

# Önállóságra éhezve. Az 1-es típusú diabetes mellitus és az anorexia nervosa együttes előfordulása egy serdülő leányban

Máté Orsolya<sup>1, 2\*</sup> ■ Ábrahám Ildikó dr.<sup>2\*</sup>  
Cserép Melinda<sup>2, 3</sup> ■ Grundmann Lilla dr.<sup>2</sup> ■ Lendvai Zsófia dr.<sup>2</sup>  
Pászthy Bea dr.<sup>2</sup> ■ Tóth-Heyn Péter dr.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, I. Gyermekgyógyászati Klinika, Diabétesz Osztály, Budapest

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, I. Gyermekgyógyászati Klinika,  
Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Budapest

<sup>3</sup>Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Budapest

Az 1-es típusú diabetes mellitus (T1DM-) betegek körében az evészavarok előfordulása az átlagpopulációhoz képest körülbelül kétszeresre tehető. Ez a komorbiditás különösen veszélyes mind a magas mortalitási rizikó, mind a súlyos szövődmények lehetősége miatt. Az evészavarban szenvedő, T1DM-mel élő gyermekek és fiatalok hatékony kezelése a diabetológusok, pszichiáterek, pszichológusok, nővérek és dietetikusok összehangolt munkájával valósítható meg. Közleményünkben egy 14,5 éves, T1DM-mel élő, anorexia nervosával diagnosztizált páciensünk multidiszciplináris terápiáját mutatjuk be, kiemelve a különböző szakemberek együttműködésének főbb metszéspontjait. A szoros diabetológiai gondozással párhuzamosan az anorexia nervosa terápiájában a protokollok ajánlásaival megegyezően családterápiát és kognitív viselkedésterápiás elemekkel bővített egyéni terápiát alkalmaztunk. A terápiás folyamat összesen 18 hónapig tartott. Esetünk korábban le nem írt diabetológiai érdekessége, hogy a számottevő súlycsökkenéssel párhuzamosan betegünk inzulinigénye a töredékére csökkent, ami jelentős mértékben érintette a bazálisinzulin-szükségletet is. *Orv Hetil.* 2021; 162(33): 1341–1346.

**Kulcsszavak:** anorexia nervosa, 1-es típusú diabetes mellitus, serdülőkor, multidiszciplináris terápia, családterápia, kognitív viselkedésterápia

## Starving for independence. Anorexia nervosa in an adolescent with type 1 diabetes

The incidence of eating disorders is approximately twice as high in type 1 diabetes mellitus (T1DM) compared to the general population. Comorbidity is related to potentially severe organ complications and consequently higher mortality risk. The effective treatment of eating disorders in T1DM is provided by the teamwork of diabetologists, psychiatrists, psychologists, nurses and dietitians. The purpose of this paper is to present the multidisciplinary treatment of a 14.5-year-old adolescent with T1DM and diagnosed with anorexia nervosa, focusing on the cooperation of the professionals. In line with the current guidelines, both family therapy and cognitive behavioral therapy-informed individual psychotherapy were applied beside the strict diabetes control. Her therapy process lasted 18 months. The unusual diabetological aspect of our case is that the significant weight loss was associated with highly decreased insulin requirement affecting also the basal insulin requirements.

**Keywords:** anorexia nervosa, type 1 diabetes, adolescence, multidisciplinary treatment, family-based treatment, cognitive behavior therapy

Máté O, Ábrahám I, Cserép M, Grundmann L, Lendvai Zs, Pászthy B, Tóth-Heyn P. [Starving for independence. Anorexia nervosa in an adolescent with type 1 diabetes]. *Orv Hetil.* 2021; 162(33): 1341–1346.

(Beérkezett: 2020. november 10.; elfogadva: 2021. január 19.)

\*Az első és a második szerző azonos mértékben járult hozzá a kézirat elkészítéséhez.

## Rövidítések

BMI = (body mass index) testtömegindex; T1DM = (type 1 diabetes mellitus) 1-es típusú cukorbetegség

Az 1-es típusú diabetes mellitus (T1DM) az egyik leggyakrabban előforduló, élethosszig tartó autoimmun anyagcserezavar gyermek- és serdülőkorban, melyben a hasnyálmirigy inzulintermelése megszűnik. Az evészavarak súlyos pszichoszomatikus betegségek, melyeket gyermekkorban a harmadik leggyakoribb krónikus betegségeként tartanak számon [1]. A két kórkép közös előfordulásakor rendkívül fontos a korai felismerés és a különböző szakemberek (diabetológus, gyermekpszichiáter, egyéni és családterapeuták, dietetikus, osztályos kezelés esetén a nővérek) összehangolt munkája [2]. Ennek részleteibe enged bepillantást a 14,5 éves, T1DM-mel élő, anorexia nervosával diagnosztizált páciensünk multidiszciplináris terápiájának bemutatása.

## Esetismertetés<sup>1</sup>

Tímea csendes, visszahúzódo serdülő leány, akinek 11 éves korában klinikánkon diagnosztizálták 1-es típusú cukorbetegségét. A T1DM prezentációjakor nem volt ketoacidosis, a kivizsgálás során nem derült fény autoimmun társbetegsége. Kezdeti, viszonylag magas C-peptid-értéke (2,21 ng/ml) jó inzulinrezervet jelzett, a későbbi látványos csökkenés alapján azonban egyértelmű volt a cukorbetegség besorolása. Kezelését hagyományos humán inzulinrezsimmal (Actrapid, Insulatard) kezdtük el. Induló, 0,5 E/ttkg körüli inzulinigénye az első év folyamán alig változott. Három és fél év múlva, 14,5 éves korában gyakran előforduló hypoglykaemiás epizódokat, közel fél éve fennálló secundaer amenorrhoeát és restriktív étkezési magatartást észleltünk, jelentős mértékű fogyás mellett. A páciens körülbelül 14 éves korától az előírt 140 g-os mennyiségnél tudatosan kevesebb szénhidrátot kezdett fogyasztani, ami napi inzulinigényének jelentős csökkenésében is tükröződött: a korábbi 50–60 egységről 6–11 egységre csökkent. Egy év alatt 10 kg-ot fogyott, ebből az utolsó 3 hónapban 8 kg-ot veszített.

Súlya a pszichológus bevonásakor 52 kg (50 percentilis), testmagassága 165,6 cm (50–75 percentilis), testtömegindexe (BMI) 19,1 kg/m<sup>2</sup> (25–50 percentilis) volt. A fogyást 12,5, illetve 14 éves kora között jelentős, 15 kg-os súlygyarapodás előzte meg, akkor érte el addigi legnagyobb testsúlyát (66,7 kg, 90–95 percentilis; BMI: 24,73 kg/m<sup>2</sup>, 90–97 percentilis). Az akkori hízást az inzulinigény számottevő emelkedése kísérte, legmagasabb adagja közel 1 E/kg volt (63 E/nap). Tímeánál erre az időszakra vonatkozóan retrospektíven depressziós epizód is valószínűsíthető, a túlevéseket, a diétahibákat közvetlen környezete előtt igyekezett titokban tartani. Ezt

követően édesanyja és kezelőorvosa is mérsékelt fogyásra biztatta. A fogyókúra mellett napi inzulinigénye intenzíven, rohamosan csökkenni kezdett, 6 hónap alatt 55 egységről 11 egységre. Kiemelendő, hogy az inzulinigény 80%-os csökkenése hasonló arányban érintette a prandialis és a bazális inzulin adagjait, amit csak részben tudunk a szénhidrátadagok jelentős restriktív magatartással magyarázni. A rendkívül alacsony bazálisinzulin-igény alapján felmerült a contrainsularis hormonok hiánya, az elvégzett vizsgálatok alapján azonban a pajzsmirigy és a mellékvesekéreg működése, illetve a növekedési hormon szintjei a normális tartományban voltak. A T1DM ismert társbetegsége, a coeliakiára a kezdeti negatív eredményű szűrővizsgálatot követően a súlycsökkenés kapcsán ismét szűrtük betegünket. Az aktuális negatív lelet alapján ki tudtuk zárni ezt a felszívódási zavart. A jelentős mértékű fogyás, a túlzott testmozgás, az amenorrhoea és az inzulinigény-csökkenés miatt Tímea kezelőorvosa evészavar gyanújával a Diabétesz Osztályon dolgozó pszichológushoz irányította a családot.

Tímea a pszichológussal való első találkozáskor felnőtt, körülményes szóhasználatú és szociális-kommunikációs készségeiben kissé eszköztelen, de kiemelkedő kognitív képességekkel rendelkező, perfekcionista serdülő benyomását keltette. A restriktív étkezési magatartás mellett az étkezéseket követő büntudat volt feltárható. Tímea a testével, testsúlyával való elégedetlenségét a vizsgálatok során negálta, de ennek hátterében markánsan felmerült a disszimuláció. Az elvárt testsúlygyarapodás kapcsán később egyértelművé vált a testképzavar. Hangulatát kiegyensúlyozottnak jellemezte, alvásával nem volt probléma. A kortársakkal való kapcsolatteremtési nehézségeit ő maga is megélte.

Anamnéziséből kiemelendő, hogy átlagos szociokönmiai státuszú, teljes családban él szülei és négy testvérrel második gyermekként egy főváros környéki településen. A pater felsőfokú végzettségű, a mater főállású édesanya. A családi anamnézis 2-es típusú diabéteszrel mindkét ágon terhelt. Emellett az anyai ágon hangulatzavar és autizmus is megjelenik. Zavartalan, *Streptococcus B*-pozitív terhességből a 37. hétre, természetes úton, 2500 gramm születési súllyal és 53 cm-rel született, cardiorespiratoricus adaptációja zavartalannak bizonyult. Nyugodt csecsemő volt, 2,5 éves koráig részesült anyatejes táplálásban. Tímea fejlődéstörténetében szenzoros érzékenység, tartósabban fennmaradó, lábujjhegyen járás körvonalazódott. Ez utóbbi idegrendszeri éretlenségre utaló tünet gyakran megjelenik autizmus-spektrum-zavarban. Társas készségeihez megemlítendő, hogy az óvodai, iskolai közösségbe nehezen illeszkedett be, többnyire egyedül tevékenykedett, barátai nem voltak, szülei magának való gyerekként beszéltek róla.

Tekintettel a korai anamnézisben felmerülő eltérésekre és a társas kapcsolódási nehézségekre, a pszichológus indokoltan látta a kortársi közegben történő gyermekpszichiátriai osztályos megfigyelését. A multidiszciplináris szemléletben történő osztályos kivizsgálás során, bár

<sup>1</sup> A páciens és szülei szóbeli beleegyezésüket adták esetük ismertetéséhez.

bizonyos, az autizmuspektrum-zavarra jellemző tünetek megjelentek, Tímea a kórkép kritériumait nem merítette ki. A jelentős testsúlycsökkenés, a súlygyarapodástól való félelem, a testre fókuszáló önértékelés és a testképzavar alapján anorexia nervosát állapítottunk meg. Tímea akkor már 9 hónapja amenorrhoeás volt. A vizsgálatok a serdülőkori normatív krízisen túlmutatató érzelmszabályozási zavart, szociális kapcsolódási nehezítettséget, perfekcionizmust, gondolkodásbeli rigiditást igazoltak.

A részletes diagnosztikát követően, a kognitív viselkedésterápiás folyamatot előkészítve, összegyűjtöttük az anorexia nervosára hajlamosító, azt kiváltó, fenntartó és protektív tényezőket, melyeket egyéni, családi és környezeti szinten elemeztünk (1. táblázat) [3].

## A terápia bemutatása

A terápia alapjaként a serdülővel és szüleivel – a team minden tagjának jóváhagyásával – közösen előkészített és megfogalmazott terápiás szerződést kötöttünk. Az írásos megállapodás (testsúlyokhoz és testi-lelki állapotokhoz rögzítve) tartalmazta a gyógyuláshoz fontos lépéseket, az osztályos felvétel feltételeit, a sürgősségi ellátás kritériumait, az ambuláns ellátás alapjait. Meghatároztuk a közelebbi és távolabbi célokat, az ezekhez vezető konkrét lépéseket és feladatokat. Ez utóbbiak a terapeuták, a család, illetve a serdülő teendőit is magukban foglalják, felelős szerepet biztosítva a serdülő számára.

Az alábbiakban az egyéni és a családterápia fontosabb mozzanatait emeljük ki.

Tímea egyéni pszichoterápiája heti rendszerességgel a klinikán elindult. A serdülő és szülei a családterápiát először egy korábban általuk ismert pszichológusnál, a lakóhelyükön kezdték el. Egy újabb szomatikus krízis (a leány tovább fogyott, és kórházi felvétellel került sor) kapcsán, a pszichiátriai kivizsgálást követő 4. hónapban azonban biztonságosabbnak tartottuk, hogy minden terápia a klinikán belül történjen. A családterápiát T1DM-ben és evészavarban is jártas orvos családterapeuták vállalták.

## Az egyéni terápia

A 18 hónapot átívelő, 57 ülésből álló terápia több szakaszra osztható. Az első időszakban (1–5. alkalom) a motivációra, a pszichoedukációra és a biztonságos terápiás keretek megteremtésére helyeztük a hangsúlyt. Ezt követően, a második szakaszban (6–25. alkalom) az anorexia elleni „küzdelem” volt előtérben, melynek során a terápiás hasítás, az anorexia megszemélyesítése (rajzban, párbeszédekben) effektív technikának bizonyult. Tímea gondolkodásában és viselkedésében markáns rugalmatlanságok, a „mindent vagy semmit” típusú kognitív torzítás volt detektálható, amelyek együttesen nehezítették a kitűzött testsúlycélok elérését. Ebben az időszakban Tímea a terápiás szerződésben meghatározott, kórházba való bekerülési testsúly környékén egyensúlyozott. Egy-

1. táblázat | Hajlamosító, kiváltó és protektív tényezők a cikkben bemutatott eset evészavarának kialakulásában

	Hajlamosító tényezők	Kiváltó tényezők	Fenntartó tényezők / Betegségelőny	Protektív faktorok
Egyéni	Perfekcionizmus	A serdülőkor hormonális változásai	A kontroll megélése (étvágyra, étkezésre, érzelmekre, családtagokra vonatkozóan)	A serdülő fokozott megfelelési igénye, önismeretre és változásra való nyitottsága
	Kognitív rugalmatlanság	Elakadás a serdülőkori normatív krízisben	Az éhezés kapcsán megélt disszociatív állapot	A konkrét gondolkodás ellenére meglévő gazdag szimbolikus belső tevékenység
	Társas eszköztelenség	Beilleszkedési nehézségek	Az anorexia identitásformáló szerepe	Az egyéni figyelem preferenciája
	Érzelmszabályozási nehézség	A közeli gimnáziumi felvétellel kapcsolatos szorongások	Az <i>inzulinigény csökkenése – a T1DM-ből való gyógyulás tudatalan reménye</i>	
	Diabetesdiéta	A testére vonatkozó megjegyzések kapcsán átélt elidegenedés		
	A krónikus betegség elfogadásának nehézsége	Az egyetlen közeli barátjának elvesztése		
Családi és környezeti	Pszichiátriai betegségek vonatkozásában terhelt családi anamnézis	Kortársak, testvérek fogyókúrása	A családtagok fokozott figyelme, gondoskodása	A család érzelmi és megküzdési erőforrásai
	Összemosott belső családi határok	A környezet fontos személyeinek testalakjára tett megjegyzései	Új anorexiás osztálytárral kötött barátság	A család változásra való nyitottsága
	Fokozottan átjárható külső családi határok			A humor mint megküzdés
	Túlvédő anyai magatartás			Az új iskola befogadó közege
	Túlkontrolláló nagyszülő			

T1DM = 1-es típusú cukorbetegség

egy konkrét testsúlykilogramm említése is erős tiltakozást váltott ki a serdülőből, a szülők gyakran jelentkeztek kétségbeesve a terápiás ülések között a mérlegre állás körüli érzelmi kitörések és hangos szóváltások kapcsán. A klinikánkon párhuzamosan folytatott családterápia hozadéka, hogy a szülők Tímeába vetett bizalma növekedett, ami hozzájárult a leány önállóság- és kontrollérzésének megszilárdulásához. Ekkoriban kezdte el a gimnáziumot is. Ezt követően kétszer fordult elő, hogy kritikus (osztályos felvétel közelében lévő) testsúlyt ért el, mindkét esetben iskolai teljesítménynyomás mentén dekompenzálódott. Segített ezekben a krízisközeli helyzetekben, hogy – validálva érzéseit – megélhette a belé vetett bizalmat és támogatást. További hozadék, hogy az üléseken (25–38. ülés) megjelentek az evészavaron kívül más témák is: a szociális eszköztelenség, a rugalmatlanság, a kortársi kapcsolatokban megélt traumák, a saját érzések felismerése és a realisabb énkép kialakítása. A terápia utolsó fázisában (38–57. ülés) eljutottunk a krónikus betegség elfogadásához és a kontroll kérdéséhez. Tímea megfogalmazta, hogy evészavara indulása óta kezeli önállóan cukorbetegségét. A lezáró szakaszban nagy hangsúlyt fektettünk a relapsusprevencióra.

### *A családterápia*

A 8 családterápiás ülés 4 hónap alatt zajlott, a befejezést követően 1 alkalommal utánkövetéssel. 5 ülés történt Tímea és szülei részvételével, 2 alkalommal a teljes család volt jelen, 1 alkalommal a szülők szeparált ülése zajlott. Az utánkövetésen a szülők és a páciens volt jelen.

Tímea családjával gyorsan kialakult a jó terápiás kapcsolat. Ötgyermekes család, számos életciklus-feladattal, típusos, evészavarra jellemző strukturális nehézségekkel (a külső és belső határok átjárhatósága, összemossottság, 'overprotektivitás', rigiditás, a konfliktusmegoldás hiánya, a gyermek bevonása a szülők konfliktusaiba) [4, 5].

Ők magukat „hippi” családként definiálták, ezzel szimbolizálva már a bemutatkozásakor határtartási problémáikat. Kezdetben a kórházban is megfigyelt szülői túlvásra helyeztük a hangsúlyt, elismerve azt, hogy két súlyos, életveszélyes betegség mentén a szülői kontroll érthető, sőt időnként életmentő. Egy aktuális helyzet kapcsán azonban (az édesanya próbálta elérni a hétvégi adaptációt) a szülőket direkt instrukciókkal sikerült rávezetni, hogyan támogassák Tímea önérvényesítését, hogyan segítsenek megküzdni leányuknak az elkerülő viselkedéssel, képviselve ezzel a belé vetett bizalmat. Az anyai túlféltő működésmód hátterének feltárását a családfelelős elemzése segítette. Az anyának az autizmussal élő öccse kapcsán megjelenő büntudata, vesztesége megrendítő pillanata volt a terápiás folyamatnak. A testvérek bevonásával történt ülésen került felszínre egy fontos családi dinamika: két családtag közötti konfliktus csak a közös együttléteketben tud feloldódni, humorrá formálódni. Ehhez azonban mindenki jelenlétére szükség van, amit a kicsik élveznek, de a nagyobbaknak már sokszor terhes,

köztük Tímeának is. A differenciálódás nehézsége ebben a családban mind hosszú, mind rövid távon markánsan megjelent: az évek óta zajló házfelújításra hivatkozva – az anorexiás családoknál oly gyakran látható problémával – az ajtók konkrét és szimbolikus hiányával szembeültünk. Míg a teljes család részvételével ebben a kérdésben direkt instrukciókkal haladtunk, addig a szülői alrendszerrel történő szeparált ülés során a helyzet mélyebb megértésére is sor került. Kapcsolatuk történetéről beszélgetve fogalmaztuk meg mindkettőjük közös tudattalan attitűdjét: a lakáson belüli ajtók hiánya, illetve a bejárati ajtó zárhatatlansága jelenti számukra a biztonságot, a szülőkből lévő gyermeki rész továbbélését, amire mindkettőjüknek elementáris igényük volt. A szülők megértették, hogy ez a bennük élő vágy a serdülőkorú gyerekeiknél a differenciálódás akadályává vált. A családterápiát lezártuk, a családdal probléma esetén történő jelentkezésben állapodtunk meg.

### **Cukorbetegség az anorexia álarcában**

A diabetológus kezelőorvos a célsúly elérését követően közel 6 hónapon át azt tapasztalta, hogy a szénhidrátbevitel emelése mellett sem nőtt meg érdemben Tímea inzulinigénye, a magasabb inzulinadagok alkalmazása pedig hypoglykaemiát okozott. Amikor közelgett az új tanévkezdés, Tímea átmeneti, rövid ideig tartó restriktívebb étkezés után (melynek részben szorongás állt a háttérben) gyorsan tudta rendezni étkezését, azaz a szükséges kalória- és szénhidrátmenyiséget elfogyasztotta. A szülei ennek ellenére azt figyelték meg, hogy nem történt súlyemelkedés, sőt leányuk testsúlya 2-3 hét alatt egyre csökkent. A jelenség előtt mind Tímea, mind a család értetlenül állt. Szerződése értelmében osztályos felvételre került sor, ahol a team minden tagja vizsgálta a beteget. Részletes feltárást követően az evészavar talaján elindult manipulációkat elvetettük. Diabetológiai osztályos kivizsgálása és megfigyelése során derült fény arra, hogy inzulinigénye megnőtt, így a fogyás háttérben az elégtelen inzulinadagolás következtében jelentkező magas vércukorérték és glucosuria állhatott. A magasabb vércukorértékek mellett kezdetben osztályunkon is folytatódott a súlycsökkenés, majd az inzulinadagok 2-szeres, 8-ról 16 egységre történő emelése és a vércukrok normalizálása nyomán a serdülő súlya emelkedni kezdett. Két héten belül újra elérte célsúlyát.

A következő 6 hónapban a serdülőnél nem tapasztaltunk visszaesést, sem súlyában, sem pszichés állapotában. Egyéni pszichoterápiáját 2 hónapja lezártuk. A páciens inzulinigénye jelenleg is alacsony.

### **Megbeszélés**

A legmagasabb mortalitással járó pszichiátriai kórkép diabetes mellitusszal való társulása nyilvánvalóan jelentősen rontja mindkét betegség prognózisát. Egy diétás kezeléstől nagyban függő anyagcserezavar egyensúlyának



szinte semmi sem tesz rosszabbat, mint egy súlyos evészavar. Az esetismertetés egyik célja, hogy felhívjuk a figyelmet a T1DM-ben nagyobb arányban előforduló evészavartünetekre [6, 7]. A gyakoribb komorbiditás elsősorban a betegség jellegzetességeivel és a kezelés sajátosságaival hozható összefüggésbe [8].

A T1DM-páciensek körében előforduló evészavaros tünetek felismerése gyakran nehéz, amit – ahogy az eseteleírásban is láthattuk – a páciensek disszimulációja részben magyaráz. Az anorexia nervosa kialakulásának első jele lehet az inzulinigény és a szénhidrátbevitel jelentős csökkenése. Az utóbbit a beteg hosszabb ideig titkolhatja, az előbbit azonban a kezelőorvos időben észlelheti, akár az eredeti inzulinadagok mellett jelentkező hypoglykaemiák révén. Fontos azonban megjegyeznünk, hogy a szubklinikai evészavar, amely nem a teljes körképet, hanem egy-egy evészavaros tünet meglétét jelenti, ugyancsak jelentősen ronthatja a T1DM adherenciáját [8–10].

A két kórkép közös megjelenésének rizikófaktoraik részben átfedést mutatnak a pszichoszomatikus zavarok kockázati tényezőivel (például a Tímeánál is kimutatható perfekcionizmussal). Rizikófaktort jelentenek továbbá a krónikus betegség terápiás sajátosságai, a T1DM kezeléséhez szükséges összetett és megterhelő öngondoskodási feladatok. Többek között idesorolható a szigorú diétás rezsim tartása, a szénhidrátszámolás, a testi paraméterekre való fokozott odafigyelés [8, 11–13]. További rizikófaktor a T1DM diagnózisának időpontja. A 7–18 év közötti betegségkezdet hajlamosíthat evészavar kialakulására [8, 14]. A serdülőkorban diagnosztizált cukorbetegség különösen megnehezíti a leválás folyamatát. A diagnózist követő első hetekben, hónapokban a fokozott szülői gondoskodás átszövi a mindennapokat (állandó szénhidrátszámolás, a reggeli korai ébresztésekhez való hozzászokás, éjjeli vércukormérések, éjjeli étkezések, a szülő telefonján megjelenő szöveti cukormonitor értékei), ami mind a szülőt, mind a serdülőt egy regresszív állapot felé viheti. Az 'overprotektivitás' tartós fennmaradása nehezíti a serdülők megküzdését, akadályozza autonómiatörekvéseiket, hiszen a túlélés mellett a fiatalok nem tanulnak meg bízni önmagukban, nem alakul ki az egészséges megküzdés, önértékelés. Ezt a szülők saját veszteségei, transzgenerációs mintái (ebben az esetben az édesanya ágán megjelenő, autizmussal élő testvér kapcsán felelő szorongás) gyakran tovább terhelik.

A serdülőkor lélektani változásai szorosan összefüggnek a hirtelen történő testi változásokkal. A cukorbetegség esetén ezek még kifejezettebbek lehetnek. A diabetes kialakulásának kezdetén megjelenő, abszolút inzulinhiánnyal magyarázható látványos fogyás, illetve az ezt követő, inzulinkezeléshez kötődő súlygyarapodás (Tímeánál másfél év alatt 15 kg) az arra vulnérabilis személyeknél evészavart indíthat el [8, 15, 16].

A terápiás folyamat kapcsán fontos kiemelni a multidiszciplináris munkacsoportban történő komplex kezelést [2], mely magában foglalja a közös edukatív meg-

beszéléseket, viziteket, esetmegbeszélőket. A korai felismerést és a korai kezelésbe vételt egyaránt segíti a rendszeres, elérhető pszichológusi jelenlét a diabetológiai centrumokban, amit a nemzetközi irányelvek is hangsúlyoznak [2]. Klinikánkon 2014 óta pszichológus is állandó tagja a Diabétesz Osztályon zajló teammunkának. Amennyiben nincs lehetőség rutinszerű pszichológiai vizsgálatra a T1DM-betegek körében, akkor a rizikófaktorkomplex kiértékelése jelenthet iránymutatót a célzott pszichológiai/pszichoterápiás segítség indikálásához. Míg komorbiditás nélkül fennálló anorexia nervosa esetén – ameddig a testi-lelki állapot azt biztonsággal lehetővé teszi – az ambuláns ellátási forma javasolt, addig T1DM és anorexia társulásakor elakadások, relapsusok kapcsán osztályos kezeléseket ajánl a szakirodalom [17]. Az állapotrosszabbodás hátterének pontos tisztázása, a pszichés és a szomatikus tényezők értékelése ugyancsak a team közös feladata.

Az osztályos kezelést indokoltá teszi a két kórkép együttes megjelenésének számottevő diabetológiai kockázata is. A betegünk esetében észlelt, jelentősen csökkenő inzulinigényhez való adaptáció otthoni körülmények között valószínűleg nem várható, így a súlyos hypoglykaemiák kockázata jelentősen megnő. A súlyvesztés és az inzulinigény-csökkenés lehetséges organikus okainak feltárásakor hangsúlyos szempont a T1DM autoimmun társbetegségeire való ismételt szűrés. A bemutatott kórtörténetben is kiemelendő a coeliakia, a pajzsmirigyfunkció-zavar és a hypadrenia kizárásának fontossága. A betegünkön tapasztalt prandialiszulin-igény csökkenést könnyen magyarázhatjuk a minimálisra redukált szénhidrátbevitellel. Nehezen magyarázható azonban az, hogy szinte megszűnt a bazálisinzulin-szükséglet is. Korábban ezt a jelenséget nem írták le.

Fontos felhívni a figyelmet arra, hogy a szénhidrátadagok lassú emelése mellett követni kell az inzulinadagok elvárt növekedését. Ellenkező esetben a megjelenő hyperglykaemia és glucosuria részben hatástalanná teszi a szénhidrátfogyasztást, és ahogy betegünkön szintén észleltük, ez súlycsökkenéshez vezethet. Feltételezhető, hogy az anorexiás betegeknél leírt tubularis funkciózavar részeként a glükóz veseküszöbe alacsonyabb, így viszonylag alacsonyabb vércukorértékeknél megjelenik a vizelettel történő glükózvesztés [18].

Klinikánkon a T1DM és az evészavarok együttes előfordulásakor pszichoterápiás szempontból – a bizonyítékokon alapuló terápia jegyében – elsődlegesen családterápiát végzünk [5, 19], melynek fontos kiegészítője a kognitív viselkedésterápiás eszközöket tartalmazó egyéni terápia.

## Következtetés

Az eset kapcsán szerzett tapasztalataink megerősítik, hogy a családterápia a leghatékonyabb pszichoterápiás módszer a két kórkép közös megjelenésekor [4, 5, 19]. Ezt mutatja, hogy Tímea súlygyarapodása egyértelműen

a családterápia elkezdését követően indult meg. Korábban nem publikált felismerés az eset kapcsán, hogy a restriktív evésből következő inzulinigény-csökkenés tudattalan betegségelőnyként jelenhet meg: „Fogyással nemcsak sovány, figyelemre méltó és szerethető leszek, hanem még a cukorbetegségemből is meggyógyulhatok.” Ennek az egyéni terápiában történő átdolgozása nemcsak az anorexiából való gyógyulás, hanem a T1DM elfogadásának is egyik fontos lépésévé vált. Újnan megfogalmazott megfigyelésünk az is, hogy az étkezési inzulinadagoknak a szénhidrátbevitel jelentős restriktióját kísérő 80%-os csökkenése mellett hasonló arányban változott a bazálisinzulin-igény is, ami az alapanyagcsere jelentős lassulására utalhat. A T1DM első éveiben a kezdeti alacsony inzulinigény jellemző módon emelkedik, ami különösen igaz a serdülés éveire. Az inzulinigényben jelentkező jelentős csökkenést tehát mindenképpen komoly figyelmeztető jelnek kell tekinteni, amelynek hátterében az evészavar mellett a contrainsularis hormonok hiánya is állhat.

Írásunkkal hangsúlyozni szeretnénk a T1DM és az evészavar közös megjelenésére vonatkozó interdiszciplináris irányelv kidolgozásának szükségességét. Ezenkívül fontosnak tartjuk a minél korábbi evészavar-diagnózis felállítását és az evészavar-veszélyeztettség felismerését, melyhez diabeteszpecifikus evészavar-kérdőív [20] magyar nyelvre való adaptálása és validálása egységes módszertani hátteret jelenthetne.

*Anyagi támogatás:* A kézirat elkészítése és a kapcsolódó kutatás anyagi támogatásban nem részesült.

*Szerzői munkamegosztás:* M. O., Á. I., Cs. M., T.-H. P.: A kézirat megszövegezése. M. O., Á. I., Cs. M., G. L., L. Zs., T.-H. P.: A szakirodalom áttekintése. M. O., Á. I., Cs. M., P. B.: A szöveg áttekintése, a táblázat szerkesztése. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

*Érdekltségek:* A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

## Irodalom

- [1] Fisher M. Treatment of eating disorders in children, adolescents, and young adults. *Pediatr Rev.* 2006; 27: 5–16.
- [2] Kakleas K, Kandyla B, Karayianni C, et al. Psychosocial problems in adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Diabetes Metab.* 2009; 35: 339–350.
- [3] Perczel-Forintos D. Behavioral diagnostics. In: Perczel-Forintos D, Mórotz K. (eds.) *Cognitive behavioral therapy. 4th revised and expanded edition.* [Viselkedésdiagnosztika. In: Perczel-Forintos D, Mórotz K. (szerk.) *Kognitív viselkedésterápia. 4. átdolgozott és bővített kiadás.*] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2019; pp. 61–80. [Hungarian]
- [4] Túry F, Pászthy B. Family-based treatment for eating disorders in light of recent data. In: Túry F, Pászthy B. (eds.) *Eating disorders and body-image disorders.* [Az evészavarok családterápiája az újabb adatok fényében. In: Túry F, Pászthy B. (szerk.) *Evészavarok és testképzavarok.*] Pro Die Kiadó, Budapest, 2008; pp. 437–449. [Hungarian]
- [5] Túry F, Pászthy B. Common traps in family-based treatment for eating disorders. In: Túry F, Pászthy B. (eds.) *Current issues in the psychotherapy of eating disorders.* [Családterápiás csapdák az evészavarok kezelésében. In: Túry F, Pászthy B. (szerk.) *Az evészavarok pszichoterápiájának aktuális kérdései.*] Semmelweis Kiadó, Budapest, 2011. [Hungarian]
- [6] Jones JM, Lawson ML, Daneman D, et al. Eating disorders in adolescent females with and without type 1 diabetes: cross sectional study. *Br Med J.* 2000; 320: 1563–1566.
- [7] Young V, Eiser C, Johnson B, et al. Eating problems in adolescents with type 1 diabetes: a systematic review with meta-analysis. *Diabet Med.* 2013; 30: 189–198.
- [8] Pinhas-Hamiel O, Hamiel U, Levy-Shraga Y. Eating disorders in adolescents with type 1 diabetes: challenges in diagnosis and treatment. *World J Diabetes* 2015; 6: 517–526.
- [9] Wisting L, Frøisland DH, Skriverhaug T, et al. Disturbed eating behavior and omission of insulin in adolescents receiving intensified insulin treatment: a nationwide population-based study. *Diabetes Care* 2013; 36: 3382–3387.
- [10] Bryden KS, Neil A, Mayou RA, et al. Eating habits, body weight, and insulin misuse. A longitudinal study of teenagers and young adults with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 1999; 22: 1956–1960.
- [11] Meltzer LJ, Johnson SB, Prine JM, et al. Disordered eating, body mass, and glycemic control in adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2001; 24: 678–682.
- [12] Rodin GM, Daneman D. Eating disorders and IDDM. A problematic association. *Diabetes Care* 1992; 15: 1402–1412.
- [13] Cserép M, Szumska I. Disordered eating among adolescents with chronic illnesses. [Evészavartünetek, problematikus evési magatartás egyes kamaszkori krónikus betegségekben.] *Orv Hetil.* 2020; 161: 1872–1876. [Hungarian]
- [14] Takii M, Uchigata Y, Kishimoto J. The relationship between the age of onset of type 1 diabetes and the subsequent development of a severe eating disorder by female patients. *Pediatr Diabetes* 2011; 12: 396–401.
- [15] Broadley MM, Zaremba N, Andrew B, et al. 25 Years of psychological research investigating disordered eating in people with diabetes: what have we learnt? *Diabet Med.* 2020; 37: 401–408.
- [16] Ábrahám I, Jambrik M, John B, et al. Body image and body image distortion. [A testképtől a testképzavarig.] *Orv Hetil.* 2017; 158: 723–730. [Hungarian]
- [17] Clery P, Stahl D, Ismail K, et al. Systematic review and meta-analysis of the efficacy of interventions for people with type 1 diabetes mellitus and disordered eating. *Diabet Med.* 2017; 34: 1667–1675.
- [18] Alexandridis G, Liamis G, Elisaf M. Reversible tubular dysfunction that mimicked Fanconi's syndrome in a patient with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2001; 30: 227–230.
- [19] Pászthy B, Ábrahám I, Törzsök-Sonnevend M. Hungarian clinical practice guideline for the treatment of eating disorders in childhood and adolescence. [Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a gyermek- és serdülőkori evészavarok ellátásáról.] *Eü Közl.* 2020; 70: 1174–1212. [Hungarian]
- [20] Markowitz JT, Butler DA, Volkening LK, et al. Brief screening tool for disordered eating in diabetes: internal consistency and external validity in a contemporary sample of pediatric patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2010; 33: 495–500.

(Máté Orsolya,

Budapest, Bókay János u. 53–54., 1083  
e-mail: mate.orsolya@med.semmelweis-univ.hu)