicsi a teherbe esés valószínűsége. Ám ismert tény, hogy az amenorrhoeás időszakokban ovuláció előfordulhat. A nem várt terhesség következtében a nők gyakrabban nem ismerik fel a terhességet, ezért a várandósgondozás elmarad, a magzatot károsító viselkedésformák (alkoholfogyasztás) viszont fennmaradnak. A várandósság felismerésekor pedig gyakori az abortusz választása. Éppen ezért az étkezési zavarokban szenvedő nők esetében a nem várt terhesség veszélyéről, a fogamzásgátlás lehetőségeiről szóló oktatásra még nagyobb gondot kell fordítani [7].

Evészavar a várandósság alatt

Amennyiben a terhesség létrejön, az evéshez kapcsolódó küszöbalatti tünetek felerősödnek, és az étkezési zavar kivirágzik. A *Turton és mtsai* [14] által készített felmérés szerint a várandósok esetében az evészavarok előfordulása körülbelül 4,9%, de ez az arány elérheti a 7,5–11,5%-ot. A várandósság alatti étkezési zavarok a következők [5]:

- Anorexia nervosa: becsült előfordulása 1%. A várandósság alatti kóros soványságnak már külön neve is van: *pregorexia*, amely a terhesség angol megfelelőjének – pregnancy – és az anorexia szónak az ötvözéséből jött létre.
- Bulimia nervosa: becsült előfordulása több mint 1%.
- Falásroham: becsült előfordulása 10% körüli.
- Terhességi émelygés és hányás: a várandósok 70–85%-ában előfordul.
- Hyperemesis gravidarum: 200 várandósból 1-nél alakul ki.
- Pica: a várandósság alatti előfordulása 0,02%.
- Ptyalismus: fokozott nyáltermelődést jelent, előfordulása 40% is lehet [15].

Az étkezési zavarok csoportja mára kiegészül az *orthorexiával*, amely egészségesétel-függőséget jelent. Az érintett személy mereven ragaszkodik egy étkezési szisztémához, a bioételekhez, azok speciális elkészítéséhez. Az orthorexia súlyosan torzíja a mindennapi életvitelt, és ha az étkezés szigorú feltételei nem biztosítottak, az illető inkább koplal [16].

Dos Santos és mtsai [6] 913 várandós II. és III. trimeszteri járóbeteg-megjelenésekor az étkezési zavar diagnosztizálására is alkalmas strukturált interjút vettek fel (Structured Clinical Interview for DSM Disorders I;

SCID-I). Eredményeik szerint az anorexia nervosa előfordulása 1,5%-uknál, a bulimia nervosaé 8,7%-uknál, a falásrohamé pedig 14,5%-uknál volt diagnosztizálható. A szociodemográfiai faktorok közül a családi állapot szoros kapcsolatban áll az étkezési zavarok várandósság alatti előfordulásával. Anorexia nervosa esetében a házasság, a tartós párkapcsolat szignifikánsan kevésbé jellemző ($p < 0,001$), a válás pedig sokkal többször fordul elő, mint a kontrollcsoportban. A vallásosság és a korábbi terhességmegszakítás is az étkezési zavar gyakoribb előfordulásával jár együtt. Az étkezési zavarban szenvedő várandósok (69 fő) és a normális étkezéssel bíró kontrollcsoport (844 fő) között *dos Santos és mtsai* szignifikáns különbséget találtak a vallásos meggyőződésben ($p = 0,02$) és a korábbi abortuszok számában ($p < 0,01$). Fény derült arra is, hogy az 1 főre jutó jövedelem alacsonyabb szintje, a korábbi terhességek nagyobb száma (átlagosan 3) szintén szignifikáns kapcsolatban van az étkezési zavarok nagyobb rizikójával [17].

Az irodalomban két hipotézissel találkozunk az evészavar és a várandósság kölcsönhatásáról. Az első elképzelés szerint a kórosan szigorú diéta és ételmegvonás enyhül a magzat fizikai jóllétére való fókuszálás miatt. *Carter és mtsai* vizsgálatukban azt találták, hogy mind bulimia nervosában, mind anorexia nervosában csökkentek az evészavar tünetei a terhesség alatt [18]. Ennek hátterében pszichológiai, szociális és biológiai okot sejtnek. Pszichológiai tényezőként a várandósok érzik anyai felelősségüket a magzattal szemben. Mivel a terhesség alatt az obesitas társadalmilag is jobban elfogadott, felszabadulnak az erős súlykontroll alól. Szociális tényezőként azt érzékelik, hogy nagyobb támogatást kapnak párjuktól, családjuktól, barátaiktól és az egészségügyi dolgozóktól. Biológiai tényezőként a terhesség alatt végbemennő hormonális változásokat kell megemlíteni, amelyek az étkezési zavar tüneteinek csökkenését okozhatják a terhesség alatt [18].

A másik elmélet szerint a várandósság nagyon gyakran 'trigger' (kiváltó ok) a korábban is meglévő, de küszöb alatti étkezési zavar számára. A várandósság alatt az emésztőrendszeri zavarok is gyakrabban fordulnak elő, ezek is provokálhatják az étkezési szokások drasztikus megváltozását [15]. Azok számára, akik hajlamosak arra, hogy étkezési zavar alakuljon ki náluk, a várandósság extra kihívást jelent [19], mert ebben az időszakban sok minden nem jósolható meg előre, és kontrollvesztés következhet be. Éppen ezért ragaszkodik a kismama mereven a testsúly állandóságához, így igyekszik erősíteni a kontroll feletti érzését. Az evészavarban szenvedő nők gyakrabban élnek át negatív érzelmeket a terhesség során, és ezek az érzések a várandósság 18. hetéig is megmaradhatnak. Ambivalenciát élnek meg azzal kapcsolatban, hogy a magzat igényeit a saját igényeik elé kell helyezni. Miközben aggódnak a magzat egészségi állapota miatt, súlyos önértékelési zavart élnek meg a növekvő testsúly következtében. A terhességi diabetes mellitus komorbiditása a bulimia nervosával és a falásrohammal is

jelentős, főleg ha a beteg polycystás ovarium szindrómában szenved. A terhességi cukorbetegség legjellemzőbb következménye a magzat macrosomiája, anyai oldalról pedig a 2-es típusú diabetes mellitus. Ezért is fontos ennek az eltérésnek a felismerése és kezelése, valamint az életmód-változtatás a megelőzés érdekében [20].

A várandósság veszélyt jelent azokra a nőkre is, akik korábban felépültek az étkezési zavarból. Az anorexia nervosa esetében a korábbi betegek 33%-ánál tapasztaltak visszaesést [20]. Az anorexia nervosa súlyos rizikót jelent, mivel szinte kivédhetetlen az anyai anaemia. Gyakrabban fordul elő vetélés, terhességi vészes hányás. A magzatnál a gestációs korhoz képest kisebb testméret, az újszülöttnél pedig a kis születési súly gyakori [17], hiszen a szigorú ételmegvonás a stressz-szint fokozott emelkedésével és minimális testsúlygyarapodással jár együtt – az anyánál és a magzatnál is. Falásroham esetén veszélyt az anyai obesitas, a magas vérnyomás, a gestációs diabetes jelent. A várandós ideális testsúlynövekedése 12–18 kg között van azoknál, akiknek a BMI-értéke kisebb mint 18,5 kg/m². Amennyiben a BMI normál értéket látjuk, a várandós súlygyarapodása 11 és 16 kg között optimális. A BMI 25 kg/m² fölötti értéke esetén az optimális testsúlynövekedés 7–11 kg, míg a BMI >30 kg/m² értéke kapcsán 5–9 kg [20]. A bulimia nervosa esetében kevert képet kapunk a betegséget kísérő tünetek vonatkozásában. *Kimmel és mtsai* arról számoltak be, hogy a terhességi vészes hányás előfordulása étkezési zavarok megléte esetén nem gyakoribb, mint az étkezési zavart nem tapasztalók csoportjában [20]. A mentális zavarok közül a depresszió és a szorongás korrelációja jelentős; az étkezési zavarban szenvedő nők 40%-ában affektív zavar is kimutatható! Az anyára és a magzatra is valós veszélyt jelent a testsúly megtartásában segítséget nyújtó intenzív dohányzás is. Az újszülött oldaláról nézve bulimia nervosa kapcsán a koraszülés, illetve a nagy születési súly a gyakori negatív következmény. Sajnos egyértelműen nő a vetélés kockázata is [17].

Ezek miatt is szükséges az étkezési zavarban szenvedő kismama fokozott követése az ellátószemélyzet részéről. A várandósgondozás során bizonyított a gondozó orvossal való rögzített találkozások emelkedett száma: míg a szülés előtti vizitek átlagos száma 16,7 volt az anorexia nervosában szenvedők csoportjában, 17,2 bulimia nervosa esetén, illetve 19,6 falásroham kapcsán, addig a kontrollcsoportban rögzített vizitek átlagos száma összesen 3 volt [17].

Az evési zavarok hatása a terhesség kimenetelére

A korábbi években több kutatás tárta fel az evészavarok negatív hatását a terhesség kimenetelére, a szülésre. Az anorexia nervosával diagnosztizált várandósok esetében nő a kockázata az antepartum vérzésnek, a koraszülésnek, a császármetszésnek [2, 4, 21]. Nagy a veszélye annak, hogy az újszülött a terhességi időhöz képest kisebb

1. táblázat | A pregorexia negatív következményei [17]

Várandósság alatti komplikációk	Fokozott gondozást igényel, a megjelenések átlagos száma 16,7! Súlyméréssel szembeni fóbias félelmek Anyai anaemia, magzati sorvadás A korai méhösszehúzódnak veszélye szignifikánsan megnő Spontán vetélés
Szülészeti komplikációk	Gyakoribb a szülésindukció Az elektív császármetszés aránya megnő: 6% helyett 7,1%
Neonatalis komplikációk	A gestációs héthez képest kisebb születési súly A koraszülés, az extrém kis súlyú koraszülött veszélye megnő A perinatalis mortalitás rizikója 4–6-szorosára nő! A csecsemő is alultáplált a szoptatási nehézségek miatt

születési súllyal vagy microcephaliával jön a világra. Mindhárom étkezési zavarban jelentős az emelkedett stresszhormonszint által indukált korai méhkontrakciók veszélye [17]. Az alacsonyabb 5 perces Apgar-érték és a perinatalis mortalitás rizikója is 4–6-szorosára nő [17, 20]. Ha az anyának a terhesség alatt kicsi a testsúlya, megnő a kockázata annak, hogy az újszülöttnak velőcsőzáródási rendellenessége lesz [2]. Bulimia nervosa esetén gyakrabban tapasztaljuk az idő előtti kontrakciókat, az alacsony 1 perces Apgar-értéket, a koraszülést, a gestációs diabetes mellitus előfordulását, és nagyobb az újszülöttélesztés szükségessége is [20]. Falásrohammal diagnosztizált várandósoknál problémát jelent a magas vérnyomás és az, hogy az újszülött a terhességi időhöz képest nagyobb születési súllyal jön a világra, ezért a terhességet nagyobb valószínűséggel fejezik be császármetszéssel. Nemcsak a nagyobb magzati súly okozhat császármetszést, hanem a falásroham esetén jellemző anyai obesitas is [4, 20]. Linna és mtsai vizsgálatában a szülésindukció aránya anorexia nervosában 14,8%, bulimia nervosában 18,2% és falásroham esetében 26,4% volt a kontrollcsoport 15,5%-ával szemben, bár a különbség statisztikailag nem szignifikáns [17]. Ugyanakkor az elektív császármetszés aránya a kontrollcsoport 5,9%-ához képest szintén megnőtt, de a különbség nem volt

szignifikáns (anorexia nervosa: 7,1%; bulimia nervosa: 7,3%; falásroham: 11,3%). A szerzők a vajúdas és a kitolás időtartamára vonatkozóan viszont statisztikailag is lényeges eltéréseket találtak étkezési zavarok esetében. A vajúdas hossza az anorexia nervosában szenvedők csoportjában volt a legrövidebb (átlagosan 149 perc), a leghosszabb pedig falásroham esetében (átlagosan 733 perc). A pregorexia szülészeti és perinatalis hatásait az 1. táblázatban foglaltam össze [17]. A falásrohamban szenvedő nőknél a kitolás hossza is megnőtt: a kontrollcsoport átlagos 43 percéhez képest 110 percre nőtt [17]. A pica negatív következményei közé sorolandó a koraszülés, a terhesség alatti magas vérnyomás, az anyai és magzati anaemia és az újszülött halála [5]. A 2. táblázat a bulimia nervosa és a falásroham okozta szülészeti és perinatalis komplikációkat összesíti [17].

Az evészavarok hatása a postpartum időszakban

Születést követően sok nő elégedetlen a testsúlyával, külső megjelenésével, és az étkezéshez is negatív lesz a hozzáállása. Hulman és mtsai a szülést követő étkezési szokásokat vizsgálva azt tapasztalták, hogy a nem szoptató anyák a szoptató társaikhoz képest kevesebb energiabevitelre törekkenek [22]. Ennek hátterében az áll, hogy a nők minél rövidebb időn belül szeretnék visszanyerni szülés előtti testsúlyukat. Az evészavarban szenvedő nők körében fokozottabb a testsúly csökkenése a postpartum időszakban, mint evészavarban nem szenvedő társaiknál [4, 23, 24]. Az anorexia nervosával diagnosztizált nők esetében bizonyítottan nagyobb valószínűséggel fejeződik be az anyatejes táplálás a szülés utáni 6 hónapon belül. A nők számára a legnagyobb nehézséget az elégtelen laktáció okozza, így a szoptatás elhúzóódik, a gyermek számára pedig nem kielégítő. Mivel a tejtermelés sokszor akadozik, és ha az újszülöttnél tejallergia jelei jelentkeznek, gyorsan bevezetik a tápszert. Később sajnos a kisgyermekkor is végigkísérik az etetési nehézségek [25]. A táplálkozási zavarral diagnosztizált nők gyakrabban számoltak be kóros hangulatingadozásról és/vagy szorongásról. Az Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) kérdőívet kitöltő, anorexia nervosában szenvedő

2. táblázat | A bulimia nervosa és a falásroham negatív hatásai [17]

	Bulimia nervosa	Falásroham
Várandósgondozás alatti komplikációk	Depresszió, szorongás komorbiditása 50%! A korai kontrakciók veszélye fokozott	Obesitas, magas vérnyomás, gestációs diabetes A koraszülés veszélye megnő
Szülészeti komplikációk	A szülésindukció aránya nő (15%-ról 18,2%-ra) Az elektív császármetszés aránya nő (6%-ról 7,3%-ra)	A szülésindukció aránya: 26,4%! Az elektív császármetszés aránya: 11,3% Szignifikánsan elhúzóódik kitolás
Neonatalis komplikációk	Kis születési súly Nagyon alacsony 1 perces Apgar-érték Az újraélesztés veszélye nő	Nagy súlyú újszülött A halvaszületés veszélye nő

dő nők 35%-a haladta meg a 12-es határértéket, ami a szülés utáni kóros hangulatmozgásra utal [26]. Az is ismert, hogy a perinatalis depresszió egyik rizikótényezője az anamnézisben szereplő szexuális eredetű trauma, ami a kontrollcsoport 29,3%-ához képest anorexia nervosában 62,5%-ban fordult elő, de a bulimia nervosában és a falásrohamban szenvedő nőkben hasonlóan nagy volt az arány [4].

A várandósság alatti táplálkozási zavarok kedvezőtlenül befolyásolják az újszülött születési súlyát és egészségi állapotát [3, 27]. Anorexia nervosa esetében az újszülött kis születési súlyú, vagy akár a terhességi időhöz képest kis súlyú, kisebb a fejkörfogata, nagyobb a rizikó microcephaliára, anaemiára. A kutatók aláhúzzák, hogy anorexia nervosa esetében a perinatalis halál veszélye 4–6-szorosára nőtt [17]! Ha az anya anamnézisében szerepelt bulimia nervosa, az újszülöttnak alacsonyabb volt az 1 perces Apgar-értéke. Az anorexia nervosa növeli az extrém koraszülés (28. hét előtti) veszélyét, ami egyértelműen emeli a neonatalis intenzív centrumban történő ellátás és a légzéstámogatás gyakoriságát. A koraszülés, a lassúbb magzati fejlődés, az extrém kis születési súly implikálja a későbbi étkezési zavarok kialakulását. Később a kisgyermek is alultáplált, mert az anya helytelenül válaszol a gyermek étkezés alatti jelzéseire [28]. A kis születési súlyú utódoknál a későbbiekben nagyobb valószínűséggel fog kialakulni inzulinrezisztencia, 2-es típusú diabetes, valamint magas vérnyomás. Emiatt ki lehet jelteni, hogy ha az anya evészavarban szenved, annak hosszú távú hatásai a gyermekre nézve jelentősek és károsak, az étkezési zavar „újratermeléséről” beszélhetünk [29, 30]. Ennek az ördögi körnek a megtöréséhez arra van szükség, hogy az evészavarban szenvedő nőt időben diagnosztizálják a szakemberek, biztosítsák a megfelelő táplálkozást, és támogatást nyújtsanak már a várandósság előtt is. A falásroham kapcsán viszont a szignifikánsan nagyobb születési súly jelent kockázatot [28]. A nagyon alacsony (≥ 3) 1 perces Apgar-érték és az újraélesztés szükségessége bulimia nervosa esetén kétszeresére nőtt a kontrollcsoportéhoz képest. Ennek hátterében az állhat, hogy a falásrohamokat követő hashajtás/önhánytatás gyors változása miatt az anyai metabolikus egyensúly gyors felborulása következik be. Bulimia nervosa esetében az édesanyák 60%-a fokozottan aggódott a gyermek „túlzott” testsúlynövekedése miatt, és megjelent náluk az erősebb kontroll a gyermek etetésével kapcsolatban. Emiatt gyermekeiknél a testsúly növekedése lassabb volt, mint az evészavarban nem szenvedő nők gyermekeinél [4].

Az elhúzódó neurokognitív fejlődés a gyermek 5 éves korában kimutatható, ha az anya a várandósság alatt étkezési zavarban szenvedett. Az anyai szorongás és depresszió a gyermek érzelmi és viselkedészavarának is kiindulópontja lehet, gyakori a figyelemzavar, a hiperaktivitás, az egyéb magatartási problémák kialakulása [17].

Ajánlások a gyakorlat számára

A közösségi média növekvő jelenléte miatt a táplálkozási zavarok egyre több fiatalat érintenek. A tartalomgyártók nemcsak arról közvetítenek, hogy milyen az ideális testalak, hanem arról is, hogy ezt kényszeres sportolással vagy különböző diétákkal hogyan érik el [31]. Már olyan irányzat is van, amelynek célközönsége a várandós nők. A „Belly Only Pregnancy” célja, hogy a várandósság alatt a testsúly ne növekedjen a szükségesnél jobban, valamint hogy szülés után minél gyorsabban visszatérjen a terhesség előtti testsúly. Az irányzat önmagában sokat segíthet az obesitas és a terhességi cukorbetegség megelőzésében, mindazonáltal az arra érzékenyebb nőknél testkép- és önértékelési zavart, valamint étkezési zavart okozhat. A leginkább veszélyeztetettek azok a nők, akiknek a kórtörténetében már szerepel étkezési zavar, az ő esetükben a relapsus veszélye nagyobb [32, 33].

Az érintett nők először menstruációs zavarral, majd később a fertilitás zavarával vagy a terhességhez társuló problémák miatt keresik fel a szülész-nőgyógyászt. Magyarországon az alapellátásban dolgozó háziorvosok sincsenek szakmailag felkészülve a páciens testsúlyának tudatos menedzselésére [34]. A szülész-nőgyógyászok közül is kevesen tudják, hogy étkezési zavar esetén milyen szűrő kérdőíveket lehet alkalmazni, és pozitív eredmény esetén kihez érdemes fordulni. Az étkezési zavarok diagnosztizálását megnehezíti, hogy a betegek igyekeznek titkolni tüneteiket. Ezért a szülészeti ellátásban dolgozóknak ismerniük kell a figyelmeztető jelzéseket és az étkezési zavar azonosításához fontos technikákat. Figyelemfelkeltő, ha az étkezési szokások megváltoznak, kényszeres evés, az étkezések után gyakori WC-használat fordul elő. A torz testkép miatt egyre fontosabbá válik a túlzott testmozgás az állandó fáradtság ellenére. Beszédes lehet az anamnézisben előforduló amenorrhoea vagy a kozmetikai/plasztikai sebészeti beavatkozás. Az előzményben infertilitás is indikátora lehet a múltban lezajlott étkezési zavarnak, hiszen az *in vitro* fertilizációs programban részt vevők 17%-a igazoltan étkezési zavarral küzd. Feltűnő lehet az izmok hiánya, a mell, a hüvely atrófiája, a bőr jellegzetes sárgás vagy kékes színe (a túlzott karotinbevitel, illetve az oxigénhiány miatt). A szájnálkahártya sérülései, a fogak tipikus elváltozása a gyakori hányás miatt szembeötlő, a hashajtás székrekedést és rectalis vérzést, aranyeret, dehidrátságot okoz. Figyelmeztető jelzés a családi és/vagy egyéni anamnézisben előforduló étkezési zavar, a hyperemesis gravidarum és az elvárt súlygyarapodás hiánya [35]. Amennyiben két, egymást követő gondozáson a II. trimesztertől a várandós testsúlya nem nő, figyelmeztető jelként kell elkönyvelni. Ismert, hogy a testsúly ellenőrzését sok várandós nem szereti, sőt negálja. Sokszor az segít, ha a nő háttal áll a mérlegre, és nem látja a testsúlyát; így könnyebben elfogadja a gyarapodást, nem szembesül a pluszkilókkal. Nem ritka, hogy az étkezési zavarban szenvedő kismama bő ruháiban nehezekeket helyez el – titkolva a bajt.

A BMI megállapítása szintén ajánlott, és 19 alatti BMI esetén az étkezési szokások, a testképpel kapcsolatos nézetek alapos megismerése indokolt. Direkt is rákérdezhetünk az étkezési szokásokra, az evéssel, testsúllyal kapcsolatos attitűdre. A cél, hogy ne tagadást váltsunk ki, hanem megnyerjük a várandós együttműködését [36]. Mivel az étkezési zavaroknak nincs speciális laboratóriumi indikátoruk, a diagnosztizálásuk a várandós gondos kikérdezésére, illetve az ellátószemélyzet odafigyelésére épül. A megszokott vérvizsgálat mellett ajánlott a szérumelektrolitok, a szérumkreatinin mérése és az EKG-vizsgálat is [37].

Szűrésre lehet alkalmazni a SCOFF (Sick, Control, One Stone, Fat, Food) kérdőívet, amely azonban a jelentős fals pozitív arány miatt diagnosztizálásra nem használható. Ugyanakkor a kérdőív jó kiindulópont az étkezési zavar diagnózisához mind a sürgősségi, mind az alapellátásban. A SCOFF 5 eldöntendő kérdést tartalmaz:

1. Meghánytatja-e magát, mert kellemetlen teltségérzése van?
2. Aggódik-e amiatt, hogy étkezés alatt elveszti az étel mennyisége feletti kontrollt?
3. Fogyott-e az utolsó három hónapban 5 kg-nál többet?
4. Kövérnek érzi-e magát, amikor mások szerint túl sovány?
5. Elmondható-e Önről, hogy az étel uralja az életét?

Minden „igen” válasz 1 pontot ér, és ha 2 vagy több pontot látunk a vizsgált személy esetében, akkor az eredmény az étkezési zavar valószínűségét erősíti [38]. A SCOFF kérdőív hazai validálása *Dukay és mtsai* nevéhez fűződik [39].

1983-ban *Garner és mtsai* kidolgozták az Eating Disorder Inventory (EDI) kérdőívet, amelyet *Túry és mtsai* Evési Zavar Kérdőív néven 1997-ben magyarul is validáltak [40]. Az első 3 alskálából 5 tételt – az étkezésre, a testsúly változására és a vomitusra vonatkozóan – kizártak, hiszen ezek a tünetek várandósság alatt fízológiasnak tekinthetők. Ezzel a módosítással azonban az EDI is megbízhatóan használható a várandós nők evészavarainak szűrésére [41].

Egy másik eszköz az Eating Disorder Examination (EDE), amely 4 alskálát tartalmaz [36]:

- étkezési szokással összefüggő korlátozások, szabályozások (kalórialimit, mikor, mit ehet, előre kiszabott ételmennyiség);
- testképpel kapcsolatos nézetek;
- súlygyarapodással összefüggő problémák (félelem a hízási miatt, kedvelt ételek fogyasztásáról való lemondás);
- étkezéssel kapcsolatos nehézségek (titokban való evés vagy az evés miatti bűntudat).

A kérdőív igyekszik meghatározni az önhánytatásnak, a hashajtószer-használatnak, a mértéktelen evésnek és a túlzásba vitt testedzésnek a mindennapokban való gyakoriságát és erősségét.

Az étkezési zavarok diagnosztizálásában jól bevált a *Franko és mtsai* által kidolgozott kérdőív is, amely 9 kérdést tartalmaz [35]. A kérdések közül kettő kiemelten fontos. Amennyiben az „Elégedett étkezési szokásaival?” kérdésre a várandós ’nem’-mel válaszol, a „Szokott-e titokban enni?” kérdésre viszont ’igen’ választ ad, akkor ez megbízhatóan elkülöníti az étkezési zavarban szenvedő várandóst a normális kismamától. Ennek az egyszerű két kérdésnek a szenzitivitása 1,00, míg specificitása 0,90, tehát az alapellátásban megbízhatóan alkalmazható.

Az étkezési zavarban szenvedő várandós ellátásában limitált szerepet kap a gyógyszeres kezelés. A gyógyszereket a leginkább a társult szorongás és depresszió csökkentésére használják. Az anorexia nervosa kezelésében nincs még az FDA által elismert gyógyszer, a bulimia nervosa és a falásroham terápiájában a fluoxetin és a lisdexamfetamin használatos [42]. A nemzetközi ajánlásokban elsősorban a pszichoterápia és a viselkedésterápia szerepel az étkezési zavarok kezelésében. Emellett elengedhetetlen a megfelelő táplálkozás támogatása, a társult testi tünetek kezelése. Ehhez multidiszciplináris csapatra van szükség, amelyben dietetikus, belgyógyász, pszichiáter, szülész, gyógytornász, pszichológus, szülésznő, szociális munkás és ápolók vesznek részt [43].

Magyarországon még nincs szakmai ajánlás a várandósság alatti táplálkozási zavarok felismerésére és kezelésére. Angliában a NICE (National Institute for Health and Care Excellence) irányelve pontos szakmai ajánlást adott a terhességet tervező, a várandós és a perinatalis időszakban lévő, evészavarral szenvedő nők ellátására. A várandósságot tervező nők esetében az ajánlások azt a célt szolgálják, hogy a fogantatás megvalósuljon, valamint a spontán vetélések száma csökkenjen. A szakemberek felhívják a figyelmet a megfelelő táplálékbevitelre, és igyekeznek megszüntetni a testsúlymanipuláló tevékenységeket. Várandósság alatt a szakembereknek monitorozniuk kell az evészavarban szenvedő páciens, ki kell szűrniük az esetleges anyai és/vagy magzati kockázatokot, valamint figyelni kell a perinatalis időszakban kialakuló mentális zavarokra is. A kezelést tekintve a NICE-irányelv minden táplálkozási zavar esetében pszichoterápiát és étrendi tanácsokat ajánl, gyógyszeres kezelést egyáltalán nem [44]. Érdemes kiaknáznunk azoknak a magzati modelleknek a használatát, amelyek az egészséges és az anyai étkezési zavar miatt kóros magzat méreteit, fejlődését mutatják be. A bizonyított magzati károsodás szemléltetése hatékony az anyai étkezés pozitív irányba való kirozdításában. Motiválóan hat az anyára az észszerű étkezés fenntartásában az ultrahang nyújtotta kép, amelyen jól követhető a magzat fejlődése, súlyának alakulása.

A várandós kórházi gondozása válhat szükségessé, amikor [5, 11]:

- a BMI ≤ 19 kg/m², hiszen ilyenkor a káliumszint is veszélyesen alacsonnyá válik;
- a várandós az étkezést teljes egészében elutasítja;

- a súlyosan egészségkárosító magatartás (falási rohamok, hashajtózás stb.) megállításához elengedhetetlen a szoros kontroll;
- nagy fokú bradycardia, hypotensio lép fel;
- társuló pszichiátriai zavarok (súlyos depresszió, szuicid hajlam) kezelése szükséges;
- a testhőmérséklet 35 °C alá esik.

Következtetés

Úgy gondolom, hogy az étkezési zavarok megelőzése multifaktoriális jellegük miatt szinte kivitelezhetetlen, ezért a szűrés fontosságára kell felhívni a szakemberek figyelmét. Oktatni kell őket a tünetekről, a nőgyógyászati következményekről, a szűrés és a kezelés fontosságáról. Nemcsak a nőgyógyászokat kellene bevonni ebbe a folyamatba, hanem a várandósgondozást végző szülész-nőket, a védőnőket és a háziorvosokat is.

Anyagi támogatás: A dolgozat megírása nem részesült anyagi támogatásban.

A szerző a közlemény végleges változatát elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőnek nincsenek érdekltségei.

Irodalom

- [1] Forgács A. The psychology of eating. [Az evés lélektana.] Akadémiai Kiadó, Budapest, 2018. [Hungarian]
- [2] Mitchell-Gielegheem A, Mittelstaedt ME, Bulik CM. Eating disorders and childbearing: concealment and consequences. Birth 2002; 29: 182–191.
- [3] Martini MG, Barona-Martinez M, Micali N. Eating disorders mothers and their children: a systematic review of the literature. Arch Womens Ment Health 2020; 23: 449–467.
- [4] Dukay-Szabó Sz, Varga M, Túry F. Eating disorders and pregnancy – a review of literature. [Az evészavarok és a terhesség összefüggései – irodalmi áttekintés.] Ideggyógy Szle. 2016; 69: 299–305. [Hungarian]
- [5] Cardwell MS. Eating disorders during pregnancy. Obstet Gynecol Surv. 2013; 68: 312–323.
- [6] Dos Santos AM, Benuta GR, dos Santos NO, et al. Presence of eating disorders and its relationship to anxiety and depression in pregnant women. Midwifery 2017; 51: 12–15.
- [7] Easter A, Bye A, Taborrelli E, et al. Recognising the symptoms: how common are eating disorders in pregnancy? Eur Eat Disord Rev. 2011; 21: 340–344.
- [8] Leddy MA, Jones C, Morgan MA, et al. Eating disorders and obstetric-gynecologic care. J Women's Health 2009; 18: 1395–1401.
- [9] Morgan J. Eating disorders and gynecology: knowledge and attitudes among clinicians. Acta Obstet Gynecol Scand. 1999; 78: 233–239.
- [10] Raevuori A, Linna MS, Keski-Rahkonen A. Prenatal and perinatal factors in eating disorders: a descriptive review. Int J Eat Disord. 2014; 47: 676–685.
- [11] Fassino S, Garzaro L, Pierò A, et al. Eating behaviors and attitudes in woman with infertility: a controlled study. Int J Eat Disord. 2003; 33: 178–184.
- [12] Micali N, dos-Santos-Silva I, De Stavola B, et al. Fertility treatment, twin births and unplanned pregnancies in women with eating disorders: findings from a population-based birth cohort. BJOG 2014; 121: 408–416. Erratum: BJOG 2015; 122: 892.
- [13] Máté G, Balló A, Szántó Á, et al. Assessment of lifestyle habits of women and men participating in infertility treatment. [Meddőségi kezelésben részt vevő nők és férfiak életviteli szokásainak felmérése.] Orv Hetil. 2024; 165: 1423–1432. [Hungarian]
- [14] Turton P, Hughes P, Bolton H, et al. Incidence and demographic correlates of eating disorder symptoms in a pregnant population. Int J Eat Disord. 1999; 26: 448–452.
- [15] Bálint L, Langmár Z. Digestive diseases in the pregnant period. [Emésztőrendszeri kórképek a várandós időszakban.] Hippocrates 2010; 2: 77–80. [Hungarian]
- [16] Dunn TM, Bratman S. On orthorexia nervosa: a review of the literature and proposed diagnostic criteria. Eat Behav. 2016; 21: 11–17.
- [17] Linna MS, Raevuori A, Haukka J, et al. Pregnancy, obstetric and perinatal health outcomes in eating disorders. Am J Obstet Gynecol. 2014; 211: 392.e1–e8.
- [18] Carter D, Kostaras X. Psychiatric disorders in pregnancy. Br Columbia Med J. 2005; 47: 96–99.
- [19] Ward V. Eating disorders in pregnancy. BMJ 2008; 336: 93–96. Corrections: BMJ 2008; 336: 0-a
- [20] Kimmel MC, Ferguson EH, Zerwas S, et al. Obstetric and gynecologic problems associated with eating disorders. Int J Eat Disord. 2016; 49: 260–275.
- [21] Goldman RD, Koren G. Anorexia nervosa during pregnancy. Can Fam Physician 2003; 49: 425–426.
- [22] Hulman A, Varga K, Ádám Zs, et al. Comparison of the feeding habits of breastfeeding and non-breastfeeding mothers and the sociodemographic factors influencing breastfeeding. [A szoptató és a nem szoptató gyermekágyas anyák táplálkozási szokásainak összehasonlítása, valamint az anyatejes táplálást befolyásoló szociodemográfiai tényezők.] Orv Hetil. 2023; 164: 1693–1700. [Hungarian]
- [23] Nguyen AN, de Barse LM, Tiemeier H, et al. Maternal history of eating disorders: diet quality during pregnancy and infant feeding. Appetite 2017; 109: 108–114.
- [24] Arnold C, Johnson H, Mahon C, et al. The effects of eating disorder in pregnancy on mother and baby: a review. Psychiatr Danub. 2019; 31(Suppl 3): 615–618.
- [25] Whelan E, Cooper PJ. The association between childhood feeding problems and maternal eating disorder: a community study. Psychol Med. 2000; 30: 69–77.
- [26] Kovácsné Török Zs. Psychiatric disorders associated with childbirth, particular regard to the issue of postpartum depression. [Szüléshez társuló pszichiátriai zavarok, különös tekintettel a gyermekágyi lehangoltság kérdéskörére.] Oriold és Társai Kft., Budapest, 2010. [Hungarian]
- [27] Patel P, Wheatcroft R, Park RJ, et al. The children of mothers with eating disorders. Clin Child Fam Psychol Rev. 2002; 5: 1–19.
- [28] Thompson K. An application of psychosocial frameworks for eating disorder risk during the postpartum period: a review and future directions. Arch Womens Ment Health 2020; 23: 625–633.
- [29] Mazzag J, Pászthy B, Túry F. Possibilities of the transgenerational heredity of eating disorders. [Az evészavarok transzgenerációs átöröklésének lehetőségei.] Mentálhig Pszichoszom. 2006; 7: 269–286. [Hungarian]
- [30] Bulik CM, Reba L, Siega-Riz AM, et al. Anorexia nervosa: definition, epidemiology and cycle of risk. Int J Eat Disord. 2005; 37(Suppl): S2–S9.
- [31] Sidani JE, Shensa A, Hoffman B, et al. The association between social media use and eating concerns among U.S. young adults. J Acad Nutr Diet. 2016; 116: 1465–1472.
- [32] Steube F, Löwe B, Weigel A. “Belly Only Pregnancy” content on social media and in internet blogs: a qualitative analysis on its

- definition and potential risks and benefits. *Eat Weight Disord.* 2022; 27: 2435–2445.
- [33] Madsen I, Hørdér K, Støving RK. Remission of eating disorder during pregnancy: five cases and brief clinical review. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2009; 30: 122–126.
- [34] Rurik I, Apor P, Barna M, et al. Therapy and prevention of obesity: nutrition, physical activity and medical treatment. [Az elhízás kezelése és megelőzése: táplálkozás, testmozgás, orvosi lehetőségek.] *Orv Hetil.* 2021; 162: 323–335. [Hungarian]
- [35] Franko DL, Spurrell EB. Detection and management of eating disorders during pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2000; 95: 942–946.
- [36] Cooper Z, Cooper PJ, Fairburn CG. The validity of the eating disorder examination and its subscales. *Br J Psychiatry* 1989; 154: 807–812.
- [37] Pritts S, Susman J. Diagnosis of eating disorders in primary care. *Am Fam Physician* 2003; 67: 297–304.
- [38] Morgan J, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ* 1999; 319: 1467–1468.
- [39] Dukay-Szabó S, Varga M, Túry F. The value of the SCOFF questionnaire in the screening of eating disorders. [A SCOFF kérdőív értéke az evészavarok szűrésében]. *Lege Artis Med.* 2016; 26: 86–90. [Hungarian]
- [40] Túry F, Sáfrán Zs, Wildmann M, et al. Hungarian adaptation of Eating Disorder Inventory. [Az Evési Zavar Kérdőív (Eating Disorder Inventory) hazai adaptációja.] *Szenvedélybetegségek* 1997; 5: 336–342. [Hungarian]
- [41] Dukay-Szabó S, Simon D, Varga M, et al. The applicability of the Eating Disorder Inventory in pregnancy. *Eat Weight Disord.* 2022; 27: 629–637.
- [42] Lutter M. Emerging treatments in eating disorders. *Neurotherapeutics* 2017; 14: 614–622.
- [43] Little L, Lowkes E. Critical issues in the care of pregnant woman with eating disorders and the impact on their children. *J Midwifery Womens Health* 2000; 45: 301–307.
- [44] NICE – National Institute for Health and Care Excellence. Eating disorders: recognition and treatment. NICE guideline 69. Published: 23 May 2017. Last updated: 16 December 2020. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/chapter/Recommendations> [accessed: 04. 07. 2022].

(Török Zsuzsa dr.,
 Debrecen, Nagyerdei krt. 98., 4032
 e-mail: torok.zsuzsanna@med.unideb.hu)

„Post coenam stabis, vel mille passus meabis!”
 (Vacsora után álldogálj, vagy ezer lépést tegyél!)