

Egy korai kezdetű evészavar: A szelektív evés diagnosztikai jellemzői, etiológiája és terápiás lehetőségei

JANTEK GYÖNGYVÉR* – GALLAI MÁRIA – PÁSZTHY BEA

SE I. Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Budapest

(Beérkezett: 2015. szeptember 22.; elfogadva: 2015. október 31.;
online megjelenés dátuma: 2015. december 18.)

A szelektív evés – különösen kisgyermekkorban – nem ritka jelenség. Egyes gyermekeknél azonban a köznyelvi értelemben vett „válogatosság” igen súlyossá és tartóssá válhat, szélsőségesen beszűkítve az étkezési repertoárt. A szelektív evés az elégtelen tápanyagbevitel miatt negatívan befolyásolja a gyermek egészségét, a patológiás étkezési szokások pedig kihatnak mind az érintett személy, mint pedig a család jóllétére. A szelektív evés rendkívül gyakori a pervazív fejlődési rendellenességben érintett gyermekek körében, ezenkívül a szorongó, valamint kényszeres vonásokkal jellemezhető gyermekek csoportjában is magasabb előfordulási arányokat tártak fel. Fontos közvetítő változó lehet ezen evészavarban érintettek minden alcsoportjában a szenzoros túlérzékenység, amely egyben egyfajta magyarázattal is szolgál a tünetekre. Jelen tanulmány célja e kevésbé ismert evési probléma bemutatása, áttekintve a témában született kurrens nemzetközi szakirodalmat. Különös figyelmet fordítunk a szelektív evés diagnosztikai kritériumaira, majd részletesen ismertetjük a lehetséges háttértényezőket, kitérve a javasolt terápiás intervenciókra is. Az elméleti ismereteken túl két esettanulmány bemutatásával kívánjuk a szelektív evés felismerésében segíteni a szakembereket.

Kulcsszavak: szelektív evés, autizmus spektrum zavar, szorongás, szenzoros érzékenység, elkerülő/restriktív táplálékbeviteli zavar

1. A szelektív evés diagnosztikai jellemzői és prevalenciája

Szelektív evésnek nevezzük azt a jelenséget, amikor egy személy hosszabb időn keresztül az ételek szűk spektrumát hajlandó csak fogyasztani, kerülve az újdonságok megkóstolását (van der Horst, 2012). Az evési problémák ezen típusa gyermekek körében igen gyakori, a szülők 14–20%-a jelezte azt egy kutatás során, hogy két-ötéves gyermekük gyakran vagy mindig szelektíven étkezik (Mascola, Bryson, & Agras, 2010). A szélső-

*Levelező szerző: Jantek Gyöngyvér, SE I. Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, 1083 Budapest, Bókay János u. 53. E-mail: jantek.gyongyver@med.semmelweis-univ.hu

séges „válogatóság” az esetek egy részében spontán elmúlik, azonban ez nem mindig van így: a nehézség serdülő- vagy akár felnőttkorban is fennállhat, negatívan befolyásolva a fejlődés számos aspektusát (Zucker és mtsai, 2015). A szelektív evés gyakori előfordulása ellenére – más evészavarokhoz képest – jóval kevésbé kutatott. A szelektív evésnek egyelőre nincs széles körben elfogadott meghatározása, ennél fogva a mérési eljárások és az ismertetett prevalenciák is igen különbözőek (Taylor, Wernimont, Northstone, & Pauline, 2015).

A DSM-5 előtti diagnosztikus rendszerek nem tartalmaztak olyan kategóriát, amelybe ez a probléma megfelelően besorolható lett volna, így a szelektív evés esetén csupán az általános atípusos evészavar, illetve kisgyermekes esetén a csecsemő- és kora gyermekkori táplálkozási zavar diagnózisa volt alkalmazható, annak ellenére, hogy jól elkülöníthető tünettannról van szó. A DSM-5 (Nussbaum, 2013) már magában foglal egy új kategóriát, amelynek segítségével a gyermekkori evési nehézségek pontosabban megragadhatóak. Az elkerülő/restriktív táplálékbeviteli zavar diagnózisa a szelektív evésben érintettek jelentős részénél alkalmazható. Olyan étkezési vagy táplálkozási zavart jelent, amely a megfelelő tápanyag- és/vagy energiaszükséglet elérésének tartós kudarcában nyilvánul meg, és együtt jár a következőkben felsorolt tünetek legalább egyikével: jelentős testsúlyvesztés (vagy az elvárt súlygyarapodás hiánya), jelentős tápanyaghiány, enterális táplálás vagy orális tápanyag-kiegészítés az elégtelen bevitel miatt, illetve a pszichoszociális funkció kifejezett károsodása. Ezenkívül fontos, hogy a zavar nem függ össze az étel hiányával, kulturális szokásokkal, valamint nem kizárólag az anorexia nervosa vagy bulimia nervosa során jelentkezik. Ez a diagnózis bármely életkorban alkalmazható, e cikk során azonban kifejezetten a gyermek- és serdülőkorú személyekre fókuszálunk.

Az elkerülő/restriktív táplálékbeviteli zavar diagnózisának megjelenése fontos előrelépést jelent a szelektív evés felismerése és kezelése szempontjából, ugyanakkor ez a diagnosztikus kategória nem kizárólag a szelektív evést fedi le. A következőkben olyan specifikus ismérveket mutatunk be, amelyek kifejezetten a szelektív evésre jellemzőek.

Nicholls, Christie, Randall és Lask (2001), valamint Bryant-Waugh és Lask (2007) számos olyan tünetet felsorolnak, amelyek általánosan jellemzőek a szelektív evés tekintetében (1. táblázat). A szelektív evő gyermek átlagosan öt-tízféle ételt fogyaszt, és ellenáll az új ízek megkóstolásának. Természetesen számos gyermek életében előfordulhat olyan időszak, amikor erőteljesen válogatóssá válik, valamint mindenki preferálhat bizonyos ételeket, ízeket. A szelektív evő gyermek esetében hosszú időn át, az említett szerzők szerint legalább két éven keresztül fennálló problémáról van szó. Más szerzők nem adnak meg ilyen szigorú időbeni kritériumot, hi-

szen egy szélsőségesen szűkspektrumú táplálkozás egy kisgyermek életében már fél év leforgása alatt komoly gondokat okozhat mind szomatikus, mind pedig pszichés értelemben.

A válogatás történhet íz, szín, állag, márka és egyéb, akár bizarrnak tűnő szempontok szerint is. Sok szülő számára a gyermek szempontjai csak hosszú idő tapasztalatai során válnak világossá, mivel a kisgyermek nem tudja megfogalmazni azokat. A szelektív evő gyermekekre nem jellemző a testképzavar, nem áll szándékukban fogyni. Nem félnek a hányástól, félrenyeléstől sem, és problémájuk nem magyarázható fizikális betegséggel. A diagnosztikai kritériumokból fontos kiemelni, hogy a patológiás evési magatartás hátterében oki tényezőként nem fizikai eltérés áll, bár következményesen ilyen jellegű problémák megjelenhetnek, (például hiánybetegségek alakulhatnak ki, és a rágóizmok is fejletlenek maradhatnak (Bryant-Waugh & Lask, 2007).

1. táblázat. A szelektív evés jellemzői Bryant-Waugh és Lask (2007) nyomán

- | | |
|---|------------------------------------------------------------------------------------|
| ✓ | Beszűkült spektrumú táplálkozás (kevesebb, mint tízféle étel) legalább hat hónapig |
| ✓ | Új ételek fogyasztásának megtagadása |
| ✓ | Nincs testképzavar |
| ✓ | A gyermek nem foglalkozik alakjával, testsúlyával |
| ✓ | Nem áll fenn félrenyeléstől, hányástól való félelem |
| ✓ | Az étel elkerülése nem magyarázható testi betegséggel |

Mivel a szelektív evő gyermekek egy része a magas szénhidrát-tartalmú ételeket fogyasztja szívesen, akár túlsúlyosak is lehetnek (Finistrella és mtsai, 2012), de sok esetben fordulhat elő alultápláltság (Volger és mtsai, 2013; Jansen és mtsai, 2012) vagy akár normál testsúly is. Egy 173 fős, kilencéves kislányokat felmérő kutatás eredményei szerint a válogatósnak bizonyuló lányok szignifikánsan kevesebb gyümölcsöt, zöldséget, zsírokat és édességet fogyasztottak, mint a normál táplálkozást folytatók (Galloway, Fiorito, Lee, & Birch, 2005). Horodynsky, Stommel, Brophy-Herb, Xie és Weatherspoon (2010) szintén azt találták, hogy a szelektív evők – nemre való tekintet nélkül – kevesebb zöldséget és gyümölcsöt fogyasztanak. A szelektíven étkezők nagyobb eséllyel nem fogyasztják el az ajánlott napi beviteli mennyiséget C- és E-vitaminból, valamint kevesebb rostot fogyasztanak (Galloway és mtsai, 2005).

A szelektív evés jellemzően igen korán, a hozzátáplálás idején kezdődik. A csecsemő a kínált ételt vagy azok egy típusát nem hajlandó elfogadni, sokszor akkor sem, ha éhes. A szülő számára ez nagy nehézséget jelent, hiszen saját kompetenciája kérdőjeleződik meg minden etetéskor. A sikertelenségek sorozata büntudathoz, szorongáshoz vezethet, ami természete-

tesen visszahatva a gyermekre tovább fokozza a problémát. Gyakran előfordul az is, hogy a probléma a szilárd ételekre való átállással jelentkezik először, és a gyermek hosszú időn keresztül megtagadja a szilárd táplálék fogyasztását. A probléma nem statikus: számos szelektív evő gyermek váltogatja időnként az általa elfogadott ételleket, elhagyva korábban kedvelt ételleket újak kedvéért, ám a beszűkült repertoár ebben az esetben is jellemző marad.

Bár a probléma kezdete tipikusan kora gyermekorra tehető, ez nem jelenti azt, hogy bizonyos életkor elérésével minden esetben spontán gyógyulás következne be. Van példa arra, hogy 2–3 év eltelte után a nehézség oldódik, többnyire azonban továbbra is megmarad, egyéb komorbid nehézségeket eredményezve (Chatoor & Ganiban, 2003). Bizonyos alapvető önellátási készségek is visszamaradottak lehetnek, hiszen adott esetben a gyermek nem tanul meg evőeszközökkel asztalnál enni. A közösségbe kerülést követően megfelelő pszichés segítség híján megéli másságát. Kerülni kezdi a közös étkezéseket, hiszen ő nem képes elfogyasztani azokat az ételleket, amiket a többiek. A szülőktől való távollét, táborozás, nyaralás szintén igen problematikussá válik, hiszen speciális étkezési igényeit csak otthoni körülmények vagy komoly szülői erőfeszítések árán tudja kielégíteni a gyermek. Ilyen módon az evészavarhoz társas nehézségek, szorongás, hangulati panaszok társulhatnak.

A tipikusan fejlődő gyermekek 25–45%-a, a fejlődési rendellenességeket mutató gyermekek akár 80%-a jellemezhető valamilyen típusú evési problémával (Bryant-Waugh, Markham, Kreipe, & Walsh, 2010). A szelektív evési problémában érintettek pontos száma nem ismert, arányuk 5,6% (Tharner és mtsai, 2014) és 50% (Carruth, Ziegler, Gordon, & Barr, 2004) között változik, attól függően, hogy a kutatásban hogyan definiálták a szelektív evést, illetve milyen módszert használtak annak mérésére. Növekvő számú kutatás irányul az autizmus spektrum zavarban (ASD) érintett személyek evési szokásainak felmérésére, ezen belül kiemelt szerepet kap a szelektivitás kérdése. Hét kvantitatív leíró tanulmány metaanalízise szerint az ASD és a szelektív evés együttes előfordulása 46–89% között alakult (Ledford & Gast, 2006). A legalacsonyabb szelektívevés-prevalenciát (46%) figyelembe véve, a 0–19 éves korosztályban közel 10 ezer autizmussal élő fiatal lehet érintett¹ szelektív evésben Magyarországon. Ehhez adódnak még hozzá azok a szelektív evők, akik ASD-ben nem érintettek. Természetesen e személyek töredéke kerül csak be az ellátórendszerbe, azonban e számok jelzik, hogy nem elhanyagolható problémáról van szó.

¹ A KSH 2011-es népszámlálási adatai szerint 2 041 193 olyan személy élt Magyarországon, aki 19 éves kor alatt volt a felmérés idején.

2. A szelektív evés háttere

Az eddigi kutatások több olyan tényezőt azonosítottak, amelyek összefüggésbe hozhatóak a szelektív evéssel.

2.1. A szülők szerepe

Szignifikáns összefüggést tártak fel a gyermek evéssel kapcsolatos élményeivel, például az étkezés erőltetésével. Galloway és munkatársai azt találták, hogy azok a gyerekek, akik esetében a szülők erőltették a gyümölcs- és zöldségfogyasztást, nagyobb eséllyel váltak válogatóssá. A hétéves kori szülői presszió jó prediktora volt a kilencéves korban mért válogatósságnak (Galloway, Fiorito, Lee, & Birch, 2005). A rövidebb ideig tartó szoptatás és a kisebb variabilitást mutató anyai étrend is összefüggésbe hozható a szelektív evéssel (Galloway, Lee, & Birch, 2003). Shim, Kim, Mathai és Team (2011) eredményei szerint a hathónapos korig történő kizárólagos anyatejes táplálás, valamint a hozzátáplálás féléves kor után való megkezdése csökkentette a kora gyermekkori válogatósság mértékét. Finistrella és munkatársai (2012) ugyanakkor nem találtak összefüggést a kora gyermekkori táplálási szokások és a későbbi szelektív evés között.

Az anyai szorongás kimutatottan csökkenti a gyermekre való érzékeny válasz-készséget és érzelmi ráhangolódást (Nicol-Harper, Harvey, & Stein, 2007). A szorongó anyák ilyen módon nehezebben tudnak igazodni gyermekük aktuális igényeihez, kevésbé képesek arra, hogy megnyugtassák őket, ami természetes módon az etetésekkor is megnyilvánul majd. A szorongó anya hajlamos lehet előre anticipálni a nehézségeket az élet minden területén, különösen az evés és az alvás kapcsán, emiatt eleve fokozott szorongással éli meg az evési szituációkat. Amennyiben gyermeke vulnerábilis ilyen téren, a fentebb említett mechanizmusokon keresztül az etetés valóban problémássá válik, ami igazolást jelent az anticipált félelmekre, tovább erősítve az ördögi kört. A környezet reakciói, az anya hibáztatása, az internalizált társadalmi elvárások („nem lehet jó anya, akinek nehézségei vannak gyermeke táplálásával”) szintén szorongásfokozó hatással bírnak. E negatív spirál sok esetben gyengíti vagy éppen patológiásan szorossá teheti az anya-gyerek kapcsolatot, éppen ezért a korai felismerés és terápiás beavatkozás rendkívül nagy jelentőséggel bír.

A szakirodalomban kiemelt figyelem övezi a szorongás és a szelektív evés kapcsolatát. Az előbbiekben tárgyalt anyai szorongás mellett a gyermek szorongása is kimutatottan jelentős előrejelzője a gyermek evési viselkedésének, ezen belül pedig az ételaverzióknak (McDermott és mtsai,

2008), az étel „neofóbiának” (Galloway és mtsai, 2003) és a serdülőkori evési problémáknak is (Raney és mtsai, 2008). A depresszió és a szociális szorongás diagnózisa kétszer olyan valószínű volt a súlyos szelektív evők csoportjában, mint a táplálkozási zavarban nem érintettekénél (Zucker és mtsai, 2015). Klinikai megfigyelések alapján is elmondható, hogy a szelektív evés hátterében gyakran áll extrém szorongás, amely többnyire a gyermek életének egyéb területein is megmutatkozik. A szelektív evés és a kényszeres jegyek szintén korrelálnak, ha nem is feltétlenül merítik ki a kényszerbetegség vagy kényszeres személyiség diagnosztikai kritériumait (Nicholls és mtsai, 2001). Az evési szituációban tapasztalt szorongás fiziológiai változásokat okozhat, mint például hányingert, étvágycsökkenést, csakúgy, mint kognitív változásokat. A hipervigilancia, amely arra készíti a személyt, hogy az averzív ingerre összpontosítson, végül az inger elkerüléséhez, tehát az étel vagy bizonyos ételek elutasításához vezet (Farrow & Coulthard, 2012).

2.2. Szenzoros érzékenység mint mediátor

Nem minden szorongó gyermek válik szelektív evővé. A korábban említett szülői és interakciós, valamint egyéni tényezőknél – nem, temperamentum – kívül kiemelt jelentőséggel bír egy szintén individuális változó, az úgynevezett szenzoros túlérzékenység is. A szenzoros túlérzékenység olyan jellemzőként definiálható, amely meghatározza a szenzoros információk feldolgozását, és az azokra való reakciót (Tomchek & Dunn, 2007). A szenzoros input lehet tapintási, ízlelési, látási és szaglási is. A szenzoros érzékenység egy velünk született jellemzőnk, a különböző modalitásokon különböző fokú érzékenységet mutat minden ember, így a gyerekek is. E tulajdonságnak természetesen van egy normál tartománya, ugyanakkor a „spektrumnak” tekinthető jellemző mindkét oldalán megtalálható egy-egy problémás övezet is. Az evés folyamata számos szenzoros modalitás integrálását kívánja meg, hiszen az ételnek szaga, állaga, színe, íze, textúrája van. A tárgyalt problémás evési magatartás esetében igen gyakori, hogy a gyermek az étel valamilyen jellemzője alapján válogat, mert e jellemzőkre fokozottan érzékeny. A magasabb szintű taktilis, íz- és szagérzékenységgel bíró gyermekek kevesebb gyümölcsöt és zöldséget fogyasztanak, és gyakrabban utasítják vissza az új ételeket (Coulthard & Blissett, 2009). Klinikai tapasztalatunk során a szelektív evő gyermekek körében nem ritka, hogy rendkívül kifinomult ízérzékelésük van. Egy általunk vizsgált közel hatéves kisfiú képes volt egy falat kifli valamilyen jellemzője (íze, textúrája) alapján megállapítani, hogy a megkóstolt péksütemény nem pontosan az

a típus, amit ő kizárólagosan fogyaszt. A szenzoros túlérzékenység miatt a gyerekek valódi szenvedést élhetnek át olyankor, amikor számukra nem kellemes ételt kínálnak, hiszen minden bizonnyal erőteljesebb szenzoros hatásoknak vannak kitéve, mint ilyen téren átlagos társaik. Nem meglepő, hogy a nem kedvelt ételek megkóstolása vagy adott esetben szaga, látványa sokakban heves fiziológiai reakciókat vált ki, pl. öklendezést, hányást, émelygést.

Egy 2012-ben megjelent empirikus kutatás eredményei szerint a szenzoros túlérzékenység mediátor tényezőként van jelen a szelektív evés kialakulásában (Farrow & Coulthard, 2012). A szerzők feltételezése szerint, amit eredményeik megbízhatóan igazoltak, a gyermek szorongása abban az esetben vezet szelektív evéshez, ha a szenzoros túlérzékenység is jelen van.

2.3. Autizmus spektrum zavar és szelektív evés

A szelektív evés igen gyakori ASD-vel diagnosztizált gyermekek körében. Egy 100, autizmusban érintett gyermeket vizsgáló kutatásban a minta 67%-a bizonyult erőteljesen válogatósnak (Williams, Dalrymple, & Neal, 2000). Módszertantól függően az előfordulási arány 53–83% között változik (Cermak, Curtin, & Bandini, 2010). Autizmus spektrum zavarban a szenzoros feldolgozás zavara is igen gyakori (Ben-Sasson, Soto, Martinez-Pedraza, & Carter, 2013). Bár a szenzoros érzékenység nem része a diagnosztikus kritériumoknak, már a legkorábbi esetleírásoktól kezdve szerves részét képezik az autizmus spektrum zavarról való gondolkodásnak. A prevalenciák ebben az esetben is változatos képet mutatnak a különböző kutatásokban. Leekam és munkatársai (Leekam, Nieto, Libby, Wing, & Gould, 2007) 200, ASD-ben érintett gyermek vizsgálata alapján 90% fölötti arányt talált a szenzoros érzékenység terén, Tomchek és kollégái hasonlóan magas prevalenciát írtak le (96%) (Tomchek & Dunn, 2007). Baranek és munkatársai két-hétéves ASD-gyermekek körében 63%-ban „alulérzékenységet”, 56%-ban túlérzékenységet, valamint 38%-ban ezek együttes előfordulását találták, vagyis bizonyos tényezők tekintetében ezek a gyermekek az átlagosnál kevésbé, más tényezők esetében pedig az átlagosnál nagyobb mértékben mutattak szenzoros érzékenységet (Baranek, David, Poe, Stone, & Watson, 2006, idézi: Cermak és mtsai, 2010).

Vajon miért ilyen gyakori a szelektív evés az autizmusban érintett gyermekek körében? Ahogy azt már a korábbiakban láthattuk, a szenzoros feldolgozás zavara (szenzoros túlérzékenység és/vagy alulműködés) mindkét vizsgált csoportban (szorongók és autizmus spektrum zavarban érintettek) fontos közvetítő és magyarázó tényező a szelektív evés kialakulásával

kapcsolatban. Mivel az autizmusban érintett gyermekek ilyen téren nagy eltéréseket mutatnak, nagyobb eséllyel alakulhat ki náluk ez az evési probléma. Ezenkívül szerepet játszhatnak más, autizmus-specifikus tényezők is, mint például a rugalmatlan gondolkodás, a rutinokhoz, megszokásokhoz való ragaszkodás, a szocializáció nehézségei, a beszűkült érdeklődés és az általános fejlődésbeli elmaradás is (Nadon, Feldman, Dunn, & Gisel, 2011). Az a gyermek, aki általában igen erősen ragaszkodik ahhoz, hogy minden úgy történjen, ahogy azt ő megszokta, nehezebben kóstol meg új ízeket. Az ilyen gyermek számára a kiszámíthatóság, az állandóság biztonságot ad, ami az ételek kiválasztásánál is megjelenik. Az étkezés mint társas esemény, egy kommunikációs és társas interakcióbeli nehézségekkel küzdő személy számára fokozott kihívásokat rejt. Autizmussal élő gyermekekre jellemzőek lehetnek orális-motoros deficittek, úgymint szopási nehézségek, gyenge állkapocs-stabilitás, renyhe nyelvmozgás, rejtett orális reflexek (Amato & Slavin, 1998), amelyek szintén nehezítik a megfelelő étkezési szokások kialakulását.

3. Terápiás lehetőségek

A szelektív evés terápiája függ attól, hogy mi áll a zavar hátterében. A kognitív és viselkedésterápiás módszer hatékony eszköz lehet mind abban az esetben, amikor a gyermek egyben az autizmus spektrumon is érintett, mind pedig akkor, amikor főként szorongásos panaszok jellemzik (Bryant-Waugh & Lask, 2007). Első lépésként fel kell tárunk az étkezések pontos körülményeit, mint például azt, hogy milyenek a család evési szokásai: van-e olyan helyzet, amikor a gyermek nagyobb mennyiségű és többféle ételt eszik, hogyan reagálnak a környezetében lévők az étel visszautasítására, illetve elfogadására, milyen előnyökkel és hátrányokkal jár a gyermek számára, ha nem eszik. Miket fogyaszt el a gyermek, miket nem, mik azok a tulajdonságok, amik miatt egyértelműen visszautasít egy ételt, és milyen esetleges magyarázatokkal szolgál erre? Fontos eleme a terápiának, hogy valamilyen módon motiválttá tudjuk tenni a gyermeket. Olyan jutalmakat kell kilátásba helyezni, amelyek érdekében érdemes erőfeszítéseket tennie a terápia során, és az apró eredményeket is jutalmazni kell.

A gyermeket és a szülőt is partnerként kezelve közösen kidolgozható egy kezelési terv, amiben a fokozatosság elvét követve a gyerek apránként képessé válhat új ételek megkóstolására. Hatékony lehet, ha a gyermek választhatja ki, melyik legyen az az étkezés, illetve nap, amikor új ételt kóstol meg, valamint azt az ételt is kiválaszthatja, amit meg fog kóstolni (Pászthy

& Major, 2008). Mindezt érdemes valamilyen formában láthatóvá tenni a gyerekeknek az életkorának megfelelő módon (rajzokkal vagy táblázattal, evésnapló segítségével), és azonnali visszajelzést adni számára a próbálkozások során. Tanácsos figyelembe venni a gyermek szenzoros túlérzékenységét és elvárásainkat ehhez igazítani. Nem az a cél, hogy a szelektív evő gyermek mindig mindent elfogyasszon, hanem hogy elfogadható és egészséges étrendet kövessen.

Autizmus spektrum zavarban érintettek esetén az autizmusspecifikus fejlesztés a kommunikációs deficit vagy épp a rugalmatlan viselkedés csökkentése által indirekt módon kedvezően befolyásolhatja az evési magatartást.

Amennyiben a gyermek szorong, annak csökkentése nagyon fontos cél. Kisebbségben ennek hatékony módja lehet a játékterápia, bábterápia. Idősebbeknél a lehetséges okok feltárása, a helyzetek, gondolatok, érzések elemzése, relaxációs, imaginációs módszerek egyaránt hasznosak lehetnek (Pászthy & Major, 2008).

A szülők bevonása a terápiás munkába minden esetben nagyon fontos, hiszen ők vannak a mindennapokban a gyermekük mellett, ők tudják a viselkedésterápiás intervenciókat a szakemberrel történt megbeszélést követően érvényesíteni. Amennyiben feltételezzük, hogy a szülői szorongás is oki tényezőként szerepel a patológia kialakulásában és fenntartásában, többszöri konzultáció, esetleg a szülő egyéni terápiába való irányítása is szükséges lehet a gyógyulás érdekében.

4. Esetismertetések

A következőkben bemutatásra kerülő esetek jól példázzák a szelektív evés két tipikus esetét. Nem ritka, hogy a szülő vezető tünetként az evési problémát nevezi meg, ezek miatt kéri az orvosok segítségét. Szélsőséges váltogatóság esetén azonban az autizmus spektrum zavarral való igen magas együtt járás okán fontos kiemelt figyelemmel lennünk a gyermek szociális és kommunikációs készségeire, valamint a rugalmas gondolkodás és viselkedésszervezés területére is.

Az első, általunk bemutatott gyermek esetében a szelektív evés mellett egy fel nem ismert autizmus spektrum zavar volt diagnosztizálható. A második esettanulmány a szelektív evés másik fontos típusát példázza, amikor erőteljes szorongásos jegyek fedezhetőek fel mind a gyermek, mind az édesanya esetében.

4.1. Amikor a szelektív evés a jéghegy csúcsa

A hatéves gyermeket – nevezzük Gábornak – a szülők elsősorban a szűk spektrumú táplálkozás miatt hozzák vizsgálatra, amelynek háttérében szervi okot nem állapítottak meg. Már a szoptatás is nehezebb volt az anya beszámolója alapján, de a komoly problémák a darabos ételekre való átállásnál kezdődtek. Három és fél éves korában még egyáltalán nem fogadott el darabos ételeket, mikor óvodába került, eleinte csak a levest volt hajlandó megenni. A következetes óvodai struktúra hatására javult a helyzet, ám Gábor evési magatartása még mindig szélsőségesen szelektív. Táplálási nehézségei miatt súlyfejlődése a korosztályához képest elmaradt, kis növésű gyermek. Jelenleg elfogadja a szendvicset, húseleket, leveseket. Nem fogyaszt sem zöldséget, sem gyümölcsöt, mert „nedves a felületük”.

A fent említett táplálkozással kapcsolatos problémákon kívül az édesanya beszámol beilleszkedési nehézségekről, rugalmatlan viselkedésről is. Gábor fejlődésének több pontján felmerült a szülőkben az autizmus lehetősége, de mind ez ideig ilyen irányú alapos vizsgálat nem történt. Ebben az esetben az anamnézis felvétele során fontos kitérnünk minél részletesebben az autizmus spektrum zavar három fő területére.

Mozgásfejlődéséből kiemelendő, hogy izgatottság esetén régóta megfigyelik a kezek repkedő mozgását.

Beszédfejlődése megfelelő ütemben zajlott. Pontosan megmondja, mire van szüksége, beszélgetés többnyire kialakítható vele, bár monologizációra hajlamos, ilyenkor nehéz félbeszakítani. Gesztikulációja felnőttes, manírosan fogalmaz. Szókincse gazdag.

Szociális készségek: csecsemőkorában meg lehetett nyugtatni. Idegenek közeledését is jól fogadta. Az óvodában gyakran félrehúzódott, nem kereste a gyerekek társaságát. Jelenleg egy barátnője van, aki szívesen hallgatja, amikor kedvelt témáiról beszél, ám az anya szerint kapcsolataiból hiányzik a kölcsönösség. Gábor sokat beszél a barátaihoz, azonban az ő reakcióikra nem figyel. Nagyobb közösségben rendszerint csak figyeli a többieket, nem tud hozzájuk kapcsolódni. Inkább fiatalabbakkal vagy felnőttekkel barátkozik. Felnőttekkel szemben sokszor gátolatlan, sokat beszél, célzásokra, non-verbális jelekre nem fogékony. Szociális helyzetekre való rálátása gyenge.

Játék, érdeklődés: a korosztályának megfelelő játékok nem igazán érdekelték soha. Csecsemőkorában a kiságyban lévő csavar, tisztasági kendős doboz jobban lekötötték, mint a játékok. Később a ventilátor, tűzcsapok, WC-k érdekelték, a játszótéren a körhinta alá feküdt, és nézte, ahogy forog. Szerette a pörgő tárgyakat nézni. Mindig van valamilyen kiemelt érdeklődési területe, „mániája”.

Az alkalmazkodást nehezítő viselkedések: bizonyos zajokra kifejezetten érzékeny. Időnként szereti a tárgyak felületét simogatni. Korábban ringatózás előfordult. Jelenleg repkedő kézmozgásokat lehet nála megfigyelni (izgatottság esetén). A szája szélén lévő étel zavarja, bizonyos ételeket az állaguk miatt nem eszik meg (pl. gyümölcsöt, zöldséget azért nem, mert nedvesek). A takaró hőmérsékletére is kifejezetten érzékeny. Egyes szagok is zavarják. Útvonalakhoz még most is ragaszkodik. Új dolgokat nem nagyon szeret kipróbálni.

Közösségbe négyévesen került. A pedagógiai jellemzés szerint az óvodában nem tudott beilleszkedni, semmilyen játékot nem játszott, leginkább a mesét szerette hallgatni. Az étkezéssel komoly gondja volt, csak folyadékot fogyasztott, mostanra azonban sikerült elérni, hogy a darabos ételekből is egyen.

A vizsgálatok során jelentős eltérések mutatkoztak mind a kölcsönös szociális kapcsolatok és a kommunikáció, mind pedig az érdeklődés, rugalmas viselkedésszerveződés területén. Az anamnézis és a vizsgálatok eredményei alapján Gábor esetében Asperger-szindróma került megállapításra, ezenkívül a szelektív evés is fennáll (a DSM-5 alapján az elkerülő/restriktív táplálékbeviteli zavar diagnózisa megadható).

A szülők számára az evési problémák jelentek meg legerőteljesebb problémaként, az azonban csupán a jéghegy csúcsának tekinthető. A szenzoros túlérzékenység mind a szaglás, mind az ízek és állagok érzékelése esetében fennáll Gábornál. Nem szereti a változásokat, újdonságokat, viselkedése és gondolkodása rugalmatlan. Ezek a tényezők nagymértékben hozzájárulnak az evészavar kialakulásához és fennmaradásához. Az evési magatartás javítása nem képzelhető el komplex autizmusspecifikus terápia nélkül, amely áttételesen és célzottan is hat az étkezési szokásokra.

4.2. Anyai szorongás, kerettartási nehézségek és szelektív evés

A 13 éves, 5. osztályos fiút evési problémák miatt hozzák a szülők vizsgálatra. A kisfiú – nevezzük Áronnak – az átlagosnál jóval alacsonyabb (136,5 cm, 3 pc alatti érték), súlya 33 kg (3–10 pc közötti érték). Áron nagyon válogatós, kb. hatféle ételt eszik meg. Pizzát, spagettit, hamburgert, egy bizonyos módon elkészített melegszendvicset, pattogatott kukoricát eszik, zöldséget, gyümölcsöt egyáltalán nem fogyaszt. Otthonán kívül kizárólag az édesanya jelenlétében étkezik, az iskolába nem visz szendvicset, mert zavarja, hogy az ízek „összeérnek”. A nehézségek az ő esetében kb. 18 hónapos korában kezdődtek egy hosszabb kórházi kezelés után. Érzékeny az ízekre, szagokra, az ételek állagára, pontos elkészítési módjára.

Az evési problémák mellett hamar kiderül, hogy Áron nagyon önállóan, az édesanyja mindenben kiszolgálja. Semmilyen otthoni feladata nincs, még a fürdésben is az anya segít neki, a legutóbbi időkgig az édesanya kötötte be a fia cipőjét is, ő viszi az iskolatáskáját a közeli iskolába. Áron képes lenne minden, életkorának megfelelő feladatot ellátni, hiszen intelligens gyermek. Bár vannak barátai, iskolaidőn kívül nem találkozik velük, mert az anya nem találja megfelelőnek a gyermekek otthoni körülményeit, aggódik, hogy valami baj történne a fiával, amíg nincs vele. Osztálykirándulásokra sem megy el, mert Áron fél, hogy nem fog tudni enni.

Az édesapa külföldön dolgozik. Anya és fia szinte mindig kettesben vannak, sok közöttük a konfliktus, ugyanakkor kapcsolatuk a maga ambivalens módján igen szoros is.

Áronnak sokat fáj a feje, erősen rágja a körmét.

Az anamnéziséből kiemelendő, hogy az anya maga is komoly szorongásos problémákkal küzd, a családban anyai ágon a túlféltés gyakori. A szülők kb. öt évet vártak gyermekük születésére, majd Áron veszélyeztetett terhességből született, ami tovább erősítette a gyermekkel kapcsolatos szorongásokat. Áron síró, nehezen kezelhető csecsemő volt. Beszéd- és mozgásfejlődése alapvetően rendben zajlott. Közösségekbe nehezen illeszkedik be, de miután feloldódik, képes a kölcsönös kapcsolatokra.

A szelektív evés háttérében az első interjú, valamint az anamnézis alapján, igen erőteljes szorongásos jegyek rajzolódtak ki. Autizmus spektrum zavarra utaló jegyek nincsenek a fejlődéstörténetben.

Az Áronnal folytatott beszélgetések és az elvégzett projektív, valamint kérdőíves vizsgálatok során nagyfokú szeparációs szorongásra derült fény. Az elválástól való patológiás félelem nemcsak a gyermek, hanem az anya részéről is körvonalazódott az ismételt beszélgetések során. A szorongásos tünetek háttere a fejlődéstörténet ismeretében egyre inkább kikristályosodott. Áron nagyon várt és nehezen fogant gyermek volt, az anya már a várandósság alatt is nagyon sokat aggódott, *„minden hétvégén ügyeletem voltunk, mert aggódtunk a gyermek miatt”* – számolnak be a szülők. Az apa évek óta külföldön dolgozik, az anya számára komoly gondot okoz bármilyen elvárás következetes betartatása. Ugyanakkor a féltés mellett sokszor dühös a fiára, sokat veszekednek Áron kezelhetetlen viselkedése miatt. Kapcsolatukban a szeretetet meg kell szerezni, a szorongás és a düh állandóan változó érzések. Az étkezési problémák, valamint az otthoni konfliktusok az anyát zavarják jobban, Áron esetében nem jelenik meg szenvedésnyomás vagy változásra való törekvés.

Áron esetében a szelektív evés mellett (DSM-5 alapján erre a gyermekre is alkalmazható az elkerülő/restriktív táplálékbeviteli zavar diagnózisa) szeparációs szorongás áll fenn.

A következetes nevelési elvek bevezetése, az anya és a gyermek szorongásának csökkentése, a fokozatos önállóságra nevelés és ételreperertoár-bővítés segíthet a probléma oldódásában.

5. A gyermekgyógyász szerepe a felismerésben

A szülők egy része, ha gyermeke étkezése kapcsán valamilyen rendellenességet észlel, egy idő után a háziorvoshoz fordul. Így ő az első szakember, akinek lehetősége van felismerni az esetleges evészavart és az azt kísérő egyéb tüneteket, majd a megfelelő ellátásba irányítani a gyermeket. Első lépéseként természetesen fontos lehet a testi kivizsgálás és az esetleges szomatikus eltérések keresése. Amennyiben a kivizsgálás eredményei nem magyarázzák a gyermek evési problémáit, következő lépésként fontos lehet pszichológus, gyermekpszichiáter bevonása a gyermek állapotának felmérésebe. Ha a háziorvos vagy a gyermekgyógyász bátorítja, javasolja az ez irányú vizsgálatokat, a szülő nagyobb valószínűséggel fog élni a lehetőséggel, és a gyermek előbb kaphat segítséget. A szelektív evési szokások miatt következményesen kialakuló esetleges hiányállapotok kezelése természetesen orvosi feladat, így a szoros együttműködés a gyermekgyógyász és a gyermekpszichiáter vagy pszichológus között elengedhetetlen.

6. Összegzés

A szelektív evés komoly pszichés terhet jelent, amely a gyermek fizikai egészségét is befolyásolja. Hatással van a családi működésre, az anyagyerek kapcsolatra és a gyermek közösségben való funkcionálására is, így a minél előbbi terápiás beavatkozás súlyos nehézségeket előzhet meg. Számos vizsgálat és klinikai megfigyelés alapján elmondható, hogy mind tünettánában, mind okait tekintve jól elkülöníthető más evészavaroktól, a DSM-5 pedig indokolt esetben a diagnosztizálását is lehetővé teszi.

Mivel igen magas a szelektív evés pervazív fejlődési zavarokkal való együttjárása, érdemes körültekintően eljárni a diagnosztikai munka során, hiszen elképzelhető, hogy a szelektív evő gyermek autizmus spektrum zavarban is érintett. A szelektív evés hátterében sok esetben szorongás áll, a szenzoros túlérzékenység pedig fontos közvetítő tényező mindkét esetben.

A beteg alapos, e cikkben részletezett diagnosztikai kritériumok mentén történő kikérdezése megbízható támpontot jelenthet a háziorvos és gyermekgyógyász számára annak megítélésében, hogy szükséges-e további pszichológiai vagy gyermekpszichiátriai vizsgálat.

A gyógyító munka során a terápia módszereit és irányát a szelektív evés háttere szabja meg, ennek fontossága miatt fektettünk e dolgozat során nagy hangsúlyt a helyes diagnózis felállításának ismerveire, kiemelve, hogy bizonyos esetekben az evészavar mellett egyéb kórképek is fennállhatnak. A két bemutatott eset jól példázza, mennyire eltérő okok magyarázhatják a szelektív evést, amely okok ismeretén a terápiás munka sikere múlhat.

Irodalom

- Amato, J., & Slavin, D. (1998). A preliminary investigation of oromotor function in young verbal and nonverbal children with autism. *Infant-Toddler Intervention, 8*, 175–184.
- Baranek, G.T., David, F.J., Poe, M.D., Stone, W.L., & Watson, L.R. (2006). Sensory Experiences Questionnaire: Discriminating sensory features in young children with autism, developmental delays, and typical development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*(6), 591–601.
- Ben-Sasson, A., Soto, T.W., Martinez-Pedraza, F., & Carter, A.S. (2013). Early sensory over-responsivity in toddlers with autism spectrum disorders as a predictor of family impairment and parenting stress. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54*(8), 846–853.
- Bryant-Waugh, R., & Lask, B. (2007). Overview of the eating disorders. In R. Bryant-Waugh, & B. Lask (eds.), *Eating disorders in childhood and adolescence* (35–50). New York: Routledge
- Bryant-Waugh, R., Markham, L., Kreipe, R.E., & Walsh, T.B. (2010). Feeding and eating disorders in childhood. *International Journal of Eating Disorders, 46*(2), 98–111.
- Carruth, B.R., Ziegler, P.J., Gordon, A., & Barr, S.I. (2004). Prevalence of picky eaters among infants and toddlers and their caregivers' decisions about offering a new food. *Journal of American Dietetic Association, 104*(1), S57–S64.
- Cermak, S.A., Curtin, C., & Bandini, L.G. (2010). Food selectivity and sensory sensitivity in children with autism spectrum disorders. *Journal of American Dietetic Association, 110*(2), 238–246.
- Chatoor, I., & Ganiban, J. (2003). Food refusal by infants and young children: diagnosis and treatment. *Cognitive and Behavioral Practice, 10*(2), 138–146.
- Cooke, L.J., & Wardle, J. (2005). Age and gender differences in children's food preferences. *British Journal of Nutrition, 93*(5), 741–746.
- Coulthard, H., & Blissett, J. (2009). Fruit and vegetable consumption in children and their mothers. Moderating effects of child sensory sensitivity. *Appetite, 52*(2), 410–415.
- Farrow, C.V., & Coulthard, H. (2012). Relationships between sensory sensitivity, anxiety and selective eating in children. *Appetite, 58*(3), 842–846.
- Finistrella, V., Manco, M., Ferrara, A., Rustico, C., Presaghi, F., & Morino, G. (2012). Cross-sectional exploration of maternal reports of food neophobia and pickiness in preschooler-mother dyads. *Journal of the American College of Nutrition, 31*(3), 152–159.
- Galloway, A.T., Fiorito, L., Lee, Y., & Birch, L.L. (2005). Parental pressure, dietary patterns, and weight status among girls who are "picky eaters". *Journal of American Dietetic Association, 105*(4), 541–548.
- Galloway, A.T., Lee, Y., & Birch, L.L. (2003). Predictors and consequences of food neophobia and pickiness in young girls. *Journal of the American Dietetic Association, 103*(6), 692–698.

- Horodinsky, M.A., Stommel, M., Brophy-Herb, H., Xie, Y., & Weatherspoon, L. (2010). Low-income African American and non-Hispanic White mothers' self-efficacy, "picky eater" perception, and toddler fruit and vegetable consumption. *Public Health Nursing, 27*(5), 408–417.
- Jacobi, C., Schmitz, G., & Agras, W.S. (2008). Is fussy eating an eating disorder? *International Journal of Eating Disorders, 41*(7), 626–634.
- Jansen, P.W., Roza, S.J., Jaddoe, V.W., Mackenbach, J.D., Raat, H., Hofman, A. et al. (2012). Children's eating behavior, feeding practices of parents and weight problems in early childhood: results from the population-based Generation R Study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 9*, 130. doi: 10.1186/1479-5868-9-130
- Ledford, J.R., & Gast, D.L. (2006). Feeding problems in children with autism spectrum disorders: a review. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 21*(3), 153–166.
- Leekam, S.R., Nieto, C., Libby, S.J., Wing, L., & Gould, J. (2007). Describing the sensory abnormalities of children and adults with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 37*(5), 894–910.
- Mascola, A.J., Bryson, S.W., & Agras, W.S. (2010). Picky eating during childhood: a longitudinal study to age 11 years. *Eating Behavior, 11*(4), 253–257.
- McDermott, B.M., Mamun, A.A., Najman, J.M., Williams, G.M., O'Callaghan, M.J., & Bor, W. (2008). Preschool children perceived by mothers as irregular eaters: psychical and psychosocial predictors from a birth cohort study. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 29*(3), 197–205.
- Nadon, G., Feldman, D.E., Dunn, W., & Gisel, E. (2011). Association of sensory processing and eating problems in children with autism spectrum disorders. *Autism Research and Treatment, 2011*, Article ID 541926. doi: 10.1155/2011/541926.
- Nicholls, D., Christie, D., Randall, L., & Lask, B. (2001). Selective eating: Symptom, disorder or normal variant. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 6*(2), 257–270.
- Nicol-Harper, R., Harvey, A.G., & Stein, A. (2007). Interactions between mothers and infants: Impact of maternal anxiety. *Infant Behavior and Development, 30*(1), 161–167.
- Nussbaum, A.M. (2013). *A DSM-5 diagnosztikai vizsgálat zsebkönyve*. Budapest: Oriold és Társai Kft.
- Pászthy, B., & Major, M. (2008). Gyermekek és serdülőkorú evészavarok. In F. Túry, & B. Pászthy (szerk.), *Evészavarok és testképzavarok* (25–40). Budapest: Pro Die Kiadó
- Provost, B., Crowe, T.K., Osbourn, P.L., McClain, C., & Skipper, B.J. (2010). Mealtime behaviour of preschool children: comparison of children with autism spectrum disorder and children with typical development. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics, 30*(3), 220–233.
- Raney, T.J., Thornton, L.M., Berrettini, W., Brandt, H., Crawford, S., Fichter, M.M. et al. (2008). Influence of overanxious disorder of childhood on the expression of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 41*(4), 326–332.
- Rogers, S.J., Hepburn, S., & Wehner, E. (2003). Parent reports of sensory symptoms in toddlers with autism and those with other developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 33*(6), 631–642.
- Shim, J., Kim, K., Mathai, R.A., & Team, S.K. (2011). Associations of infant feeding practices and picky eating behaviors of preschool children. *Journal of the American Dietetic Association, 111*(9), 1363–1368.
- Taylor, C.M., Wernimont, S.M., Northstone, K., & Pauline, M.E. (2015). Picky/fussy eating in children: Review of definitions, assessment, prevalence and dietary intakes. *Appetite, 95*, 349–359.

- Tharner, A., Jansen, P.W., Kiefte-de Jong, J.C., Moll, H.A., van der Ende, J. et al. (2014). Toward an operative diagnosis of fussy/picky eating: a latent profile approach in a population-based cohort. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11, 14. doi: 10.1186/1479-5868-11-14
- Tomchek, S.D., & Dunn, W. (2007). Sensory processing in children with and without autism: a comparative study using the Short Sensory Profile. *American Journal of Occupational Therapy*, 61(2), 190–200.
- van der Horst, K. (2012). Overcoming picky eating. Eating enjoyment as a central aspect of children's eating behaviors. *Appetite*, 58(2), 567–574.
- Volger, S., Sheng, X., Tong, M., Zhao, D., Leung, T., Zhang, F. et al. (2013). Dietary patterns and nutrients intakes of preschool children with picky-eating behaviours. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 56(S2), 496.
- Williams, P.G., Dalrymple, N., & Neal, J. (2000). Eating habits of children with autism. *National Association of Pediatric Nurse Associates and Practitioners*, 26(3), 259–264.
- Zucker, N., Copeland, W., Franz, L., Carpenter, K., Keeling, L., Angold, A. et al. (2015). Psychological and psychosocial impairment in preschoolers with selective eating. *Pediatrics*, 136(3), 583–590. Letöltve: 2015. 10. 26-án: <http://pediatrics.aappublications.org/content/136/3/e582>

A szerzők munkamegosztása

A tanulmány ötletadója és az elméleti összefoglalás irányának kijelölője Pászthy Bea volt, aki a dolgozat átolvasásakor igen értékes kritikái megjegyzésekkel élt. Gallai Mária az autizmus spektrum zavarral kapcsolatos rész megírásában segített, valamint ő írta „A gyermekgyógyász szerepe a felismerésben” című alfejezetet. Jantek Gyöngyvér írta a cikk említetteken kívüli részeit.

Nyilatkozat érdeklődésről

A szerzők ezúton kijelentik, hogy esetükben nem állnak fenn érdeklődések.

An early onset eating disorder: diagnostic features, etiology and possible therapies of selective eating

JANTEK, GYÖNGYVÉR – GALLAI, MÁRIA – PÁSZTHY, BEA

Selective eating is a common complaint reported by many caregivers, especially in early and middle childhood. In the majority of cases this problem tends to resolve itself, but sometimes the so called “pickiness” persists and has significant adverse effects on the child's dietary variety and health. Maladaptive eating behaviors have a great impact on the general wellbeing of the child and the family. Selective eating disorder is commonly comorbid with pervasive developmental disorders, anxiety and obsessive-compulsive behaviors.

Sensory sensitivity proved to be an important characteristic, mediating the effects of anxiety and explaining why children with pervasive developmental disorders (especially autism spectrum disorder) are highly affected by selective eating. The aim of this article is to outline the core features and diagnostic criteria of selective eating as well as to review the potential causes and methods of its treatment. Finally we demonstrate two case studies from our clinical practice to help specialists diagnose and treat this problem effectively.

Keywords: selective eating, picky/fussy eating, autism spectrum disorder, anxiety, sensory sensitivity, avoidant/restrictive food intake disorder