

# Sadašnje stanje i budućnost liječenja i prevencije poremećaja jedenja u Hrvatskoj

prof. dr. sc. Vesna Vidović

Klinika za psihološku medicinu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, KBC Zagreb

Iz prikaza sadašnjeg stanja psihijatrijskog liječenja anoreksije nervoze i bulimije u svijetu i uvida u načine liječenja pacijentica u Hrvatskoj vidljivo je da, iako se bitno ne zaostaje za tijekovima terapije, postoje značajni problemi s kojima bi se trebalo suočiti i odlučiti na neke promjene u dosadašnjoj praksi. Unatoč činjenici da medicina nije još našla pravi odgovor na pitanja etiologije i učinkovitog liječenja poremećaja jedenja, nema pravog opravdanja zašto danas u Hrvatskoj ne postoji bolje organizirano zbrinjavanje oboljelih. Iako nedostaju precizni epidemiološki podaci, svakodnevni priliv novih pacijentica ukazuje na potrebu za otvaranjem specijaliziranih odjela za liječenje poremećaja jedenja pri kliničkim bolnicama u Zagrebu, Rijeci, Splitu i Osijeku, koji bi trebali biti prilagođeni specifičnim zahtjevima liječenja, opremljeni sadržajima koji su prijeko potrebni i posebno educiranim kadrovima

Poremećaji jedenja su bolesti s poznato velikom prevalencijom. Procijenjena je na od 0,5 do 1% za anoreksiju nervozu i od 1 do 3% za bulimiju, a kad se uključe osobe koje nemaju još sve znakove bolesti prevalencija poremećaja jedenja, može biti od 5 do 15% u zemljama zapadnog kulturnog kruga. U Hrvatskoj do sada anoreksija i bulimija nisu posebno privlačile pozornost liječnika i zdravstvene službe. Podaci o bolesti češće su se nalazili u medijima jer su zainteresirani novinari u tome našli neiscrpnu i atraktivnu temu. Bolest, posebno anoreksija nervoza, pogađa mlade osobe. Njene su žrtve nerijetko medijski poznate ličnosti iz svijeta visoke mode, zabave i sporta. Anoreksija fascinira po manifestacijama (maksimalna kontrola potreba i sposobnost suzdržavanja od hrane, vježbanje i radikalno mršavljenje) i zastrašujuća je po svojim posljedicama (ekstremna mršavost i visoka smrtnost). Anorektične osobe pobuđuju divljenje, zavist i anksioznost u poznanika, a zabrinutost, strah i osjećaj nemoći koji se javljaju u članova obitelji bolesnika u konačnici izazivaju ljutnju i paniku. Bolest se veoma teško liječi, roditeljski strah se često pretvara u ljutnju i usmjerava na zdravstvenu službu i liječnike kojima se pripisuje nesposobnost, neznanje, nedostatak opremljenosti za zbrinjavanje teških slučajeva i ravnodušnost prema patnjama i traženju rješenja.

Jedan dio primjedbi na liječenje poremećaja jedenja doista proizlazi iz prirode bolesti. Drugi je djelomično opravdan i zbog toga smatramo da se stanje treba mijenjati. Unatoč činjenici da medicina nije još našla pravi odgovor ni na pitanja etiologije, a ni na pitanja učinkovitog liječenja poremećaja jedenja, nema pravog opravdanja zašto danas u Hrvatskoj, dok se dičimo da mogućnosti naše zdravstvene službe nisu ništa slabije od onih u razvijenim zemljama, posebno na području transplantacijske medicine, liječenja teških bolesti ili liječenja neplodnosti, nemamo bolje organizirano zbrinjavanje osoba s poremećajima jedenja.

Liječenje anoreksije nervoze bi trebalo biti multidisciplinarno i timsko. Načela su jednostavna: najprije je potrebno popraviti tjelesnu težinu uz psihoterapiju u izvanbolničkim uvjetima, a u slučaju potrebe za hitnom intervencijom u bolničkim uvjetima. Problem je u tome što liječenje ovisi o dobi pacijentice i tome gdje živi.

Mlade će osobe u teškom tjelesnom stanju obično biti primljene na pedijatrijske odjele koji redovito zbog nedostatka educiranih kadrova, prije svega dječjih psihijataru i psihoterapeuta, nemaju mogućnosti da istovremeno uz popravljivanje tjelesne težine i liječenje somatskih posljedica izgladnelosti primijene psihoterapiju. Odjeli na kojima se nađu mlade adolescentice su neprikladni jer su hospitalizirane s djecom i njihove psihološke potrebe u skladu s dobi nisu poštovane. Punoljetne anorektične osobe nađu se najčešće na internim odjelima, gdje su smještene s vrlo ozbiljnim somatskim pacijentima. Psihoterapijski tretman se i ovdje rijetko kad primjenjuje. U okruženju internog odjela njihova bolest nerijetko osoblju izgleda kao nepotrebno svraćanje pozornosti na sebe, što nesvjesno izaziva teško kontrolirani agresivitet. Dok leže u krevetu kraj pacijenata koji se teškom mukom bore za svoj život, čini se kao da ga one neodgovorno namjerno odbacuju. Na koncu, tek nemoć i nedostatak promjene dovodi do toga da bolest, za koju veliki dio liječnika i laika nerado priznaje da je psihijatrijska, dovede pacijenticu na psihijatrijski odjel, više kao po kazni nego zato što bi netko imao ideju da će joj tamo bolje pomoći.

Problemi liječenja anorektičnih bolesnica na internim odjelima nisu uopće naša lokalna specifičnost, o njima je pisano u literaturi s opisom incidenata koji su uslijedili zbog temeljnog nerazumijevanja psiholoških problema oboljelih od anoreksije i kontratransfernih reakcija osoblja.<sup>1,2</sup>

Liječenje poremećaja jedenja trebalo bi se odvijati u specijalnim i za to prilagođenim odjelima s posebno educiranim personalom. Takvih odjela sada nema, a potrebe su doista velike.

Kada stanje bolesnice ne zahtijeva hospitalizaciju, ona bi trebala biti podvrgnuta psihoterapiji, što je danas u Hrvatskoj moguće samo u nekoliko većih gradova zbog nedostatka kvalificiranih kadrova.

## Liječenje anoreksije nervoze - iskustva različitih pristupa

U opsežnom pregledu literature o farmakološkom liječenju poremećaja jedenja de Zwaan i Roerig navode da je do sada veliki broj lijekova isproban u liječenju akutne anoreksije nervoze. U literaturi se nalaze podaci iz randomiziranih kontroliranih studija o

korištenju antidepresiva, antipsihotika, prokinetičkih supstancija, cinka, litija i klonidina. Rezultati su bili uglavnom razočaravajući u odnosu na dobivanje na težini. Nepotpuni dokazi postoje o utjecaju selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina (fluoksetin) u uspješnom održavanju težine u osoba s anoreksijom nervozom. Pozitivni rezultati u studijama s malim brojem ispitanika ili u prikazima slučajeva ukazuju da bi atipični antipsihotici kao što su olanzapin i risperidon trebali biti detaljnije ispitani u randomiziranim kontroliranim studijama. Uz korištenje ovih lijekova poboljšana je tjelesna težina bolesnica i smanjeni opći psihopatološki znaci kao što su anksioznost, uznemirenost i opsesivne misli. Ovo područje zahtijeva još mnogo provjera, posebno zbog činjenice da dosadašnji rezultati ništa ne govore o djeci i adolescentima jer je većina studija bila provedena na odraslima.<sup>3</sup>

Bolničko liječenje anoreksije nervoze osigurava dobitak na težini, što jednom dijelu bolesnica koje dolaze u iznimno lošem tjelesnom stanju spašava život. Nažalost, poznato je da hospitalni programi imaju neprihvatljivo visok postotak recidiva. Psihologijske tehnike koje uključuju savjetovanje o djeteriji, individualnu dinamičku, grupnu i obiteljsku terapiju učinkovite su u pogledu dobivanja na težini i smanjivanju recidiva, a ambulantno psihoterapijsko liječenje je u biti dugotrajno učinkovitije no što se prije mislilo.

Roth i Fonagy u svom pregledu literature o psihoterapijskom tretmanu anoreksije navode niz zanimljivih studija koje dokazuju da je neusporedivo korisnije liječiti anorektične osobe psihoterapijom nego očekivati da će doći do promjena samo uz kontrole i procjene.<sup>4</sup> Russel i suradnici dokazali su u svojoj studiji da mladim pacijenticama čija je anoreksija počela prije osamnaeste godine bolje odgovara obiteljska terapija, dok je za one čija je anoreksija počela poslije devetnaeste godine prikladnija individualna psihoterapija.<sup>5</sup>

Stalno ponavljanje dileme o vrsti psihoterapijskog pristupa nije do sada dalo jasne rezultate. Čini se da se u mnogim člancima uz strogo kontrolirane uvjete studija ipak donekle može osjetiti naklonost autora. U pregledu studija o učinkovitosti Wilson navodi tri studije koje obrađuju učinkovitost kognitivno-bihevioralne terapije.<sup>6</sup> Taj i drugi pregledi često citiraju studiju Jill Treasure i suradnika, koji su uspoređivali pacijentice koje su bile uključene u izvanbolnički bihevioralni postupak s kontroliranim unosom hrane, progresivnim jedenjem i ciljnom težinom, uz rasprave o težini i obliku tijela, s onima koje su bile uključene u kognitivno-analitičku terapiju koja integrira psihodinamske faktore s bihevioralnim i ima u žarištu pitanja interpersonalnih odnosa i transfera.<sup>7</sup> Liječenje je u obje grupe trajalo 20 tjedana, a uz podjednaki broj onih koji su ispali iz studije (oko 33%) obje grupe su uspjele dobiti oko 85% tjelesne težine. U zaključku Wilson se priklanja, uz ogradu da nema dovoljno na dokazima utemeljenih preporuka, kognitivno bihevioralnoj terapiji kao metodi izbora. Jeammet smatra da rezultati istraživanja učinkovitosti kognitivno-bihevioralnog liječenja u anoreksiji nervoze nisu ni izdaleka tako uvjerljivi kao kad se govori o liječenju bulimije nervoze tom metodom.<sup>8</sup> On se poziva na istraživanje C. Dare i I. Eisslera o uspješnosti psihoanalitičke i obiteljske terapije koje u odraslih anorektičnih osoba daju dobre rezultate i naglašava da longitudinalne studije pokazuju da čak i onda kada simptomi poremećaja jedenja nestaju, u gotovo 50% anorektičnih osoba depresivnost, povlačenje od društva i paranoide tendencije zaostaju.<sup>9</sup> Jeammet naglašava: budući da još uvijek ne postoji dovoljno informacija o dugotrajnim učincima psihoterapijskih postupaka, ne bi se smjelo diskvalificirati pojedine kliničke postupke, posebno individualnu psihoanalitičku psihoterapiju i metode koje kombiniraju individualnu i obiteljsku terapiju jer, kako navodi, danas mnogi kliničari prepoznaju da su bolesnice iznimno osjetljive na terapijsko okruženje i na sliku o sebi koju njihov terapeut reflektira natrag njima.<sup>8</sup>

Unatoč činjenici da se većina anorektičnih osoba liječi u izvanbolničkim uvjetima, potrebno je posvetiti se na trenutak programima bolničkog liječenja anoreksije.

Hsu navodi osam bitnih ciljeva bolničkog liječenja anoreksije nervoze.<sup>2</sup>

1. Ponovno zadobivanje tjelesne težine zajedno s individualnom i obiteljskom terapijom kako pacijentica ne bi imala osjećaj da je povećanje tjelesne težine jedini cilj liječenja.
2. Uspostavljanje povjerenja između pacijentice i tima da će njezino dobivanje na težini biti kontrolirano.
3. Strah od gubitka težine uz česta jedenja malih količina hrane i postupan dobitak na tjelesnoj težini (200 grama dnevno).
4. Jedenje uz nazočnost osoblja i raspravu o strahovima odnosno ohrabrivanje pacijentice.
5. Vaganje u pravilnim razmacima kako bi pacijentica mogla kontrolirati dobitak ili pad na težini.
6. Pozitivna i negativna potkrepljenja kako bi pacijentica shvatila da može kontrolirati ne samo svoje ponašanje nego i njegove posljedice.
7. Sučeljavanje i kontroliranje povraćanja ili čišćenja.
8. Disfunkcionalni konflikti s obitelji u svezi s jedenjem ne smiju se uspostavljati ponovno u bolnici, osim u prilikama kontrolirane seanse s roditeljima koja se izvodi u terapijske svrhe.

Velike su razlike u pristupima pacijenticama u bolničkom liječenju u pogledu života na odjelu, traženja od bolesnice i ciljne težine koju bi tijekom boravka na odjelu trebala postići. Svi naglašavaju veliku ulogu medicinskih sestara, koje bi morale biti sposobne pružati podršku pacijenticama i imati razumijevanja za njihovo stanje, a istovremeno biti educirane da izbjegnju zamke njihovih manipulacija i izazova.

Programi liječenja su različiti. Andersen i suradnici opisuju način bolničkog liječenja koje provode na psihijatrijskom odjelu odnosno centru za poremećaje jedenja Univerzitetske bolnice u Iowa Cityju, SAD.<sup>10</sup> Bolnička skupina se sastoji od psihijatra, psihijatrijskog specijalizanta, psihologa, medicinske sestre, socijalnog radnika, dijetetičara, okupacijskog terapeuta i, ovisno o dobi bolesnice, stručnjaka koji će se baviti profesionalnom rehabilitacijom ili edukacijom ako je riječ o pacijentici koja je u procesu školovanja. Smisao liječenja je da pacijentica uz bitan cilj dobivanja na težini razvije vještine izlaženja na kraj sa stresom, smanji potrebu za prisilnim vježbanjem, konstruktivno upotrebljava svoje slobodno vrijeme, nauči nešto o prehrani i kuhanju, uvježba samopotvrđivanje i opuštanje, stabilizira raspoloženje, spriječi gubitak na težini i umanji perfekcionizam. Modaliteti liječenja uključuju grupne, individualne i obiteljske metode. Članovi tima usko surađuju kako bi osigurali strukturu i podršku pacijenticama u liječenju i izbjegli "splitting" kako bi uravnotežili podršku s uspostavljanjem granica i supervizirani i neovisni rad. Pacijentice su aktivno uključene u neku vrstu programa velik dio dana. Dan počinje psihoedukacijskom grupom u kojoj uče o učincima izgladnjivanja i načelima zdravog socijalnog i psihološkog funkcioniranja. Nakon toga sudjeluju u aktivnostima terapijske grupe koja omogućava izgrađivanje sposobnosti za korištenje slobodnog vremena. Okupacijska terapija se usredotočuje na planiranje obroka i kupnju. Dva dana u tjednu sudjeluju u kognitivno-bihevioralnoj grupi koju vode klinički psiholog i medicinska sestra specijalno educirana za taj oblik liječenja. Tri puta tjedno pacijentice sudjeluju u radu grupe percepcije tijela (*body perception group*) koju vodi specijalizirana medicinska sestra, nakon čega slijedi mali obrok i diskusija. Nakon večere je također diskusija. Društvene rekreacijske aktivnosti su uvečer. Iako se u radu s pacijentima dosta koristi kognitivno-bihevioralna terapija, autori naglašavaju psihoedukacijsko i psihodinamsko liječenje koje služi kao potpora kognitivno-bihevioralnom modelu u kojem su educirani svi članovi tima. Protokol liječenja odaje izrazito strukturiranu okolinu s precizno određenim pravilima ponašanja od obroka, kalorija, izbora hrane, vježbanja, ovlaštenjima osoblja koja su velika i također s velikim restrikcijama za pacijente koji su stalno pod jakim nadzorom, a u početku liječenja potpuno zatvoreni na odjelu, uz postupno uvođenje dozvola za kretanje uvijek pod nadzorom osoblja.

M. M. Fichter smatra da je psihološko, odnosno **psihoterapijsko liječenje** terapija izbora, ali da će pacijentica imati slabe koristi od psihoterapije ako je tjelesna težina izrazito mala.<sup>11</sup> Zbog toga je tjelesni oporavak prvi cilj svakog liječenja, a neki oblik bolničkog liječenja, stacionarnog ili na osnovi dnevne bolnice, uvijek je očekivani prvi korak u liječenju. Indikacije za bolničko liječenje su jasne: ozbiljne fizičke komplikacije ili rizik suicida, vrlo niska tjelesna težina s medicinskim komplikacijama, slab učinak izvanbolničkog liječenja, nemogućnost izvanbolničkog liječenja, ozbiljni poremećaji u ponašanju i potreba da se pacijentica odvoji od obitelji. Nema suglasnosti o tome koliko treba trajati bolničko liječenje kao ni koliko treba biti ciljna težina. Ipak, iskustvo pokazuje da one bolesnice koje napuštaju bolnicu s normalnom, za dob i visinu očekivanom težinom imaju bolju prognozu nego one koje ranije prekidaju liječenje. Međutim, brzi dobitak na težini, čemu su sklone pacijentice ne bi li se što prije spasile bolničkog nadzora, vrlo je loš prognostički znak. Dobitak na težini mora biti spor i zbog toga učinkovito liječenje zahtijeva dužu hospitalizaciju. Iako je u pogledu troškova to možda naoko neprihvatljivo, treba imati u vidu da se dugoročno s kraćom hospitalizacijom samo gubi ako se njome stvara česte recidive. Fichter također navodi da su u liječenju anoreksije posebni lječilišni centri u prednosti jer pružaju mnogo više psihoterapijskih i grupnih terapijskih programa.<sup>11</sup> Posebno je naglašena uloga bihevioralnih pristupa u dobivanju na težini koji su na različite načine prisutni u gotovo svim programima liječenja. Treba spomenuti da suvremeni pristup odbacuje izrazito rigidni bihevioralni postupak kakav se provodio prije tridesetak godina i bio iznimno restriktivan tako da je izgledao dominantno kažnjavajući. Danas se više nastoji podržati i ohrabriti pacijenticu, a prisilno hranjenje se koristi doista samo u iznimnim slučajevima životno ugrožavajuće kaheksije. Zanimljivo je zapažanje da pacijentice obično mnogo znaju o kalorijama, a veoma malo o zdravoj prehrani. Zbog toga se u liječenju planiraju aktivnosti koje im omogućavaju učenje o tom aspektu života. Za pacijentice je također veoma važno da se postupno prilikom otpuštanja iz bolnice vodi računa da ne dođu u vakuum u pogledu terapije i da im se na vrijeme osigura terapeut u izvanbolničkim uvjetima kako se ne bi osjetile izgubljene. Posebno se naglašava da su puno bolji uvjeti za liječenje pacijentica ako je odjel na kojem se nalaze posvećen upravo toj problematici. I tada anorektične osobe mogu predstavljati izazov za tim zbog svoje komorbidne psihopatologije i sklonosti impulzivnosti s ispadima zlouporabe alkohola, krađa, pokušaja suicida ili tendencije samoranjavanja pa je i za najuvježbaniji tim liječenje često pravi izazov.

Radi ilustracije o stavu prema liječenju anoreksije donosimo "dijagnostički servis paket" na osnovi koga se planira budžet za službe mentalnog zdravlja za djecu i adolescente u Velikoj Britaniji, s procjenama troškova za liječenje anoreksije nervoze iz 1991. godine. Taj paket predviđa da će u blagim slučajevima anoreksije (psiho)terapija trebati biti 2 sata tjedno tijekom četiri tjedna i 1 sat tjedno tijekom 50 tjedana s grupnim liječenjem od 1,5 sati tjedno tijekom 30 tjedana s tri sata procjene na kraju liječenja. U težim slučajevima će hospitalizacija trajati 90 dana s tjednim liaison radom, (psiho)terapijom individualnom i obiteljskom odnosno radom s roditeljima jednom tjedno tijekom 12 tjedana. Dok se u prvoj varijanti blaže forme troškovi liječenja procjenjuju na 1677 GBP, u težim se slučajevima očekuje da troškovi liječenja narastu na 17.591 GBP.<sup>12</sup>

### Liječenje bulimije nervoze

Za farmakološko liječenje bulimije nervoze preporučuju se anti-depresivi, posebno fluoksetin. Antidepresivi smanjuju broj bulimičnih simptoma i komorbidne psihopatološke fenomene, uključujući depresiju i anksioznost.<sup>3</sup> Kombinacije kognitivno-bihevioralnog pristupa i lijekova bolje su od samih lijekova. Budući da su uz lijekove česti recidivi, u novijim se studijama preporuča promjena lijeka nakon recidiva.

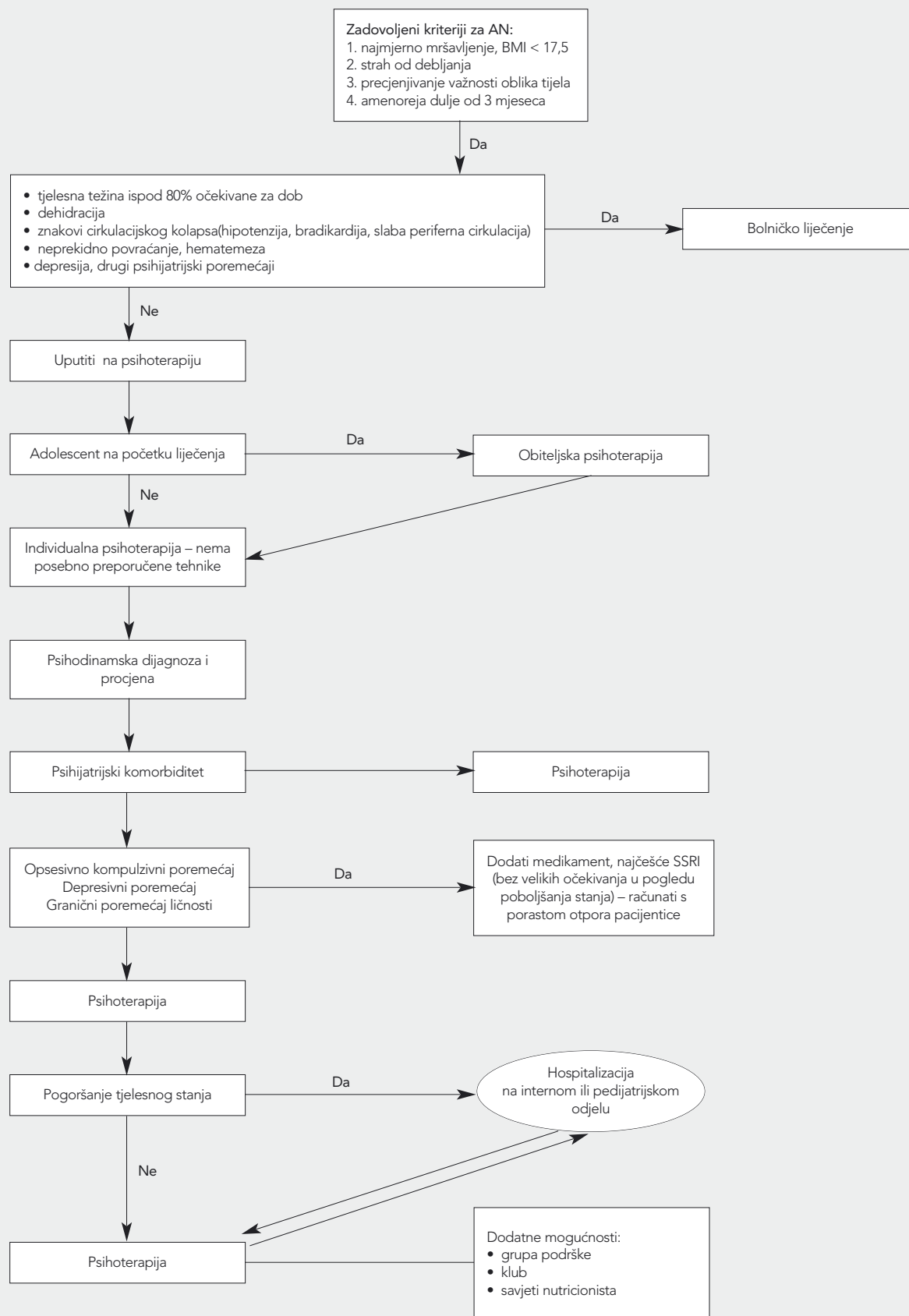
Metaanalize pokazuju da se u terapiji bulimije, koliko se može zaključiti iz broja publiciranih studija, najvećim dijelom koristi kognitivno-bihevioralni pristup, u manjem opsegu su zastupljene humanističke i psihodinamske intervencije. Dio se studija odnosi na korištenje lijekova. Kognitivno-bihevioralne terapije se sastoje od edukacijske komponente, samopraćenja i samoregulacijskih strategija s ispitivanjem disfunkcionalnih stavova prema jedenju, ovladavanja čišćenjem i ponovnim uspostavljanjem kontrole jedenja. Craighead i Argas pregledali su 10 studija o kognitivno-bihevioralnoj terapiji i zaključili da se smanjenje čišćenja nakon terapije nalazi prosječno u 79% pacijenata, a prosječno 59% pacijenata postiže remisiju.<sup>13</sup> Mitchell i suradnici objavili su da je u 23 pregledane studije smanjenje prejedanja nadeno u prosječno 69% pacijenata, no potpuni nestanak simptoma tek u 32,8% pacijenata.<sup>14</sup> Fairburn objavljuje da je smanjenje prejedanja moguće u 73-94% osoba, a smanjenje čišćenja od 77 do 94% osoba.<sup>15</sup> Studijama o učinkovitosti kognitivno-bihevioralnog tretmana u kontrastu s ostalim terapijskim tehnikama došlo se do zaključka da je kognitivno-bihevioralni tretman uspoređen s čistim bihevioralnim i interpersonalnom terapijom bolji u pogledu smanjenja povraćanja i prejedanja te stavova prema obliku tijela i tjelesnoj težini u odnosu na interpersonalnu terapiju. Međutim, nakon jednogodišnjeg praćenja pacijentice obje terapijske tehnike su osiguravale podjednaki učinak, koji je bio bolji od učinka bihevioralne terapije.<sup>15,16</sup> U mnogim zemljama se principi kognitivno-bihevioralne tehnike primjenjuju u obliku vođenih grupa samopomoći za koje postoje dokazi da su za dio pacijentica učinkoviti oblik pomoći. Wilson navodi da je kognitivno-bihevioralna terapija relativno malo u upotrebi u liječenju bulimije, no preporuča je kao terapiju izbora uz interpersonalnu terapiju kao alternativu i korištenje selektivnog inhibitora ponovne pohrane serotonina u osoba s izraženom komorbidnom depresijom.<sup>6,17</sup>

Većina bulimičnih pacijenata može se liječiti u izvanbolničkim uvjetima i rijetko je potrebna hospitalizacija. Bolnička liječenja su ipak ponekad neizbježna u osoba s ozbiljnim komorbidnim problemima. Takvih je bolesnika oko 40%, a za 8-10% bulimičnih osoba koje Lacey naziva multiimpulzivnim bulimičarkama doista je potrebno bolničko liječenje.<sup>18</sup> Riječ je o odraslim osobama koje su sklone zlouporabi alkohola, opijata, amfetamina ili sedativa, a uz to često su sklone krađama i samoranjavanju. Impulzivne su, s čestim napadima depresivnosti ili ljutnje. Multiimpulzivne osobe nalaze se često među onima s poremećajima ličnosti, najčešće s graničnom strukturom ličnosti. Na odjelu se u modelu koji nudi autor u okviru psihoterapijskog programa primjenjuju grupna terapija po načelima grupne analize, kognitivno-bihevioralni tip grupne terapije i na transferu osnovana individualna psihoterapija te art-terapija i psihodrama. Uz to se prema potrebi provodi grupna terapija ovisnosti. Pacijentice imaju okupacijsku terapiju, čiji je cilj smanjivanje straha od jedenja u društvu i koja se bavi podizanjem samopoštovanja i ohrabruje pacijentice u pitanjima komunikacije s drugima i doživljaja tijela. One pohađaju i edukativne grupe u kojima se govori o poremećajima jedenja, ovisnosti, zlostavljanju i sličnim sadržajima. Nakon bolničkog liječenja slijedi nastavak terapije u dnevnoj bolnici 15 tjedana i dalja izvanbolnička suportivna terapija ili nastavak započete individualne terapije.

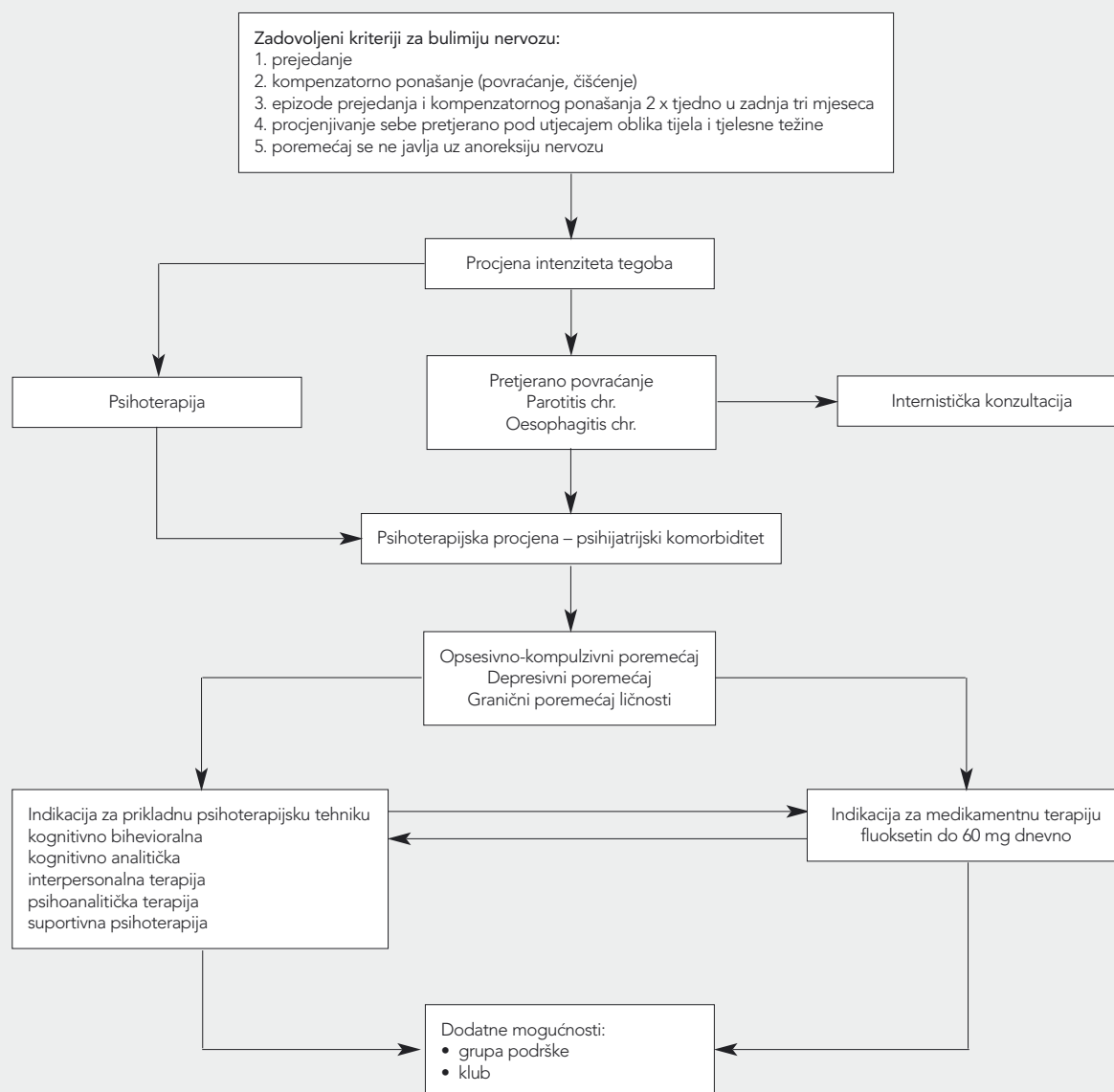
### Izbor terapije

Dio stručnjaka koji se bave primjenom psihoterapije u liječenju anoreksije i bulimije nervoze koristi na transferu osnovane psihoterapijske tehnike kao što su psihodinamska, psihoanalitička terapija, psihoanaliza ili terapije koje se oslanjaju na teorije objektnih odnosa. U mnogim terapijskim smjerovima cijeni se nezaobilazni doprinos koji su liječenju poremećaja jedenja dale feminističke teorije s naglaskom na pitanja samopoštovanja i ženskog identiteta. Na transferu osnovane terapije najčešće su dugotrajne, s ciljem rekonstrukcije ličnosti. Metodološki su problemi vjerojatno razlog što nema mnogo radova koji na dokazima utemeljen (*evidence based*)

Slika 1. Prijedlog algoritma za liječenje anoreksije nervoze



Slika 2. Prijedlog algoritma za liječenje bulimije nervoze



način potvrđuju njihovu učinkovitost. Posredno, analizirajući dosadašnje rezultate proučavanja usporednih učinkovitosti terapijskih tehnika, moglo bi se zaključiti da one imaju svoje mjesto u liječenju jer to potvrđuje kliničko iskustvo i dugotrajno praćenje bolesnica. S druge strane, dramatičnost poremećaja i ugroženost pacijentica roditelje i liječnike čini nestrpljivim i zato se stalno traže terapijske tehnike koje će učinkovito i prvenstveno brzo riješiti bar dio postojećih problema. Kognitivno-bihevioralna terapija je u prednosti. Djelovanje je međutim ograničeno čini se prvenstveno činjenicom da ozbiljan broj bolesnica ima komorbidnu psihijatrijsku psihopatologiju koja im onemogućava brzi oporavak u terapiji jer se ona oslanja na kooperabilnu pacijenticu sposobnu za organizirani pristup problemu. Kaotičnost psihičkog svijeta osobe s graničnim poremećajem ličnosti ili apatija depresivne osobe otežavaju uključivanje u liječenje i održavanje postignutog pozitivnog pomaka. U dilemi kojoj se tehnici prikloniti dobro je sjetiti se da se u teoriji psihoterapije uvijek naglašava da je ono što je ljekovito u biti sam odnos bolesnik-terapeut, pa je zato osnovni zaključak da se oboljelima od poremećaja jedenja mora omogućiti psihoterapija. Bez obzira na terapijsku orijentaciju ili školu, paci-

jentica će jedino tako imati priliku da se njezino tjelesno i psihičko stanje popravi.

### Prevenција poremećaja jedenja

Primarna prevencija bila bi idealna jer bi se provodila u cilju smanjivanja incidencije bolesti. Unatoč nastojanjima da se edukacijskim programima smanji prevalencija korištenja dijeta, namjernog povraćanja i korištenja laksativa među školskom djecom, studije učinkovitosti ovih programa primijenjenih na školsku djecu nisu zadovoljavajuće.<sup>19</sup> Iako prevalencija djeteta može biti smanjena, incidencija poremećaja jedenja ostaje jednaka. Vrlo mali broj osoba koje su na dijeti razvije poremećaj jedenja i možda su upravo one otporne na preventivne programe. Strategija primarne prevencije može kao ciljnu grupu odabrati onu koja je rizična za razvoj poremećaja jedenja, ali kada bi se u tome uspjelo, opet ne bi bilo većeg učinka jer pripadnici rizičnih grupa u općoj populaciji bolesnika čine veoma mali dio. Pokušaj utjecaja na industrije koje se bave modom i dijetama također ima problematičan uspjeh zbog kapitala koji stoji iza industrija koje zarađuju na problemu mode, hrane ili gubitka na težini.

Sekundarna prevencija je važna jer se bavi skraćivanjem trajanja



bolesti i ubrzavanjem intervencija. Važno je skratiti interval od nastupa bolesti do traženja pomoći. Treba poznavati faktore koji otežavaju ili olakšavaju traženje pomoći. Prije svega tu je nedostatak uvida u problem, uvjerenje da će sam od sebe proći, zavaravanje da problem nije dovoljno ozbiljan. U bulimiji se javljaju stid i krivnja, pa je zbog tajnosti kojom je okružena bila veoma kasno opisana u stručnoj literaturi. Stid je vezan za teškoće da se liječniku prizna što je problem. U pristupu liječenja važno se boriti protiv straha od liječenja koji je prisutan jer se povezuje s dobitkom na težini. Na kraju nisu zanemarivi ni financijski aspekti traženja pomoći, na primjer skupo privatno liječenje. Tercijarna prevencija radi na smanjenju pobola i smrtnosti. Sadašnje stanje prevencije poremećaja jedenja opterećeno je nedostatkom relevantnih studija o učinkovitosti preventivnih programa. Neke skandinavske zemlje (Norveška) uvode vrlo sofisticirane i kompleksne programe kojima nastoje spriječiti prevalenciju i incidenciju poremećaja jedenja.

### Klinički prioriteti

U najnovijem pregledu sadašnjih saznanja o poremećajima jedenja CG Fairburn jasno se zalaže za dalje rigorozno i na podacima utemeljeno praćenje i procjenjivanje učinkovitosti liječenja poremećaja jedenja.<sup>20</sup> Dosadašnje istraživanje učinkovitosti liječenja i kliničke prakse prema njegovom mišljenju vodi do zaključka da suviše mnogo pacijentica dobiva manje od optimalne terapije, odnosno da se liječi neodgovarajućom terapijom, a suviše malo dobiva na dokazima procijenjenu učinkovitu terapiju.

### Zaključci

Iz prikaza sadašnjeg stanja psihijatrijskog liječenja anoreksije nervoze i bulimije u svijetu i uvida u načine liječenja pacijentica u našoj zemlji vidljivo je da, iako bitno ne zaostajemo za tijekovima terapije, postoje značajni problemi s kojima bi se trebalo suočiti i odlučiti na neke promjene u dosadašnjoj praksi. Iako nedostaju precizni epidemiološki podaci, svakodnevni priliv novih pacijentica ukazuje na potrebu za otvaranjem specijaliziranih odjela za liječenje poremećaja jedenja pri kliničkim bolnicama u Zagrebu, Rijeci, Splitu i Osijeku. Odjeli bi trebali biti prilagođeni specifičnim zahtjevima liječenja, opremljeni sadržajima koji su prijeko potrebni i posebno educiranim kadrovima. Pritom bi trebalo voditi računa o specifičnim potrebama koje proizlaze iz dobi bolesnika i možda odijeliti oboljelu djecu od adolescenata i mladih odraslih.

Osim odjela uz izvanbolničko liječenje, stručnjaci bi trebali pokrenuti ili stimulirati razvoj mreže grupa samopomoći. Također, potrebno je stimulirati razvoj dječje i adolescentne psihijatrije jer su u liječenju potrebni stručnjaci tog profila. Do sada je u našoj zemlji desetak specijalista iz užeg područja dječje i adolescentne psihijatrije, a oko 35 psihijatar radi na tom području, što je prema europskim mjerilima sasvim nedovoljno. Potrebno je poticati razvoj psihoterapije kojom se mogu baviti i stručnjaci nemedicinskih struka (psiholozi, socijalni radnici) uz odgovarajuću edukaciju. Programi edukacije iz niza psihoterapijskih tehnika prisutni su u Hrvatskoj i u većini slučajeva usklađeni s kriterijima i zahtjevima Europske unije. To je područje važno zato što je zbog broja oboljelih i potreba timskog pristupa vjerojatno da će se i stručnjaci drugih profila uz liječnika morati uključiti u akciju.

Programe primarne, sekundarne i tercijarne prevencije bi trebalo podržati i poticati. Do sada su neki od njih provedeni pa bi širu javnosti bilo dobro upoznati s njihovim rezultatima. Društvo bi trebalo podržavati udruge građana koje se bave ovim problemima. Udruge građana Libella iz Rijeke i Nada iz Zagreba važne su u popularizaciji i širenju znanja o problemima anoreksije i bulimije i bitne u pružanju podrške oboljelima i njihovim obiteljima. Zajedničkim naporima stručnjaka i građana okupljenima u udrugama treba zahtijevati od medija promjenu stava prema bolesti i prestanak popularizacije bolesnog ponašanja. **M**

### LITERATURA

1. Tinker DE, Ramer CJ. Anorexia nervosa: Staff subversion of therapy. *Journal of adolescent health care* 1983; 4:35-9.
2. Hsu LKG. *Eating Disorders*. New York- London: The Guilford Press, 1990.
3. de Zwaan M, Roerig J. *Pharmacological Treatment of Eating Disorders: A Review*. U: Maj M, Halmi K, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N, ur. *Eating Disorders*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 2003.
4. Roth A, Fonagy P. *What works for whom*. New York: The Guilford Press, 1996.
5. Russel GFM, Szmukler GI, Dare C, Eissler I. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry* 1987; 44:1047-10.
6. Wilson GT. *Psychological Interventions for Eating Disorders: A Review*. U: Maj M, Halmi K, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N, ur. *Eating Disorders*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 2003.
7. Treasure J, Todd G, Brolly J, Nehmed A, Denman F. A pilot study of randomized trial of cognitive analytical therapy vs. educational behavioral therapy for adult anorexia nervosa. *Behav Res Ther* 1995; 33:363-7.
8. Jeammet P, Godart N. *Different Psychotherapeutic Approaches: For What Reasons?* U: Maj M, Halmi K, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N, ur. *Eating Disorders*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 2003.
9. Dare C, Eissler I. Multi-family group day treatment programme for adolescent eating disorder. *Eur Eat Disord Rev* 2000; 8:4-18.
10. Andersen A, Bowers W, Evans K. *Inpatient Treatment of Anorexia Nervosa*. U: David M, Garner & Paul E Garfinkel, ur. *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. New York-London: The Guilford Press, 1997.
11. Fichter M. *Inpatient Treatment of Anorexia Nervosa*. U: Brownell KD, Fairburn CG, ur. *Eating Disorders and Obesity*. New York-London: The Guilford Press, 1995.
12. Light DW, Bailey VFA. *A Shrewd Investment: The Economics of Mental Healthcare for Children and Adolescents*. U: J. Gerald Young, M.D. & Pierre Ferrari, M.D. *Mental Health Services and Systems for Children and Adolescents*. Philadelphia: Brunner/Mazel, 1998.
13. Craighead LW, Agras WS. Mechanisms of action in cognitive-behavioral and pharmacological interventions for obesity and bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991; 59:115-25.
14. Mitchell JE. A review of the control trials of psychotherapy for bulimia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research* 1991; 35:23-31.
15. Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, Carr SJ, Solomon RA, O'Connor ME, Burton J, Hope RA. Three psychological treatments for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48:463-9.
16. Fairburn CG, Normal PA, Welch SL, O'Connor ME, Doll HA, Peveler RC. A prospective study of outcome in bulimia nervosa and long term effect of three psychological treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52:304-12.
17. Wilson GT, Agras WS. *Practise guidelines for treatment of eating disorders*. *Behav Ther* 2001; 32:219-34.
18. Lacey JH. *Inpatient Treatment of multi-impulsive bulimia nervosa*. U: Brownell KD, Fairburn CG, ur. *Eating Disorders and Obesity*. New York-London: The Guilford Press, 1995.
19. Fairburn CG. *Prevention of eating disorders*. U: Brownell KD, Fairburn CG, ur. *Eating Disorders and Obesity*. New York-London: The Guilford Press, 1995.
20. Fairburn CG, Harrison PJ. *Eating Disorders*. *Lancet* 2003; 361:407-15.