

Anoreksija i bulimija nervoza – rano otkrivanje i liječenje u obiteljskoj medicini

Anorexia and Bulimia Nervosa – Early Diagnosis and Treatment in General Practice

KRISTINA SAMBOL¹, TATJANA CIKAČ²,

¹Ordinacija obiteljske medicine, Dom zdravlja Varaždinske županije,

²Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Tatjana Cikač, dr. med., Varaždin

SAŽETAK Poremećaji prehrane, osobito anoreksija i bulimija nervoza, složeni su poremećaji ponašanja karakterizirani snažnom potrebom za kontrolom nad hranom i tjelesnom masom. Točni epidemiološki podaci o broju oboljelih u Hrvatskoj ne postoje, no procjenjuje se da u Hrvatskoj od poremećaja prehrane boluje 35.000 – 45.000 osoba. Ovaj članak donosi kratak pregled poremećaja prehrane s naglaskom na potrebi ranog otkrivanja. Ukratko je iznesen osnovni koncept postavljanja dijagnoze i liječenja prema novim smjernicama. U ranom prepoznavanju bolesti, nadzoru i koordinaciji procesa liječenja važnu ulogu ima liječnik obiteljske medicine.

KLJUČNE RIJEČI: poremećaj prehrane, epidemiologija, obiteljska medicina

SUMMARY Eating disorders, particularly anorexia and bulimia nervosa, are complex illnesses with behavioural problems and an obsessive preoccupation with the control of eating and weight. No accurate epidemiological data on the number of patients in Croatia are available, but 35,000 to 45,000 people are estimated to suffer from an eating disorder. This article presents a brief overview of eating disorders with a focus on their early diagnosis. It also briefly presents the basic approach to diagnosis and treatment in line with new guidelines. General practitioners have an important role in recognising eating disorders, and in coordinating and monitoring their treatment.

KEY WORDS: eating disorders, general practice, epidemiology



Uvod

Procjenjuje se da u Hrvatskoj od poremećaja prehrane boluje 35.000 – 45.000 osoba; većinom se radi o adolescentima (1). Definiraju se kao trajan poremećaj odnosa prema jelu i slici o izgledu vlastitog tijela koji za posljedicu ima poremećen unos hrane sa znatnim oštećenjem fizičkog zdravlja i psihosocijalnog funkcioniranja (2). Ne postoji jedinstven uzrok poremećaja prehrane. Nastaju kao posljedica razvojnih i obiteljsko-socijalnih poremećaja ili su uzrokovani biološkim čimbenicima. Neki od faktora koji utječu na nastanak bolesti jesu: kulturološki i obiteljski pritisak, emocionalni poremećaji i poremećaji ličnosti (3). Genetika također može imati malu ulogu. Smatra se da je najugroženija životna dob od 10 do 30 godina (3). Najviše se vežu uz ženski spol (9 : 1 u korist žena) iako se sve češće javljaju i kod muškaraca osobito u mlađoj životnoj dobi (3). U klasifikaciji poremećaja dvije su glavne dijagnostičke kategorije: anoreksija nervoza i bulimija nervoza. Njihov puni klinički oblik krajnji je i najteži oblik poremećaja. Anoreksija nervoza psihijatrijski je poremećaj obilježen odbijanjem zadržavanja normalne tjelesne mase.

Razlikujemo dva osnovna tipa anoreksije: restriktivni koji karakterizira redukcijska dijeta i prežderavajući/purgativni kod kojeg se uz dijetu povremeno javlja prejedanje te izbacivanje hrane iz tijela laksativima ili povraćanjem (2). Bulimija se očituje uzimanjem prekomjernih količina hrane i kompenzacijskim ponašanjem (povraćanje, laksativi, prekomjerna tjelesna aktivnost) (4). Prema podacima, svega 30% onih koji imaju poremećaj potraži stručnu pomoć (1).

Etiologija i epidemiologija

U nastanku poremećaja prehrane bitna je interakcija bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika. Hsu tvrdi da dijeta u mladih osoba može biti uvod u poremećaj prehrane ako je udružena s niskim samopouzdanjem, lošim doživljajem tijela i kada u obitelji postoje osobe s poremećajima afekata ili jedenja (5). Ostali čimbenici rizika jesu osjećaj neučinkovitosti, potreba za pretjeranom kontrolom osjećaja, poslušnost ili kod bulimije nedovoljna kontrola afekata i impulsa. Velik utjecaj ima okolina aktualnim shvaćanjem ljepote i promocijom mršavosti kao ideala. Psihološki čim-

benici najviše utječu na nastanak poremećaja. Pri tome se posebno naglašava uloga odnosa s majkom (6). Povezanost majke i kćeri objašnjava se genskim i psihološkim obiteljskim prijenosom. Problem se veže uz anksioznost majke i sklonost da djetetove potrebe procjenjuje kao vlastite (6). Bliskost s anksioznom majkom u djeteta potiče nesigurnost i nedovoljno samopouzdanje. Adolescencija je kritično razdoblje za nastanak anoreksije nervoze. Istraživanja su pokazala povezanost depresije i introverzije s poremećajima prehrane (7). Pokazalo se da postoji povezanost između samopoštovanja i zadovoljstva vlastitim tijelom. Anoreksija se često povezivala sa strahom od seksualnog sazrijevanja (6). Perfekcionizam i opsesivno-kompulzivne crte ličnosti predisponiraju osobu za razvoj poremećaja prehrane (8). Osobe koje se boje odrastanja te su emocionalno nestabilnije imaju lošiji ishod liječenja poremećaja prehrane. Među članovima obitelji osoba s anoreksijom postoje čvrste veze, osobito između majke i djeteta (6). Otac mnogo radi i dosta je odsutan, a obitelj je okrenuta sebi i ima malo kontakata s okolinom (6). Način na koji funkcionira obitelj utječe na razvoj nezadovoljstva vlastitim tijelom. Ward i suradnici utvrdili su da su anoreksične djevojke i njihove majke sklone idealizaciji, imaju teškoće u procesiranju emocija i nesigurnu privrženost (9). Osobe oboljele od anoreksije najčešće su strašljive, pesimistične, povučene, ambiciozne, uporne, sklone perfekcionizmu, emocionalno udaljene i imaju nisko samopoštovanje (3). Obitelji osoba koje boluju od bulimije kaotične su, a oboljele su osobe znatiželjne, impulzivne, ekstravagantne te je i kod njih prisutno nisko samopoštovanje (6). Bulimične osobe na manje važne frustracije reagiraju prejedanjem nakon kojeg se kod njih javlja osjećaj stida i krivnje, a nakon izbacivanja hrane kratkotrajno osjećaju ushićenje (3). Cjeloživotna prevalencija za anoreksiju nervozu iznosi 0,4 – 3,7%, a za bulimiju 1,2 – 4,2% (10). Posljednjih se godina bilježi porast prevalencije za anoreksiju među djevojkama mlađim od 12 godina (11). Prema istraživanjima provedenim prije četiri desetljeća smatralo se da je anoreksija učestalija u višim društvenim slojevima, međutim, novija istraživanja povezuju bolest s profesijama u kojima je mršavost imperativ (manekenstvo, balet) (10). U Engleskoj je provedena studija na razini primarne zdravstvene zaštite o procjeni incidencije novooboljelih od poremećaja prehrane (12). Baza podataka sadržavala je više od tri milijuna stanovnika, a gledao se broj novooboljelih u razdoblju od 1994. do 2000. godine. Studija je pokazala da je relativni rizik žena u odnosu prema muškarcima za anoreksiju nervozu iznosio 12 : 1. Najveća prevalencija anoreksije zabilježena je u dobnoj skupini od 10 do 19 godina te je 2000. godine iznosila 34,6 slučajeva na 100.000 stanovnika (12). Relativni rizik od razvoja bulimije između žena i muškaraca bio je 18 : 1. U 2000. godini incidencija bulimije među djevojkama u dobnoj skupini od 10 do 19 godina bila je 35,8 na 100.000

stanovnika (12). Pregledni rad koji je uključivao epidemiološke studije o poremećajima u prehrani uglavnom iz područja zapadne Europe i SAD-a pokazao je da je prosječna prevalencija anoreksije nervoze kod djevojaka 0,3%, a bulimije 1% (10). Oko 40% svih dijagnosticiranih slučajeva anoreksije nalazi se u dobnoj skupini od 15 do 19 godina (10). Najrizičnija grupa za razvoj bulimije jesu osobe u dobi od 20 do 24 godine (10).

Klinička slika

Anoreksija nervoza

Anoreksija nervoza poremećaj je hranjenja karakteriziran namjernim gubitkom tjelesne mase. Prosječna je dob početka bolesti 17 godina te se rijetko javlja nakon 40. godine. Prevalencija kod žena u kasnijoj adolescenciji i ranoj odrasloj dobi kreće se između 0,5 i 1%, a incidencija se povećala posljednjih desetljeća (13). Kod anoreksije nervoze tjelesna je masa 15% ispod očekivane, odnosno ITM (indeks tjelesne mase), koji se računa kao omjer mase izražene u kilogramima i kvadrata visine izražene u metrima, manji je od 17,5 kg/m² (14). Osobe gube na tjelesnoj masi izbjegavajući kaloričnu hranu, prekomjerno vježbaju, a katkad izbacuju hranu iz tijela povraćanjem ili laksativima. Zbog neadekvatne prehrane dolazi do hormonskog poremećaja, što rezultira amenorejom, a kod djece u prepubertetu zaostajanjem u rastu i psihičkim poremećajima (4). Poremećaj najčešće počinje s djetetom koja kod okoline i ne izaziva pretjeranu zabrinutost. Međutim, s vremenom opterećenje prehranom i tjelesnom masom postaje sve izraženije. Uz to se javljaju psihički problemi, socijalna izoliranost, problemi u svakodnevnome normalnom funkcioniranju (3). Oboljeli vrlo rijetko samoinicijativno potraže stručnu pomoć. Najčešće liječenje potaknu zabrinuti članovi njihove obitelji ili liječnici obiteljske medicine (2). Anoreksija nervoza svojom se tipičnom slikom jasno očituje kod starijih adolescenata i odraslih. Glavna zapreka postavljanju dijagnoze i započinjanju liječenja jest bolesnikovo poricanje poremećaja. Pružanje potpore i empatija imaju ključnu ulogu u osnaživanju osoba da se oslobode straha od dobivanja na tjelesnoj masi i normalnog hranjenja, kao i potrebe za prekomjernom fizičkom aktivnosti ili povraćanjem (2). Liječnike bi sekundarna amenoreja i drugi znakovi gubitka tjelesne mase trebali upozoriti na mogućnost da osoba boluje od poremećaja prehrane. Dijagnoza se postavlja na temelju anamneze koju potkrepljuju i podaci dobiveni od članova obitelji ili prijatelja. Fizikalnim pregledom, mjerenjem visine i težine te izračunavanjem ITM-a procjenjuje se težina pothranjenosti (2). Ostale dijagnostičke pretrage nemaju veliku ulogu u postavljanju dijagnoze, već u procjeni fizičkog stanja osobe i eventualnih komplikacija. Pretrage koje se provode jesu elektrokardiogram, laboratorijski testovi i radiološke pretrage (ultrazvuk, rendgen). Diferencijalnodijagnostički u obzir dolaze dijabetes, upalne bolesti crijeva i bolesti štitnjače (4). Prema Dija-

gnostičkom i statističkom priručniku duševnih poremećaja (DSM-V) postoje tri kriterija za postavljanje dijagnoze anoreksije nervoze. To su odbijanje da se tjelesna masa održi na minimalnoj težini za dob i visinu, izuzetan strah od debljanja, poremećen način na koji se doživljavaju težina i oblik tijela (15). Amenoreja u žena generativne dobi kao jedan od kriterija uklonjen je s obzirom na to da se ne odnosi na djevojčice u pretpubertetu, žene koje uzimaju oralne kontraceptive i žene u menopauzi te na muškarce. Neke osobe u kojih se razvija bolest pretjerano su precizne, ambiciozne, kompulzivne i inteligentne. U početnoj fazi poremećaja prisutni su anksioznost i sniženo raspoloženje (16). Napredovanjem bolesti emocionalne teškoće postaju sve izraženije. Osobe se sve više povlače u sebe, izbjegavaju socijalne kontakte, zanemaruju posao ili edukaciju i postaju nesamostalne (2). Često i kasnije u životu ostaju ovisne o svojim obiteljima te se teško upuštaju u intimne odnose s drugim ljudima (3). Gubitak tjelesne mase smatraju znakom samodiscipline, dok dobivanje na tjelesnoj masi doživljavaju kao gubitak samokontrole. Studije su pokazale da je česta komorbiditetna dijagnoza depresija koja je prisutna kod gotovo 63% oboljelih (17). Gladovanje dovodi do poremećaja općega zdravstvenog stanja: anemije, oštećenja bubrežne funkcije, kardiovaskularnih tegoba, osteoporoze. Mlade žene koje boluju od anoreksije imaju kasnije u životu povećan rizik od prijeloma (18). U kliničkoj slici izraženi su različiti metabolički i endokrini poremećaji. Postoji poremećaj spolnih hormona (sniženi LH i FSH), supresija TSH, rezistencija tkiva na hormon rasta i povišene razine kortizola (19). Tijek bolesti vrlo je varijabilan. Pojedine se osobe potpuno oporave, neke pokazuju fluktuaciju tjelesne mase s povremenim relapsom, a u drugih se tijekom godina razvija kroničan oblik bolesti. Pregled 68 studija objavljenih prije 1989. godine s vremenom praćenja od jedne do 33 godine pokazao je da se 43% bolesnika potpuno oporavi, 36% ima djelomičan oporavak, u 20% razvija se kroničan oblik bolesti i 5% umire (2). Smrt je posljedica gladovanja, neravnoteže elektrolita ili samoubojstva. Stopa smrtnosti veća je kod osoba s manjom tjelesnom masom tijekom bolesti i kod pojave bolesti u dobnoj skupini od 20 do 29 godina (20). Rijetko bolest prelazi u drugi oblik poremećaja prehrane – bulimiju nervozu. Izgladnjivanje uzrokuje promjene u moždanim strukturama, mijenja se razina svih hormona i neurotransmitera pa dolazi do promjena u ponašanju oboljele osobe. Glad uzrokuje potištenost, neraspoloženje i razdražljivost pa na neki način osoba mijenja svoju ličnost. To je pokazalo i istraživanje provedeno za vrijeme Drugoga svjetskog rata, pod nazivom Minnesotska studija izgladnjivanja (engl. *Minnesota starvation experiment*), provedeno na dobrovoljcima koji su bili podvrgnuti izgladnjivanju kako bi se utvrdile njegove posljedice na tijelo i psihi. Pokazalo se da izgladnjivanje dovodi do depresije, histerije, a većina ispitanika doživjela je i emocionalni distres. Kod nekih je došlo i do samoozljeđivanja koje se javlja kod osoba

koje imaju teškoće u kontroli svojih emocija. Mnogi su postali apatični, letargični, imali su smanjen libido, postajali su sve više socijalno izoliranima, a primijetili su i pad koncentracije te sposobnosti prosuđivanja. Istraživanje je pomoglo boljem razumijevanju utjecaja izgladnjivanja na kognitivno i socijalno funkcioniranje osoba oboljelih od poremećaja hranjenja, a osobito od anoreksije nervoze. U nekim slučajevima upoznavanje oboljelih s detaljima ovog eksperimenta može pomoći da lakše razumiju učinak izgladnjivanja na njihovo tijelo (21).

Bulimija nervoza

Bulimija nervoza jest poremećaj hranjenja psihološkog podrijetla. Karakterizira ga potreba za unosom velikih količina visokokalorične hrane nakon čega slijedi namjerno povraćanje zbog straha od debljanja (4). Uglavnom pogađa mlađe žene, a prosječna je dob pojavljivanja 18 godina (3). Može se javiti sama za sebe ili naizmjenice s anoreksijom. Uzroci poremećaja nisu potpuno poznati. Češće se javlja u obiteljima u kojima je bilo osoba s prekomjernom tjelesnom masom, depresijom, zlouporabom alkohola ili droga (22). Bulimične osobe obično teže savršenstvu i osjećaju da ne mogu zadovoljiti očekivanja roditelja. Oko polovice oboljelih ima u prošlosti iskustvo spolnog ili fizičkog zlostavljanja (23). Niska su samopoštovanja, sklone anksioznosti, obično su impulzivne, teško se kontroliraju i suzdržavaju (24). Neka istraživanja pokazala su da bulimične osobe doživljavaju hranu kao simboličnu zamjenu za ljubav i da je u pozadini poremećaja problem odnosa s majkom (6). Osjećaji nesigurnosti, uznemirenosti i žalosti za njih su nepodnošljivi i moraju ih odmah suzbiti hranjenjem. Za razliku od anoreksičnih osoba koje imaju izrazito malenu tjelesnu masu kod bulimičnih je ona normalna ili malo povećana (14). One su kritičnije prema svojoj bolesti i imaju potrebu da se promijene, no zbog osjećaja stida ne javljaju se odmah liječniku. Kao i kod anoreksije nervoze u postavljanju dijagnoze važne su anamneza i heteroanamneza dobivene od roditelja i prijatelja. Dobivaju se podaci o potrebi za uzimanjem velikih količina hrane. Osoba prestaje jesti tek kada uzeta hrana počne smetati tijelu i kada se javi osjećaj boli zbog prepunog želuca (2). Kako bi kompenzirala prejedanje, osoba pribjegava samoizazivanju povraćanja, uporabi laksativa ili diuretika. Da bi se takvo ponašanje smatralo bulimičnim, mora se događati najmanje jedanput na tjedan tijekom tri mjeseca (15). Bulimija ne podrazumijeva samo povraćanje, nego i bilo kakvo drugo neprikladno ponašanje kao što je pretjerano tjelesno vježbanje kojim se kompenzira prejedanje (3). Iako osobe s bulimijom imaju manje teških tjelesnih komplikacija, češće se prilikom prvog pregleda žale na mučninu, umor, osjećaj napuhnutosti, opstipaciju, poremećaj menstrualnog ciklusa i bol u trbuhu. Postoje erozije zubne cakline, što je patognomonično za povraćanje. Prilikom kliničkog pregleda mogu se zamijetiti

povećane žlijezde slinovnice, osobito parotidna žlijezda (4). Također se mogu pronaći ozljede na šakama kao posljedica uporabe ruku radi izazivanja refleksa povraćanja (2). Kod osoba koje su uzimale laksative ili diuretike mogu biti prisutni edemi. Njihova upotreba može dovesti do dehidracije i elektrolitskog disbalansa, hipokloremije i hipokaliemije. U gastrointestinalnom sustavu javlja se ezofagitis. Dilatacija želuca koja može dovesti do ruptur i smrti vrlo je rijetka, ali je jedan od najčešćih uzroka smrti bulimičnih osoba (2). Konstipacija kao posljedica dehidracije vrlo je česta, a zbog upotrebe laksativa javljaju se i steatoreja i gubitak proteina. Elektrokardiogramom se mogu zabilježiti smetnje srčanog provođenja kao posljedica elektrolitskog disbalansa. Dolazi do poremećaja menstrualnog ciklusa i normalnog funkcioniranja štitne žlijezde (14). Anksioznost, nisko samopouzdanje i poremećena slika vlastitog tijela negativno utječu na uspostavljanje i održavanje društvenih veza. Procjenjuje se da je prevalencija poremećaja osobnosti među osobama koje boluju od bulimije između 21 i 77% (2). Vrlo često je prisutan opsesivno-kompulzivni poremećaj. Nakon postavljanja dijagnoze bulimije uz provođenje prikladnog tretmana može se očekivati da će 50% osoba dvije do deset godina nakon liječenja biti asimptomatsko (18). 20% će ostati neizliječeno, 30% će imati faze remisije i relapsa ili će se razviti supklinički oblik bolesti (18). Studija koja je pratila 222 osobe oboljele od bulimije u periodu od 11 godina pokazala je da je 70% osoba ušlo u potpunu ili djelomičnu remisiju, a 11% je i dalje imalo simptome poremećaja (25). Nekoliko je studija pokazalo snažnu povezanost negativnog ishoda u liječenju bulimije i fluktuacije tjelesne mase, dok osobe bez teškoća u uspostavljanju samokontrole imaju bolji ishod liječenja (2).

Dijagnoza

Poremećene navike hranjenja rizična su ponašanja koja s vremenom mogu dovesti do razvoja poremećaja prehrane. Za postavljanje dijagnoze anoreksije i bulimije potrebno je zadovoljiti kriterije navedene u Dijagnostičkom i statističkom priručniku mentalnih poremećaja (DSM-V), odnosno u Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB). Postoji i nekoliko kratkih upitnika prikladnih za uporabu u svakodnevnom radu za postavljanje sumnje na poremećaje prehrane. Neki od njih su SCOFF, BITE i BES, EDS-5, EDSS, EAT-12 (2). Kod osoba s neobjašnjenim gubitkom tjelesne mase može se za postavljanje dijagnoze rabiti upitnik SCOFF koji je sastavio John Morgan. Sastoji se od pet pitanja. Ima osjetljivost od 100% i specifičnost od 90% za anoreksiju nervozu (26, 27). Iako nije dijagnostički, skor od 2 ili više treba pobuditi sumnju na postojanje poremećaja i uputiti pacijenta na daljnju obradu (26). Liječnik obiteljske medicine trebao bi preuzeti odgovornost za početnu procjenu težine bolesti i koordinaciju skrbi. Ako u liječenju pacijenata zajednički djeluju primarna i sekundarna

razina, tada se treba jasno naznačiti tko preuzima odgovornost za praćenje tih pacijenata. Pacijente i obitelj potrebno je upoznati s prirodom bolesti i procesom liječenja. Treba ih potaknuti da se uključe u grupe samopomoći i potpore. Liječnici trebaju biti svjesni da osobe s poremećajem prehrane imaju podvojeno stajalište vezano uz liječenje. U primarnoj zdravstvenoj zaštiti ciljne skupine za ispitivanje poremećaja prehrane trebaju biti mlade žene s niskim indeksom tjelesne mase, žene s poremećajem menstrualnog ciklusa ili amenorejom, pacijentice s tjelesnim znakovima gladovanja ili učestalog povraćanja i djeca koja zaostaju u rastu (28). Pitanja koja se mogu postaviti prilikom ispitivanja poremećaja hranjenja jesu: „Smatrate li da imate problema s hranjenjem?“, „Brinete li se previše za svoju tjelesnu masu?“ (28). Katkad je teško razlučiti govore li bolesnici istinu jer na navedena pitanja najčešće daju socijalno prihvatljive odgovore. Kod njih nedostaje uvid u težinu problema te pružaju otpor prihvaćanju pomoći. Osobe oboljele od anoreksije nervoze sklone su manipulaciji i prikrivanju istine.

Terapija

Prilikom procjene anoreksije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ne smije se kao jedini pokazatelj zdravstvenog rizika uzeti u obzir indeks tjelesne mase. Za ukupnu procjenu potrebno je procijeniti stopu mršavljenja, objektivne fizičke znakove i laboratorijske testove. Pri donošenju odluke o psihološkom ili psihijatrijskom liječenju treba uzeti u obzir želju pacijenata. Vrste psihoterapija koje se mogu provoditi jesu kognitivno-bihevioralne, kognitivno-analitičke, interpersonalne i psihodinamske (16). Njihov je cilj potaknuti porast tjelesne mase, steći navike zdrave prehrane te olakšati fizički i psihički oporavak. Psihološko liječenje osoba s anoreksijom treba provoditi ambulantno najmanje šest mjeseci (29). Ako dođe do pogoršanja ili nema dulje vrijeme vidljiva pomaka, potrebno je razmotriti prelazak na stacionarno liječenje ili dnevnu bolnicu (28). U Hrvatskoj postoji u Klinici za psihijatriju Medicinskog fakulteta KBC-a Zagreb, Rebro Specijalistički zavod za poremećaje prehrane. Tim stručnjaka koji ondje radi dogovara oblik liječenja indiciran prema stadiju bolesti. Zavod je osnovan početkom 2012. godine te njegova bolnička, dnevno-bolnička i ambulantna služba pružaju strukturiranu pomoć oboljelima od poremećaja prehrane. U radu Zavoda sudjeluje skupina stručnjaka različitih profila: psihijatri, psiholozi, pedijatri, internisti, nutricionisti, farmaceuti i liječnici obiteljske medicine. U rujnu 2014. godine s radom je započela i Dnevna bolnica za poremećaje prehrane u sklopu Psihijatrijske bolnice „Sveti Ivan“ u Zagrebu. Program ne uključuje bolničko ležanje te je namijenjen radno i tjelesno kompetentnim osobama. U njemu također sudjeluje tim stručnjaka koji čine psihijatar-psihoterapeut, psiholog, viša medicinska sestra, radni terapeut i kuhar. Bolnica je namijenjena osobama starijim od 18 godina koje

imaju dijagnozu anoreksije, bulimije ili nespecifičnog poremećaja hranjenja. Uključni kriterij za rad u grupi jesu uz dob i $BMI \leq 15 \text{ kg/m}^2$. Intenzivni program traje dva mjeseca te se provodi svaki radni dan u trajanju od 6 sati u nizu radionica i radnih grupa. Program rada je psihoterapijski i radi se na nekoliko razina, kognitivno-bihevioralnoj i psihodinamskoj, uz važnu nutricionističku edukaciju. Nakon toga održavaju se sastanci jedanput na tjedan idućih šest mjeseci. Sve to pokazuje da je liječenje osoba s takvim poremećajem zahtjevno, složeno i interdisciplinarno. Hospitaliziranim osobama treba osigurati simptomatsku terapiju da bi dobile na tjelesnoj masi, a uz to nastaviti sa psihološkom potporom. Nakon završetka bolničkog liječenja treba nastaviti s izvanbolničkim psihološkim liječenjem u trajanju od najmanje 12 mjeseci koje je usmjereno na stajališta prema tjelesnoj masi, ponašanje tijekom hranjenja te praćenje rizika za mentalno i fizičko zdravlje (28). Pri uporabi lijekova za liječenje komorbiditetnih stanja potreban je oprez. Posebno treba biti oprezan s lijekovima koji mogu imati štetan učinak na rad srca (antipsihotici, triciklički antidepressivi, neki antihistaminici). Ciljni je tjedni porast tjelesne mase od 0,5 do 1 kg za hospitalizirane pacijente i 0,5 kg za one koji se liječe ambulantno (29). To zahtijeva 3500 – 7000 dodatnih kalorija na tjedan (29). Važno je naglasiti da povećan unos kalorija stvara kod oboljelih pojačanu anksioznost i otpor prema liječenju. Stoga je važno postupno i dostižno dizati tjelesnu masu jer je to jedini način da ona i ostane. U liječenje pacijenata s visokim rizikom za tjelesno zdravlje potrebno je uključiti konzultanta specijalista. Hranjenje osobe protiv njezine volje složen je postupak koji treba primijeniti u krajnjoj nuždi u skrbi za oboljelog. Hospitalizirati treba samo one osobe kod kojih je tjelesno zdravlje umjereno ili jako ugroženo (28). Ako liječnik obiteljske medicine nema iskustva s liječenjem poremećaja prehrane, prilikom donošenja odluke o potrebi hospitalizacije trebao bi se konzultirati s kolegom.

Prvi je korak u liječenju pacijenata s bulimijom uputiti ih na program samopomoći. Takvi programi mogu se provoditi u centrima za poremećaje hranjenja gdje se osim pomoći oboljelima potpora pruža i njihovim obiteljima, a provode se i preventivni programi te educira javnost. Odraslim osobama treba ponuditi kognitivno-bihevioralnu terapiju tijekom 4 – 5 mjeseci uz barem 16 – 20 tretmana (28). U obzir može doći i interpersonalna terapija koju je potrebno provoditi 8 – 12 mjeseci (29). U grupama potpore koje funkcioniraju kao dopuna psihoterapiji s oboljelima se radi na izražavanju emocija, iskustava i jačanju samopouzdanja. Osobama s bulimijom može se u terapiju uključiti i antidepressiv. Lijek izbora je selektivni inhibitor ponovne pohrane serotonina (SSRI), najčešće fluoksetin, u dozi od 60 mg na dan koji može uvesti i liječnik obiteljske medicine (30). Fluoksetin je najčešće propisivani SSSRI koji je za tu indikaciju odobrila Američka agencija za hranu i lijekove. Njegovim davanjem postiže se znatan uči-

nak u akutnoj fazi bolesti, dok je u prevenciji recidiva njegov učinak umjeren (22). Antidepressivi djeluju tako što smanjuju učestalost prejedanja i povraćanja (3). Potrebno je provjeriti vrijednosti elektrolita osobito kod osoba koje često povraćaju ili su uzimale velike količine laksativa. U slučaju disbalansa elektrolita i potrebe za njihovom nadoknadom preporučuje se oralno uzimanje osim ako nije narušena gastrointestinalna apsorpcija. Većinu pacijenata treba liječiti ambulantno ili u dnevnoj bolnici. Hospitalizirati treba osobe kod kojih postoji rizik od samoubojstva ili samoozljeđivanja (28).

Poremećaji prehrane i obiteljska medicina

Poremećaji prehrane jesu bolesti praćene depresijom, anksioznošću, fobijama, paničnim poremećajem ili alkoholizmom (3). Uz to se javljaju i tjelesne komplikacije kao što su oštećenja kardiovaskularnog i gastrointestinalnog sustava, bubrega, elektrolitski disbalans, poremećaj menstruacijskog ciklusa, osteoporoza ili osteopenija te stomatološki problemi (19). Istraživanja su pokazala da samo manji broj pacijenata s poremećajem prehrane dobiva adekvatnu zdravstvenu skrb. Istraživanje u Nizozemskoj pokazalo je da se na razini primarne zdravstvene zaštite prepoznaje svega 40% slučajeva, a od toga se 79% upućuje na daljnje liječenje (32). Bulimija se prepoznaje u 11% slučajeva i 51% od njih upućuje se na sekundarnu razinu (2). Liječnik obiteljske medicine koji skrbi za oko 2000 pacijenata mogao bi očekivati 2 pacijenta s anoreksijom nervozom i 18 s bulimijom (33). Liječenje osoba je dugotrajno, katkad traje i godinama. Tijekom tog perioda potrebno je uspostaviti dobru suradnju između primarne i sekundarne razine zdravstvene zaštite, ali i sa psiholozima, roditeljima i udrugama za samopomoć. Takve udruge pružaju pomoć članovima obitelji i prijateljima oboljelih, provode i preventivne programe te educiraju javnost. Neke od udruga koje djeluju u Hrvatskoj jesu Centar BEA, Udruga Nada i Libella. Kod oboljelih se javlja strah od gubitka kontrole nad uzimanjem hrane uz osjećaj srama i krivnje. Što i koliko pojesti postaje svakodnevna unutarnja borba, katkad se čini da je prestanak uzimanja hrane najbolja opcija. Kritični prvi korak prema oporavku jest trenutak kada osoba prizna da ima problem i odluči zatražiti pomoć (2). Tada se javljaju pitanja tko će zaista shvatiti njihov problem, tko je osoba od povjerenja, kakvi su uvjeti liječenja, hoće li uspjeti zadržati kontrolu. Poremećaj prehrane složen je problem koji je izazov u liječenju. Za mnoge osobe oporavak teče u nekoliko faza, a prate ih periodi poboljšanja i pogoršanja. Tijekom procesa liječenja s vremena na vrijeme može doći do sukoba zbog očekivanja okoline osobito zato što oboljeli imaju unutarnju potrebu za vanjskim odobravanjem i žele drugima ugoditi (2). Potrebno je biti ustrajan u liječenju i znati da je oporavak moguć te da postoje osobe koje su spremne pomoći. Zasad se malo zna na koji način liječnici obiteljske medicine pristupaju i zbrinjavaju oboljele od poremećaja prehrane. Rano otkrivanje i liječenje bolesti pridonijelo bi

boljemu konačnom ishodu. S obzirom na nisku prevalenciju poremećaja u općoj populaciji, najprimjereniji bi bio oportunistički probir usmjeren prema rizičnim skupinama (mlade žene, osobe s niskim ITM-om, adolescenti zabrinuti za svoju tjelesnu masu, osobe s amenorejom ili poremećajem menstrualnog ciklusa) (34). Primarna bi prevencija pridonijela smanjivanju incidencije bolesti (35). Istraživanja nisu pokazala zadovoljavajuće rezultate u provođenju edukacijskih programa radi smanjenja prevalencije dijeta i laksativa te namjernog povraćanja među školskom djecom (35). Cilj je sekundarne prevencije ubrzati intervenciju i skratiti trajanje bolesti. Važno je boriti se sa strahom od liječenja koji je prisutan jer se povezuje s dobitkom tjelesne mase. Tercijarna prevencija radi na smanjenju pobola i smrtnosti. Sadašnje stanje prevencije poremećaja opterećeno je nedostatkom relevantnih studija o učinkovitosti njihova provođenja (35).

ZAKLJUČAK

Ranim otkrivanjem i praćenjem oboljelih može se prevenirati prelazak bolesti u kronični oblik i nastanak brojnih zdravstvenih problema. Važno je pratiti zdravstveno stanje svakog pacijenta i biti što dosljedniji u pružanju zdravstvene usluge.

Nakon postavljanja dijagnoze potrebno je procijeniti koliko je osoba spremna na promjene i koga je sve potrebno uključiti u liječenje. Valja imati na umu da se većina oboljelih izrazito boji hrane, jedenja i dobivanja tjelesne mase (35). Roditelje treba naučiti kako da pomognu voljenoj osobi koja se pokušava oporaviti. Bez obzira na dob pacijenta važno je da liječnik s njim uspostavi povjerljiv odnos. Takav odnos pridonosi ranom otkrivanju simptoma, pozitivnoj suradnji s pacijentom i članovima obitelji te lakšem provođenju terapije. Liječnici obiteljske medicine ne mogu sami provoditi sve aspekte zdravstvene skrbi za oboljele. U svojem radu trebaju potporu ostalih profesionalaca s kojima će činiti multidisciplinarni tim (36). Točni epidemiološki podaci o broju oboljelih u Hrvatskoj ne postoje, no svakodnevni priljev novih pacijentica upućuje na potrebu za otvaranjem specijaliziranih odjela za liječenje (36). Jedan od takvih odjela postoji u Klinici za psihijatriju KBC-a Zagreb i u Psihijatrijskoj bolnici „Sveti Ivan“ u Zagrebu. Njihov je cilj da osim pružanja pomoći oboljelima od poremećaja prehrane osvijeste među stručnjacima ovaj rastući medicinski problem. Također im je cilj da prezentiraju relevantne spoznaje o mogućnostima liječenja, kao i rezultate vlastitih istraživanja. Uza sve to potrebno je stimulirati i razvoj mreže grupa samopomoći. Iako postoji strategija, u Hrvatskoj još nije organiziran sustav koji bi omogućio cjelovito rješavanje problema.

LITERATURA

1. Meštrović A. Poremećaji hranjenja. Vodič za otkrivanje, razumijevanje i traženje pomoći. Zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, 2014.
2. National collaborating centre for mental health (UK). Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Dostupno na: www.nice.org.uk. Datum pristupa: 10. 7. 2015.
3. Hotujac Lj i sur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada, 2006; 219–23.
4. Collier J, Longmore M, Turmezei T, Mafi AR. Oxford handbook of clinical specialties. 8. izd. Oxford university press, 2010; 314–208.
5. Hsu LKG. Eating Disorders. 1. izd. New York-London: The Guilford Press, 1990; 5–20.
6. Vidović V, Majić G, Begovac I. Psihodinamski čimbenici u nastanku anoreksije nervoze i bulimije nervoze. Paediatr Croat 2008;52:106–10.
7. Taylor MJ, Cooper PJ. Body size overestimation and depressed mood. Br J C Psychol 1986;25:153–4.
8. Lilienfeld LRR, Wonderlich S, Riso LP, Crosby R, Mitchell J. Eating disorders and personality: a methodological and empirical view. Clin Psychol Rev 2006;26:299–320.
9. Ward A, Ramsey R, Turnbull S, Steele M, Steele H, Treasure J. Attachment in anorexia: a transgenerational perspective. Br J Med Psychol 2001;74:497–505.
10. Knez R, Pokrajac-Bulian A, Peršić M. Epidemiologija poremećaja hranjenja u djece i adolescenata. Paediatr Croat 2008;52:111–5.
11. Jurčić Z. Razvojna dimenzija anoreksije i bulimije nervoze. Medix 2004;52:40–5.
12. Currin L, Schmidt U, Treasure J, Jick H. Time trends in eating disorders incidence. Br J Psych 2005;186:132–5.
13. Raket RE. Osnove obiteljske medicine. Zagreb: Naklada Ljevak, 2005; 476–9.
14. Ivančević Ž. MSD priručnik dijagnostike i terapije. Drugo hrvatsko izdanje. Split: Placebo d. o. o., 2010; 1701–3.
15. DSM-V American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical

- Manual of Mental Disorders. 5. izd., American Psychiatric Organization, Washington, 2013; 334-54.
16. Vidović V. Psihoterapija poremećaja jedenja. *Medix* 2004;52:50-4.
 17. Herzog DB, Keller MB, Sacks NR, Yeh CJ, Lavori PW. Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:810-8.
 18. Korndörfer SR, Lucas AR, Suman VJ, Crowson CS, Krahn LE, Melton LJ. Long-term survival of patients with anorexia nervosa: A population-based study in Rochester, Minn. *Mayo Clin Proc* 2003;78:278-84.
 19. Vrhovac B, Francetić I, Jakšić B, Labar B, Vucelić B. *Interna medicina*. 3. izd. Zagreb: Ljevak, 2003; 1335-40.
 20. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:724-31.
 21. Kalm LM, Semba RD. They starved so that others be better fed: remembering Ancel Keys and the Minnesota Experiment. *J Nutr* 2005;1347-52.
 22. Vidović V. Bulimija nervoza. 2010. Dostupno na: <http://www.pli-vamed.net/aktualno/clanak/4209/Bulimija-nervoza.html>. Datum pristupa: 10. 7. 2015.
 23. Udruga Nada. Bulimija. Dostupno na: http://www.hope.hr/index.php?option=com_content&task=view&id=5&Itemid=3. Datum pristupa: 10. 7. 2015.
 24. Fassino S, Amianto F, Gramaglia C, Facchini F, Abbate Daga D. Temperament and character in eating disorders: ten years of studies. *Eat Weight Disord* 2004;9:81-90.
 25. Keel PK, Mitchell JE, Miller KB, Davis TL, Crow SJ. Long-term outcome of bulimia nervosa. *Arch gen Psychiatry* 1999;56:63-9.
 26. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ* 1999;319:1467-8.
 27. Perry L, Morgan J, Reid F, Brunton J, O'Brien A, Luck A, Lacey H. Screening for symptoms of eating disorders: reliability of the SCOFF screening tool with written compared to oral delivery. *Int J Eat Disord* 2002; 32:466-72.
 28. Centar za poremećaj hranjenja BEA. Sažeti referentni vodič za poremećaje hranjenja. Temeljne intervencije u liječenju i upravljanju anoreksijom, bulimijom i srodnim poremećajima hranjenja, 2013. Dostupno na: http://www.centarbea.hr/sites/default/files/Sa%C5%BEeti%20referentni%20vodi%C4%8D_H_R_0.pdf. Datum pristupa: 10. 7. 2015.
 29. Mrzola N, Nasser JA, Hashim SA, Shih PB, Kaye WH. Nutritional rehabilitation in anorexia nervosa: review of the literature and implications for treatment. *BMC Psychiatry* 2013;13:290.
 30. Royal College of Psychiatrists London. Guidelines for the nutritional management of anorexia nervosa. Dostupno na: <https://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/cr130.pdf>. Datum pristupa: 10. 7. 2015.
 31. Goldstein DJ, Wilson MG, Thomson VL, Potvin JH, Rampey AH Jr. Long-term fluoxetine treatment of bulimia nervosa. Fluoxetine Bulimia Nervosa Research Group. *Br J Psychiatry* 1995;166:660-6.
 32. Smink FRE, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Curr Psychiatry Rep* 2012;14:406-14.
 33. Hoek HW. The incidence and prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in primary care. *Psychol Med* 1991;455-60.
 34. Pokrajac-Bulian A, Živčić-Bećirević I. Prevencija poremećaja u hranjenju u ranoj adolescenciji. *Medix* 2004;52:67-8.
 35. Vidović V. Sadašnje stanje i budućnost liječenja i prevencije poremećaja jedenja u Hrvatskoj. *Medix* 2004;52:69-74.
 36. Putting eating disorders on the radar of primary care providers. Dostupno na: http://www.trellis.on.ca/en/ourprograms/resources/EatingDisInside_v4.pdf. Datum pristupa: 10. 7. 2015.



ADRESA ZA DOPISIVANJE:

Tatjana Cikač, dr. med., spec. obiteljske medicine
 Specijalistička ordinacija obiteljske medicine,
 Preradovićeva 25, 42000 Varaždin
 e-mail: ordinacija.cikac.tatjana@vz.t-com.hr

PRIMLJENO/RECEIVED:

30. 1. 2015. / January 30, 2015

PRIHVAĆENO/ACCEPTED:

9. 9. 2015. / September 9, 2015

