Bolničko liječenje anoreksije i bulimije

prim. mr. sc. Mirta Mahnik-Miloš
Psihijatrijska klinika KBC-a Rebro, Zagreb

Programi bolničkog liječenja anoreksije i bulimije spoj su više elemenata, a uključuju oporavak prehrane, medicinski oporavak, psihoterapijski tretman, obiteljski tretman i psihosocijalni oporavak. Točan spoj ovih različitih modela liječenja bit će različit, ovisno o dobi bolesnika i njegovoj ili njezinoj individualnoj situaciji. Muškarci su obično tretirani zajedno sa ženama i ne postoje specifične razlike u liječenju muškaraca i žena

Danas postoji konsenzus u stručnom mišljenju o tome kada bolesnika s dijagnozom poremećaja hranjenja treba hospitalizirati. Većinu bolesnika se hospitalizira i zbog liječenja specifičnih medicinskih komplikacija.

Bolesnici koji boluju od anoreksije nervoze hospitaliziraju se i zbog kratkog medicinskog vođenja i zbog konačnog liječenja. Naglo smanjenje težine uglavnom je glavni kriterij indikacije za prijam. Gubitak od 25% od normalne propisane težine obično se uzima kao indikacija za hospitalizaciju. Prevedeno u *body mass index* (BMI; težina u kilogramima podijeljena s visinom u metrima na kvadrat), to iznosi oko 16 do 16.5. Postoje neobjavljene studije koje proučavaju djelotvornost pokušaja liječenja bolesnika s toliko težine pomoću nebolničkog ili dijelom bolničkog liječenja.[1,2]

Druge situacije koje sugeriraju bolničko liječenje prije negoli dijelom bolničko liječenje ili nebolničko liječenje uključuju teške ortostatske hipotenzije, vidljivu bradikardiju (manje od 40 otkucaja srca u minuti), pojavu tahiaritmije ili hipokalijemiju (manje od 3.0 mmol/l). Pojedinci koji mnogo povraćaju ili vježbaju mogu izvući korist u više zatvorenom obliku tretmana. Na posljetku, neki pojedinci s drugim bolestima, kao npr. dijabetes melitus, traže intenzivnije medicinsko vođenje i možda više odgovaraju za bolničko liječenje.[3,4]

Postoji značajna kontroverzija glede nesvojevoljnog prijama. Većina kliničara slaže se da će liječenje biti uspješnije ako je bolesnik motiviran da se promijeni i ako je spreman uključiti se u liječenje. Prijam bolesnika protiv njegove volje promatra se kao hitna mjera i ne smije se brkati s konačnim liječenjem. Ne postoji točno određena težina pri kojoj bi trebalo hospitalizirati bolesnika protiv njegove volje, ili na koliko dugo ga držati protiv njegove volje. Ipak, većina bolesnika s BMI od 10 do 12 postati će primjetno medicinski nestabilna.[5,6]

Priroda bolničkog liječenja

Programi bolničkog liječenja trebali bi biti spoj više elemenata, te postoji klinički konsenzus o tome koji bi elementi trebali biti uključeni. Potrebni elementi trebali bi uključivati oporavak prehrane, medicinski oporavak, psihoterapijski tretman, obiteljski tretman i psihosocijalni oporavak. Točan spoj ovih različitih modela liječenja bit će različit, ovisno o dobi bolesnika i njegovoj ili njezinoj individualnoj situaciji. Muškarci su obično tretirani zajedno sa ženama i ne postoje specifične razlike u liječenju muškaraca i žena.

Oporavak prehrane uključuje dobivanje na težini i razvoj normalnih prehrambenih navika. Za bolničko liječenje cilj je dobivanje 1 do 2 kilograma tjedno, te vrijednost BMI-a od 18.5 do 20. Davanje prave hrane bolesnicima više se preferira nego davanje smjese sastojaka, iako će neki pacijenti tražiti visokokalorični unos hrane da dobiju na težini i unos smjese sastojaka kao dio njihove kalorične prehrane. Značajna debata vodi se o tome što čini "normalnu" prehranu, a najveći problem je izbjegavanje vegetarijanstva i prehrane crvenim mesom. Pristup ovom problemu varira od totalno pesimističnog do lagano restriktivnog. Oporavak prehrane trebao bi omogućiti da liječnik daje pacijentu prikladne informacije o normalnoj prehrani, kupovanju i pripremi hrane. Dvije studije upućuju da pojedinci, čija težina nije u potpunosti vraćena na normalu na kraju bolničkog liječenja, imaju manje šanse za povoljni ishod bolesti nego oni koji vrate normalnu tjelesnu težinu.

Teško bolesnim pojedincima koji boluju od anoreksije nervoze koristit će ograničena aktivnost, iako prisilno vezanje uz krevet nije potrebno u programima kojima je pacijent pristupio svojevoljno. Ne zna se koliko bi takvim bolesnicima trebalo dopustiti fizičku aktivnost, no fizička se aktivnost ne bi trebala miješati s dobivanjem na težini, a bolesnicima treba omogućiti uvid u psihologiju vraćanja težine i efekt koji tjelovježba ima na to. Također, kliničari moraju obratiti pozornost na nesvjesni nagon da budu fizički aktivni, pomažući bolesnicima da prepoznaju misli povezane s anoreksijom nervozom i da razviju način na koji da im se odupru.

Psihoterapijsko liječenje može biti na razini pojedinca ili grupe. Naglasci na određenim stvarima ovisit će o potrebama bolesnika. Dok će jako izgladnjeli bolesnici psihoterapijski participirati do određene razine, većini će koristiti potpora. Naglasak na razumijevanje problema i liječenje usredotočeno na poremećaj slike tijela najčešće su komponente bolničkog liječenja.

Tradicionalno, strože bihevioralno liječenje polagano prepušta mjesto "blažem" liječenju usredotočenom na bolesnike koji su spremni promijeniti se, i izgleda da taj pristup na takvu grupu pacijenata daje podjednake šanse za oporavak kao i tradicionalni, stroži pristup. Čak i u strogom bihevioralnom liječenju treba pokušati izbjeći da se liječenje pretvori u rat između bolesnika i medicinskog osoblja.

Mnogi kliničari smatraju da je obiteljski tretman ključan za mlađe bolesnike, a isto tako jako dragocjen za one starije. Postoje dokazi koji sugeriraju da je posthospitalizirani obiteljski tretman bolji od individualnog tretmana za bolesnike koji su povratili izgubljene kilograme, a mlađi su od 18 godina. Obitelj bi trebala biti uključena od početka bolničkog liječenja. Za starije je bolesnike primjereno da se pod terminom "obitelj" uključi i prijatelje, cimere, partnere, supružnike i djecu.

Psihosocijalni oporavak važan je za bolesnike svih uzrasta. Za mlađe bolesnike to je usredotočeno uglavnom na školu. Za starije bolesnike učenje i zainteresiranost za posao su također važni. Problemi vezani za socijalne odnose gotovo se uvijek ističu kod teško bolesnih anorektičnih pacijenata, koji potražuju dugotrajno psihoterapijsko liječenje nakon što su se težina i prehrana normalizirale.[1,4]

Medicinsko vođenje hospitaliziranih bolesnika

Medicinsko i psihološko vođenje treba se provoditi do krajnje moguće granice. Svi bolesnici primljeni u bolnicu traže osnovnu medicinsku pažnju. To bi trebalo uključivati najmanje fizički pregled, vađenje krvi, mjerenje elektrolita, pregled funkcije bubrega i

mogući pregled funkcije štitnjače. Mora se utvrditi radi li se o fenomenu povezanom s izgladnjivanjem, a ne o nekom drugom tipu patologije. Na primjer, tipično je da izgladnjeli bolesnici imaju niske pokazatelje štitnjače - ti pacijenti ne trebaju liječenje hormonima štitnjače!

Liječenje bolesnika anoreksije nervoze tijekom hospitalizacije. Svakom bolesniku trebalo bi izmjeriti težinu rano ujutro nakon prvog mokrenja. Dnevni unos tekućina i količinu urina trebalo bi bilježiti. Ako bolesnik povraća, medicinsko osoblje treba stalno motriti na razinu elektrolita seruma zbog mogućnosti hipokalijemije. Nakon obroka bolesnik namjerno izaziva povraćanje hrane koju je upravo pojeo. Medicinsko osoblje moglo bi kontrolirati povraćanje ako zaključa kupaonicu na barem dva sata nakon obroka ili postavi nekoga unutar kupaonice koji bi mogao spriječiti povraćanje bolesnika. Konstipacija u bolesnika anoreksije nervoze nastaje kada počnu normalno jesti. Ponekad se daju omekšivači stolice, ali nikad laksativi. Ako se dijareja pojavi, to obično upućuje da bolesnik kradomice uzima laksative. Zbog rijetkih slučajeva dilatacije želuca i mogućnosti preopterećenja cirkulacije, ako bolesnik odmah počne jesti velik broj kalorija, bolničko osoblje trebalo bi početi davati bolesniku 500 kalorija više od potrebnog da bi se očuvala sadašnja težina (obično 1500 do 2000 kalorija dnevno). Mudro je davati toliku količinu kalorija tijekom šest obroka dnevno, tako da bolesnik ne mora jesti velike količine hrane odjednom. Davanje tekućih dodataka hrani, kao što je Ensure, preporučljivo je jer bolesnici misle da će dobiti manje težine na taj način nego krutom hranom.

Jako izgladnjeli pojedinci (BMI manji od 12) zahtijevaju posebnu pažnju kada počinju dobivati na težini. Manjak fosfata uobičajena je pojava u malnutriciji, a količina ugljikohidrata koja prati porast težine potisnut će fosfat intracelularno, što dovodi to značajne hipofosfatemije. Hipomagnezija i hipokalcijemija također su česte. Poremećaji natrija i klora ponekad su prisutni u izgladnjelog bolesnika, obično kao posljedica perifernog odbijanja antidiuretskog hormona. Hipokalijemija nije problem u bolesnika koji ne povraćaju. Poneki bolesnik će imati *grad mal* napad rano u postupku vraćanja izgubljenih kilograma. Ako se to dogodi, potrebna je neurološka konzultacija.

Mjerenje gustoće kosti može se obaviti u kronično bolesnih pacijenata, primarno kao indikator za rizik patoloških fraktura. Na nesreću, ne postoji učinkovito liječenje osteopenije i osteoporoze bolesnika s anoreksijom nervozom. Porast težine može pratiti porast koštane mase. Uloga egzogenog estrogena u izgladnjelih bolesnika nije poznata.

Farmakoterapija. Farmakološke studije još nisu prepoznale definitivni učinak terapije protiv teških simptoma anoreksije i bulimije nervoze. Neka izvješća govore o upotrebi ciproheptadina, lijeka s antihistaminskim i antiserotonergičkim svojstvima kod restriktivnih oblika anoreksije nervoze. Upotrebljavaju se antidepresivi (klomipramin, fluokstine, paroksetin), a smatra se da se njihov terapijski učinak očituje i zbog koegzistencije depresivnih poremećaja kod anoreksije nervoze. Upotreba tricikličkih antidepresiva može uzrokovati dodatnu hipotenziju i aritmiju srca bolesnika u kojih je smanjena tjelesna težina. Jednom kad se adekvatni prehrambeni status uspostavi, rizik od ozbiljnih nuspojava tricikličkih antidepresiva se smanjuje. No, u nekim slučajevima depresija se pogoršava dobitkom na tjelesnoj težini i normalizacijom prehrambenog statusa.

Često se primjenjuju i atipični antipsihotici (npr. olanzapin) jer je poremećaj doživljaja izgleda vlastitog tijela na psihotičnoj razini. Kako bolesnici dobivaju na tjelesnoj težini, raste i njihova napetost i anksioznost, zato im se daju anksiolitici (u našoj klinici to je najčešće alprazolam).

U recentnoj literaturi nalaze se opisi primjene **elektrostimulativne terapije** (EST) kod anoreksije nervoze, najčešće uz komorbiditet depresivnog poremećaja. Na našoj klinici četiri je puta aplicirana navedena terapija, tek jedna od tih pacijentica ponovo je na liječenju.

Liječenje bolesnika protiv njegove volje. Neki pacijenti trebaju se hospitalizirati protiv svoje volje. To se obično događa kada je bolesnik ozbiljno bolestan, a ne želi pristati na liječenje ili čak praćenje akutnih medicinskih problema.

Uvjeti prema kojima bi se pojedinac trebao hospitalizirati protiv svoje volje su različiti. Ne samo da su točne indikacije zbog kojih bi bolesnik trebao biti hospitaliziran protiv svoje volje različite, nego je različito i trajanje takvog liječenja i mjere koje se smiju poduzeti. No, rizik smrti zbog niske težine, bradikardija, tahiaritmija, hipokalijemija, bol u prsištu i teška ortostatska hipotenzija najčešći su razlozi zbog kojih su pacijenti primljeni protiv svoje volje.

Općenito, treba upotrijebiti najmanje nametljiv pristup. No, ako je bolesnikova težina prihvatljiva, a razina kalija niska, primjeren odgovor bi trebala biti administracija kalija, a ne pokušaj debljanja. Intervencija protiv bolesnikove volje trebala bi biti što kraća, iako bi cilj hospitalizacije bolesnika protiv njegove volje trebao biti jasan na početku liječenja.

Kada bolesnika treba hraniti protiv njegove volje, treba ga također informirati o količini kilograma koju mora postići da bi bili otpušten, te ponuditi izbor da jede samostalno ili da bude hranjen na silu. Ako ne želi samostalno jesti, tada se preferira nasogastrično hranjenje. To zahtijeva konzultacije s internistom i pažljivo medicinsko motrenje. Medicinski problemi koji se najčešće javljaju su hipofosfatemija i preopterećenje tekućinom. Parenteralno hranjenje je mnogo složenije i nosi značajni medicinski rizik od infekcije. Ova mogućnost trebala bi biti sačuvana samo za krajnje situacije.

U svakom slučaju, hranjenje protiv bolesnikove volje trebalo bi izvesti što je moguće nježnije i što je kraće moguće. Nikad se ne smije upotrebljavati kao kazna.

Posebne okolnosti. Bolesnici s dijabetesom melitusom predstavljaju poseban problem. Većina kojima je potrebna hospitalizacija je izrazito nestabilna, a vrijednosti šećera u krvi dosežu 60 mmpl/L. Mnogi takvi bolesnici traže posebnu pozornost i katkad je teško prebaciti odgovornost kontrole glukoze na njih.

Kronično bolesni pacijenti često se susreću u bolnicama. Za većinu takvih pacijenata formalni pokušaj liječenja je nepoželjan i nije prihvatljiv. Prihvatljiv način liječenja je u dogovoru s pacijentima o posebnim tretmanima i ispunjavanju zadataka, a liječenju bi trebalo pristupiti bez predrasuda. U današnje vrijeme želje kronično bolesnih pacijenata ne poklapaju se sa željama obitelji. Obično je dobro posavjetovati se s kolegama o problemu i odluci kako nastaviti liječenje.

Smjernice

Potrebne su studije koje bi raščistile koji su elementi bolničkog liječenja potrebni da bi se postigli rezultati. Uloga liječenja protiv bolesnikove volje je slabo opisana i koristilo bi daljnje istraživanje. Uloga bolnice u liječenju kronično bolesnih pacijenata također je neshvaćena. M

LITERATURA

1. American Psychiatric Association. Practice guidelines for eating disorders. Am J Psychiatry 1993; 150:212.
2. Artman H, Grau H, Adelmann M, Scleiffer R. Reversible and nonreversible enlargement of cerebrospinal fluid spaces in anorexia nervosa. Neuroradiology 1985; 27:304.
3. Wilson GT, Fairburn CG. Cognitive treatments for eating disorders. J Consult Clin Psychol 1993; 61:261.
4. American Psychiatric Association. Practice guidelines for eating disorders (revision). Am J Psychiatry 2000; 157:1-39.
5. Yager J, Gwirtsman HE, Edelstein CK. (Eds.). Special problems in managing eating disorders. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1992.
6. Baran SA, Weltzin TE, Kaye WH. Low discharge weight and outcome in anorexia nervosa. Am J Psychiatry 1995; 152:1070-2.