

Anoreksija – komorbiditet i diferencijalna dijagnoza

prof. dr. sc. Vera Folnegović-Šmalc

Klinika za opću i forenzičku psihijatriju i kliničku psihofiziologiju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, PB Vrapče

Poremećaji hranjenja poznati su prema opisima pojedinih slučajeva još u staroj Grčkoj, no u klasifikacije su uvršteni tek u novije vrijeme. U Hrvatskoj su u službenoj uporabi klasifikacije SZO-a. U sadašnjoj desetoj, za razliku od devete revizije, značajna je novina prestrukturiranje i detaljniji opis bihevioralnih sindroma i mentalnih poremećaja vezanih uz psihološku disfunkciju i hormonalne promjene, kao što su poremećaji hranjenja. Na tom području evidentna je i nedovoljna educiranost liječnika, pa je i dijagnosticiranje poremećaja hranjenja često neprecizno i nedostatno

U svijetu su danas, za opis bihevioralnih sindroma i mentalnih poremećaja vezanih uz psihološku disfunkciju i hormonalne promjene, u uporabi uglavnom dvije službene klasifikacije: Međunarodna klasifikacija bolesti (u daljnjem tekstu MKB-10) u desetoj reviziji Svjetske zdravstvene organizacije¹ i Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (u daljnjem tekstu DSM-IV) u četvrtoj reviziji Američke psihijatrijske udruge.² Službena klasifikacija u Hrvatskoj je MKB-10. Prema toj klasifikaciji u poremećaje uzimanja hrane (šifra F50) uvršteni su: anoreksija nervoza (F50.0), netipična anoreksija nervoza (F50.1), bulimija nervoza (F50.2), netipična bulimija nervoza (F50.3), pretjerano uzimanje hrane udruženo s drugim psihološkim smetnjama (F50.4), povraćanje udruženo s drugim psihološkim smetnjama (F50.5), drugi poremećaji uzimanja hrane (F50.8) i poremećaj uzimanja hrane, neodređen (F50.9).

I u primjeru poremećaja uzimanja hrane, kao i u većini drugih psihičkih poremećaja, susreću se i kategorije “drugi” i “neodređen”. To proizlazi iz činjenice što koncept psihičkog poremećaja nema konzistentnu operativnu definiciju, pa stoga između dijagnostičkih kategorija ostaje i “praznog prostora”, tj. kliničkih slika koje nisu pokrivene specifičnim dijagnostičkim kategorijama. Te kliničke slike također treba šifrirati (ako i ne sa stajališta kliničara, a ono sa stajališta statističara i administracije), pa su stoga oformljene i dijagnostičke kategorije za te, obično heterogene, skupine. U razmatranju komorbiditeta i diferencijalne dijagnoze te dijagnostičke (heterogene) skupine nećemo razmatrati jer s kliničkog stajališta to i nije dijagnostička kategorija *sui generis*.

DSM-IV² u skupini poremećaja uzimanja hrane razlikuje samo sljedeće tri dijagnostičke kategorije: anoreksija nervoza, bulimija nervoza i poremećaj hranjenja, neodređen. Uz DSM-IV klasifikaciju postoji i komplementarni Priručnik za diferencijalnu dijagnostiku.³ U tom se priručniku za anoreksiju nervoza navode sljedeći poremećaji koje treba razmatrati u diferencijalnoj dijagnozi (TABLICA 1).

U skladu s kliničkom slikom i izgledom, heteroanamnestičkim i anamnestičkim podacima, epidemiološkim podacima (daleko češće kod osoba ženskog spola), dobi početka bolesti (najčešće u djetinjstvu i adolescenciji) i eventualnim precipitirajućim događajima, strukturom ličnosti, strukturom obitelji, hereditetom, laboratorijskim nalazima, somatskim statusom i tijekom bolesti, diferencijalnu dijagnozu anoreksije ćemo prikazati u odnosu na druge psihičke poremećaje. Među psihičkim poremećajima najčešći je komorbiditet uz anoreksiju nervoza opsesivno kompulzivni poremećaj, posttraumatski stresni poremećaj, veliki depresivni poremećaj, specifični poremećaj ličnosti i shizofrenija.

Tablica 1. Diferencijalna dijagnostika anoreksije nervoze

Anoreksija nervoza mora se razlikovati od...	Za razliku od Anoreksije nervoze, drugo stanje...
Gubitak na težini u okviru općih zdravstvenih stanja (npr. neoplazma, upala, metaboličkih ili endokrinih stanja)	Nije karakterizirano zahtjevom za iskrivljavanjem tjelesnog izgleda i intenzivnim strahom od dobivanja na težini; često je praćeno gubitkom apetita, te uključuje znakove, simptome ili laboratorijske nalaze koji su karakteristični za to opće zdravstveno stanje.
Bulimije nervoze	Ne zahtijeva nisku tjelesnu težinu. Bulimija nervoza može se dijagnosticirati jedino u vremenu kad nisu zadovoljeni kriteriji za Anoreksiju nervozu. Ako su zadovoljeni kriteriji za obje, daje se dijagnoza Anoreksije nervoze, prežderavajuće/purgativnog tipa.
Gubitak na težini u okviru depresivnih poremećaja	Nije karakterizirano zahtjevom za intenzivnim strahom od dobivanja na težini i uključuje prisutnost karakterističnih obilježja (npr. depresivno raspoloženje, gubitak zanimanja).
Neuobičajenog ponašanja prilikom uzimanja hrane u okviru shizofrenije	Nije karakterizirano zahtjevom za intenzivnim strahom od dobivanja na težini, nije karakterizirano niskom tjelesnom težinom i uključuje karakteristična obilježja (npr. sumanutosti, halucinacije, dezorganizirani govor).
Opsesije ili kompulzije u vezi s hranom u okviru opsesivno-kompulzivnog poremećaja	Nije karakterizirano zahtjevom za intenzivnim strahom od dobivanja na težini, nije karakterizirano niskom tjelesnom težinom i uključuje opsesije i kompulzije koje nisu ograničene na misli ili ponašanja u vezi s težinom, uzimanjem hrane ili hranom.
Izbjegavanja uzimanja hrane na javnim mjestima u okviru socijalne fobije	Nije karakterizirano intenzivnim strahom od dobivanja na težini i nije karakterizirano niskom tjelesnom težinom.
Iskrivljenog doživljaja tjelesnog izgleda u okviru poremećaja sheme vlastitog tijela	Nije karakterizirano intenzivnim strahom od dobivanja na težini i nije karakterizirano niskom tjelesnom težinom.

Suvremena klinička praksa preporuča da kliničar navodi sve psihičke poremećaje od kojih osoba boluje, a ne samo poremećaj zbog kojega je aktualno u tretmanu. To znači da ako uz anoreksiju nervozu osoba zadovoljava i kriterije za jednu ili više poremećaja ili bolesti, treba ih sve navesti. Prvo se navodi dijagnoza poremećaja koja je najrelevantnija za dokument (otpusno pismo, ambulantni nalaz, mišljenje o terapiji i slično) koji se izdaje, a potom sve ostale dijagnoze. Ako se izdaje dokument u kojemu se prikazuje cijeli bolesnikov život (npr. u preporuci za ocjenu poslovne sposobnosti), prvo će se navesti tzv. glavna životna dijagnoza (npr. shizofrenija ili demencija), a potom sve ostale.

Anoreksija i opsesivno-kompulzivni poremećaj

Sličnost anoreksije s opsesivno-kompulzivnim poremećajem uočio je još Pierre Janet⁴ u svom opisu u *Les obsessions et la psychasténie* 1903. godine opisujući odvratnost koju je bolesnica imala prema svom tijelu. Brojna klinička iskustva ukazuju da se u bolesnica s anoreksijom često nalaze i opsesivni i kompulzivni simptomi. Obično su u svezi s uzimanjem hrane, ali se u dijela bolesnika javljaju i neovisno o hrani.

Primjer: bolesnica koja je liječena zbog anoreksije nervoze, često je sanjala da jede čokoladu. Nakon tog sna ona je satima sjedila i ruminirala sadržaj sna. To je bilo takvog intenziteta da je sama govorila: "Tog dana nisam bila ni za što drugo, cijeli mi je dan taj san bio opsesija". Nije zadovoljavala ostale kriterije za opsesivno-kompulzivni poremećaj, pa se u njezinom primjeru govori o diferencijalno-dijagnostičkom razmatranju i kao dijagnoza navodi samo anoreksija.

Primjer: bolesnica se liječila od devete godine zbog anoreksije. U 11. godini detaljnom eksploracijom ustanovljeno je da osim posebnih rituala pripremanja hrane ukućanima i sebi pokazuje i sljedeće simptome: opetovano pranje ruku, provjetravanje kuhinje i provjeravanje je li sva hrana pospremljena. Bolesnica ima uvid da su te radnje pretjerane i nerazumne, često na te radnje troši i nekoliko sati dnevno. U slučaju te bolesnice opravdano je govoriti o anoreksiji nervozu i kompulzivnom poremećaju kao komorbiditetima, dakle o paralelnom postojanju oba poremećaja.

Anoreksija nervozu i posttraumatski stresni poremećaj

Tijekom Domovinskog rata u izbjegličkim kampovima, a kasnije i u obiteljima lokalnog stanovništva, često smo se susretali s djecom i adolescenticama s vrlo brojnim simptomima psihičkih poremećaja. Uz simptome anoreksije susretali smo i simptome pojačane razdražljivosti, *flash backova*, opetovanog nametanja misli o traumatskom događaju, ali i njegovim posljedicama (posebno u slučajevima nazočnosti ranjavanju i ubijanju) kao i o izgledu vlastitog tijela, aleksitimiji, zakazivanju u socijalnom funkcioniranju i izolaciji. U većini slučajeva smo smatrali da se radi o komorbiditetu. U jedne djevojčice i jednog dječaka evidentiran je nakon nekoliko godina i sindrom ovisnosti. U oboje je u to vrijeme anoreksija bila remitenana, a perzistirali su posttraumatski stresni poremećaj i ovisnost.

Anoreksija nervozu i veliki depresivni poremećaj

U dijela anorektičnih bolesnica često se registriraju simptomi depresije: tužnog su raspoloženja, poslove obavljaju automatski, aleksitimične su, često umorne, malaksale, smanjene energije, smanjene želje za uživanjem, a aktivnosti koje i obavljaju više čine kao imperativ da bi zadovoljile očekivanja roditelja. Smanjenog su samopoštovanja i samopouzdanja, imaju osjećaj krivnje prema roditeljima, nisu rijetka ni suicidalna razmišljanja. Što se tiče apetita, apetit često pomaže u diferencijalno-dijagnostičkoj dilemi. Naime, anorektične osobe imaju apetit, ali unatoč tome ne jedu (anoreksija zapravo ima pogrešan naziv jer znači gubitak želje za hranom), a depresivne osobe imaju poremećaj apetita (obično gubitak, a u slučajevima atipične depresije apetit može biti i pojačan). U slučajevima kada su zadovoljeni kriteriji za oba poremećaja, navode se kao komorbiditet. Depresija je najčešći komorbiditet uz anoreksiju.

Anoreksija nervozu i poremećaj ličnosti

U dijela bolesnika s anoreksijom u odrasloj se dobi evidentiraju simptomi specifičnih poremećaja ličnosti, najčešće emocionalno nestabilni poremećaj ličnosti, impulzivni tip, granični tip i anankastični poremećaj ličnosti. Međutim, kako se dijagnoza anoreksije nervoze daleko najčešće postavlja u dječjoj i adolescentnoj dobi, dijagnoza poremećaja ličnosti se ne postavlja, i tek studije kohortnog praćenja potvrđuju taj komorbiditet.

Anoreksija nervozu i shizofrenija

Klasični psihijatar kliničar često si postavlja pitanje je li anoreksija nervozu psihoza ili neuroza. Suvremene klasifikacije su uglavnom napustile tu dihotomiju i napuštaju naziv neuroze, pa bi možda bilo bolje postaviti pitanje je li anoreksija nervozu psihoza ili nije. Službena literatura (recenzirani udžbenici) ne ulazi u tu dilemu, ali ako se psihodinamski pokuša definirati dubina regresije i farmakoterapijski model liječenja, indirektno proizlazi da se radi o psihotičnom poremećaju. Kako današnji standardi postavljaju dijagnozu primarno na osnovi simptoma, pokušat ćemo to učiniti na simptomu vlastitog doživljaja svoga tijela anorektične osobe. Nekoliko bolesnica opisivalo je kako su im "bokovi ogromni, nesrazmjerni, kako imaju masu celulita, kako su ružne", a radilo se o lijepim, ali premršavim djevojčicama. Doživljaj njihovog tijela bez sumnje je nerealan. I afekt je često aleksitimičan, udaljen. Povremeno su autistične, ali mogu se susresti i ambivalentne. Na osnovi vlastitih iskustava i podataka kohortnog praćenja, pokazalo se da dio bolesnica koje su psihijatrijsko liječenje počele zbog anoreksije kasnije razvije shizofreniju. Ne radi se dakle o komorbiditetu, ali je važno imati na umu da postoji mogućnost razvoja i promjene kliničke slike u shizofrenu psihozu.

Zaključak

Iako se opisi slučajeva anoreksije spominju već u staroj Grčkoj, u službenim klasifikacijama psihičkih poremećaja navodi se tek odnedavno. Sada je uvrštena i u MKB-10 i DSM-IV. S obzirom na još uvijek nedovoljno znanja o tom poremećaju, a dijelom i zbog nedovoljne educiranosti, u praksi se rijetko dijagnosticira. U dijagnosticanju se treba pridržavati određenih kriterija, a u slučaju postojanja i drugih simptoma potrebno je odrediti radi li se o komorbiditetu. Uz anoreksiju nervozu komorbiditet se javlja često. ■

LITERATURA

1. WHO. MKB-10. Zagreb: Medicinska naklada, 1999.
2. Američka psihijatrijska udruga. DSM-IV. Jastrebarsko: Naklada Slap, 1996.
3. First MB, Frances A, Pincus HA. DSM-IV priručnik za diferencijalnu dijagnostiku. Jastrebarsko: Naklada Slap, 1997.
4. Janet P. *Les obsessions et la psychasténie*. Paris: Alcan, 1903.