

Poremećaji hranjenja i jedenja u ranoj dojenačkoj dobi, djetinjstvu i adolescenciji

Feeding and Eating Disorders in Infancy, Childhood and Adolescence

Vesna Vidović

Klinika za psihološku medicinu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

KBC Zagreb

10000 Zagreb, Šalata 4

Sažetak Poremećaji hranjenja i jedenja čest su medicinski i psihološki problem u adolescenciji, a mogu se javiti u dojenačkoj dobi i ranom djetinjstvu. Uzroci nastanka poremećaja su složeni i nisu potpuno istraženi. Liječenje bi trebalo biti multidimenzionalno, budući da psihofarmaci i psihoterapija primijenjeni zajedno nisu dovoljno učinkoviti, a u najvećem broju slučajeva u liječenje moraju biti uključene obitelji. Poremećaji svojom ozbiljnošću, trajanjem i teškoćama u liječenju te posljedicama za kvalitetu života i zdravlje djece i adolescenata zahtijevaju punu pažnju i ozbiljan pristup prevenciji.

Ključne riječi: poremećaji hranjenja, anoreksija nervoza, bulimija nervoza

Summary Feeding and eating disorders in infancy, childhood and adolescence are frequent medical and psychological problems. The causes of these disorders are complex and not fully explored. The treatment should be multidimensional because psychopharmacology and psychotherapy used together are not always sufficient, and in most cases families should be involved in treatment. Feeding and eating disorders are serious, long-lasting and difficult to cure. Their impact on the health and quality of life of children and adolescents requires full attention and a serious approach to prevention.

Key words: feeding disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa

Poremećaji hranjenja u dojenačkoj dobi i najranijem djetinjstvu

Poremećaj hranjenja u dojenačkoj dobi i ranom djetinjstvu može prouzrokovati **neuspjeh u fizičkom i psihičkom napredovanju djeteta**. Ovdje nas zanimaju ponajprije oni poremećaji koji nemaju organske uzroke kao što su, na primjer, malapsorpcija, kongenitalne bolesti, kardijalni ili respiratorni poremećaji i slično, nego samo oni koji su neorganski uvjetovani. Nedovoljni unos hranjivih tvari može ugroziti tjelesni razvoj, posebno razvoj mozga s posljedicama za djetetov dalji intelektualni i emocionalni status. Uzroci slabog fizičkog i psihičkog napredovanja djeteta mogu biti povezani s lošim socioekonomskim stanjem obitelji, s lošom njegom ili zlostavljanjem djeteta. Ima majki koje zbog svoje nezrelosti i nedostatka potpore od šire obitelji ne znaju kako treba hraniti dijete, u nekim obiteljima djeca slabo napreduju zbog disfunkcionalnih obiteljskih odnosa, zanemarivanja ili zlostavljanja. I u naoko "običnim" obiteljima teškoće u hranjenju mogu nastati kao posljedica poremećaja rane interakcije majka – dijete. Emocionalna

ili fizička nedostupnost majke, nedosljednost njege i pretjerana anksioznost majke u djetetu može razvijati odbojnost prema kontaktima s njom pa i onda kad mu je hrana potrebna. Iako često dramatični, ovi su poremećaji relativno rijetki i reverzibilni ako se otkriju i intervenira se na vrijeme. **Ruminacija** kao oblik ponavljane regurgitacije hrane bez drugih gastrointestinalnih simptoma praćena je također neuspjehom u dobivanju na težini u djece između 3 i 12 mjeseci. Obično se simptomi javljaju kad je dijete samo. Psihogeni ruminacija upućuje na poremećaj odnosa roditelj – dijete, a kad je dijete samo izaziva, više govori u prilog mentalnoj retardaciji (1). Spontane remisije su česte, međutim, mortalitet se procjenjuje na 25% i povezan je s malnutricijom. Roditelji su u stanju anksioznosti i imaju teškoća u razvoju privrženosti prema djetetu (2). S razvojnoga gledišta poremećaji hranjenja mogu se javiti uz **poremećaje privrženosti**, ili uz **teškoće odvajanja i individualne** u drugoj godini života ako majka ne može ispravno pratiti djetetovu potrebu za autonomijom pa dijete odgovara odbijanjem hrane. Ovo potonje neki autori su nazvali infantilnom anoreksijom nervozom jer postoje sličnosti s adolescentnom anoreksijom u psihodinamici nastanka,

odnosno u djetetovoj borbi za autonomiju (3). U dojenačkoj psihijatriji, grani medicine u naglom usponu, poznati su posebno razvijeni preventivni programi kojima su obuhvaćene majke kod kojih je moguć razvoj patološke interakcije s dojenčeta. Uz navedene poremećaje u djece se mogu javljati i posttraumatski poremećaji kada dijete odbija hranu nakon što je preživjelo strah od gušenja hranom. Napominjem da u ranom djetinjstvu govorimo o poremećajima hranjenja jer se oni zbivaju u dijadnom odnosu majka – dijete.

Poremećaji jedenja u djetinjstvu

Anoreksija nervoza

Sve češće vidimo djecu obaju spolova s ranim nastupom poremećaja jedenja. Pod nastupom u djetinjstvu razumijevamo poremećaj nastao prije četrnaeste godine života (4), a ti se poremećaji moraju razlikovati od poremećaja hranjenja u dojenačkoj dobi ili izbirljivosti u djece. Najranije su opisana djeca s anoreksijom nervozom u dobi od sedam godina. Treba napomenuti da je uglavnom riječ o anoreksiji jer bulimija nervoza iznimno rijetko nastupa prije četrnaeste godine. Incidencija dječje anoreksije nije poznata, no poslije devedesetih godina prošlog stoljeća zabilježen je nagli porast broja djece dovedene na liječenje. Ostalo je nejasno koliko je na tu činjenicu utjecalo bolje poznavanje problema ili se doista poremećaj proširio među djecom. Zanimljivo je da je u djece mnogo više oboljelih dječaka (do 25%). Uz iste simptome kao i u adolescenata djeca često dolaze na liječenje u lošem somatskom stanju jake izmršavjelosti, a često se tuže na fizičke tegobe kao što su mučnina, bol u trbuhu, nadutost ili otežano gutanje. Zanimljivo je da vrlo vješto i uspješno prikrivaju izbjegavanje hrane, a zaokupljenost vitkošću, koja je prisutna već u vrlo ranoj dobi obično poriču ili skrivaju. Iako su povraćanje i uzimanje laksativa rijetki, djeca ih također veoma vješto skrivaju.

U liječenju se najčešće primjenjuje obiteljska terapija i savjetovanje te psihodinamska ili kognitivno-bihevioralna psihoterapija. Izrazito depresivnoj djeci mogu se dati anti-depresivi. Prognoza ishoda poremećaja ne zadovoljava budući da gotovo trećina djevojčica ima dugotrajne posljedice u obliku amenoreje.

U djece se katkad javlja i **emocionalni poremećaj izbjegavanja hrane** kada djeca imaju neke simptome slične kao u anoreksiji, ali ne ispunjavaju sve kriterije za tu dijagnostičku kategoriju. Uz ograničenja u uzimanju hrane djeca katkad imaju fobične ili opsesivno-kompulzivne simptome, odbijaju odlazak u školu i postaju depresivna. Ono što nedostaje i razlikuje ovaj poremećaj od anoreksije jest nedostatak poremećenog doživljaja tijela i nema straha od debljanja.

U djetinjstvu se može javiti i veoma ozbiljan **sindrom sveobuhvatnog odbijanja**. Djeca izbjegavaju ili odbijaju jesti, piti, hodati, govoriti i raditi bilo što za sebe. Zauzimaju fetalni položaj i ne daju glas od sebe, a kad ih pokušaju hraniti, pokazuju jak strah ili ljutnju. Poremećaj se ne uklapa u

postojeće dijagnostičke kategorije i smatra se da najčešće nastaje kod seksualno zlostavljane djece kao oblik posttraumatskoga stresnog poremećaja (5).

Pica je neobičan poremećaj koji je povezan s hranjenjem i može se javiti u dječjoj dobi, ali i u odraslih osoba. Ime je dobio po latinskom nazivu za svraku budući da se ta ptica povezuje s neselektivnim proždiranje za nju jestivih i nejestivih stvari ("kradljiva svraka"). U nekim kulturama jedenje zemlje (gline) uobičajena je praksa posebno u trudnica. U djece je riječ o upornoj, prisilnoj žudnji za nejestivim tvarima. Djeca mogu jesti zemlju, glinu, kredu, žbuku, otpatke od cigareta i drugo. Ovaj je poremećaj karakterističan za osobe koje pate od razvojnih poremećaja uključujući mentalnu retardaciju i autizam te u osoba s oštećenjem mozga. Međutim, u nekih se osoba javlja žudnja za specifičnim tvarima povezana s deficitima u prehrani (nedostatak željeza, cinka ili kalcija). Nema slaganja među stručnjacima o načinu na koji se uklanja ovaj poremećaj posebno kad je on uzrokovan okolinskim faktorima (običajni), ali zbog opasnosti od ingestije otrovnih ili štetnih tvari potrebno ih je ukloniti izvan dječjeg domašaja i paziti na dječju zdravu prehranu (4, 5).

Poremećaji jedenja u adolescenciji

U užem se smislu naziv anoreksije i bulimije nervoze odnosi na oblike poremećaja koji se javljaju u početku adolescencije kao rezultat interakcije bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika. Kao što je već napomenuto u posljednje se vrijeme sve više govori o prisutnosti i specifičnosti anoreksije nervoze u djece, a izgleda da se poremećaj, iako tipičan za djevojčice u početku adolescencije, sve češće dijagnosticira i u dječaka pa je omjer 10:1 u korist ženskog spola u dječjoj dobi manji. U pogledu terminologije moramo naglasiti da se u prijevodima na hrvatski jezik klasifikacija MKB-10 i DSM-IV (6) ovi poremećaji nazivaju poremećajima hranjenja iako bi ispravan prijevod s engleskoga bio poremećaji jedenja (eating disorders) jer taj oblik, čini mi se, naglašava aktivnu ulogu pacijentice u manifestacijama poremećaja. Naime, u anoreksiji se, iako uzrokovan nedostatnom prehranom, gubitak tjelesne mase ne može povezivati s oskudicom živih namirnica ili nedostacima u prehrani koju netko drugi osigurava bolesnici, već je isključivo riječ o njezinu izboru količine hrane ili namirnica koje imaju malu kalorijsku vrijednost zbog postojećeg straha od debljanja. Prema tome, riječ je isključivo o individualnom izboru hrane i načinu na koji bolesnica jede.

Anorexia nervosa

Anoreksija nervoza postaje sve veći medicinski, psihološki i socijalni problem. Postoje mišljenja da od supkliničkog oblika anoreksije boluje 80% ženske populacije ako se on definira kao zaokupljenost prehranom, veličinom i oblikom tijela i dijetama, pod pritiskom težnje za očuvanjem vitkosti i zdravlja. Granice prema poremećajima jedenja su zamagljene.

Dijagnoza

Anoreksiju nervozu relativno je jednostavno definirati koristeći se važećim medicinskim klasifikacijama. Prema DSM IV kriteriji za dijagnostiku su:

- Namjerno mršavljenje (< 85% od očekivane tjelesne težine za dob i visinu); indeks tjelesne mase < 17,5 (BMI = težina (kg) / visina m²)
- Jak strah od debljanja usprkos gubitku na težini
- Poremećaj doživljaja veličine i oblika tijela, neprimjeren utjecaj tjelesne težine i oblika tijela na samoprocjenjivanje, poricanje ozbiljnosti aktualno niske tjelesne težine
- Amenoreja (najmanje tri ciklusa u nizu).

Prvi se kriterij odnosi na odbijanje održavanja normalne težine očekivane za dob i visinu putem namjerne stroge dijeta ili pretjeranoga fizičkog vježbanja. Treba odmah napomenuti da nije svaka mršavost povezana s anoreksijom nervozom. Razgovor s bolesnicom brzo će pokazati zbog čega je smršavjela. Pacijentice imaju potpuno iskrivljen doživljaj oblika vlastitog tijela i uvjerenе su da su debele ili da im je pojedini dio tijela loše oblikovan. Često spominju "debele noge", "debele nadlaktice", trbuh ili bokove. Način na koji doživljavaju svoje tijelo katkad gotovo nalikuje sumanutosti budući da čak i one najmršavije i dalje tvrde da su "debele". Strah od debljanja, bitni i uvijek prisutni čimbenik, povećava se s gubitkom tjelesne težine. Bolesnice su potpuno zaokupljene izgledom i hranom. Pri tome nije u pitanju samo njezina kalorijska vrijednost koja određuje što će pacijentica jesti, a što ne. Pacijentice su očarane receptima, izgledom i kvalitetom hrane pa često vole kuhati i peći kolače iako ništa od pripremljenog ne jedu. Apetit ne gube, suprotno od onoga što bi se moglo očekivati prema imenu bolesti. Osnovni je problem obuzetost oblikom tijela do te mjere da činjenice ili uvjeravanja od okoline kao da ne dopiru do pacijentice. U tom segmentu funkcioniranja izgleda da je potpuno izgubila doticaj sa stvarnošću. Jaki pad na težini, posebno ako je nastao u kratkom razdoblju, redovito je praćen gubitkom menstruacije ili odgođenim nastupom menarhe. Unatoč jednostavnoj dijagnostici treba biti oprezan posebno u djece, adolescenata i osoba s kroničnim tipom poremećaja (7). U djece i adolescenata bi radi što ranijeg otkrivanja nastupa poremećaja trebalo biti posebno osjetljiv na kriterije za postavljanje dijagnoze. U djece se odbijanje hrane često opisuje nedostatkom apetita ili odbijanjem hrane koju dijete "ne voli" i zato se preporučuje uvijek uzeti detaljne podatke o navikama jedenja od roditelja. Pristupati treba i tu oprezno zbog toga što su roditelji katkad nesvjesno poričući djetetov problem, i sami skloni prikloniti se djetetovoj verziji objašnjenja. Bolesnice u kroničnoj anoreksiji s dubokim osobnim uvjerenjem tvrde da jedu velike količine hrane, zbog potpunog gubitka uvida u svoje stanje i zbog poremećene percepcije količine hrane koju unose.

Anoreksija nervozna pojavljuje se u dva oblika. Najčešće se javlja u restriktivnom obliku koji je karakteriziran samo strogim držanjem dijeta i čestim pretjeranim fizičkim vježbanjem. Bulimični tip anoreksije nervoze teži je i opasniji oblik poremećaja zbog toga što pacijentica povremeno

nakon izgladnjivanja pojede nešto više hrane i u strahu od debljanja izaziva namjerno povraćanje ili čišćenje. Neke bolesnice namjerno povraćaju čak i najmanju količinu pojedene hrane. U razgovoru s bolesnicom treba oprezno ispitati sve aspekte života jer nerijetko su bolesnice sklone prikrivati pretjerano i namjerno fizičko iscrpljivanje vježbanjem ili intenzitet povraćanja i čišćenja.

Napominjem da su u suvremenim klasifikacijama dani precizni dijagnostički kriteriji za svaki tip poremećaja, međutim, u kliničkoj se praksi često događa da se pacijenti "ne uklapaju", već se mnogi moraju svrstati u "nespecifične poremećaje jedenja". U stručnim krugovima sve više jača svijest o potrebi unošenja promjena u sadašnje strogo određene dijagnostičke kategorije.

Anoreksiju je u mlade djevojke jednostavno prepoznati ne samo po izrazitoj mršavosti već po cjelokupnom izgledu bolesnice. Nunn (8) dao je slikovit pregled tipova osoba koje možemo sresti kod djevojčica koje izgledaju prerano ostarjele, krhke i tanke, kao male starice, do drugih koje izgledaju kao manekenke i tako su savršeno uređene kao da žele izazvati pažnju i divljenje. Ima onih koje izgledaju atraktivno na pretpubertetski način ljepotice. Ima ih koje su prihvatile sportski izgled a i onih koje nastoje mršavošću biti privlačne. Druge naprotiv skrivaju svoju atraktivnost. Naći ćete djevojčice koje izgledaju kao prestrašene životinje velikih očiju, a druge nastoje samo biti akademski uspješne. Neke fanatično kontroliraju sve oko sebe, a ima onih koje su sklone samoranjanju (obično s bulimičnom formom anoreksije) i razvijanju gađenja prema samoj sebi. Konačno neke od njih mogu biti toliko zaokupljene svojim tijelom da to poprma psihotične razmjere.

U bolesnica se često nalazi prateća psihijatrijska simptomatologija u obliku anksiozno-izbjegavajućeg ili opsesivno-kompulzivnog poremećaja, a nerijetko se vidi depresivnost ili emocionalno nezrela ličnost, osobito kad je riječ o osobama koje pate od bulimičnog oblika anoreksije. Utvrđeno je da je psihijatrijski komorbiditet povezan s intenzitetom poremećaja jedenja (9).

Izgladnjivanje ima posljedica na tijelu koje u ekstremnim situacijama vode prema općoj slabosti i letargiji, usporenom pulsu i niskom krvnom tlaku, konstipaciji, hirzutizmu, uz to karakteristični su plavičasti i hladni ekstremiteti, a od laboratorijskih nalaza treba spomenuti niske razine LH, FSH i estrogena u krvi (1). Prijeteći kolaps cirkulacije i poremećaj elektrolita te depresivnost i suicidalnost indikacije su za hitnu hospitalizaciju.

U ponašanju se zapaža povlačenje od društva, razdražljivost, izostanak zadovoljstva u prije omiljenim aktivnostima, smanjeno zanimanje za seksualnost, nisko samopoštovanje te osjećaj bespomoćnosti i neadekvatnosti, što sve nalikuje depresivnosti. Uznemirenost i naglašena potreba za kontrolom stalno su prisutne i odnose se jednako na vlastite tjelesne potrebe, kao i na osobe u okolini nad kojima pacijentica pokušava zadržati vlast. U oboljele djevojke svaka pobuna protiv njezinih želja ili očekivanja izaziva burne reakcije. Djevojke su redovito veoma uspješne u školi, sklone perfekcionizmu, često pretjeruju u očekivanju svojih velikih uspjeha, pa se u mnogo primjera vide simpto-

mi opsesivno-kompulzivnog poremećaja.

Diferencijalnodijagnostički ekstremna mršavost u mlade osobe može biti posljedica nekih tjelesnih i psihičkih poremećaja. Zato treba biti posve siguran da pacijentica nema simptome endokrinoloških poremećaja ili tumora (hipertireoza ili druge endokrine bolesti, maligne bolesti, kronične infekcije) ili simptome drugih psihičkih poremećaja. Često na anoreksiju nalikuju socijalne fobije u kojima osoba ima strah od jedenja pred drugima. Katkad izmršavjeti mogu osobe koje pate od somatoformnog poremećaja i anksioznosti (strah od gušenja komadićima hrane) ili osobe koje u psihozi odbijaju hranu zbog sumnjičavosti (kao shizofreni bolesnici) ili depresivnosti. U nekih se osoba pretjerano povraćanje može naći kao oblik konverzivnog (somatoformnog) poremećaja.

Precizni podaci o prevalenciji anoreksije nervoze u nas nisu poznati, međutim, u zemljama gdje su provedene iscrpne epidemiološke studije procjenjuje se da oko 1% mladih djevojaka (2) ima anoreksiju, dok je cjeloživotna prevalencija u ženske populacije 0,5% (1).

Etiologija poremećaja

Uzroci nastanka poremećaja jedenja su biološki, psihološki i socijalni.

Biološka predispozicija je djelomično genetska, jer je povećan rizik zapažen u bliskim srodnicima i monozigotnim blizancima (1). U bliskoj obitelji često se nalaze osobe s poremećajem jedenja, one s poremećajem afekata (depresija), osobe sklone ovisnostima posebno o alkoholu ili drogama te osobe koje pate od dijabetesa.

Tehnološka dostignuća u medicini donose nove spoznaje o funkciji mozga, a poremećaji jedenja u novije su vrijeme intenzivno istraživani. Koristeći se novom tehnologijom funkcionalne tomografije mozga, moguće je dokazati povezanost pojedinih simptoma anoreksije nervoze tijekom bolesti i nakon oporavka i promjena u regionalnom protoku krvi u pojedinim dijelovima mozga (10, 11). U rano nastalih anoreksija dokazano je da postoji disfunkcija u limbičkom sustavu, kao i značajna povezanost između jednostranog smanjenja protoka krvi u temporalnom režnju i oštećenih vidno-prostornih sposobnosti te vizualne memorije i povećane brzine prorade informacija (12, 13). Sve se bolje razumije metabolizam serotonina u poremećajima jedenja, pa iako do sada nije bilo pouzdanih podataka o učinkovitosti psihofarmaka, u posljednje vrijeme sve se više istražuju pozitivni učinci atipičnih antipsihotika (14). Ovo posljednje ne začuđuje jer se u proučavanju anoreksije uvijek i ponovno javljaju razmišljanja o bliskosti ovog poremećaja i psihoza (8).

Sociokulturni utjecaji su priznati i iscrpno istraživani čimbenik, jer je prepoznat medijski i vršnjački pritisak na djevojke s porukom da je samo vrlo mršava osoba lijepa, uspješna i popularna. U novije vrijeme i internet je dao svoj doprinos omogućavajući komunikaciju među djevojkama izloženim anoreksiji koje na poznatim "pro-ana" stranicama glorificiraju anoreksiju i razmjenjuju ideje kako uspješno smršavjeti i "prevariti" obitelj koja im to brani.

Dijeta je čest i uobičajen uvod u poremećaj jedenja. Ona počinje naoko nedužno, nije prepoznata kao opasnost, katkad je podupiru i roditelji, a vrlo se brzo može oteti kontroli. U mladim se djevojkama pridružuje čimbenik burne adolescencije, slabog samopouzdanja, već spomenuti loš doživljaj tijela te neke specifičnosti koje nalazimo u obiteljskoj anamnezi (na primjer majka u prošlosti nezadovoljna svojim izgledom i tjelesnom težinom, danas nezadovoljna i bez dovoljno samopouzdanja ne pruža dobar model za identifikaciju).

Psihološki čimbenici

Kada se govori o psihološkim čimbenicima, moramo najprije početi od činjenice da je velika većina oboljelih ženskog spola, iako se danas sve više mladića pojavljuje u anoreksiji. Djevojke su na anoreksiju osjetljivije sa psihološkog aspekta zbog specifičnosti svog odnosa s majkom, koja je najčešće anksiozna i kontrolirajuća. Majka koja je sama bila nesigurna ili opterećena izgledom u mlađoj dobi lakše će poremećaje "prenijeti" kćerima nego sinovima. U najranijem razdoblju razvoja djevojčice su u načelu rizičnije od dječaka, prije svega zato što ih mame doživljavaju sebi bliskima, gotovo istima odnosno produžetkom sebe, što utječe na majčino procjenjivanje djevojčičinih potreba koje je uvijek blisko majčinu stajalištu ili doživljaju. Majke su sigurnije da prepoznaju bolje potrebe svojih kćeri nego sinova. Potrebe dječaka manje razumiju i zbog toga se oko njih više trude. Novi problemi nastaju u adolescenciji kad su djevojke nesigurnije od dječaka, češće pate od depresivnosti, a doživljaj tijela i samopoštovanje u djevojaka više ovisi o mišljenju vršnjaka. Roditelje seksualno sazrijevanje kćeri više zabrinjava od seksualnog sazrijevanja sinova, pa nije čudno da se u djevojčica jednako tako javlja veći strah i nelagoda zbog brojnih pratećih tjelesnih promjena. Dokazano je da depresivnosti ima mnogo više među adolescenticama kao i među ženama. Upravo se depresivnost smatra rizičnim faktorom za razvoj poremećaja jedenja. Taylor i Cooper (15) dokazali su da postoji povezanost između poremećenih navika jedenja i depresije te da su socijalne teškoće i introverzija koje upućuju na otežani adolescentni razvoj povezane s razvojem poremećaja jedenja. Novi doprinosi istraživanju psiholoških aspekata anoreksije nervoze usredotočuju se na istraživanje privrženosti te temperamenta i karaktera anorektičnih i bulimičnih bolesnica. U transgeneracijskoj perspektivi utvrđeno je da većina anorektičnih djevojaka i njihovih majki ima nesigurnu privrženost, sklonost idealizaciji, teškoće u pro-radi emocija, a mnoge su majke patile od nepreboljelog žalovanja. Osobine majki, zaključili su, mogu se prenijeti na kćeri i funkcionirati kao čimbenik razvoja anoreksije (16).

Za mladu osobu u anoreksiji nesvjesni smisao njezinih težnja je izbjegavanje i strah od seksualnosti te težnja prema ekstremno krhkom izgledu. Ambicija mlade djevojke je da sve drži pod kontrolom. Ona u svemu teži savršenstvu, pa se može zaključiti da je za nju ključno pitanje prihvaćenosti i kontrole i da se za taj cilj u njezinu svijetu isplati žrtvovati. Nesigurnost i otuđenost od svog tijela odnosno težnja prema "ispravnom tijelu", izgleda, postaje osnovni za-

datak adolescentice (17). Crte ličnosti odnosno poremećaji ličnosti mogu utjecati na nastanak i ishod poremećaja. Perfekcionizam i opsesivno-kompulzivne crte ličnosti predisponiraju osobu za razvoj poremećaja jedenja, čak se čini da restriktivni oblik anoreksije i opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti imaju iste uzroke, a u pogledu ishoda brojne studije pokazuju da je komorbidni granični poremećaj ličnosti (emocionalno nestabilna ličnost) povezan s lošim ishodom poremećaja jedenja, dok je opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti također loš znak za prognozu anoreksije, kao i strahovi od odrastanja i povlačenje kao crte temperamenta i karaktera. Histrionične crte ličnosti te jasnija svijest o sebi i svojim ciljevima upućivat će na bolji ishod anoreksije (18).

Liječenje

U bolesnice s anoreksijom osnovna je teškoća u liječenju nedostatak njezina uvida u ozbiljnost problema te svjesni i nesvjesni otpori u prihvaćanju pomoći. Zbog toga je važno da se s bolesnicom uspostavi odnos povjerenja kako bi shvatila da nismo neprijatelji. Zadatak liječnika i ostaloga medicinskog osoblja jest prihvaćanje pacijentice i izbjegavanje osude njezina ponašanja ili nametanja mjera koje bi mogla doživjeti kao kaznu. Nije to uvijek lako budući da su pacijentice vješte u izbjegavanju dogovorenih aktivnosti, sklone prikrivanju istine i majstorice u (nesvjesnom) manipuliranju zbog čega se među liječnicima, slično kao i ranije u obitelji, stvaraju nesporazumi koji uspješno uklanjaju pažnju s pravog problema na nevažne razmirice među stručnjacima ili između liječnika i roditelja. Riječ je o ponašanju nastalom dugogodišnjim treningom preživljavanja u obitelji. Njih je to teže izbjeći što je pacijentica u lošijem fizičkom stanju, posebno kada se nalazi u bolnici zbog izrazito niske tjelesne težine. Popravljanje tjelesnog stanja prvi je i osnovni zadatak na početku liječenja, posebno kad ono zahtijeva hospitalizaciju. Timski rad pedijatar ili internista i psihijatar te uvježbane iiskusne medicinske sestre koje imaju potrebno znanje, vještine i smisao za rad s mladima i njihovim roditeljima bitne su komponente uspješnog liječenja. Potpora je potrebna svima – pacijentici, roditeljima, a često i članovima tima budući da stanje bolesnice nerijetko dovodi do osjećaja bespomoćnosti u onih koji se za nju brinu. Povremeno liječenje u toj fazi nalikuje na najteže pregovore s emocionalno ucijenjenim stranama. Da bi bolesnica imala poticaj za promjenu, obično se dogovara minimalna težina koju treba postići, a neki predlažu i maksimalnu kako bi se pacijentici dao osjećaj sigurnosti da se neće dopustiti da buja preko svake mjere što je njezina najstrašnija mora (1). Dobivanje na težini mora biti postupno (500-1000 g na tjedan) zato što brzo dobivanje pacijenticu plaši jer osjeća da ponovno gubi kontrolu. Treba napomenuti da je strah od debljanja to veći što je tjelesna težina niža. Uporaba nazogastrične sonde ili davanje infuzije katkad su neizbježni, ali pacijentice to doživljavaju kao kaznu. Katkad se dovode u opasne situacije manipulacijama kojima se žele "spasiti". Psihoterapija je metoda izbora i primjenjuje se nakon što pacijentica izađe iz stanja životne opasnosti. U mladih osoba smatra se najboljim

postupkom započeti s obiteljskom terapijom budući da su upravo iznimno bliski i zapleteni odnosi u obitelji i pretjerano zaštićivanje te nedostatak autonomije ono što pacijenticu na početku potiče na borbu za uspostavljanje kontrole nad svojim tijelom i životom. U kasnijoj fazi prilazi se individualnoj psihoterapiji. Iako se dio autora zalaže za kognitivno-bihevioralni pristup, dvojbena je dugoročni učinak ovog tipa psihoterapije, posebno ako anoreksiju prati ozbiljna komorbidna psihijatrijska psihopatologija. Od psihodinamske ili psihoanalitičke terapije mogu se očekivati dugoročno bolji rezultati u pogledu rasta i razvoja pacijentice. Nažalost, psihofarmaci se nisu pokazali osobito uspješnima u liječenju anoreksije. Ipak, u kliničkoj se praksi olanzapin pokazuje uspješnim u pogledu podizanja tjelesne težine ako pacijentice pristanu na takvo liječenje. Neki su skloni davanju selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina u pacijentica koje imaju znakove depresivnog poremećaja i u održavanju jednom ponovno popravljene tjelesne težine gdje se fluoksetin pokazao učinkovitim u prvoj godini nakon oporavka (19).

Ishod liječenja

Najveći se broj osoba oboljelih od anoreksije uz liječenje može oporaviti, a samo u manjeg dijela razvija se kronični oblik poremećaja. Mortalitet je teško procijeniti jer je riječ o bolesti koja može postati kronična. Letalni ishod može vrlo rijetko uslijediti u mladih osoba, veće su vjerojatnosti da se dogodi u kroničnih bolesnica i različiti rezultati istraživanja ovisе o vremenu koje je obuhvaćeno. Hsu je procijenio da se u praćenju bolesnica tijekom 4-8 godina oko 75% pacijentica oporavilo, u 20% se razvio kronični oblik anoreksije, a 5% je umrlo (20). Dio bolesnica i nakon gubitka simptoma anoreksije nerivoze još neko vrijeme pati od slabog samopouzdanja, depresivnosti i slabijeg općeg zdravstvenog stanja (21). Svakako bi trebalo naglasiti da je liječenje bitno i da se bez njega ne može očekivati promjena.

Bulimia nervosa

Dijagnoza

Bulimija je označena ponavljanjem napada prejedanja velikom količinom visokokalorične hrane u kratkom razdoblju (nekoliko sati) nakon čega slijedi kompenzatorno namjerno izazvano povraćanje kojim se pacijentica štiti od dobivanja na težini. "Iskusne" pacijentice nakon nekog vremena nauče voljno povraćati bez posebnih podražaja. Manji broj odraslih bolesnica uzima laksative ili diuretike, obično je takvo ponašanje prisutno u osoba s ozbiljnijom komorbidnom psihopatologijom. Slično kao i u anoreksiji bulimične su osobe nesigurne, imaju slabo samopouzdanje, nezadovoljne su i zaokupljene izgledom tijela. Često su sklone pretjeranom fizičkom vježbanju radi smanjenja tjelesne težine. Tjelesna težina im je najčešće u normalnim granicama, a jedan dio oboljelih ima malo povećanu ili smanjenu

tjelesnu težinu. Napadi prejedanja praćeni namjernim povraćanjem mogu se izmjenjivati s razdobljima namjernog gladovanja ili pretjeranog čišćenja čime pacijentice pokušavaju poništiti učinak uzimanja pretjerane količine hrane. Epizode prejedanja i povraćanja mogu postati česte i tada će se vjerojatno pojaviti fizičke posljedice bulimije – poremećaj elektrolita, povraćanje krvi, čest je podražaj jednjaka, propadanje zubne cakline. Prejedanje katkad dovodi do nespecifične upale parotida što bolesnicama daje karakterističan izgled. Spominje se da su prepoznatljive po popularnim kapilarama konjunktive i žuljevima ili ozljedama na rukama kao posljedicama izazivanja povraćanja.

Dijagnostika bulimije nervoze nije teška jer obično pacijentica to sama potvrdi u prvih nekoliko minuta intervjua. Međutim, većina bolesnica dolazi potražiti pomoć tek nekoliko godina nakon prve pojave simptoma, obično kad ih otkriju drugi članovi obitelji. Poremećaj je "tajna bolest" koju pacijentica nastoji što dulje prikriti zbog stida i krivnje.

Etiologija poremećaja

U pojedinim obiteljima postoji sklonost za razvoj bulimije pa se tako često među rođacima pacijentice nalaze osobe sklone debljini, depresiji ili ovisnostima. U radu s mnogim pacijenticama mogu se tijekom terapije dobiti podaci o fizičkom ili seksualnom zlostavljanju; poznato je da oba tipa događaja mogu imati traumatske posljedice i nalaze se u povijesti bolesti osoba s vrlo različitim psihičkim poremećajima, pa se ne može tvrditi da su isključivo povezani s bulimijom. Ličnost osobe u koje se razvija bulimija na psihološkim testovima pokazuje slabu kontrolu impulsa, kroničnu depresiju i sklonost ispadima u ponašanju i nisku toleranciju na frustraciju.

Liječenje

Osobe s anoreksijom i one s bulimijom imaju mnoge zajedničke osobine, ali u odnosu prema liječenju postoje razlike. Iako pacijentice dugo prikrivaju bulimiju i oklijevaju kad treba potražiti pomoć, čini se da ipak bolje i lakše prihvaćaju liječenje. U osoba s učestalim povraćanjem ili čišćenjem u početku odmah treba provjeriti vrijednosti elektrolita. Po-

kazalo se da je najbolji pristup u liječenju kombinacija psihofarmakološke terapije i psihoterapije. Značajno poboljšanje može se postići davanjem antidepresiva (selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina) u akutnoj fazi, dok je u prevenciji recidiva njihov učinak umjeren (19, 22). Američka agencija za hranu i lijekove (FDA) odobrila je fluoksetin (do 60 mg na dan) za liječenje bulimije (19, 23). Psihofarmakološko liječenje moralo bi se kombinirati sa psihoterapijom. U literaturi se nalaze studije koje govore u prilog kognitivno-bihevioralnoj terapiji kao metodi izbora za bulimične pacijentice (22), međutim njezin će uspjeh uvelike ovisiti o komorbidnoj psihopatologiji. U jednom dijelu pacijentica bulimija je praćena graničnim poremećajem ličnosti (emocionalno nezrela ličnost). S obzirom na specifičnost psihopatologije upitno je hoće li u takvoj kombinaciji poremećaja ova vrsta psihoterapije dugoročno biti uspješna, budući da se pokazalo da se promjene u ličnosti mogu postići samo psihoterapijskim tehnikama baziranim na transferu.

Ishod liječenja

U ranim studijama ishoda liječenja bulimije pokazalo se da su dugo trajanje poremećaja, depresija i pozitivna obiteljska anamneza u pogledu alkoholizma prediktori lošeg ishoda liječenja (20). U načelu pacijentice imaju dobre izgleda za oporavak uz uporno i dugotrajno liječenje. Neke osobe unatoč smanjenju intenziteta simptoma povremeno i nakon dugo vremena u posebno za njih neugodnim životnim situacijama ponovno i povremeno dobivaju napadaje prejedanja i povraćanja.

Zaključak

Poremećaji hranjenja u ranom djetinjstvu i poremećaji jedenja u adolescenciji ozbiljan su zdravstveni problem jer je etiologija nedovoljno istražena, liječenje je složeno, zahtjevno i teško, a ishod neizvjestan. Spontanog izlječenja nema. Budući da postoje podaci o povećanju broja rizične djece i adolescenata i onih u kojih su se razvili poremećaji, potrebno je razmotriti jesmo li usklađeni u pristupu poremećajima i u načinu liječenja s praksom u europskim zemljama te poraditi na prevenciji poremećaja.

Literatura

1. BARKER P. Basic Child Psychiatry. Oxford: Blackwell Publishing, 2004;156.
2. DULCAN MINA K, MARTINI R.D. Child and Adolescent Psychiatry. Washington DC, American Psychiatric Press Inc., 1999;74.
3. CHATOOR I, HIRSCH R, GANIBAN J, PRESINGER M, HAMBURGER E. Diagnosing infantile anorexia nervosa: the observation of mother-infant interactions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:959-67.
4. BRYANT-WAUGH R, LASK B. Childhood-onset eating disorders. U: Kelly D. Brownell, Christopher G. Fairburn: *Eating Disorders and Obesity*. New York-London: The Guilford Press, 1995;183.
5. LASK B, BRYANT-WAUGH R. Childhood onset Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders. Hove, Lawrence Erlbaum Associates Ltd, 1993.
6. DSM-IV American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition, American Psychiatric Organization, Washington, 1994.
7. BRAVENDER T, BRYANT-WAUGH R, HERZOG D i sur. Classification of Eating Disturbance in Children and Adolescents: Proposed Changes for the DSM-V, *European Eating Disorder Review* 2010;18(2):79-89.
8. NUNN K. "In search of new wineskins": The phenomenology of Anorexia nervosa not covered in DSM or ICD. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2001;6(4):489-503.
9. SPINDLER A, MILOS G. Links Between Eating Disorder Symptom Severity and Psychiatric Comorbidity. *Eating Behaviors* 2006;364-73.
10. GOETHALS I, VERAET M, AUDENAERT K, JACOBS F, HAM H, VANHEERINGEN C. Does regional brain perfusion correlate with eating disorder symptoms in anorexia and bulimia nervosa patients? *J Psychiatr res* 2007;41(12):1005-11.
11. MATSUMOTO R, KITABAYASHI Y, NARUMOTO J i sur. Regional cerebral blood flow changes associated with interoceptive awareness in recovery process of anorexia nervosa. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2006;3087:1265-70.
12. CHOWDRY U, GORDON I, LASK B, WATKINS B, WATT H, CHRISTIE D. Early onset of anorexia nervosa: is there evidence of limbic system imbalance? *Int J Eat Disord* 2003;33(4):388-96.
13. LASK B, GORDON I, CHRISTIE D, FRAMPTON I, CHOWDRY U, WATKINS B. Functional neuroimaging in early-onset anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2005;37(S49).
14. BREWERTON TD. 9th annual meeting of the Eating Disorder Research Society. *Expert Opin Investig Drugs*. 2004;13(1):73-8.
15. TAYLOR MJ, COOPER PJ. Body size overestimation and depressed mood. *British Journal of Clinical Psychology* 1986;25:153-4.
16. 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.
17. ORBACH S. Accepting the symptom: A feminist psychoanalytic treatment of anorexia nervosa. U: Garner DM & Garfinkel PE U: *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*, New York: Guilford Press, 1985.
18. LILENFELD LRR, WONDERLICH S, RISO LP, CROSBY R, MITCHELL J. Eating disorders and personality: a methodological and empirical view. *Clinical Psychology Review* 2006;20:299-320.
19. DE ZWAAN M, ROERIG J. Pharmacological Treatment of Eating Disorders. U: Mario Mai, Katherine Halmi, Juan Jose Lopez Ibor, M Norman Sartorius (ed). *Eating Disorders*, Chichester, John Wiley & sons Ltd, 2003.
20. HSU GLK. *Eating disorders*. New York, The Guilford Press, 1990.
21. STRIEGEL-MOORE RH, SEELEY JR, LEWINSON PM. Psychosocial adjustment in young adulthood of women who experienced eating disorders during adolescence. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2003;42:587-93.
22. FAIRBURN CG, HARRISON PJ. *Eating disorders*. *Lancet* 2003;361:407-16.
23. MITCHELL AM, BULIK CM. *Eating Disorders and Women's Health: An Update*. *J Midwifery Womens Health* 2006;51:193-201.

Adresa za dopisivanje:

Prof. dr. sc. Vesna Vidović, dr. med.
 Klinika za psihološku medicinu Medicinskog fakulteta
 Sveučilišta u Zagrebu
 KBC Zagreb
 10000 Zagreb, Šalata 4
 e-mail: vesna442001@yahoo.com

Primljeno / Received

05. 04. 2010.
 April 05, 2010

Prihvaćeno / Accepted

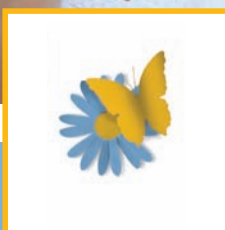
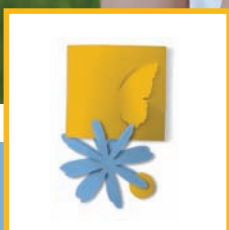
13. 4. 2010.
 April 13, 2010

Velafax[®] XL

venlafaksin

Harmonija dvostrukog djelovanja

kapsule 75 mg
kapsule 150 mg



Antidepresivi

Napomena: Napomena: Sastavni dio ovog promidžbenog materijala predstavlja i sažetak opisa svojstava lijeka za Velafax[®] XL sukladno članku 15. i 17. Pravilnika o načinu oglašavanja o lijekovima i homeopatskim proizvodima, Narodne novine broj 118/09. **Način i mjesto izdavanja:** Na recept, u ljekarni. 12-09-VXL-02-NO/64-09/12-10

PLIVA  CNS